

خدمات ادغام اطفال:

خانواده‌های قوی و رومنت، مداخله زود هنگام، صحت روانی دوران طفولیت و خانواده، و مراقبت تخصصی از طفل

خانم باردار / والدین/سرپرست/ارائه دهنده مراقبت از طفل یا مدیر، اجازه شفاهی برای این ارجاع را داده است: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر: * (اگر "نخیر"، شما لازم به دریافت اجازه شفاهی آنها قبل از ارجاع هستید، بهجز در موارد CAPTA)	
<b>A. اطلاعات تماس فرد (افراد) ارجاع شده</b>	
نام مشتری:	تاریخ تولد مشتری:
جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	ضمایر:
قومیت تعیین شده توسط مراجع: <input type="checkbox"/> اسپانیایی/لاتین/از تبار اسپانیایی از هر نژاد <input type="checkbox"/> غیر اسپانیایی/لاتین/از تبار اسپانیایی نژاد تعیین شده توسط مراجع: <input type="checkbox"/> بومی آمریکایی/بومی آلاسکا. اصلی <input type="checkbox"/> آسیایی <input type="checkbox"/> سیاه پوست/آمریکایی آفریقایی تبار. <input type="checkbox"/> سفید پوست <input type="checkbox"/> 2 یا چند نژاد <input type="checkbox"/> سایر (مشخص شده توسط مراجع/خانواده): نوت: این معلومات فقط برای گزارش های مالی فدرال استفاده میشود و برای تعیین خدمات نقشی ندارد.	
مشتری عبارت است از: <input type="checkbox"/> طفل (نام والد/سرپرست): <input type="checkbox"/> فرد باردار <input type="checkbox"/> برنامه مراقبت از طفل	
زبان اصلی:	تاریخ پیش بینی شده زایمان: - -
آیا ضرورت به مترجم است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	بهترین روش تماس با مشتری:
آدرس پستی:	آدرس فیزیکی:
تلفون (خانه/کار/همراه): ( ) - داخلی:	ایمیل:
وضعیت سرپرستی: <input type="checkbox"/> والد(ین) <input type="checkbox"/> والدین رضاعی (تماس FSD): <input type="checkbox"/> سرپرست قانونی <input type="checkbox"/> خویشاوند (بدون وضعیت قانونی)	
<b>B. دلیل برای ارجاع</b>	
برای طفل:	برای بزرگسال/والدین/سرپرست/برنامه مراقبت از طفل:
<input type="checkbox"/> صحت <input type="checkbox"/> نگرانی های رشدی، تأخیر یا معلولیت <input type="checkbox"/> شنوایی / بینایی <input type="checkbox"/> ارتباطی <input type="checkbox"/> دیگر: <input type="checkbox"/> سابقه تأیید شده طفل آزاری/بی‌توجهی (CAPTA) <input type="checkbox"/> خطر/سابقه طفل آزاری / خشونت خانگی <input type="checkbox"/> تغذیه، رژیم غذایی یا مسائل مربوط به خوردن <input type="checkbox"/> مشکلات زایمان مهم <input type="checkbox"/> نگرانی های خواب <input type="checkbox"/> دسترسی به مراقبت از طفل <input type="checkbox"/> وضعیت تشخیصی: <input type="checkbox"/> دیگر:	<input type="checkbox"/> جستجو/دسترسی به مراقبت از طفل <input type="checkbox"/> سوالات والدین درباره مراقبت از طفل <input type="checkbox"/> سوالات ارائه دهندگان مراقبت از طفل <input type="checkbox"/> سلامت والد/والد باردار <input type="checkbox"/> سوالات/حمایت در مورد شیردهی <input type="checkbox"/> سوالات/نگرانی های والدین <input type="checkbox"/> سوالات/نگرانی های دوران بارداری <input type="checkbox"/> سوالات/نگرانی های پس از زایمان <input type="checkbox"/> سابقه/مصرف مواد <input type="checkbox"/> خشونت خانگی <input type="checkbox"/> آبی خانمانی/مسکن ناپایدار <input type="checkbox"/> دیگر:
<b>C. نظرات اضافی، نقاط قوت و عوامل سازگاری</b>	
<b>D. معلومات منبع ارجاع</b>	
نام فرد ارجاع دهنده:	تاریخ ارجاع: - -
اداره/سازمان:	تلفون: ( ) -
آدرس:	نقش:
ایمیل:	داخلی:
<b>E. معلومات ارائه دهنده خدمات صحتی (در صورت تفاوت با منبع ارجاع)</b>	
نام مرکز صحتی:	تاریخ ارجاع: - -
نام داکتر/متخصص صحتی:	شماره موبایل: ( ) - داخلی:
بیمه مشتری: <input type="checkbox"/> Medicaid/Dr. Dynasaur <input type="checkbox"/> بیمه خصوصی <input type="checkbox"/> بدون بیمه <input type="checkbox"/> وضعیت بیمه نامشخص	
شماره Medicaid:	نام شرکت بیمه خصوصی:

تشکر • لطفاً این فرم را به هماهنگ کننده منطقه ای CIS خود ارسال کنید

فقط برای استفاده داخلی:	تاریخ دریافت کننده:	تاریخ اولین تماس:
- -	- -	- -