 **FORMULARIO DE REFERENCIA DE BRIGHTER BEGINNINGS**

**□ Antioch Clinic**

512 West 5th St. Antioch, CA 94509

Antioch, CA 94509 (925) 303-4780

(888) 927-0710 (fax)

**□ Antioch Family**

**Health Clinic** 3505 Lone Tree Way Suite #1

Antioch, CA 94509

(925) 303-4780

(888) 927-0710 (fax)

* **Richmond Family Health Clinic**

2727 Macdonald Ave.

Richmond, CA 94804

(510) 236-6990

(888) 927-0710 (fax)

* **Oakland Center**

1. E. 11th St

Suite # H01

Oakland, CA 94601

(510) 437-8950

(510) 437-9795 (fax)

\*Referencias para el

Condado de Alameda pueden

ser enviadas por correo electrónico a: [alamedareferrals@brighter-beginnings.org](mailto:alamedareferrals@brighter-beginnings.org)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DE CONTACTO PRINCIPAL** | | | | | | |
| NOMBRE: | | FECHA DE NACIMIENTO: | | | EDAD: | SEXO:  □ Masculino □Femenino |
| ETNICIDAD: | | | IDIOMA PRINCIPAL: | | | |
| DIRECCIÓN: | | | | | | |
| TELÉFONO: CELULAR:  ¿Podemos decir que estamos llamando desde Brighter Beginnings? □ Sí □ No, por favor, utilice el nombre en clave "Tina" | | | | | | |
| **INFORMACIÓN DEL CLIENTE** | | | | | | |
| NOMBRE: | | FECHA DE NACIMIENTO: | | EDAD: | | SEXO:  □ Masculino □ Femenino |
| SS#: | ETNICIDAD: | | IDIOMA PRINCIPAL: | | | |
| ¿RECIBE CALWORKS? □ NO □ SÍ ¿RECIBE MEDI-CAL? □ NO □ SÍ  MC# (Obligatorio si la respuesta es Sí):  □ TIENE UN SEGURO MÉDICO DISTINTO DE MEDI-CAL, TIPO: | | | | | | |
| □ EMBARAZO: Fecha prevista de parto: / / □ EN CRIANZA | | | | | | |
| **INFORMACIÓN DE REFERENCIA** | | | | | | |
| **PROGRAMAS INTERESADOS: (Marque todo lo que corresponda):**  **CONDADO DE CONTRA COSTA**   * **FAMILY HEALTH CLINICS/ ATENCIÓN PRIMARIA** – Ofrece servicios básicos de salud asequibles en los condados de East y West Contra Costa * **FAMILY HEALTH CLINICS/ SALUD DEL COMPORTAMIENTO** – Ofrece terapia para adultos, adolescentes y niños en Contra Costa. Debe tener el alcance completo de Medi-Cal o CCHP * **SERVICIOS FINANCIEROS** - Ofrece educación financiera en nuestras ubicaciones en Richmond y Bay Point * **OTRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | |
| **CONDADO DE ALAMEDA**   * **SERVICIOS DE SALUD MENTAL** – Proporciona servicios de asesoramiento para las edades de 0 a 21 años en el condado de Alameda. Debe tener el alcance completo de Medi-Cal * **SERVICIOS DE APOYO A LA FAMILIA** – Ofrece servicios y grupos de socialización a padres jóvenes de hasta 25 años y a sus hijos de 0 a 5 años * **PROGRAMA DE ASOCIACIÓN FAMILIAR** – Ofrece servicios y grupos de socialización a los padres y sus hijos en CalWorks * **EARLY HEAD START / INICIO TEMPRANO -** Ofrece visitas semanales a domicilio y socializaciones dos veces al mes para mujeres embarazadas y familias con niños de 0 a 5 años en Oakland * **BRILLIANT BABIES -** Ofrece educación financiera a los padres con niños de 0 a 1 año, y ayuda a abrir una cuenta de ahorros para la universidad de $500 en Oakland * **OTRO:** | | | | | | |
| **MOTIVO DE LA REFERENCIA:** | | | | | | |
| **¿COMO TE ENTERASTE DE BRIGHTER BEGINNINGS?:** | | | | | | |
| **¿RECIBE UNO O MÁS SERVICIOS DE LA LISTA DE BB?:** □ NO □ SÍ, Por favor, enumere: | | | | | | |
| **¿RECIBE SERVICIOS DE OTRA AGENCIA?:** □ NO □ SÍ, ¿Dónde y de qué tipo? | | | | | | |
| **FUENTE DE REFERENCIA:**  Nombre y título: Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Agencia: Fax:  Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Desea información de seguimiento? □ Sí □ No    *Firma del cliente Fecha*  *Firma del proveedor (Si es posible, adjunte el formulario de autorización para divulgar información) Fecha* | | | | | | |

**SOLO PERSONAL DE BB:**

Referencia tomada por: Fecha:

Referencia asignada a: Fecha:

06/2022