



## Derivación a Servicios Terapéuticos del Comportamiento (TBS)

NOMBRE/N.º DE HISTORIA CLÍNICA (MRN)

Proveedor de servicios de atención primaria  
(persona designada), matrícula

Agencia de referencia

Cargo

Identificación del  
Centro

Identificación del  
programa

### El paquete de derivación **debe** incluir una copia de los siguientes documentos:

- Evaluación clínica inicial **O** evaluación anual (fecha/completada en los últimos 12 meses)
- Plan de colaboración para el bienestar (TBS como opción de tratamiento y como estrategia en la adición/actualización)
- Consentimiento para participar en Servicios coordinados
- Necesidades y Fortalezas de Niños y Adolescentes (CANS)
- Formulario de autorización de servicio vigente (con la aprobación del Comité de Autorización de la UR)

### El niño remitido **debe** cumplir todos los criterios siguientes:

- El niño/joven reúne los requisitos para Medi-Cal de alcance completo en Contra Costa (07).
- El niño/joven cumple con los criterios de necesidad médica.
- El niño/joven está recibiendo otros servicios de salud mental especializados.
- El niño/joven es menor de 21 años.

### Elegibilidad para ser miembro de la clase certificada. El niño/joven **debe** cumplir uno de los siguientes criterios:

- El niño/joven es ubicado en un centro de hogar grupal de RCL 12 o superior o en un centro terapéutico de puertas cerradas para el tratamiento de las necesidades de salud mental.
- El niño/joven está siendo considerado por el condado para su ubicación en un centro de hogar grupal de RCL 12 o superior y/o un centro terapéutico de puertas cerradas para el tratamiento de las necesidades de salud mental.
- El niño/joven ha sufrido al menos una hospitalización psiquiátrica de urgencia relacionada con la discapacidad que presenta actualmente en los últimos 24 meses.
- El niño/joven está en riesgo de hospitalización psiquiátrica.
- El niño/joven ha recibido previamente servicios de TBS mientras era miembro de la clase.

**Si no está seguro o no puede proporcionar alguno de los datos anteriores, llame o envíe un correo electrónico al coordinador de TBS para consultar antes de completar la remisión:**

Teléfono: 925-521-5710

Correo electrónico: [ContraCostaTBS@cchealth.org](mailto:ContraCostaTBS@cchealth.org)

_____	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Etnia del niño		
_____	_____	_____
Dirección actual	Ciudad	Código postal
_____	_____	_____
Escuela del niño	Fecha de nacimiento	Nº del Seguro Social (NSS)
_____	_____	_____
Padre/cuidador (responsable legal)	Número de teléfono	Relación con el niño
_____	_____	_____
Padre/cuidador (responsable legal)	Número de teléfono	Relación con el niño

Describa de forma muy específica y concreta la(s) conducta(s) objetivo que: 1) ponen en riesgo la situación de vida actual, 2) ponen en riesgo la transición a una colocación de nivel más bajo, y/o 3) manifiestan comportamientos que ponen al niño/joven en riesgo de una posible hospitalización psiquiátrica.

¿Tiene su hijo/joven o su cuidador peticiones o necesidades específicas con respecto al idioma, la cultura, la edad o el género del instructor/especialista de TBS?

El TBS nunca es una intervención terapéutica primaria. El TBS se utiliza siempre junto con otros servicios especializados de salud mental, como la terapia individual, la terapia familiar y/o los servicios de asistencia integral (wraparound).

Por favor, facilite los nombres de los miembros del personal, el nombre de la agencia y los números de teléfono que puedan estar involucrados en el tratamiento del niño/joven. Esto le permitirá al especialista/instructor de TBS trabajar en colaboración con los miembros del equipo de tratamiento.

<input type="checkbox"/> Psicoterapeuta:	_____	_____
	Nombre/Agencia	Número de contacto
<input type="checkbox"/> Psiquiatra:	_____	_____
	Nombre/Agencia	Número de contacto
<input type="checkbox"/> Supervisor de libertad condicional:	_____	_____
	Nombre/Agencia	Número de contacto
<input type="checkbox"/> Administrador de casos:	_____	_____
	Nombre/Agencia	Número de contacto
<input type="checkbox"/> Facilitador de asistencia integral:	_____	_____
	Nombre/Agencia	Número de contacto
<input type="checkbox"/> Socio familiar:	_____	_____
	Nombre/Agencia	Número de contacto
<input type="checkbox"/> Coordinador de Cuidados Intensivos:	_____	_____
	Nombre/Agencia	Número de contacto
<input type="checkbox"/> Servicios prestados en el hogar	_____	_____
	Nombre/Agencia	Número de contacto
<input type="checkbox"/> Contacto de residencia/ubicación	_____	_____
	Nombre/Agencia	Número de contacto
<input type="checkbox"/> Trabajador social de los Servicios para Niños y Familias (CFS):	_____	_____
	Nombre	
	_____	_____
	Condado	Número de contacto
<input type="checkbox"/> Otra persona/servicio:	_____	_____
	Nombre/Agencia/Función	Número de contacto
<input type="checkbox"/> Otra persona/servicio:	_____	_____
	Nombre/Agencia/Función	Número de contacto

**Criterio de necesidad clínica. Si el criterio clínico del proveedor de salud mental indica que es altamente probable que sin el apoyo adicional a corto plazo de los TBS:**

**(debe marcar al menos uno)**

- El niño/joven necesitará ser colocado fuera de casa, o en un nivel más alto de atención residencial, incluyendo cuidados agudos debido a los comportamientos o síntomas del niño/joven que ponen en peligro la permanencia continua en el centro actual.
- El niño/joven necesitará apoyo adicional de los TBS para la transición a un hogar o a un hogar de acogida o a un nivel inferior de colocación residencial.

\_\_\_\_\_  
Firma del médico clínico principal (persona designada)      Matrícula/Designación/Cargo      Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico      Nº de fax      Nº de contacto adicional

\_\_\_\_\_  
Firma del supervisor del médico clínico, si no tiene matrícula      Matrícula/Designación/Cargo      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/cuidador      Relación con el niño      Fecha

**Dónde enviar el paquete de derivación:**

Por correo: Atención: Programa TBS  
Salud del Comportamiento de Contra Costa  
2425 Bisso Lane, Suite 200  
Concord, CA 94520

Por fax: (925) 646-5810

Solo por correo electrónico cifrado:  
[ContraCostaTBS@cchealth.org](mailto:ContraCostaTBS@cchealth.org)

**SOLO PARA USO DEL PROGRAMA TBS**

Medi-Cal verificado por: \_\_\_\_\_  
Iniciales

Revisado y aprobado por: \_\_\_\_\_  
Coordinador del equipo de TBS      Fecha de aprobación

\_\_\_\_\_  
Agencia asignada      Fecha asignada