



INGLÉS
 ESPAÑOL

CONSEJERO _____
 FECHA ASIGNADO _____

**Contra Costa Senior Peer Counseling Program
 Referral Form
 FAX 925-521-5639**

NOMBRE _____
 TELÈFONO _____
 DOMICILIO _____
 CIUDAD _____

MEJOR TIEMPO PARA LLAMAR _____
 CODIGO POSTAL _____

REFERIDO POR _____	FECHA _____	TELÈFONO _____
AGENCIA _____		
CORREO ELECTRÓNICO _____		
DOMICILIO DE AGENCIA _____		

HE EXPLICADO LA PROGRAMA AL CLIENTE Sí No
 EL CLIENTE HA ACEPTADO, Y HA SOLICITADO CONSEJERÍA Sí No

Si el cliente no está seguro, por favor no se refiere, pero en su lugar, por favor déles nuestro número 925-521-5653 para llamar cuando estén listos para comenzar la Consejería.

SI EL CLIENTE ESTÁ DE ACUERDO EN TENER CONSEJERÍA, POR FAVOR DESCRIBA SU RAZÓN(ES) EN SUS PROPIAS PALABRAS POR QUÉ LE GUSTARÍA TENER CONSEJERÍA:

MOTIVO DE CONSULTA

<input type="checkbox"/> Duelo	<input type="checkbox"/> Alojamiento	<input type="checkbox"/> Ansioso	<input type="checkbox"/> Aisiado
<input type="checkbox"/> Solitario	<input type="checkbox"/> Estado de Salud	<input type="checkbox"/> Pavoroso	<input type="checkbox"/> Hostil
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Problemas de Familia	<input type="checkbox"/> Desconfiado	<input type="checkbox"/> Bien Orientado
<input type="checkbox"/> Problemas Legales	<input type="checkbox"/> Problemas Financieras	<input type="checkbox"/> Confudido	<input type="checkbox"/> Sociable
<input type="checkbox"/> Cambio en la Función Cognitiva		<input type="checkbox"/> Otro _____	

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Estado Civil _____ Sexo _____ Origen Ètnico _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Vive solo? Sí No Con Quien? _____

Acceso Desactivado? Sí No Sí, Por favor explicar: _____

Apt. Casa Condominio Casa Mòvil

Vivienda para persona mayor B&C SNF

Fumador? Sí No Mascotas? Sí No

Usted tienes transporte para reunirse con el consejero?

Sí No Describe: _____

SISTEMA DE APOYO ACTUAL (familia, amigos, la iglesia, etc.)

PROBLEMAS MEDICOS (ser especificos)

ESTADO DE VACUNACIÓN CONTRA COVID-19

Mèdico Sí o No

Seguro Mèdico Sí o No

Otro Seguro(s) _____

¿El cliente recibe algún servicio de salud mental? (Consejería, servicios psicológicos) Sí o No

En caso afirmativo, espere para referirse a la consejería de pares mayores, después de que se completen los servicios psicológicos actuales.

CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE
