



# MARTHA'S PLACE CHILDREN'S CENTER REFERRAL FORM

COUNTY OF SAN LUIS OBISPO HEALTH AGENCY  
BEHAVIORAL HEALTH DEPARTMENT

Fecha: \_\_\_\_\_  Habla Inglés  Habla Español  Otro Lenguaje  
El nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Números de Seguro Social del niño/a o número de Medi-Cal: \_\_\_\_\_  
Sexo: Masculino  Femenino  Prematuro: Si  No  En caso afirmativo, ¿cuántas semanas?: \_\_\_\_\_

**Info de Madre Biológica:** ¿La madre biológica tiene alguna relación con este niño/a? Si  No

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Info de Padre Biológico:** ¿El padre biológico tiene alguna relación con este niño/a? Si  No

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre de Crianza/Tutor Legal:** \_\_\_\_\_ Relación con el niño/a: \_\_\_\_\_  
(Si es diferente al anterior)

Dirección del Niño/a: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**¿Está el Niño/a Bajo la Tutela del Tribunal?** Si  No

Trabajador Social: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

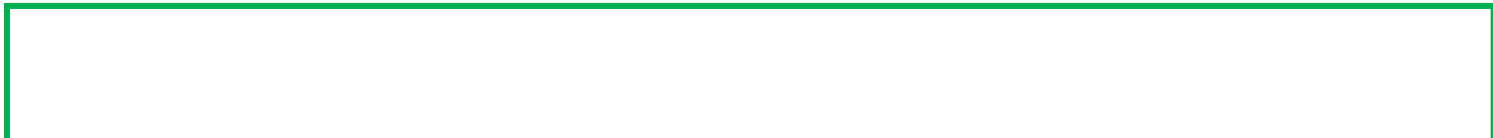
**¿Quién es el Tutor Legal y/oCuál es el Arreglo de Custodia?** *Por Favor Incluya documentos judiciales si corresponde.* \_\_\_\_\_

**Si el Niño Está en Cuidado de Crianza, Indique el Motivo y la Fecha de Colocación:**

**Exposición Prenatal, Si Corresponde (Especifique las Sustancias Si las Conoce):**

**Información Requerida:** *(Incluya Ciudad y Estado)*

Hospital de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_  
Doctor Obstétrico /Clínica Del Cuidado Prenatal de la Madre: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento de la Madre Biológica: \_\_\_\_\_  
Nombre del Pediatra/Clínica: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_  
Nombre/Clínica del Pediatra Anterior (si corresponde): \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_  
Nombre de Hospital de Emergencias/Hospitalizaciones: \_\_\_\_\_





# MARTHA'S PLACE CHILDREN'S CENTER REFERRAL FORM

COUNTY OF SAN LUIS OBISPO HEALTH AGENCY  
BEHAVIORAL HEALTH DEPARTMENT

Persona de Referencia: \_\_\_\_\_ Agencia o Relación Con el Niño/a: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### Marque o liste las agencias con las que está involucrado el niño/a que está refiriendo:

- Servicios de Bienestar del Niño  Servicios de Prevención & Tratamiento de Alcohol & Drogas /POEG
- Enfermera de Salud Pública- Nombre: \_\_\_\_\_
- Escuela/Preescolar (es decir, Head Start, CDRC, Primaria): \_\_\_\_\_
- Servicios Centro Regional de Tres Condados/ Early Start Titular de los Derechos de ED (Nombre): \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_
- Especialistas Médicos: \_\_\_\_\_

### Marque cualquiera de las siguientes inquietudes que tenga sobre el niño:

#### Para Bebés (menores de 1 año):

##### Dificultad en Dormir/Alimentarse

- Dificultad para comer/ser alimentado
- Dificultad para iniciar el sueño
- Dificultad para mantener el sueño
- Regurgitación frecuente

##### Emocional/Sensibilidad

- Se sobresalta fácilmente
- Ansiedad
- Sensible al tacto/sonido
- Expresión facial limitada
- Dificultad para ser calmado
- Llanto frecuente o intenso

##### Comportamiento

- Se resiste a la comodidad del cuidador
- Arquea la espalda cuando se le sostiene
- Aparta la cabeza del cuidador/
- Dificultad para hacer contacto visual

#### Para Niños de 1 a 5 años:

##### Social

- Poco interés en jugar con compañeros
- Falta de contacto visual con los demás
- Pocos o ningún amigo
- Demasiado amigable con los extraños
- Pegajoso/no se separa
- Deprimido
- Temeroso
- Retrasos en el desarrollo

##### Emocional

- Llora con frecuencia
- No se consuela fácilmente
- Ira/irritabilidad
- Retraído
- Ansioso
- Mojar la cama
- Dificultad para dormir

##### Comportamiento

- Muchas rabietas
- Dificultad con las transiciones
- Agresión
- Hiperactividad
- Impulsividad

Experiencias traumáticas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indique cualquier otra inquietud:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fax de Martha's Place: (805) 781-4962. Si tiene preguntas, comuníquese con: Martha's Place al 805-781-4948