

POR FAVOR IMPRIMA Nombre del futuro miembro _____

Diagnóstico psiquiátrico del eje uno: _____

Diagnóstico secundario _____

Medicación _____

Programas de tratamiento actuales/anteriores: _____

Historial de abuso de sustancias: _____

Antecedentes psiquiátricos (y hospitalizaciones): _____

Historial profesional/educativo: _____

Situación de vida actual: _____

Restricciones médicas: _____

¿El individuo es un riesgo para los demás? (en caso afirmativo, explique): _____

¿El individuo ha estado alguna vez en la cárcel o en libertad condicional y por qué? _____

Encargado de caso del DMH _____ Teléfono _____

Médico: _____ Teléfono _____

Psiquiatra: _____ Teléfono _____

Terapeuta: _____ Teléfono _____



Firma del referente

Genesis Club, Inc.

FORMULARIO DE REFERENCIA

PÁGINA 2 DE 2



GENESIS CLUB, Inc.

274 Lincoln Street

Worcester, MA., 01605-2106

Tel: (508) 831-0100

Fax: (508) 425-3985

Correo electrónico: training@genesisclub.org

Formulario de referencia

IMPRIMIR

(Debe ser completado y firmado por el proveedor profesional que tiene acceso a los registros psiquiátricos del individuo).

Datos del nuevo miembro

Nombre: _____
 Dirección: _____

 Tel: _____
 Correo electrónico: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____

Fuente de referencia

Nombre: _____
 Agencia: _____
 Dirección: _____

 Teléfono: _____
 Fecha de hoy: ____/____/____

ÁREAS DE ASISTENCIA:

VIVIENDA
 EDUCACIÓN
 BIENESTAR

EMPLEO
 SOCIAL

NOTA: Pida al posible miembro que llame a Genesis Club para realizar un recorrido. Después de completar el recorrido, la persona referida puede inscribirse en la Orientación para Miembros Nuevos. Si el posible miembro no inicia la comunicación con Genesis Club, este formulario de referencia se mantendrá en un "Archivo Inactivo" durante seis meses; si el individuo expresa su interés en una fecha futura, el proceso de orientación puede ser reiniciado.

Base de datos (para uso de Genesis)
 ingresada en ____/____/____

Complete la segunda cara.