



REFERRAL FORM/FORMA DE REFERENCIA

Nombre:

Fecha:

Edad:

Etnia:

Fuente de Referencia:

Tomado por:

La razón principal de la Referencia:

Familia: ¿A quién el cliente vivir? ¿Cómo son las relaciones?

Academia: A cual escuela asiste el cliente? Que Grado? Esta motivada/o para asistir?

Social: ¿Cuáles son los puntos fuertes del cliente o intereses? ¿El cliente tiene amigos? ¿Se lleva bien con los demás? ¿Se aíslan? ¿Alguna vez han estado en prisión? ¿Están en libertad condicional?

(Mal) uso de Sustancias: ¿Qué drogas/alcohol esta utilizando el cliente actualmente? ¿Siente la necesidad de parar? ¿Qué han intentado antes?

Historia de la Consejería/Terapia: Ha participado el cliente en el asesoramiento o terapia? ¿Cuándo? ¿Cómo se benefician de asesoramiento en Horizontes?

Información de contacto y disponibilidad:

Horizontes Personal Seguimiento:

*All participants are required to attend one weekly individual counseling and one weekly group session.
Todos los participantes seran requeridos de asistir a una session individual y de grupo por semana.*