



Formulario de Referencia de Wrap Connections

Información de quien hizo la referencia:

Agencia (si corresponde):	
Nombre:	
Correo electrónico:	
Numero Telefónico:	
Numero de Fax:	

Criterios de referencia (marque todos los que correspondan):

☐	Joven es un beneficiario completo de Medi-Cal menor de 21 años
☐	Joven no está involucrado en el sistema y tiene preocupaciones de salud mental o comportamiento
☐	Joven a estado recientemente en ESU (Unidad de Detección de Emergencia) o en hospitalización psiquiátrica
☐	Joven está actualmente en riesgo de mudarse a un arreglo de vivienda diferente
☐	Otro

Razón por la referencia:

Por favor describa a el/la joven y sus necesidades familiares. ¿Cuáles son los problemas de salud mental o comportamiento que deben abordarse? ¿Cuál es el motivo de la derivación a este programa?

--

Información de el/la joven:

Nombre de el/la joven:	Fecha de la referencia:
Fecha de Nacimiento:	Edad:
Raza/origen étnico:	Preferencia de Idioma:
Género:	Medi-Cal ID:

Información del cuidador/cuidadora:

Nombre:	Relación:
Numero Telefónico:	Correo Electrónico:
Dirección:	Preferencia de Idioma:

Divulgación de información adjunta: ☐	Consentimiento verbal recibido: ☐
--	--

Por favor, envíe la referencia completa a wrapconnections@fredfinch.org o vía fax a (619)797-1091

Rev.11/17/2025





Complete la siguiente sección con la mayor cantidad de información posible

Describa la dinámica juvenil y familiar que será importante que Wraparound considere:

¿El joven/familia ha estado de acuerdo con la referencia a Wraparound? ☐ Sí ☐ NO
Agregue comentarios adicionales si es necesario:

Factores de riesgo para jóvenes/familias (marque todos los que correspondan):

☐	Ideación/comportamientos suicidas	☐	Agresividad física
☐	Ideación/Comportamientos Homicidas	☐	Violencia doméstica
☐	Abuso de Substancia	☐	Antecedentes de hospitalización

Consideraciones generales de seguridad:

¿Qué otros servicios tienen o en los que participa actualmente el/la joven o la familia? (es decir, terapia, TBS, otros proveedores, actividades extracurriculares, etc.):

Por favor describa las fortalezas de el/la joven y la familia:

FF ADMIN USE ONLY

Medi-Cal Check ☐

Por favor, envíe la referencia completa a wrapconnections@fredfinch.org o vía fax a (619)797-1091

Rev.11/17/2025

