

# RMH Referral Intake

CLINIC SITE: PINEDALE SANGER SELMA REEDLEY KERMAN MENDOTA COALINGA HURON

**First Access Date:** \_\_\_\_\_

**Client Name:** \_\_\_\_\_

**DOB:** \_\_\_\_\_ **Age:** \_\_\_\_\_ **Gender:** \_\_\_\_\_

**SSN:** \_\_\_\_\_ **Custody Order/Conservatorship:** \_\_\_\_\_

**Primary Language:** \_\_\_\_\_ **Ethnicity:** \_\_\_\_\_

**If a minor, Guardian Name:** \_\_\_\_\_ **Primary Language:** \_\_\_\_\_

**Phone:** \_\_\_\_\_ **Second Phone:** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_

**City:** \_\_\_\_\_ **State:** \_\_\_\_\_ **Zip:** \_\_\_\_\_

**Mailing Address:** \_\_\_\_\_

Type of Insurance: \_\_\_\_\_

Out of County Medi-Cal? YES NO Not Applicable **\*(CLERICAL To Verify Medi-Cal for all minors)**

If an Adult referral: **Parole or AB109 Probation?** YES NO UNKNOWN

Urgent? YES NO Court Order? YES NO

\*\*\*\*\*

## If referral is a minor complete this section:

1. Is the minor in the child welfare system? YES NO
2. Is the minor a ward of the court with probation? YES NO
3. Is the minor in a foster home or group home setting? YES NO
4. Is the minor in the process of adoption? YES NO
5. Was the minor adopted out of County? YES NO
6. Are you the custodial representative/legal guardian? YES NO
7. Are both biological parents living in the home with minor? YES NO

\*\*\*\*\*

Presenting Problem: Why are you interested in mental health services?

---

---

---

---

# RMH DERIVACION

CLINIC SITE: PINEDALE SANGER SELMA REEDLEY KERMAN MENDOTA COALINGA HURON

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de el Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_ Orden de Custodia/Tutelo?: \_\_\_\_\_

Lenguaje(s) de el Cliente: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre(s)/Guardian(s): \_\_\_\_\_ Lenguaje(s): \_\_\_\_\_

Número de Telefono: \_\_\_\_\_ Número de Mensaje: \_\_\_\_\_

Domicilio de Hogar: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Postal: \_\_\_\_\_

Tipo de Seguro Medico: \_\_\_\_\_

Seguro Medi-Cal fuera del condado de Fresno? SI NO Not Applicable **\*(CLERICAL To Verify Medi-Cal)**

Si el cliente es un adulto: **Parole or AB109 Probation?** SI NO INSEGURO/A

Urgente? SI NO Por orden de la Corte? SI NO

\*\*\*\*\*

## Si los servicios son para un menor de edad, complete esta sección:

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. ¿El menor está en el sistema de bienestar infantil?                     | SI | NO |
| 2. ¿El menor esta debajo del cuidado de la corte con libertad condicional? | SI | NO |
| 3. ¿Está le menor en un hogar de crianza o hogar de grupo?                 | SI | NO |
| 4. ¿El menor está en proceso de adopción?                                  | SI | NO |
| 5. ¿El menor fue adoptado fuera del condado?                               | SI | NO |
| 6. ¿Es usted el representante/guardian legal de el menor?                  | SI | NO |
| 7. ¿Ambos padres biológicos viven en el hogar con el menor?                | SI | NO |

\*\*\*\*\*

## ¿Por qué está interesado en los servicios de salud mental?

---

---

---

---