



Uso para agencia solamente

cumple con los criterios para el contrato del Lehigh:

-reside en el condado Lehigh o planea regresar al condado en 90 dias de haber sido referido.

-edad identificadas 8-21

-diagostico de salud mental;
*Eje primario I trastornos del espectro autista no son elegibles . *

High Fidelity Wraparound Referral Form

Agente de referencia:	Fecha:	
Agencia de referencia:	Teléfono:	Otro contacto:
Dirección:	Ciudad:	Codigo postal:

INFORMACION SOBRE LA FAMILIA:

Nombre del Familiar:	Teléfono:	Otro contacto:
Dirección:	Ciudad:	Codigo Postal:

DESCRIPCION DE MIEMBROS DE LA FAMILIA

IY	Nombre	Relacion madre, hijo, padre, hija, etc,	Fecha de Nacimiento	Edad	NSS	Salud Mental dx. o Uso de sustancias - Describir:
X						

Describa en comportamientos específicos que hace que la familia o el niño sean apropiados para las visitas domiciliarias /proceso HFW.

Fortalezas:

Quien te apoya:

Proveedores de Servicios:

Necesidades/Preocupaciones:

Procupaciones de Seguridad (pasado y presente):

Múltiples ubicaciones o en riesgo de hospitalización:

Asistencia Medica:

Servicios alternativos intentados:
Necesita la familia la información en otro idioma que no sea español?

