



EQUIPO DE SERVICIOS JUVENILES DE ALBANY INFORMACIÓN DEL REFERIDO

(Para ser completada por la persona que hace la referencia.)

Nombre del/la joven:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo:	Pronombres preferidos:
Nombre del hermano(a)/estudiante(s) asociado(s): (puede enumerar varios estudiantes aquí)	Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo:	Pronombres preferidos:
Dirección de casa:			Teléfono del joven: (si corresponde)	
Escuela y distrito escolar:			Nivel de grado:	Nivel académico en que trabaja:

¿El/la estudiante tiene un IEP/Plan 504?:		¿El/la estudiante es McKinney Vento?:		¿Familia que asiste a YST?:	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Nombre de los padres/Apoderado:	Fecha de nacimiento:	Teléfono:
Dirección: (Si es diferente a la anterior)		Correo electrónico:

El/la joven vive con (Marque todo lo que corresponda):

<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Padre/madre de crianza temporal	<input type="checkbox"/> Joven no acompañado
<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Abuelo(a)	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra	<input type="checkbox"/> Amigos	

Solicitud de referencia anónima:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
----------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Referido(a) por:	Agencia haciendo la solicitud:	Fecha:
------------------	--------------------------------	--------

Razón por la referencia:

Antecedentes familiares y observaciones:

Información/comentarios adicionales:

Marque la agencia que participo anteriormente:

(Cada equipo YST agregará agencias regionales/locales que son específicas de su YST en la columna de la derecha).

Albany Fire Department	City of Albany: Parks and Rec	Linn County Juvenile Department	Other: _____	
Greater Albany Public School District	Family Tree Relief Nursery	Linn Benton Lincoln ESD	Other: _____	
Albany Boys & Girls Club	ABC House	Linn County Mental Health		
Albany Police Department	Trillium Family Services	ODHS Child Welfare		
Community Services Consortium	One 2 Another	ODHS Self-Sufficiency		
Linn County DD Services	Mid-Willamette Family YMCA	Linn County CASA		
Linn County Drug & Alcohol	Jackson Street Youth Shelter	Other: _____		

Si desea que otras agencias asistan a la reunión, especifique aquí (Proporcione el nombre, correo electrónico e información de contacto):



**EQUIPO DE SERVICIOS JUVENILES DE ALBANY
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN E INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN**

Al firmar este formulario, autoriza la divulgación de información entre los miembros identificados del Equipo de Servicios Juveniles de Albany, con el fin de planificar y coordinar servicios para su familia. Esta autorización permitirá que los representantes se reúnan y compartan información para desarrollar un plan de servicio y compartir información entre las agencias enumeradas para la coordinación de casos de seguimiento. Su firma a continuación autoriza la divulgación de información de sus récords y los de los/las niños/as que se enumeran a continuación.

Apellido legal de los padres/apoderado	Primer nombre	Inicial de segundo nombre	Fecha de nacimiento
Apellido legal del niño/a	Primer nombre	Inicial de segundo nombre	Fecha de nacimiento
Apellido legal del niño/a	Primer nombre	Inicial de segundo nombre	Fecha de nacimiento

Autorizo a los siguientes miembros del Equipo de Servicios Juveniles de Albany: (Esta sección debe ser específica para cada YST)
(Si se opone a alguna de las agencias enumeradas, marque la casilla para tacharla y luego ponga sus iniciales al frente.)

<input type="checkbox"/> Linn County Mental Health (necesita iniciales al lado)	<input type="checkbox"/> Greater Albany Public School District
<input type="checkbox"/> Linn County Alcohol & Drug (necesita iniciales al lado)	<input type="checkbox"/> Albany Police Department
<input type="checkbox"/> Department of Human Services: Child Welfare	<input type="checkbox"/> ABC House
<input type="checkbox"/> Department of Human Services: Self Sufficiency	<input type="checkbox"/> Trillium Family Services
<input type="checkbox"/> Linn County Developmental Disability Program	<input type="checkbox"/> Albany Boys and Girls Club
<input type="checkbox"/> Linn County Juvenile Department	<input type="checkbox"/> Mid-Willamette YMCA
<input type="checkbox"/> Family Tree Relief Nursery	<input type="checkbox"/> One 2 Another
<input type="checkbox"/> Jackson Street Youth Services	<input type="checkbox"/> City of Albany: Parks and Rec
<input type="checkbox"/> Linn Benton Lincoln ESD	<input type="checkbox"/> Albany Fire Department
<input type="checkbox"/> Community Services Consortium	<input type="checkbox"/> Other:

Comunicar e intercambiar con los otros miembros de YST, mencionados anteriormente la siguiente información con el fin de planificar y coordinar el servicio:

(Si se opone a que se comparta cualquier información enumerada, marque la casilla para tacharla y luego ponga sus iniciales al frente.)

<input type="checkbox"/> Presencia en programa y servicios brindados	<input type="checkbox"/> Empleo/Desempleo	Cobertura medica <input type="checkbox"/> Seguro médico privado <input type="checkbox"/> OHP/Tarjeta medica <input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Records educativos	<input type="checkbox"/> Legal	
<input type="checkbox"/> Antecedente familiar	<input type="checkbox"/> Plan de servicios	
<input type="checkbox"/> Otro:		
Al <u>marcar la casilla y colocar mis iniciales</u> en los espacios a continuación, autorizo el uso/la divulgación de la siguiente información.		
<input type="checkbox"/> Servicios médicos/de salud (incluye diagnóstico, tratamiento y pronóstico)	_____ INICIALES REQUERIDAS	
<input type="checkbox"/> Salud mental (incluye diagnóstico, tratamiento y pronóstico)	_____ INICIALES REQUERIDAS	
<input type="checkbox"/> Alcohol & Drogas (incluye evaluación, diagnosis, tratamiento y pronóstico)	_____ INICIALES REQUERIDAS	

Esta autorización permanecerá en vigor por un período de 12 meses a partir de la fecha de autorización a menos que sea cancelada. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento, pero la cancelación no afectará la información que ya se haya divulgado antes de la cancelación. Entiendo que la información sobre mi familia es confidencial y está protegida por las leyes estatales y federales. Apruebo la divulgación de esta información. Entiendo lo que significa este acuerdo. Estoy firmando por mi propia cuenta y no he sido presionado(a) para hacerlo.

Firma o marca de autorización:	Fecha:
Firma o marca del menor: <small>(Requerido para divulgar información sobre alcohol y drogas)</small>	Fecha:
Firma o marca del testigo:	Fecha:

Para la parte que recibe esta información: Cualquier información que se le divulgue proviene de récords confidenciales protegidos por las leyes estatales y federales. Las reglamentaciones federales (42 CRF Parte 2) le prohíben hacer más divulgaciones sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permitido por dichas reglamentaciones. Una autorización general para la divulgación de información médica no es suficiente para este propósito.

	Esta es una copia fiel del documento de autorización original.
Firma completa del miembro del personal de la agencia que hace las copias	



**Hoja de trabajo del
Equipo de Servicios Juveniles de Albany**
(Para ser completada con la familia por la persona haciendo la referencia)

Fortalezas de la familia: (¿Qué es lo que está funcionando?)

Preocupaciones/necesidades/problemas críticos:

**Cuáles son los recursos familiares actuales:
(Participación con agencias comunitarias, apoyo de familiares, iglesias, vecinos, etc.)**

¿Tiene su hijo(a) un Plan de Educación Individualizado (IEP)?:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------	-----------------------------

Si marco sí, revise las metas establecidas para su hijo(a) para que el equipo pueda considerar esas metas al escribir un plan que satisfaga las necesidades de su hijo(a).

Fortalezas e intereses del estudiante:

Preguntas que quiera hacerle al equipo. Recursos que necesita/desea: