

Formulário de indicação para o Programa Caminho Comunitário (Community Pathway)

Favor enviar a referência por fax para 860-707-1003 ou por e-mail para: cpathways@carelon.com

Informações da indicação					
*Observe: Se a criança/família estiver sob a supervisão do DCF, entre em contato com um(a) representante da organização para fazer a indicação para o programa.					
Origem da indicação:				Programa indicado para:	
<input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Provedor da comunidade <input type="checkbox"/> Agência estadual <input type="checkbox"/> Escola <input type="checkbox"/> Outro					
Contato da pessoa responsável pela indicação:			Data da indicação:		
Grau de parentesco com a criança:					
Nome da agência (se aplicável):					
Endereço de e-mail:			Número de telefone:		
Informações demográficas da criança					
Nome da criança (nome e sobrenome):				Data de nascimento:	
Outro(s) nome(s) (se aplicável):					
Endereço residencial:					
Cidade:			Estado:	CEP:	
Gênero:		Etnia:	Raça:	Idioma principal (especifique):	
Cobertura de seguro de saúde:			Número de identificação do seguro:		
Primário:					
Secundário:					
Nome da escola:			Série atual:	Educação especial:	
				<input type="checkbox"/> N/D <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> IEP	
Informações do pai, mãe ou tutor legal					
Nome do pai, mãe, ou tutor legal:		Grau de parentesco com a criança:		Data de nascimento do pai, mãe ou tutor legal:	
Gênero:		Etnia:	Raça:	Idioma principal (especifique):	
Endereço residencial:			Cidade:	Estado:	CEP:

Telefone principal:	Endereço de e-mail:

Informações do pai, mãe ou tutor legal secundário, conforme aplicável

Nome do pai, mãe, ou tutor legal:		Grau de parentesco com a criança:	Data de nascimento do pai, mãe ou tutor legal:	
Gênero:	Etnia:	Raça:	Idioma principal (especifique):	
Endereço residencial:		Cidade:	Estado:	CEP:

Telefone principal:	Endereço de e-mail:

Envolvimento no tratamento da criança

Envolvimento com o Departamento de Serviços de Desenvolvimento?	Envolvimento legal atual?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Provedores atuais e outros membros da equipe responsável pela criança

Agência	Pessoa para contato	Cargo	Número para contato

Lista das indicações ativas já feitas para a criança:

Saúde comportamental infantil, saúde mental e histórico médico/motivo do encaminhamento

Histórico médico/comportamental			Motivo da indicação (Por favor, indique brevemente os motivos da indicação):
Saúde comportamental	Últimos três meses	Histórico de	
Automutilação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Comportamentos suicidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnósticos atuais da criança:
Comportamentos agressivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comportamentos violentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Danos à propriedade (própria/de terceiros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Depressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medo/ansiedade excessivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso de substâncias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tentativas de fuga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Terros noturnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enurese noturna (molhar a cama)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encoprese (defecar em locais inapropriados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reatividade sexual ou comportamento sexual inadequado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Provocar incêndios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Machucar animais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Saúde física			Histórico de tratamento (Identifique qualquer tratamento anterior que o jovem tenha feito, bem como o resultado do mesmo):
Problemas médicos significativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Deficiência auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Deficiência visual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Deficiência física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lesão cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gravidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outro			
Evasão escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atraso no desenvolvimento (QI<70)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas legais			
Encarceramento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Roubo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	