

Hello, my name is _____, and I would like to connect my child to Mental Health Services.

My child's name is _____, and they are _____ years old.

Their Date of Birth (DOB) is _____.

My child was referred to Mental Health services by:

- ☐ Me
- ☐ Teacher/School
- ☐ Pediatrician
- ☐ Case Worker
- ☐ Home Visitor
- ☐ Other: _____

My child is exhibiting the following behaviors at HOME and/or SCHOOL:

- ☐ Hitting
- ☐ Biting
- ☐ Spitting
- ☐ Yelling
- ☐ Running Away
- ☐ Intense Meltdowns/Tantrums
- ☐ Difficulty being soothed
- ☐ Difficulty following directions/routine
- ☐ Isolating
- ☐ Clinginess/Separation Anxiety
- ☐ Shutting Down
- ☐ Withdrawing
- ☐ Changes in sleeping
- ☐ Changes in eating
- ☐ Difficulty focusing
- ☐ Intense fears/worries
- ☐ Toileting accidents

My child is struggling with these physical symptoms:

- ☐ Headaches
- ☐ Stomachaches
- ☐ Other pain: _____

My child/family has recently experienced:

- ☐ Change in Home/Moving
- ☐ Birth/Death of a Family Member
- ☐ Accident
- ☐ Health Issues of a Family Member
- ☐ Divorce/Separation
- ☐ Other: _____

Hola, mi nombre es _____ y me gustaría conectar a mi hijo/a con servicios de salud mental.

El nombre de mi hijo/a es _____ y tiene _____ años.

Su fecha de nacimiento es _____.

Mi hijo/a fue referido/a a servicios de salud mental por:

- ☐ Yo
- ☐ Maestro/Escuela
- ☐ Pediatra
- ☐ Trabajador/a social
- ☐ Visitador/a del hogar
- ☐ Otro: _____

Mi hijo/a está mostrando los siguientes comportamientos en CASA y/o ESCUELA:

- ☐ Golpear
- ☐ Morder
- ☐ Escupir
- ☐ Gritar
- ☐ Huir/Escapar
- ☐ Episodios intensos de berrinches

- ☐ Dificultad para calmarse
- ☐ Dificultad para seguir instrucciones/rutinas
- ☐ Aislamiento
- ☐ Apego excesivo/Ansiedad por separación
- ☐ Cambios en el sueño
- ☐ Cambios en la alimentación
- ☐ Dificultad para concentrarse
- ☐ Miedos/preocupaciones intensas
- ☐ Accidentes de Bano

Mi hijo/a está enfrentando los siguientes síntomas físicos:

- ☐ Dolores de cabeza
- ☐ Dolores de estómago
- ☐ Otro dolor: _____

Mi hijo/a o familia ha experimentado recientemente:

- ☐ Cambio de hogar/Mudanza
- ☐ Nacimiento/Fallecimiento de un miembro de la familia
- ☐ Accidente
- ☐ Problemas de salud de un miembro de la familia
- ☐ Divorcio/Separación
- ☐ Otro: _____