



THREE RIVERS
THERAPY

Three Rivers Therapy WISE Referral Form

Fecha de Referencia: _____

Proceso de Referencia

1. Este formulario debe ser completado y enviado al equipo de Three Rivers Therapy WISE para todas las referencias a servicios de WISE.
2. A todos los niños/jóvenes que cumplan con el algoritmo de CANS y sean elegibles para servicios de salud mental se les ofrecerá acceso a servicios de WISE o servicios similares a WISE.

Nota: Según la directiva de la División de Salud del Comportamiento y Recuperación del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) del Estado de Washington, la evaluación de Necesidades y Fortalezas de Niños y Adolescentes (CANS) se considera una actividad de coordinación de atención que no requiere una Autorización de Liberación de Información para ser procesada.

Información del Niño /Joven

Nombre del Niño/Joven: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Padre/Tutor: _____ Trabajador Social de DCFS
(si aplica): _____

Dirección de casa: _____ Número de teléfono: _____

_____ Numero de Provider One: _____

Joven/Familia notificados del contacto futuro con la Agencia WISE El cuidador habla un idioma alternativo: _____

Información de la Agencia de Referencia

Agencia: _____

Nombre de Proveedor: _____

Numero de telefono: _____

NOTAS: _____

Envíe el formulario completo por fax a: Jillian "Jill" Balsz al (509) 579-4088 o por correo electrónico a:

jillian@3riverstherapy.com

Referral Outcome (WISE Staff Only):	<input type="checkbox"/> Accepted into WISE; intended start date:	<input type="checkbox"/> Family/Youth Declined
<input type="checkbox"/> Referred to Outpatient/Lower LOC	<input type="checkbox"/> WISE Program at Capacity	<input type="checkbox"/> Other: