

USE ESTA HOJA PARA LLEVAR UN REGISTRO DE LA INFORMACIÓN QUE NECESITA PARA UNA DERIVACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD/TERAPIA. ESTO SERVIRÁ PARA VINCULAR A SU HIJO CON LOS SERVICIOS ADECUADOS

Paso 1: IDENTIFIQUE LAS INQUIETUDES Y RAZONES PARA SOLICITAR SERVICIOS DE SALUD MENTAL

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Se siente triste o infeliz | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para calmarse |
| <input type="checkbox"/> Se siente desesperanzado | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad con el cambio |
| <input type="checkbox"/> Está deprimido sobre sí mismo | <input type="checkbox"/> Hace rabietas |
| <input type="checkbox"/> Parece estar divirtiéndose menos | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para jugar con otros |
| <input type="checkbox"/> Está retraído/aislado de los demás | <input type="checkbox"/> Se mete en problemas en el preescolar / la escuela |
| <input type="checkbox"/> Se preocupa mucho | <input type="checkbox"/> Es hiperactivo, se mueve sin parar |
| <input type="checkbox"/> Parece nervioso o asustado | <input type="checkbox"/> Es agresivo, pelea con otros |
| <input type="checkbox"/> Sueña demasiado despierto | <input type="checkbox"/> No escucha a los adultos |
| <input type="checkbox"/> Se distrae fácilmente | <input type="checkbox"/> Tiene pensamientos de muerte o suicidio |
| <input type="checkbox"/> Es inquieto, incapaz de quedarse quieto | <input type="checkbox"/> Tiene problemas para dormir |
| <input type="checkbox"/> Tiene problemas para concentrarse | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Es impulsivo | |
| <input type="checkbox"/> Es difícil de calmar o consolar | |

PHQ-9 Puntuación _____

GAD-7 Puntuación _____

Inquietudes impactantes: vida familiar escuela (calificaciones, ausentismo, etc.) vida social

Paso 2: DECIDA CON EL DOCTOR CUAL SERÁ LA DERIVACIÓN APROPIADA

HARBOR UCLA
Psiquiatría Infantil y Adolescente 424-306-5700

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE LOS ÁNGELES
Línea de ayuda 800-854-7771

ATENCIÓN ADMINISTRADA DE MEDI-CAL*
Health Net 800-675-6110, opción 2
L.A. Care Salud de la Conducta 888-839-9909

* La ATENCIÓN ADMINISTRADA DE MEDI-CAL ESTÁ LEGALMENTE OBLIGADA A PROPORCIONAR APOYO DE SALUD CONDUCTUAL PARA PROBLEMAS DE SALUD MENTAL LEVES A MODERADOS (POR EJEMPLO, PHQ-9 PUNTUACIÓN 7 CON ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO Y SIN IDEACIÓN SUICIDA)

Otra Agencia _____ Teléfono _____

Paso 3: HAGA LA DERIVACIÓN A LA TERAPIA

- Póngase en contacto con la agencia de salud mental
- proporcione la información de contacto y seguro
- comparta las inquietudes y razones para solicitar tratamiento

TENGA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN EN SU CITA DE ADMISIÓN

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

| | | |
|--|-----------------|------------|
| Seguro del paciente | #ID del cliente | Grupo/Plan |
| Evaluadores adjuntos: <input type="checkbox"/> ASQ-SE <input type="checkbox"/> GAD-7 <input type="checkbox"/> PHQ-9 <input type="checkbox"/> Otros | | |

QUÉ ESPERAR

DURANTE LA PRIMERA LLAMADA

- Se le pedirá información de contacto y la información del seguro de su hijo
- Se programará una cita de admisión

PROCESO DE ADMISIÓN

- La primera cita es la entrevista de admisión
- La persona con la que hable probablemente **no** será el terapeuta de su hijo.
- La entrevista de admisión es una cita larga que implica mucho papeleo
- A veces se necesitan varias reuniones para reunir suficiente información para determinar los servicios más apropiados para su hijo.
- El proceso puede implicar hacer una observación de su hijo
- El proceso de admisión no es una terapia: probablemente no verá una mejoría en su hijo hasta después de que comience la terapia.

ENCONTRAR EL TERAPEUTA ADECUADO

- Asegúrese de que su hijo sienta que puede confiar en su terapeuta y que los dos coincidan "hagan clic"
- La mayoría de los tratamientos toman tiempo, así que no se preocupe si el progreso no es inmediato. No es que el terapeuta sea incompatible - el trabajo podría tomar más tiempo
- Dependiendo de la edad y de las preocupaciones de su hijo, a veces la terapia familiar será el tratamiento más adecuado.
- Pregúntele al terapeuta de su hijo sobre el diagnóstico y el plan de tratamiento y los tipos de tratamientos que se proporcionan.
- Haga cualquier pregunta que tenga hasta que entienda completamente todo lo que desea saber sobre el diagnóstico y el plan de tratamiento de su hijo.

RECURSOS - Líneas de crisis



National Suicide Prevention Lifeline

1-800-TALK (273-8255)
En español: 1-888-628-9454

24 horas al día, 7 días a la semana, para la prevención del Suicidio Llamadas, textos o chat al 988 para conectarse con consejeros capacitados que le escucharán, comprenderán sus problemas, le brindarán apoyo y le conectarán con recursos si es necesario.

California Youth Crisis Line

Llame a la Línea de crisis juvenil de California 1-800-THE-5200 (843-5200)

Your Life Your Voice

1-800-448-3000 (preadolescentes, adolescentes y adultos jóvenes) Envíe un mensaje de texto con la palabra "**VOICE**" al 20121

Crisis Text Line

Envíe el mensaje de texto con la palabra "**youth**" al 741741 para comunicarse con un consejero capacitado.

Trevor Project Lifeline

1-866-4-U-TREVOR (488-7386)
Línea de vida del Proyecto Trevor brinda apoyo a jóvenes LGBTQ y aliados en crisis que necesitan un lugar seguro y libre de juicios para hablar

Teen Line

1-800-TLC-TEEN (852-8336) Envíe un mensaje de texto con la palabra "**TEEN**" para 839863 Una línea de ayuda confidencial para adolescentes. Atiende de 6 a 10 pm todas las noches.

California Parent and Youth Helpline

1-855-427-2736 <https://caparentyouthhelpline.org>
La Línea de ayuda para padres y jóvenes de California brinda apoyo emocional, consejos para padres para familias desafiadas por el estrés. Inglés, español y otros idiomas.