

Toda la información debe ser recibida antes de que el menor sea evaluado por el personal de CSST. Información incompleta retrasará el proceso para colocar al menor en uno de los programas.

El paquete completo con toda la documentación necesaria y justificada deberá ser enviado al facilitador de CSST, según el condado en el que el menor y su familia residen. Una vez recibido el paquete completo, el facilitador se comunicará con la familia para informarle la hora y el día de la cita en la cual el caso será evaluado. Los padres tienen la opción de no aceptar que el paquete sea procesado en el programa.

La evaluación del equipo de CSST no es para considerar una **colocación de emergencia**. El equipo leerá la información proporcionada por la familia, ayudara a la familia a entender los servicios previamente utilizados y aclarara que ha y que no ha funcionado terapéuticamente. El equipo también identificara recursos disponibles en la comunidad que no han sido utilizados y podrían ser convenientes y útiles para la familia.

El equipo puede estar compuesto de las siguientes entidades: representante del Programa Estatal de Servicios Médicos Administrados de Medicaid (MMA), Central Florida Behavioral Health Network, el Departamento de Justicia Juvenil (DJJ), enlace escolar (SEDNET), abogado de familia, y otras personas que pueden ser invitadas por la familia. Para las familias que tienen Medicaid, la ubicación de los servicios residenciales debe ser autorizada por Servicios Médicos Administrados de Medicaid (MMA) antes de la admisión. Cada plan de MMA determina la duración de la estancia del menor a través de la administración de cada proveedor residencial.

Si el menor no es elegido para el servicio, el paquete CSST debe de ser enviado para revisión al Programa Estatal de Servicios Médicos Administrados de Medicaid (MMA).

Ellos tramitaran la información del Plan de afiliación. (La información para comunicarse con el MMA más cercano aparece al final de esta aplicación).

Línea de ayuda gratuita: 1-877-711-3662, solamente para usuarios de TTY / TDD 1-866-467-4970 o visite www.flmedicaidmanagedcare.com. Horas del Centro de Llamadas: lunes a jueves – 8:00 a.m. – 8:00 p.m.; Viernes – 8:00 a.m.- 7:00 p.m. Si necesita materiales de ayuda en letras grandes, audio o Braille llame a la Línea de Ayuda.

El objetivo del Equipo facilitador es que el menor sea ubicado en un ambiente menos restrictivo y así poder satisfacer sus necesidades.

Opciones no residenciales están disponibles en los siguientes condados: Pinellas, Hillsborough, Manatee / Sarasota / Desoto, Lee, Collier y Polk / Hardee / Highlands a través de equipos de Acción Comunitaria Para Niños (CAT)

El equipo de Acción Comunitaria Para Niños (CAT) es un equipo clínico multidisciplinario autónomo que proporciona tratamiento basado en la comunidad. Es un programa intensivo para familias con jóvenes y adultos jóvenes entre los 11-21 años que están en alto riesgo de ser colocados fuera de la casa debido a la salud mental, trastornos mentales, y cuestiones relacionadas complejas para quienes los servicios tradicionales no son adecuados. El equipo de CAT ofrece servicios centrados en la familia y el menor de acuerdo a las fortalezas y necesidades del menor y la familia. El equipo de ayuda para la familia trabaja en conjunto con el objetivo de apoyar y sostener a los jóvenes o adultos jóvenes en el ambiente más adecuado.

Los servicios prestados y coordinados por el equipo incluyen: Psiquiatría (evaluación y gestión de medicamentos), Terapia (individual, en grupo y familiar) consejería, administración de casos, asesoría, intervención en crisis y cobertura/apoyo las 24 horas del día los 7 días de la semana, defensa del sistema educativo, coordinación y tutoría, el sistema legal de promoción y coordinación, habilidades para la crianza de menores, modificación de conducta, apoyo familiar y desarrollo de la red familiar, servicios vocacionales, empleo, habilidades para desenvolverse, alivio temporal para aquellos que cuidan al niño o adolescente afectado.



La siguiente es la lista de los Proveedores de CAT (Equipo de Acción Comunitaria)

1. Enriquecimiento personal a través de los Servicios de Salud Mental (727-362-4255) sirve al condado de **Pinellas**
2. **Gracepoint** (813-239-8453) que sirve al condado de **Hillsborough**
3. **Centerstone** (941-782-4396) que sirve a los condados **Manatee, Sarasota, Desoto**
4. **David Lawrence Center** (239-455-8500) que sirve al condado de **Collier**
5. **Centerstone** (941-782-4396) sirviendo al Condado de **Lee**
6. **Peace River Center** (863-519-0575 x 1105) que sirve a los condados de **Polk, Hardee y Highland.**
7. **Baycare Behavioral Health Center** (727-315-8638) que sirve al condado de **Pasco.**
8. **Charlotte Behavioral Health:** (941) 639-8300 que sirve al condado de **Charlotte Co:**
9. **Centerstone** (941-782-4396) que sirve al los condados de **Hendry, Glades**

Opciones residenciales de Medicaid y DCF (Departamento de Niños y Familias)

A) Hogar de Grupo Terapéutico (TGH): es un servicio intensivo psiquiátrico de tratamiento residencial diseñado para niños y adolescentes con trastornos emocionales moderados a severos. TGH está diseñado para los jóvenes que están listos para progresar a un menor nivel de cuidado como SIPP a un TGH, o para prevenir la colocación en un SIPP. El objetivo de un grupo terapéutico principalmente es el de permitir a los menores la auto-gestión y poder seguir trabajando hacia la resolución de los problemas de conducta, emocionales o psiquiátricos. La colocación en este grupo puede durar generalmente entre 8 a 12 meses.

B) Programa Estatal de Hospitalización Psiquiátrica (SIPP): Programa para estabilizar a un Menor severamente perturbado emocionalmente y/o psiquiátricamente inestable en un período cortó, Generalmente entre 2-6 meses, dentro de un ambiente restrictivo y muy estructurado. Esta colocación es apropiada sólo cuando se han intentado servicios menos restrictivos y no ha habido éxito con ellos.



Los niños y adolescentes que cumplan cualquiera de los siguientes criterios no se consideran apropiados para la atención en un SIPP

- Tratamientos menos intensivos cumplirían adecuadamente las necesidades del niño o adolescente.
- El diagnóstico primario es abuso de sustancias, retraso mental o autismo
- No se espera que el menor se beneficie de este nivel de tratamiento
- El menor no presenta un problema de naturaleza psiquiátrica y no va a responder a un tratamiento psiquiátrico
- El menor tiene un historial extensivo de violaciones hacia la propiedad y derechos de otros
- Un patrón de comportamiento disruptivo socialmente dirigido (por ejemplo, la participación en pandillas) es el problema principal que se presenta o el problema que se queda presente después de cualquier cuestión psiquiátrica se ha estabilizado
- Los beneficiados no pueden ser admitidos en un SIPP si tienen cobertura de Medicare, residen en un centro de enfermería o ICF / DD, o si tienen un período de elegibilidad que sólo es retroactivo o son elegibles como si necesitaran medicamentos
- La falta de autorización médica para la admisión

Familias que reciben beneficios de ingresos del seguro social:

Por favor consulte todos los procedimientos a seguir para reportar cambios residenciales antes de que el menor participe en el tratamiento residencial. SSI requiere notificación del cambio de residencia. No reportar el cambio a SSI podría costarle la devolución de los beneficios recibidos.



EQUIPO ESPECIFICO DE AYUDA PARA MENORES (CSST)
FACILITADORES POR CONDADOS

Por favor envíe el paquete completo con toda la documentación necesaria a las siguientes instituciones, según el condado donde usted y su niño residen.

[Condado de Collier](#)

ATTN: Karen Buckner, LCSW

David Lawrence Center

6075 Bathey Lane

Naples, FL 34116

Phone: 239-595- 8479

Fax: 239-643-7278

KAREN@dlcmhc.com

[Condado de Lee](#)

ATTN: Stephanie Brooks

SalusCare Inc.

2789 Ortiz Ave

Fort Myers, FL 33905

Direct Dial: 239-275-3222 ext. 1112

Fax: 239-791-0111

SBrooks@SalusCareFlorida.org

[Condado de Charlotte/Desoto:](#)

ATTN: Amy Hood & Gina Wynn

Charlotte Behavioral Health Care

1700 Education Ave.

Punta Gorda, FL 33950

Phone: 941-639-8300 ext. 2490

Fax: 941-639-6831

AHood@cbhcf.org

GWynn@cbhcf.org

[Condado de Manatee:](#)

ATTN: Charles Whitfield

Centerstone

371 Sixth Ave. West

Bradenton, FL 34205

Phone – (941)- 782-4203

Fax- (941)-782-4112

Charles.whitfield@manateeglens.org

[Condado de Pinellas:](#)

ATTN: Carolee Binette

Directions for Living

8823 - 115th Ave. North, Largo, FL 33773

Office: 727- 748-2294

fax: (727) 547-4599

Cbinette@dicrectionsforliving.org

[Condado de Sarasota & Desoto:](#)

ATTN: Erica Barker

Coastal Behavioral Health

12497 Tamiami Trail, North Port, FL. 34236

Office (941) 492-4300 ext. 2132

Fax (941) 492-2170

EBarker@coastalbh.org



Condado de Polk, Hardee, Highland:

ATTN: Tiffani Fritzsche
Peace River Center
P.O. Box 1559
Bartow, FL 33831-1559
Office 863-519-0575, ext. 6235
Fax: 863-519-0528
tfritzsche@peacrivercenter.org

Condado de Pasco:

ATTN: Teri Turza, Program
Coordinator, Children's Targeted
Case Management & CSST
Facilitator for Pasco
BayCare Behavioral Health
727-315-8862
Therese.turza@baycare.org

Proveedores del servicio CMH en la región de SunCoast

Todos los niños deben recibir servicios de Administración de Casos (TCM) Dirigido antes y durante su programa residencial

Condado de Charlotte

Charlotte Behavioral Health Care

Amy Hood
941-639-8300 ext. 2490

Lutheran Services Florida/Children's Network of SWFL

Pascale Iliou
Child Welfare Case Manager
Office 941-613-3905

Condado de Collier

David Lawrence Center

Karen Bucker (TCM/TBOS/BNET Supervisor)
6075 Bathey Lane
Naples, FL. 34116
(239) 595 - 8479

Condado de Hillsborough

Dellilah Fortenberry (BNET) 813-722-2882

Success 4 Kids & Families (S4KF)

Pam Jeffrey (Non-Med/BNet)
(813) 490-5490 ext. 223

CFBHN for (CSST Info)

Jennifer Fitzgerald
813-740-4811 ext. 260

Nu Beginnings Support Services, LLC.

6105 Memorial Highway, Suite E
Tampa, FL 33615
Toll Free: (888) 274-2824
Office (813) 931-0462
Fax (813) 882-4600

Condado de Hillsborough Cont.

Life Share Mgt. Group

Alexandria Wright
13220 N. 56th Street
Temple Terrace, FL 33617
813-891-9474

Condado de Lee

SALUS Care Inc.

Stephanie Brooks (CSST/TCM) 239-322-1561
Kristen Davis (Director) 239-791-1517

Condado de Manatee

Centerstone

Charles Whitfield (941)-782-4203(CSST)
Angela Schwartz CMH Manager
941-782-4286.
Ann Burke Clinical Supervisor
(941-782-4225)
Tiffany Schultz BNET



Condado de Pinellas

SunCoast Center for Community MH

Kristen Brundage TCM 727-327-7656 ext. 4130

Directions for Living

Courtney Hendrickson (CSST)
Office 727 547-4566 ext. 4427

Carolee Binette TCM Supervisor
727-524-4464 ext. 1943

Wendy Kubar (TBOS, Non-Med)
(727) 547-4566 ext. 4408
Email: tcmdirector@arsponline.org

Condado de Pinellas Cont.-

Sequel Care of Florida

Kate Malcolm (TCM)
727-547-0607 ext. 116

Juan Costanza (TBOS)
727-547-0607 ext. 123

Camelot

Dawn White (TCM)
(727) 593-0003 ext. 1101

PEMHS

Beth Lewis (BNet)
(727) 545-6477 ext.333

Condado de Pasco

BayCare Behavioral Health

Teri Turza (CSST) 727-834-3959 ext. 816714

Sequel Care of Florida

Sherri Albaum (TCM) 727-422-8431
Carisa Fleissner or David Dohm (TBOS/Supervisor)
727-494-7609 ext. 7003

Condado de Sarasota/Desoto

Providence Human Services Of Florida

Referrals for Counseling, TBOS & Med Mgt.
941-359-1927

* No TCM Services*

Coastal Behavioral

Erica Barker (CSST/TCM Supervisor)
(941) 492-4300 ext. 2132
(941) 376-0418 (cell)

Desoto Psychiatric Services

(A division of Charlotte Behavioral Health Center)

201 E. Gibson St.
Arcadia, FL 34266
1-877-703-5267
(941) 639-8300

Crisis Hotline (941) 575-0222

Condado de Polk/Hardee/Highland

Peace River

Tiffani Fritzsche (TCM Team Lead)
P.O. Box 1559
Bartow, Fl. 33831-1559
(863) 519 – 0575 ext. 6235
Fax: 863-519-0528

Winter Haven Hospital

Maureen McIntire (TCM Supervisor)
863-293-1121

Tri County Human Services

Kitty Slark (TCM Supervisor)
863- 452 - 0106



EQUIPO ESPECIFICO DE AYUDA PARA MENORES
(CSST) LISTA DE DOCUMENTOS

Nombre del Niño/a: _____

Fecha de nacimiento: _____ Condado de Residencia: _____

Es muy importante que toda la documentación requerida en esta lista este completa antes de ser enviada al facilitador de CSST para evitar retrasos en el proceso. Si alguna información en la lista no aplica a su menor, por favor escriba "N/A" (no aplica).

Evaluación psiquiátrica o psicológica con la recomendación del Programa Estatal de Hospitalización Psiquiátrica o Casa de Grupo de un psicólogo o psiquiatra con el nivel de cuidado y de atención durante el último año que incluya:

o El niño tiene un trastorno emocional tal como se define en la Sección 394.492 (5), FS, o un trastorno emocional grave tal como se define en la Sección 394.492 (6), FS;

o La perturbación emocional o el trastorno emocional grave requiere tratamiento en un centro de tratamiento residencial. Favor de especificar el Programa de Hospitalización Psiquiátrica Estatal de niños elegibles para Medicaid o Centro de Tratamiento Residencial de niños que no son elegibles para Medicaid o Grupo de Cuidado Terapéutico Especializado

o Todos los tratamientos disponibles, que son menos restrictivos que el tratamiento residencial, han sido considerados o no están disponibles

o El tratamiento recibido en el centro de tratamiento residencial tiene una probabilidad razonable de resolver los problemas que presenta el menor (esta información tiene que ser identificada por un psicólogo o psiquiatra)

o El lugar de tratamiento está calificado con el personal, programas y equipo para dar la atención y el tratamiento requerido por la condición del niño, su edad y su capacidad cognitiva

o El niño es menor de 18 años y la naturaleza, propósito y la duración de la estancia y del tratamiento se han explicado al niño y el padre o tutor del niño

Una carta de referencia otorgada por el psicólogo o psiquiatra que indique la necesidad del tratamiento de Grupo Terapéutico o del Programa Estatal y de hospitalización psiquiátrica basada en los criterios anteriores. La carta debe incluir los criterios anteriormente mencionados y cómo ese nivel de atención beneficiará al niño.

Previa información clínica que incluya lo siguiente:

Previa Información Clínica (ejemplos: los informes de admisión, evaluaciones, informes de cuando es dado de alta), Baker Act, admisiones residenciales y hospitalizaciones, hospitalizaciones parciales, tratamiento ambulatorio, etc.

- Paquete (CSST) con las formas debidamente diligenciadas y con toda la información pertinente.
- Planilla de información localizada en la parte posterior de la aplicación, en caso de que quieran renunciar al tratamiento.
- Información médica y de la escuela/colegio (favor de incluir información física y registros médicos que sean pertinentes para el tratamiento)
- Copia de la tarjeta del Seguro Social y acta de nacimiento.
- Información de las vacunas
- Verificación de estabilidad Medica y Dental – Examen físico anual echo en los últimos 90 Días
- IEP, si es un caso de educación especial (Clasificación ESE) o el último reporte escolar si es educación regular.
 - Puntaje del examen IC (IQ) más reciente con la documentación pertinente al examen.
- Historial de casos con el DJJ JJIS (si es aplicable)
 - Nombre del JPO _____ Número de Teléfono # _____
- Quien o cual es la agencia de servicios encargada de la ayuda con el caso (TCM) del condado en el que reside
 - Nombre del TCM _____ Teléfono # _____
 - Especialista de adopciones: _____

Revisado por: _____ Día: _____

Completo: _____ Incompleto: _____

Equipo específico de ayuda para menores (CSST) Planilla de información

Nombre del Menor: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Edad ____ Padre/Persona legalmente autorizada: _____

Número de teléfono: _____ Dirección actual: _____

Sexo: ____ Raza: _____ Etnicidad _____ el Menor tiene Medicaid? ____Si ____No

Nombre de la entidad encargada del servicio médico (MMA):

Número del plan de Medicaid: _____ Número de Seguro Social: _____

Lugar en donde se encuentra el Menor (marque uno):

____ Casa de sus padres ____ Centro de detención juvenil ____ Unidad de estabilización de crisis ____

Centro residencial ____ Refugio para indigentes

Adoptado ____No ____Si Agencia de

Adopción _____

1.) ¿Si el menor fue adoptado, por favor especifique la fecha y el lugar de la adopción?

2.) ¿En qué estado fue adoptado?

3.) ¿Desde que la adopción fue finalizada, usted ha recibido alguna ayuda o servicios de la agencia de adopción que le presto el servicio? ____Si ____No

4.) Si recibe alguna ayuda o servicios, información del contacto en la agencia de adopción que le ayuda: _____

5.) ¿Está usted recibiendo ayuda monetaria por la adopción? ____Si ____No
¿Si recibe alguna ayuda monetaria por la adopción, cual es la cantidad que recibe?
\$ _____

6.) ¿El menor recibe alguna ayuda monetaria del Seguro Social? ____Si ____No
¿Si recibe alguna ayuda monetaria del Seguro Social, cual es la cantidad que recibe?
\$ _____

7.) ¿Recibe usted otra clase de ayuda monetaria de otra agencia, entidad gubernamental, u otra entidad por parte de la agencia de adopción? ___Si ___No

Cantidad: \$_____

8.) ¿Usted tiene otros menores adoptados en su casa? ___Si ___No

Si tiene otros menores adoptados en su casa, por favor describa las edades, fechas de adopción y la entidad que les ayuda monetariamente:

Escuela/Colegio: _____ Grado: _____

Clasificación de la escuela/colegio: _____ Puntaje de IC (IQ): _____

Diagnóstico del doctor/Credenciales: _____ Fecha del diagnóstico: _____

Medicamento necesario actualmente/

Diagnóstico actual

Dosis /Frecuencia

Axis I:

Axis II:

Axis III:

Axis IV:

Axis V:

Esta usted recibiendo servicios de alguna agencia de trabajo social: ___Si ___No

Si recibe servicios, cual es el nombre de la agencia que le presta el servicio:

Tratamientos recibidos actualmente y anteriormente (marque todos los que apliquen):

___Trabajadora social ___ Tratamiento ambulatorio de salud mental ___ Medicamentos

___TBOS (terapia en casa) ___ Depto. de Justicia Juvenil ___ Tratamiento para abuso de sustancias

___ Estabilización de crisis



Problema o preocupaciones resientes:

Recomendaciones del doctor o clínicas:

Firma de los padres: _____ Fecha: _____

Número del teléfono: _____

Firma del terapeuta/trabajador social: _____ Fecha: _____

Equipo específico de ayuda para menores (CSST) Resumen de Caso

Nombre del Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fortalezas Del Menor:

Historia significativa (ej. abuso, negligencia, expuestos a violencia doméstica, abuso de sustancias, etc...):

Servicios en los que está actualmente participando:

Problemas médicos / medicamentos que no requieran receta médica que sean usados regularmente:

Colocación fuera de casa (ej. colocación residencial, admisiones por estabilización de crisis):

Envolvimiento Legal (Depto. de Justicia Juvenil y/o Depto. de menores y familia):



¿Su hijo ha tenido cualquier relación con el sistema de justicia penal? ____ Si ____ No

Si es así, indique la fecha, cargo, y la
disposición. _____

Antes de que el paquete se reparta entre los proveedores, los padres/tutores tendrán que ponerse en contacto con el DJJ, para obtener una copia del formulario de DJJ JJIS. Este formulario se puede obtener del oficial de libertad condicional juvenil de su menor de edad o en un centro de detención.

Por favor incluya el nombre del oficial de libertad condicional del menor así como la información completa para contactarlo:

Síntomas de conducta del menor (como actúa el menor):

Problemas familiares/servicios de apoyo:

Que solicitan los padres/guardián del menor:

Firma de la persona que completo el formulario: _____

Relación con el Menor: _____

Fecha: _____

Cuestionario médico de admisión para SIPP

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___

Fecha de último examen físico: _____ Fecha de último examen dental: _____

1. El niño ha tenido una lesión o enfermedad médica desde la última revisión médica: **Sí / No**

Si la respuesta es sí, por favor explique:

2. ¿El niño visitó un médico aparte de su médico de cuidado principal en los dos últimos años o era el niño que se refiere a un especialista, aunque nunca se hizo una cita? **Sí / No**

Si la respuesta es sí, por favor explique:

3. ¿Tiene un físico siempre negó/restringido su participación en deportes o actividades de cualquier problema de corazón? **Sí / No**

Si la respuesta es sí, por favor explique:

4. ¿El niño tiene cualquier activo de dolencia o enfermedad crónica? Esto puede incluir, pero no limitar: asma, convulsiones, hipertensión, VIH, Hepatitis B o C, células falciformes, enfermedad cardíaca, diabetes, etc...

Sí / No

Si la respuesta es sí, por favor explique:

5. ¿La tos del niño, estornudar, sibilancias o tiene dificultad para respirar durante o después de actividad física?

Sí / No

6. ¿El niño nunca se le ha diagnosticado un trastorno del desarrollo / aprendizaje discapacidad / autismo?

Sí / No

Si la respuesta es sí, por favor explique:

7. ¿Fue el niño alguna vez involucrado en un accidente automovilístico que resultó en lesiones?

Sí / No

Si la respuesta es sí, por favor explique:

8. ¿Tiene el niño que tiene una lesión en la cabeza, conmoción cerebral, conciencia perdida o memoria? **Sí/No**

Si la respuesta es sí, por favor explica:

9. ¿El niño sufrió ningún hueso roto o fracturado o dislocado cualquier articular? **Sí/No**

Si la respuesta es sí, por favor explica:

10. ¿El niño usa algún equipo especial de protección/correctivo o dispositivos médicos tales como gafas, prótesis de rodilla, cuello, desviación y retención de los dientes o prótesis de oído? **Sí/No**

Si la respuesta es sí, por favor explica:

11. ¿Si es mujer, está embarazada o sospecha o confirmado? **Sí/No**

Fecha de vencimiento (si se conoce): _____

12. ¿Es Depo Provera inyecciones usadas para el control de la natalidad? **Sí/No**

En caso afirmativo, fecha de la última inyección: _____

13. ¿Está el niño actualmente tomando cualquier prescripción o medicamentos sin receta (venta libre)?

Sí/No

En caso afirmativo, enumere todos los medicamentos que El niño está tomando en este momento, incluyendo vitaminas: _____

Nombre de la persona completando este formulario

Relación con el cliente

Número de teléfono



Padre/Tutor legal autorización para divulgar información del menor

Nombre del Menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo (nosotros) por este medio autorizamos a: _____ para divulgar información o copias de la información especificada abajo: (Nombre de la agencia)

- Registro de la escuela/colegio
- Historia médica (física y trabajo de laboratorio)
- Evaluaciones psiquiátricas, psicosociales, evaluaciones e información.
- Registro de hospital- psiquiatras
- Evaluación Neurológica
- Departamento de Justicia Juvenil
- Registros de intervenciones medicas
- Registros médicos
- Otros por favor descríbalos:

A la agencia/CSST Facilitador mire abajo la lista de miembros del CSST:

Pasco County:
 ATTN: Teri Turza
 BayCare Behavioral Health
 Phone: (727) 315-8862
 Fax: (727) 834-3969

Sarasota & Desoto Counties:
 ATTN: Erica Barker
 Coastal Behavioral Health
 Phone: (941) 492-4300
 Fax: (941) 492-2170

Charlotte County:
 ATTN: Amy Hood
 Charlotte Behavioral Health Care
 Phone: (941) 639-8300 ext. 2490
 Fax: (941) 639-6831

Hillsborough County:
 ATTN: Jennifer Fitzgerald
 CFBHN
 Phone: (813) 740-4811 ext. 248
 Fax: (813) 740-4821

Lee County:
 ATTN: Stephanie Brooks
 SalusCare Inc.
 Phone: (239) 322-1561
 Fax: (239) 425-1524

Manatee County:
 ATTN: Charles Whitfield
 Centerstone
 Phone: 941-782-4203
 Fax: (941) 782-4112

Pinellas County:
 ATTN: Carolee Binette
 Directions for Living
 Phone: (727) 748 - 2294
 Fax: (727) 547-4599

Hardee, Highland, and Polk
 ATTN: Tiffani Fritzsche
 Peace River Center
 Phone: (863) 519 – 0575, ext. 6235
 Fax (863) 863-519-0528

Collier County:
 ATTN: Karen Buckner
 David Lawrence Center
 Phone: 239 595-8479
 Fax: 239-6437278

Winter Haven Hospital
 ATTN: Maureen McIntire
 (863) 293-1121

Other _____

CON EL PROPOSITO DE: la Determinación de los servicios comunitarios más apropiados y / o tratamiento residencial para el niño y para la aprobación de fondos para el tratamiento recomendado. Entiendo que la información obtenida se convertirá en parte de la solicitud de remisión del niño arriba mencionado por CSST. Si el comité determina que el niño es apropiado para una remisión a un centro de tratamiento residencial y / o servicios de la comunidad, entiendo que la aplicación completa y paquetes de registros se enviarán por Florida Central Behavioral Health Inc. para cualquiera de los servicios recomendados por el comité y para el examinar el programa.

Este comunicado es válido por un (1) año a partir de la fecha de consentimiento. Entiendo que el consentimiento puede ser revocado mediante solicitud por escrito en cualquier momento. He leído, se ha leído y explicado verbalmente a mí, para autorizar lo anterior y comprender completamente. Por la presente, libero a la Florida Central Behavioral Health Inc. y CSST de cualquier responsabilidad que pueda surgir como consecuencia de la utilización de la información contenida en los discos editados.

Firma del Padre o Guardián: _____ Fecha: _____

Relación con el menor: _____

Firma de un testigo: _____ Fecha: _____



Padre/Tutor legal autorización para divulgar información del menor

Nombre del Menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo (nosotros) por este medio autorizamos a: _____ para divulgar información o copias de la información especificada abajo: (Nombre de la agencia)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Registro de la escuela/colegio | <input type="checkbox"/> Departamento de jóvenes |
| <input type="checkbox"/> Historia médica (física y trabajo de laboratorio) | <input type="checkbox"/> Registros de intervenciones medicas |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones psiquiátricas, psicosociales, evaluaciones e información. | <input type="checkbox"/> Registros médicos |
| <input type="checkbox"/> Registro de hospital- psiquiatras | <input type="checkbox"/> Otros por favor descríbalos: |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Neurológica | |

A la agencia/CSST Facilitador mire abajo la lista de miembros del CSST:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pasco County:
ATTN: Teri Turza
BayCare Behavioral Health
Phone: (727) 315-8864
Fax: (727) 834-3969 | <input type="checkbox"/> Sarasota & Desoto Counties:
ATTN: Erika Barker
Coastal Behavioral Health
Phone: (941) 492-4300
Fax: (941) 492-2170 | <input type="checkbox"/> Charlotte County:
ATTN: Amy Hood
Charlotte Behavioral Health Care
Phone: (941) 639-8300 ext. 2490
Fax: (941) 639-6831 |
| <input type="checkbox"/> Hillsborough County:
ATTN: Jenniger Fitzgerald
CFBHN
Phone: (813) 740-4811 ext. 248
Fax: (813) 740-4821 | <input type="checkbox"/> Lee County:
ATTN: Sal Romano
SalusCare Inc.
Phone: (239) 275-3222
Fax: (239) 791-0111 | <input type="checkbox"/> CFBHN:
719 US Highway 301 South
Tampa, FL 33619
Phone: (813) 740-4811
Fax: (813) 740-4821 |
| <input type="checkbox"/> Manatee County:
ATTN: Charles Whitfield
Centerstone
Phone: 941-782-4189
Fax: (941) 782-4112 | <input type="checkbox"/> Pinellas County:
ATTN: Carolee Binette
Directions for Living
Phone: (727) 547-4566 ext 4411
FAX: (727) 547-4599 | <input type="checkbox"/> Hardee, Highland & Polk
ATTN: Tiffani Fritzsche
Peace River Center
Phone: (863) 519 – 0575 ext. 6235
Fax: (863) 519-0528 |
| <input type="checkbox"/> Collier County:
ATTN: Susan Kirgan
David Lawrence Center
Phone: (239) 595-8479
Fax: 239 643-7278 | <input type="checkbox"/> Winter Haven Hospital
Maureen McIntire
(863) 293-1121 | <input type="checkbox"/> Other _____ |

CON EL PROPOSITO DE: la Determinación de los servicios comunitarios más apropiados y / o tratamiento residencial para el niño y para la aprobación de fondos para el tratamiento recomendado. Entiendo que la información obtenida se convertirá en parte de la solicitud de remisión del niño arriba mencionado por CSST. Si el comité determina que el niño es apropiado para una remisión a un centro de tratamiento residencial y / o servicios de la comunidad, entiendo que la aplicación completa y paquetes de registros se enviarán por Florida Central Behavioral Health Inc. para cualquiera de los servicios recomendados por el comité y para el examinar el programa.

Este comunicado es válido por un (1) año a partir de la fecha de consentimiento. Entiendo que el consentimiento puede ser revocado mediante solicitud por escrito en cualquier momento. He leído, se ha leído y explicado verbalmente a mí, para autorizar lo anterior y comprender completamente. Por la presente, libero a la Florida Central Behavioral Health Inc. y CSST de cualquier responsabilidad que pueda surgir como consecuencia de la utilización de la información contenida en los discos editados.

Firma del Padre o Guardián: _____ Fecha: _____

Relación con el menor: _____

Firma de un testigo: _____ Fecha: _____



Padres/Tutor legal Autorización para divulgar información a los programas de asistencia (MMA) para menores con Medicaid

Nombre del Menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo (nosotros) por este medio autorizamos a: Central Florida Behavioral Health Network, Inc. para divulgar información o copias de la información especificada abajo: (Nombre de la agencia)

- Registro de la escuela/colegio Departamento de jóvenes
- Historia médica (física y trabajo de laboratorio) Registros de intervenciones medicas
- Evaluaciones psiquiátricas, psicosociales, evaluaciones e información. Registros médicos
- Registro de hospital- psiquiatras Otros por favor descríbalos: _____
- Evaluación Neurológica

Programa de asistencia de Medicaid para el estado de Florida (MMA):

- Amerigroup Florida, Inc. Better Health Integral Humana
- Prestige Sunshine United Molina Staywell Psychcare,
- WellCare Cenpatico

CON EL FIN DE: Determinar los servicios comunitarios más apropiados y / o tratamiento residencial para el Menor y para la aprobación de fondos para el tratamiento recomendado.

CON EL PROPOSITO DE: la Determinación de los servicios comunitarios más apropiados y / o tratamiento residencial para el niño y para la aprobación de fondos para el tratamiento recomendado.

Entiendo que la información obtenida se convertirá en parte de la solicitud de remisión del niño arriba mencionado por CSST. Si el comité determina que el niño es apropiado para una remisión a un centro de tratamiento residencial y / o servicios de la comunidad, entiendo que la aplicación completa y paquetes de registros se enviarán por Florida Central Behavioral Health Inc. para cualquiera de los servicios recomendados por el comité y para el examinar el programa.

Este comunicado es válido por un (1) año a partir de la fecha de consentimiento. Entiendo que el consentimiento puede ser revocado mediante solicitud por escrito en cualquier momento. He leído, se ha leído y explicado verbalmente a mí, para autorizar lo anterior y comprender completamente. Por la presente, libero a la Florida Central Behavioral Health Inc. y CSST de cualquier responsabilidad que pueda surgir como consecuencia de la utilización de la información contenida en los discos editados.

Firma del Padre o Guardián: _____ Fecha: _____

Relación con menor: _____

Firma de un testigo: _____ Fecha: _____



Padre/Tutor legal autorización para divulgar información del menor

Nombre del Menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo (nosotros) por este medio autorizamos a: [Central Florida Behavioral Health Network](#) para divulgar información o copias de la información especificada abajo: (Nombre de la agencia)

- Registro de la escuela/colegio
- Historia médica (física y trabajo de laboratorio)
- Evaluaciones psiquiátricas, psicosociales, evaluaciones e información.
- Registro de hospital- psiquiatras
- Evaluación Neurológica
- Departamento de jóvenes
- Registros de intervenciones medicas
- Registros médicos
- Otros por favor descríbalos: _____

A: Nombre de la persona y la relación con los padres / tutor legal

CON EL FIN DE: Determinar los servicios comunitarios más apropiados y / o tratamiento residencial para el Menor y para la aprobación de fondos para el tratamiento recomendado.

Este comunicado es válido por un (1) año a partir de la fecha de consentimiento. Entiendo que el consentimiento puede ser revocado mediante solicitud por escrito en cualquier momento. He leído, se ha leído y explicado verbalmente a mí, para autorizar lo anterior y comprender completamente. Por la presente, libero a la Florida Central Behavioral Health Inc. y CSST de cualquier responsabilidad que pueda surgir como consecuencia de la utilización de la información contenida en los discos editados.

Firma del Padre o Guardián: _____ Fecha: _____

Relación con el menor: _____

Firma de un testigo: _____ Fecha: _____

DECLARACIÓN DE ESTABILIDAD DENTAL

Nombre del Menor: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número Del Seguro Social #: _____

Yo, _____, he examinado al menor y he determinado que él o ella están en buen estado de salud física sin condiciones dentales agudas o crónicas, y no requieren un tratamiento dental extenso, o la necesidad de atención dental, que no prevea una atención rutinaria.

Firma Del Dentista

Fecha

***** POR FAVOR INCLUYA LAS COPIAS DE LA INFORMACION PREVIA QUE HAN SIDO ARCHIVADOS POR LOS ULTIMOS 6 MESES*****



DECLARACIÓN DE ESTABILIDAD MÉDICA

Nombre del Menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número Del Seguro Social #: _____

Yo, _____, he examinado al menor y he determinado que él o ella están en buen estado de salud física sin condiciones dentales agudas o crónicas, y no requieren un tratamiento Médico extenso, o la necesidad de atención Medica, que no prevea una atención rutinaria.

Firma del Dentista

Fecha

***** POR FAVOR INCLUYA LAS COPIAS DE LA INFORMACION PREVIA QUE HAN SIDO ARCHIVADOS POR LOS ULTIMOS 6 MESES*****

CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Por la presente, yo autorizo a Central Florida Behavioral Health Network, Inc. para enviar copias de los documentos relacionados con el caso de los menores, a las entidades que se encargaran de ayudar y que a su vez son recomendadas por el equipo de trabajo, para que examinen la ubicación del menor en los programas de salud mental o en los programas de abuso de drogas:

Nombre Del Menor: _____

Fecha de Nacimiento del Menor: _____

Por la presente, yo libero a la(s) institución(es) de cualquier responsabilidad que pueda surgir como consecuencia de la utilización de la información contenida en los discos editados.

Firma de los padres /tutor legal

Firma de los padres /tutor legal

Número de teléfono

Fecha

Testigo: _____

Representante de CFBHN: _____

PARA RECIBIR LA AGENCIA (IES):

PROHIBIDO LA RE-DIVULGACIÓN DE: esta información ha sido divulgada de los registros los cuales su confiabilidad es protegida. CUALQUIER DIVULGACIÓN ES ESTRICTAMENTE PROHIBIDA A MENOS QUE EL CLIENTE / TUTOR DE EL CONSENTIMIENTO POR ESCRITO ESPECÍFICO PARA LA DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN.

Hospitalización psiquiátrica, programa estatal (SIPP) lista de contactos

BayCare SIPP (Pasco Co.)

Pete Vlastaras or Mary Galysh
PeterVlastaras@baycare.org or
Mary.Galysh@baycare.org

8132 King Hellie Blvd
New Port Richey, FL
727-834-3965

Palm Shores Behavioral Health Center (Manatee Co.)

Albert Distefano
Email: albert.distefano@uhsinc.com

1324 37th Ave E
Bradenton, FL 34210
941-782-1752

- Accepts children under 12 yrs old

Sandy Pines (Palm Beach Co.)

Meghan Theodore/Marisa Knight
or Joan.Kernaghan@uhsinc.com
Marisa.Knight@uhsinc.com

11301 S.E. Tequesta Terrace
Tequesta, FL 33469
561-744-0211

- Ropes Course
- Sexual Behavior/trauma issues
- Spanish speaking program
- Low IQ

Devereux (Orlando) (Orange Co.)

Kelianne Bayless
Email: Referral@devereux.org

6147 Christian Way
Orlando, FL 32808
1-800-338-3738

Florida Palms Academny (Broward Co.)

Michelle Thomas or Shena Mayas
mthomas@floridapalmsacademy.com or
smayas@floridapalmsacademy.com

5925 McKinley Street
Hollywood, FL 33027
954-963-0992

- Trauma Resolution Focused Treatment
- Accepts kids up to 14 yoa

Daniel Memorial (Duval Co.)

Julie Riley
Email: JRiley@danielkids.org

3725 Belfort Road
Jacksonville, FL 32216
904-296-1055

- Sexual Reactive Unit

Citrus (Broward/CATS) (Broward Co.)

Email: Gisela Suarez or
SIPPreferras@citrushealth.com
giselas@citrushealth.com or

8450 South Palm Drive
Pembroke Pines, FL 33025
954-342-0355

- Sexual reactive treatment program
- Ages 13 – 17 years old



Lista de hogares terapéuticos (TGH) lista de contactos En la región de SunCoast

Carlton Manor (Pinellas Co.)
(Boys ONLY)

Contact: Dave Hytner

Email: dhytner@carltonmanor.org

45 Westwood Terrace North
St Pete, FL 33710
(727) 422-5742

Life Stream aka: Turning Point (Lake Co.)
(GRILS ONLY)

Contact: Michele Walsh

Email: Mwalsh@lsbc.net

19812 East 5th Street
Umatilla, FL 32784
(352) 771-8996

Devereux (Orange Co.)

Contact: Central Referral Unit (CRU)

Email: Referral@devereux.org

(800) 338-3738 ext. 77130
Boys STGH Titusville Lodge
1850 South Deleon Ave.

Titusville, FL. 32780
(407) 374-1950

Alternative Family Care TGH (Broward Co.)
(GIRLS ONLY)

Contact: Anya James

Email: Ajames@altgroupcare.com

20250 SW 50TH PLACE
Fort Lauderdale, Florida 33332
(954) 599-6561 or (954) 680-8462

Florida United Methodist Children's Home
(Volusia Co.)

Contact: Yolaine Cotel

Email: Yolaine.Cotel@fumch.org

51 Children's Way
Enterprise, FL 32725
(386) 668-4774 ext. 2304

St Augustine Youth Services (Saint John's Co.)
(BOYS ONLY)

Contact: Leslie Snyder

Email: LeslieS@sayskids.org

201 Simone Way,
St. Augustine, FL 32086
(904) 829-1770, ext. 311

