

Confidential Referral Form

E MAIL:

PHONE:

School/Site: Bella Mente Academies			Date:
Referring Party:		<input type="checkbox"/> School Counselor	<input type="checkbox"/> Other
Level of Support Recommended	<input type="checkbox"/> FSP	<input type="checkbox"/> Site Based	<input type="checkbox"/> CSED (Early Childhood-Ages 3-5)

STUDENT INFORMATION			
Student:		Date of Birth:	
Ethnicity:	Grade:	Teacher:	
Does the student have Medi-Cal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ID #:			
Mother's (Guardian's) Name:		Father's Name:	
Address:		Address:	
Phone Number:	Other Number:	Phone Number:	Other Number:
Does the parent(s) speak English? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If no: Primary Language	
Are the parents divorced or legally separate?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes, who has legal custody (not physical)?	<input type="checkbox"/> Mom <input type="checkbox"/> Shared <input type="checkbox"/> Dad <input type="checkbox"/> Other _____

REASONS FOR REFERRAL	
<input type="checkbox"/> Emotional Concern	<input type="checkbox"/> Behavioral Issues <input type="checkbox"/> Social Issues <input type="checkbox"/> Substance Abuse
<input type="checkbox"/> Family Issues	<input type="checkbox"/> Safety Concerns <input type="checkbox"/> Other _____
Difficulties at school: <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe	at home: <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe <input type="checkbox"/> Unk.
Comments/Concerns:	

PERMISSION FOR COUNSELING AT SCHOOL BASED PROGRAMS RELEASE AND EXCHANGE OF INFORMATION	
<p>I give permission for my child to participate in a _____ school program. This permission and release of information remains effective for one year or until I rescind it. I declare that I am the parent or guardian with legal authority to grant this permission for the named student.</p>	
<p>I give permission to _____ to release information regarding _____ (Student)</p>	
<p>To Bella Mente Academies (School/Site)</p>	<p>I give permission to Bella Mente Academies (School/Site)</p>
<p>to release information regarding _____ (Student) to _____</p>	
<p>I understand that this information may include consultation with appropriate school personnel about my child's school functioning and progress achieved in counseling. I expect that this information will be shared in a professional manner to serve the best interests of my child and to increase the coordination of care for my child.</p>	
<p>Name of Parent/legal Guardian giving consent: _____ Relation to Student: _____</p>	
<p>Verbal Authorization obtained by _____ Date: _____</p>	
<p>:</p>	

Confidential Referral Form

E MAIL

PHONE:

School/Site: Bella Mente Academies		Date:
Referring Party:	<input type="checkbox"/> Teacher	<input type="checkbox"/> Other
District Authorization Signature:		Title :
Level of Support Recommended	<input type="checkbox"/> FSP	<input type="checkbox"/> Site Based
<input type="checkbox"/> CSED (Early Childhood-Ages 3-5)		

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombre de Estudiante:		Fecha de Nacimiento:	
Etnicidad:	Grado:	Maestro/a	
¿Tiene el estudiante Medi-Cal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		ID #:	
Nombre de la Madre o Tutor		Nombre del Padre	
Domicilio:		Domicilio:	
Número de Teléfono:	Otro Numero:	Número de Teléfono:	Otro Numero:
¿Hablan los padres Ingles? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		si no: Lenguaje:	
¿Estan los padres divorciados o legalmente separados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Si están, quien tiene la custodia legal (no física)?	
		<input type="checkbox"/> Mama <input type="checkbox"/> Custodia compartida <input type="checkbox"/> Papa <input type="checkbox"/> Otro _____	

RAZON DE LA REFERENCIA

<input type="checkbox"/> Problemas Emocionales	<input type="checkbox"/> Problemas de Comportamiento	<input type="checkbox"/> Problemas Sociales	<input type="checkbox"/> Drogas/Alcohol
<input type="checkbox"/> Problemas Familiares	<input type="checkbox"/> Preocupaciones de Seguridad	<input type="checkbox"/> Otro _____	
Severidad del Problema en:	la escuela: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	la casa: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	
Comentarios/Preocupaciones:			

PERMISO PARA PARTICIPAR EN LOS PROGRAMS DE CONSEJERIA ESCOLAR PARA DIVULGAR E INTERCAMBIAR DE INFORMACIÓN

Doy permiso para que mi hijo participe en el programa de consejería escolar de la agencia _____. Esta autorización y divulgación de información será válida por un año o hasta que el padre /tutor legal revoque esta autorización. **Declaro que soy el padre o tutor legal para otorgar este permiso al estudiante nombrado.**

Yo doy permiso a _____ para dar información sobre _____ (Estudiante)

a Bella Mente Academies (Escuela) Yo doy permiso a Bella Mente Academies (Escuela)

Para divulgar información sobre _____ (Estudiante) a _____ (agency)

Entiendo que esta información puede incluir consultas con el personal escolar apropiado acerca del funcionamiento escolar y progreso logrado en consejería. Espero que esta información se comparta de manera profesional y para servir al mejor interés de mi hijo y mejorar la coordinación de sus servicios.

Nombre Completo del Padre/Legal Guardian: _____ Relación con el estudiante: _____

Nombre y Firma de persona que obtuvo la autorización verbal: _____ Fecha: _____