



CORPORATE OFFICE
3824 Barrett Drive, Ste 105
Raleigh, NC 27609
Office: (919) 790-7775
Fax: (919) 790-9755

1016 Broad Street
Durham, NC 27705
Office: (919) 286-6766
Fax: (919) 790-9755

3013 S Church Street
Burlington, NC 27215
Office: (336) 447-7236
Fax: (888) 810-9724

301 S Church Street, Ste. 163
Rocky Mount, NC 27804
Office: (252) 977-2200
Fax: (919) 790-9755

POR FAVOR SELECCIONE LOS SERVICIOS SOLICITADO(S):

- SERVICIOS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL REDES COMUNITARIAS APOYO INSTALACIONES DE VIDA COMUNITARIA
- TRATAMIENTO DIURNO PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES SOPORTE DE PARES 1915(i) APOYO INDIVIDUAL Y TRANSICIONAL
- SERVICIOS INTENSIVOS EN EL HOGAR MANEJO DE MEDICAMENTO APOYOS RESIDENCIALES TERAPIA AMBULATORIA
- SERVICIOS DE VIDA EN COMUNIDAD Y APOYO APOYO DURANTE EL DÍA OTRO: _____

Ingreso De Referencia

Nombre del Cliente: _____

Apellido

Primer

Segundo/Nombre de Soltera

De Medicaid: _____ **SS #:** _____ **# del Paciente:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Etnicidad:** _____ **Estado Civil:** _____

Dirección: _____
Calle Ciudad, Estado, Código Condado

De Teléfono: _____ **Sexo:** Masculino Femenina

Tutor Legal (si aplica): _____

Correo electrónico del tutor: _____

DSS/SW (si aplica): _____

Teléfono: _____ **Correo electrónico:** _____

Problemas Presentes (Por favor sea específico. INCLUYA DIAGNOSIS SI APLICA):

Otros Servicios el Consumidor esta Actualmente Recibiendo:

- Manejo de Medicamentos Tratamiento diurno para niños y adolescentes Servicios Intensivos en el hogar
- Terapia Ambulatoria Soporte de pares Otro (por favor, especifique): _____

Agencia/Proveedor: _____

Justicia Juvenil (Nombre del Consejero de Corte y Teléfono): _____

Nombre de Referencia y Titulo: _____

De Teléfono: _____

Fecha: _____

Fecha la Referencia fue Recibida: _____

Fecha de Admisión: _____