

720 East Lake Street
Minneapolis, MN 55407
(612) 746-3500
Fax: (612) 871-1058



797 East 7th Streets
St. Paul, MN 55106
(651) 379-4200
Fax: (651) 292-0347

COMUNIDADES LATINAS UNIDAS EN SERVICIO

Date: _____
Fecha: _____

Adult Referral:
Referencia para Adultos:

Child Referral:
Referencia para Niños:

Prospective Client's Name:

Nombre del futuro cliente: _____

Preferred language: Spanish English Other:

Idioma de preferencia: Español Inglés Otro: _____

DOB: _____ Age: _____ Gender: F M Other
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M H Otro _____

Ethnicity: Latino Caucasian African American Native American Asian American Other
Etnicidad: Latino Caucásico Afro-Americano Americano-Nativo Americano-Asiático Otro

Address: _____ City: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____

County: _____ Zip code: _____ Telephone number: _____ Home / Cell
Condado: _____ Código postal: _____ Teléfono en casa: _____

Previous therapy at CLUES?: yes no (if yes, approximate dates):
¿Ha recibido terapia en CLUES antes? sí no (fechas aproximadas): _____

Insurance Information / Información de Aseguranza

Is the prospective client insured? Yes: No:
El futuro cliente tiene aseguranza? Si: No:

Primary Insurance: MA: PMI #: _____
Aseguranza Primaria: Asistencia Medica: # de Aseguranza: _____

PMAP / 3rd Party Insurance: PMI #: _____
PMAP / Aseguranza Privada: # de Aseguranza: _____

Referral Information / Información de Referencia

Referral Source: _____ Agency/Position: _____
Origen de la Referencia: _____ Agencia/Posición: _____

Phone: _____ Fax: _____
Telefono: _____ Fax: _____

Current Social Services / Psychological Services:
Servicios Sociales / Psicológicos presentes: _____

Reason for referral? (target behaviors and when they started):
Cual es la razón para la referencia? (que / cuales comportamiento(s) y cuando comenzó / comenzaron)

PARENT INFORMATION (Child Referral Only) / INFORMACION DE LOS PADRES (Solo para Referencia para Niños)

Father's name: _____ Country of Birth: _____ Age: _____ Lives in the home: _____
Nombre del Padre: _____ País de nacimiento: _____ Edad: _____ Vive en la casa: Yes/Si No

Mother's name: _____ Country of Birth: _____ Age: _____ Lives in the home: _____
Nombre del Padre: _____ País de nacimiento: _____ Edad: _____ Vive en la casa: Yes/Si No

Guardian's name (if different from parent): _____ Relationship: _____
Nombre de tutor(a): _____ Relación con el cliente: _____

Primary Contact's Phone: _____ Work Phone: _____
Tel. del contacto primario: _____ Tel. trabajo: _____

Please attach a signed release of information and fax to 612-871-1058, Attn: Mental Health Referral

Por favor incluye un permiso a compartir información, y mande el fax a 612-871-1058 Attn: Referencia de Salud Mental