



Servicios de Salud del Condado de Deschutes  
**Petición para Evaluación de Salud Conductual de Servicios Intensivos para Jóvenes**

Mande el correo electrónico a: [intensiveyouthservices@deschutes.org](mailto:intensiveyouthservices@deschutes.org) Fax: (541) -617-4793 Número de teléfono: (541) -213-6851

Niño/Joven/Adulto Joven: _____		Fecha de Nacimiento: _____	
Género/pronombre preferido: _____		Idioma primario del individuo: _____	
		Idioma primario de los padres: _____	
Nombre del /padres/tutor: _____			
Dirección	Ciudad	Código postal	
Número de casa	Número teléfono alternativo: _____		

Motivo de solicitud o referencia (Requerido Por favor agregue la información complementaria):

---



---

**Solicitando una evaluación para:**

- Evaluación temprana y Apoyo de Alianza (edad: 12-27)
- Adultos jóvenes en transición (edad: 14-25)
- Wraparound (edad: 0-18)
- No estoy seguro

**Otros servicios que el joven está recibiendo actualmente (marque todos los que aplican):**

- Plan Individual de Educación / 504
- Médico de Cuidado Primario \_\_\_\_\_
- Medicamentos (proveídos por): \_\_\_\_\_
- Consejería Individual: \_\_\_\_\_

**Participación de múltiples sistemas (por favor marque todos los que aplican): Tipo de seguro médico:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> DHS (Departamento de Servicios Humanos; Bienestar del Niño) | <input type="checkbox"/> Plan del Seguro Médico        |
| <input type="checkbox"/> Comunidad Juvenil de Justicia / OYA                         | <input type="checkbox"/> DMAP tarifa del Seguro Médico |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo de Discapacidades Intelectuales                  | <input type="checkbox"/> Seguro Médico Privado         |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de Abuso de Sustancias                          | <input type="checkbox"/> No tiene seguro médico        |

**Persona y/o agencia solicitando la evaluación (por favor use letra de molde):**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

(La persona o agencia solicitando la evaluación no es responsable por la aprobación o negación de la referencia, el resultado de la referencia o cualquier obligación financiera.)

**Consentimiento para una evaluación**

No se realizarán exámenes, valoraciones o evaluaciones sin el consentimiento de los padres/clientes. La evaluación no garantiza la admisión a los servicios.

Padres/Tutores llenarlo para niños de 0 a 13 años de edad/ el cliente lo llena si tiene 14 años o más

- Yo doy mi consentimiento para realizar la evaluación de salud mental marcada anteriormente.
- Yo NO doy mi consentimiento para realizar la evaluación marcada anteriormente.

Padre/Guardián FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
 FIRMA de cliente \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**Autorización para intercambiar información (adjunta)**



Servicios de Salud del Condado de Deschutes  
**Petición para Evaluación de Salud Conductual de Servicios Intensivos para Jóvenes**

Mande el correo electrónico a: [intensiveyouthservices@deschutes.org](mailto:intensiveyouthservices@deschutes.org) Fax: (541) -617-4793 Número de teléfono: (541) -213-6851

**Criterio EASA. Debe cumplir todos los siguientes requerimientos:**

- \_\_\_\_\_ 1. Reside en los condados de Deschutes, Jefferson o Crook County
- \_\_\_\_\_ 2. (Edad) 12-27
- \_\_\_\_\_ 3. Su coeficiente intelectual debe estar arriba de 70 y aún no está recibiendo servicios de discapacidad del desarrollo.
- \_\_\_\_\_ 4. No más de 12 meses desde que fue diagnosticado con un trastorno psicótico mayor, si aplica
- \_\_\_\_\_ 5. No se sabe que los síntomas psicóticos sean causados por los efectos temporales o crónicos del abuso de sustancias o una condición médica conocida.
- \_\_\_\_\_ 6. La persona ha experimentado una decadencia ya sea en lo académico, vocacional, social o en lo personal (sueño, higiene) funcionamiento.

**Y debe cumplir con 7 u 8 de los requisitos de abajo:**

\_\_\_\_\_ 7. El individuo ha experimentado un empeoramiento significativo o nuevos síntomas en una o más de las siguientes áreas en el último año:

- a. Desorganización en el pensamiento, como evidencia la desorganización del habla y/o escritura. (Ejemplos: conversaciones confusas, no hace sentido, nunca llega al punto, ininteligible).
- b. Los comportamientos, el habla o las creencias son poco característicos y/o extraños.
- c. Se queja de escuchar voces o sonidos que los demás no escuchan.
- d. El individuo siente que las demás personas le están metiendo pensamientos en su cabeza, robando sus pensamientos, creen que otros pueden leer su mente (o viceversa), y/o escuchan sus propios pensamientos en voz alta.
- e. Episodios de despersonalización (Ejemplo: Ellos creen que no existen o que su entorno no es real).
- f. Sensibilidades agudizadas (luces, ruido, etc.) y/o está experimentando distorsiones visuales.
- g. Aumento del miedo, la ansiedad o la paranoia sin razón aparente o por una razón infundada.

**OR** \_\_\_\_\_ 8. Antecedentes familiares, de un familiar de 1er grado (hermano o padre) con un trastorno psicótico mayor.

**Adultos jóvenes en transición criterio**

- \_\_\_\_\_ 1. El individuo tiene el Plan de Salud de Oregón, no tiene ningún tipo de seguro médico o recientemente ha sido hospitalizado y ha agotado los recursos del seguro médico privado.
- \_\_\_\_\_ 2. El individuo busca apoyo de salud mental como la razón principal para buscar servicios.
- \_\_\_\_\_ 3. Residencia- los padres, tutores o cuidadores primarios de niños y jóvenes elegibles vivirán en el condado de Deschutes
- \_\_\_\_\_ 4. Edad- los jóvenes elegibles tendrán entre 14 y 25 años de edad. Jóvenes con la necesidad de tratamiento de salud mental- Se determinará que los jóvenes elegibles necesitan tratamiento de salud mental.
- \_\_\_\_\_ 5. Jóvenes con falta de apoyo: Jóvenes que están involucrados con la Justicia Juvenil de la Comunidad, la Autoridad de Jóvenes de Oregón, el Departamento de Servicios Humanos, jóvenes sin hogar y jóvenes con apoyos naturales mínimos.
- \_\_\_\_\_ 6. Transición: jóvenes en transición de programas Wraparound o EASA. Los jóvenes que no cumplen con los criterios para EASA

**Wraparound / Criterio de Coordinación del Cuidado Intensivo**

- \_\_\_\_\_ 1. El individuo tiene el Plan de Salud de Oregón, no tiene ningún tipo de seguro médico o recientemente ha sido hospitalizado y ha agotado los recursos del seguro médico privado.
- \_\_\_\_\_ 2. La familia está comprometida y quiere este nivel de atención.
- \_\_\_\_\_ 3. Niños y jóvenes hasta la edad de 18 años con dos o más diagnósticos primarios de salud mental.
- \_\_\_\_\_ 4. Riesgo de colocación fuera del hogar debido a la salud mental (residencia psiquiátrica, rehabilitación conductual, programa residencial infantil para niños explotados sexualmente de manera comercial)
- \_\_\_\_\_ 5. Dos o más implicaciones del sistema con uno de los siguientes; educación especial, justicia juvenil, servicios de discapacidad del desarrollo, bienestar del niño, salud mental.
- \_\_\_\_\_ 6. Un trastorno de salud mental que probablemente no se resuelva en 6 meses o menos.
- \_\_\_\_\_ 7. El tratamiento de salud mental previo no fue exitoso.
- \_\_\_\_\_ 8. Un episodio grave de salud mental reciente (intento de suicidio o ideas de suicidio, deterioro rápido del funcionamiento, hospitalización reciente, ideas de homicidio o acciones).
- \_\_\_\_\_ 9. Familias con múltiples barreras para participar, tratamiento y recursos limitados.