



Formulario de remisión para Apoyo Residencial en Crisis y Respiro de la Ciudad de Nueva York

Los programas voluntarios de corto plazo brindan un ambiente de apoyo y hogareño para personas que tienen una crisis de salud mental y los ayudan a reintegrarse en la comunidad. Las personas que reciben servicios en estos programas (llamados "residentes") pueden quedarse hasta veintiocho días, según la necesidad, con acceso al personal de apoyo las 24 horas, los 7 días de la semana.

Estos programas cuentan con personal para brindar apoyo durante una crisis emocional. Se espera que los residentes tengan un lugar previsto para vivir luego de haber completado su estadía. Estos programas no son una alternativa a la vivienda permanente o un refugio y son solo apropiados para personas que no corren un riesgo inminente de hacerse daño a sí mismas o a los demás. Las residencias de Crisis no pueden ayudar a las personas a encontrar una vivienda.

Para más información sobre remisiones, llame al 988 o a cualquiera de los siguientes números de teléfono.

Agencia (nombre del programa)	Camas por sitio	Distrito municipal	Número de teléfono	Número de fax
Mosaic Mental Health	10	Bronx	(718) 884-2992	(718) 884-2901
Services for the Underserved (descanso en Brooklyn)	10	Brooklyn	(347) 505-0870	(877) 603-5170
Services for the Underserved (Bright Corner)	3	Brooklyn	(646) 757-4561	(877) 603-5170
Ohel Children's Home & Family Services	3	Brooklyn	(800) 603-6435	(718) 686-4250
Community Access	8	Manhattan	(646) 257-5665 (extensión 401)	(212) 614-1413
ACMH (Garden House o Independence House)	10	Manhattan	(212) 253-6377 (extensión 406 o 408)	(212) 253-8679
WellLife	3	Queens	(718) 309-7486	(347) 542-5847
Transitional Services for New York (descanso de Miele)	10	Queens	(718) 464-0375	(718) 217-2366
St. Joseph's Medical Center	3	Staten Island	(718) 876-2810	(718) 876-4414
Descanso de TownHome Kings	11	Brooklyn	(718) 473-9860	(877) 341-4347

Nota: Completar este formulario de remisión no garantiza la admisión a un programa. Cada admisión se determina de manera individual según la disponibilidad de camas. Este formulario se debe completar con el consentimiento voluntario de la persona remitida.

Fecha de remisión (MM/DD/AAAA): _____

Tipo de remisión:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Remisión personal | <input type="checkbox"/> Salud mental o conductual del paciente ambulatorio |
| <input type="checkbox"/> Plan de atención administrada | <input type="checkbox"/> Programa de Emergencia Psiquiátrica Integral
(Comprehensive Psychiatric Emergency Program) |
| <input type="checkbox"/> Salud mental o conductual del
paciente hospitalizado | <input type="checkbox"/> Coordinación de atención |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Emergencia | <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios para Personas sin Hogar
de NYC (NYC Department of Homeless Services) |
| <input type="checkbox"/> Vivienda | <input type="checkbox"/> Tratamiento comunitario asertivo
(Assertive community treatment) |
| <input type="checkbox"/> Refugio | <input type="checkbox"/> Equipo de Safe Options Support |
| <input type="checkbox"/> Equipos Móviles de Crisis
(Mobile Crisis Team) | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> 988 | |
| <input type="checkbox"/> Familiar o amigo | |

Posible residente

Nombre preferido (en letra de imprenta): _____

Nombre legal (nombre y apellido): _____

Fecha de nacimiento: _____

¿El residente es mayor de 18 años? Sí No

Dirección o ubicación: _____

¿El residente es de NYC? Sí No

Idioma de preferencia: Inglés Español Otro: _____

Proveedor de seguro médico (si lo tiene): _____

Número de identificación de póliza de seguro médico o número de identificación del cliente: _____

Número de teléfono del residente: _____ Teléfono secundario: _____

¿Puede el residente recibir mensajes de voz? Sí No

Correo electrónico del residente: _____

Nombre del contacto de emergencia (si lo tiene): _____

Relación del contacto con el residente: _____

Número de teléfono del contacto: _____ Teléfono secundario: _____

Descripción de la crisis de salud mental actual:

1. ¿Cómo puede este programa de apoyo de corto plazo ayudar al residente? (Seleccione todas las opciones que correspondan.)
- Hacer un plan de bienestar y de recuperación Prevenir una hospitalización
 Recibir apoyo entre pares Otro: _____
2. ¿El residente tiene una crisis de salud mental o dificultades que contribuyen a los síntomas de salud mental y que no pueden controlarse de manera adecuada en el hogar o en el entorno actual?
- Sí No
3. ¿El residente corre riesgo inminente de hacerse daño a sí mismo o a los demás?
- Sí No
4. ¿El residente tiene una orden judicial para recibir Tratamiento Ambulatorio Asistido (AOT, por sus siglas en inglés)?
- Sí No
5. ¿El residente está clínicamente estable?
- Sí No
6. ¿El residente tiene condiciones médicas o alergias graves?
- Sí No Prefiere no responder
Indique cualquier condición médica o alergia grave:

7. ¿Puede el residente ocuparse de sus necesidades personales (por ejemplo, comer, usar el baño y tomar los medicamentos prescritos) sin asistencia?
- Sí No
8. ¿Necesita el residente servicios en el lugar (por ejemplo, lugar accesible para silla de ruedas o ayuda con las escaleras)?
- Sí No
Indique los servicios que necesita el residente:

9. ¿Tiene el residente un lugar seguro y estable para volver después de su estadía o está dispuesto a ir a un refugio, si es necesario? (Nota: La falta de hogar o la inseguridad en la vivienda no son criterios de exclusión.)
- Sí No No sabe
Dirección o lugar previsto para el alta (si se conoce):

Contacto o proveedor de remisión

Pasar a la firma del posible residente si se trata de una remisión personal.

Nombre del proveedor de remisión o del contacto: _____

Credencial de licencia, como LCSW, LMHC o MD: _____

Relación con el posible residente: _____

Teléfono: _____

Teléfono secundario: _____

Correo electrónico: _____

Fax: _____

Nombre de la agencia de remisión (si corresponde): _____

Firma del proveedor o contacto de remisión

Fecha

Firma del posible residente

Firma del posible residente

Fecha

Gracias por su remisión.

For Staff Use Only

Form received date: _____

Form received time: _____

Reviewed by (print name): _____

Program Supervisor signature: _____

Initial contact with guest (print name): _____

Initial contact date: _____ **Initial contact time:** _____

Expected arrival date: _____ **Expected arrival time:** _____

Did the guest decline services? Yes No

Why did the guest decline services? _____

Notes: _____

Eligible for Stay: YES NO

11.24 Spanish