



Collaborating for Excellence

(CSST) Planilla Equipo Especifico de ayuda para menores Efectiva Julio 2024

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 a CFBHN, según el condado en el que el menor y su familia residen. Una vez recibido el paquete completo, CFBHN comunicará 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 Guía de Recursos de Salud Mental puede ser adquirida en la página de inicio de Central Florida Behavioral Health Network (CFBHN) <http://cfbhn.org/community-resources.asp>. También puede ser solicitada a través de CFBHN al teléfono 813-740-4811 ext. 248, 297, 296, 258.

La evaluación del equipo de CSST no es para considerar una **colocación de emergencia**. El equipo leerá la información proporcionada por la familia, ayudará a la familia a entender los servicios previamente utilizados y aclarará que ha y que no ha funcionado terapéuticamente. El equipo también identificará 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 gestionarán 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 / Highland 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. David Lawrence Center (239-455-8500) que sirve al condado de **Collier**.
2. Gracepoint (813-239-8453) que sirve al condado de **Hillsborough**.
3. Centerstone (941)782-4396) sirviendo al Condado de **Lee**
- 4.Centerstone (941) 782-4396 sirve a los condados de **Hendry, Glades**.
5. Centerstone (941-782-4396) sirve al condado de **Manatee**.
6. Centerstone (941-782-4396) sirve los condados de **Sarasota, Desoto**.
7. Enriquecimiento personal a través de los Servicios de Salud Mental (PEMHS) (727-362-4255) sirve al condado de **Pinellas**.
8. Peace River Center (863-519-0575 x 1105) que sirve a los condados de **Polk, Hardee y Highland Condados**.
9. Baycare Behavioral Health Center (727-315-8638) que sirve al condado de **Pasco**.
10. Charlotte Behavioral Health (941)639-8300 sirve al condado de **Charlotte**.



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

- 1.) Tratamientos menos intensivos cumplirían adecuadamente las necesidades del niño o adolescente.
- 2.) El diagnóstico primario es abuso de sustancias, retraso mental o autismo
- 3.) No se espera que el menor se beneficie de este nivel de tratamiento
- 4.) El menor no presenta un problema de naturaleza psiquiátrica y no va a responder a un tratamiento psiquiátrico
- 5.) El menor tiene un historial extensivo de violaciones hacia la propiedad y derechos de otros
- 6.) 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
- 7.) 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
- 8.) 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.



Administradores de Casos para menores por Condados

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

Condado de Collier

David Lawrence Center

6075 Bathey Lane
Naples, FL 34116
Phone: 239-595-8479
Fax: 239-643-7278
Attn: Karen Buckner, LCSW
KAREN@DLCenters.org

Condado de Lee

SalusCare Inc.

2789 Ortiz Ave
Fort Myers, FL 33905
Phone: 239-322-1561
Fax: 239-425-1524
Mobile: 239-560.5276
Attn: Jennifer Files
JFiles@SalusCareFlorida.org

Condado de Pasco:

BayCare Behavioral Health

727-315-8862
Attn: Teri Turza
Therese.turza@baycare.org

Condado de Charlotte/Desoto:

Charlotte Behavioral Health Care

1700 Education Ave.
Punta Gorda, FL 33950
Phone: 941.875.5258
Fax: 941-639-6831
Attn: Sandra Prince
SPrince@cbhcf.org

Condado de Pinellas:

Directions for Living

8550 Ulmerton Rd, Ste. 145 Ave.
Largo, Fl. 33771
Office: 727-524-4464 ext. 1943
Cell#: 727-253-6574
fax: (727) 507-4006
Attn: Carolee Binette
cbinette@directionsforliving.org

Condado de Manatee:

Centerstone

371 Sixth Ave. West
Bradenton, FL 34205
Phone – (941)- 782-4203
Fax- (941)-782-4112
Attn: Charles Whitfield / Gemma Clayson
Gemma.Clayson@centerstone.org
Charles.whitfield@centerston.org

Condado de Sarasota & Desoto:

Lightshare Behavioral Wellness & Recovery

Coastal Behavioral Health
12497 Tamiami Trail, North Port, Fl.
34236
Office (941) 331-2530 ext, 4404
Fax (941) 492-2170
Attn: Casey Collier
ccollier@lightsharewellness.org

Condado de Hillsborough:

CFBHN

719 US 301 South
Tampa, FL 33619
813-740-4811 ext. 248
FAX 813-740-4821
Attn: CMH
cmh@fbhn.org

Condado de Polk, Hardee,

Highland:

Peace River Center

P.O. Box 1559
Bartow, FL 33831-1559
Phone 863.519.0575 ext. 6235
Fax 863.733.4497
Attn: Tiffani Fritzsche
Tiffani.Fritzsche@peacrivercenter.org



Proveedores del servicio CMH en la región de Suncoast

Charlotte & DeSoto Counties

Charlotte Behavioral Health Care	Main Office	(941) 639-8300
	Crisis Unit	(941) 575-0222

Collier County

David Lawrence Center	Main Office	(239) 595-8479
-----------------------	-------------	----------------

Hillsborough County

CFBHN (Staffings Only)	Main Office	(813) 740-4811
Caring Community Counseling	Main Office	(727) 367-2273
Success 4 Kids & Families	Main Office	(813) 871-7412
Children's Home Society	Main Office	(407) 896-2323

Lee County

SalusCare	Main Office	(239) 322.1561
Charlotte Behavioral Health Care	Main Office	(941) 639-8300

Manatee County

Centerstone	Main Office	(941) 782-423
-------------	-------------	---------------

Pinellas County

Camelot Community Care	Main Office	(813) 635-9765
Caring Community Counseling	Pinellas Office	(727) 367-2273
Chrysalis Health	Pinellas Office	(727) 231-4885
Directions for Living	Main Office	(727) 547-4566
PEMHS	Main Office	(727) 362-4225
Sequel Care of Florida	Main Office	(727) 547-0607
Suncoast Center for Community Mental Health	Main Office	(727) 327-7656
Family Enrichment Services	Main Office	(727) 657-7761



Proveedores del servicio CMH en la región de Suncoast continua

Pasco County

BayCare Behavioral Health	Main Office	(727) 315-8862
Caring Community Counseling	Pasco Office	(727) 367-2273
Chrysalis Health	Pasco Office	(352) 205-4788
Sequel Care of Florida	Main Office	(727) 422-8431

Sarasota County

First Step of Sarasota	Main Office	(941) 331-2530
------------------------	-------------	----------------

Polk, Highlands & Hardee Counties

Chrysalis Health	Polk Office	(863) 216-5636
Peace River Center	Main Office	(863) 519-0575
TriCounty Human Services	Main Office	(863) 452-0106
Winter Haven Hospital	Main Office	(863) 293-1121



Equipo Específico 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:

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

Nombre del Niño/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Condado de Residencia: _____



- 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 de la Agencia de manejo de caso: _____
Nombre del trabajador de caso: _____
Teléfono # _____
 - Especialista de adopciones: _____

Por favor envíe su planilla con toda la documentación necesaria a CFBHN vía email at cmh@cfbhn.org o via fax al 813-740-4821 con ATTN to CMH



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 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:

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

Fecha de vencimiento (si se conoce): _____

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

En caso afirmativo, fecha de la última inyección: _____

12. ¿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 (imprimir)

Relación con el cliente

Número de teléfono



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.) Esta 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/ Dosis

Diagnóstico actual

/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 recientes:

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:

Por favor indique los programas que escogió: *favor de referirse a la página 23-24 para los programas disponibles*

SIPP: 1. _____ 2. _____ 3. _____

STGH: 1. _____ 2. _____ 3. _____

a. Si decidió renunciar a revisar su caso con el equipo de CSST. Indique **Si** ___ o ___ **No**

Por favor indique una explicación.

Firma de la persona que completo el formulario:

Relación con el Menor: _____

Fecha: _____

Correo electrónico: _____



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 describalos:

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
First Step of Sarasota
 Phone: (941) 331-2530
 Fax: (833) 375-4144

Charlotte County:
 ATTN: Sandra Prince
Charlotte Behavioral Health Care
 Phone: (941) 875-5258
 Fax: (941) 639-6831

Hillsborough County:
 ATTN: CMH
CFBHN
 Phone: (813) 740-4811
 Fax: (813) 740-4821

Lee County:
 ATTN: Jennifer Files
SalusCare Inc.
 Phone: (239) 322-1524
 Fax: (239) 791-0111

Collier County:
 ATTN: Karen Buckner
David Lawrence Center
 Phone: (239) 595-8479
 Fax: (239) 643-7278

Manatee County:
 ATTN: Gemma Clayton
Centerstone
 Phone: 941-782-4203
 Fax: (941) 782-4112

Pinellas County:
 ATTN: Carolee Binette
Directions for Living
 Phone: (727) 547-4566 ext. 4411
 FAX: (727) 547-4599

Hardee, Highland, and Polk
 ATTN: Tiffany Fritzsche
Peace River Center
 Phone: (863) 519 – 0575, ext. 6235
 Fax (863) 863-733

Winter Haven Hospital
 ATTN: Maureen McIntire
 Phone: 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: _____



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

A: programa de asistencia de Medicaid para el estado de Florida (MMA):

- Simply Healthcare Sunshine Health Magellan Humana Beacon Molina
- Aetna Better Health United Healthcare Prestige CMS Centene Wellcare
- Staywell 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 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: [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 12 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 County)

Contact: Megan Holmes o Tarrah Clemence
 Email: Megan.Holmes@baycare.org o
Tarrah.Clemence@baycare.org
 8132 King Hellie Blvd
 New Port Richey, FL 34653
 727-834-3965

- Ages 11-17
- 6th grade level and above

Palm Shores Behavioral Health Center (Manatee County)

Contact: Kate Howes
 Email: Palmshoresreferrals@uhsinc.com
 1324 37th Ave E
 Bradenton, FL 34210
 941-782-1752

- Ages 11-17
- 6th grade level and above

Sandy Pines (Palm Beach County)

Contact: Janet Naranjo o Jamie Maggiacomo
 Email: Janet.Naranjo@uhsinc.com o
jamie.maggiacomo@uhsinc.com o
Sandypinesadmissions1@uhsinc.com
 11301 S.E. Tequesta Terrace
 Tequesta, FL 33469
 561-744-0211

- Sexual behavior/trauma issues
- Spanish speaking program
- Separate unit for children under 12 years old

Devereux (Orange County)

Contact: Keliann Bayless
 Email: Referral@devereux.org
 6147 Christian Way
 Orlando, FL 32808
 321-775-6422 ext. 176422

Gulf Coast (Okaloosa County)

Contact: Lindsey Walker and/or Terry Abbott
 Email: Lindsey.walker2@uhsinc.com
Terry.abbott@uhsinc.com
 1015 Mar Walt Dr.
 Ft. Walton Beach, Fl. 32547
 850-624-2400

- Ages 12-17
- **GIRLS ONLY**

Florida Palms Academy (Broward County)

Contact: Michelle Thomas
 Email: mthomas@floridapalmsacademy.com
 5925 McKinley Street
 Hollywood, FL 33021
 954-963-0991

- Trauma Resolution Focused Treatment
- Ages 6 to 14 years old
- K-8th grade only

Daniel Memorial (Duval County)

Contact: Sara Flood o Morgan Simmons
 Email: sflood@danielkids.org o
mrsimmons@danielkids.org
 3725 Belfort Road
 Jacksonville, FL 32216
 904-296-1055 ext. 2371

- Ages 8-17
- Sexual Reactive Unit

Citrus Health Network (Broward County)

Contact: Gisela Suarez
 Email: SIPPreferrals@citrushealth.com
 8450 South Palm Drive
 Pembroke Pines, FL 33025
 954-342-0355

- Ages 13-17 years old
- 1 Pregnant youth at a time

Suncoast Behavioral Health Center (Manatee County)

Contact: Holly Henderson
 Email: SuncoastRTCreferrals@uhsinc.com
 4480 51st Street West
 Bradenton, FL 34210
 941-251-5000 ext. 302

- Ages 11-17
- 6th grade level and above
- **GIRLS ONLY**

Brooksville Youth Academy (Hernando County)

Contact: Maytee Dusseau
 Email: Referrals@youthopportunity.com
 201 Culbreath Road
 Brooksville, FL 34602
 844-733-3775

- Ages 13-17
- **BOYS ONLY**



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

Devereux

(Orange County)

Contact: Central Referral Unit (CRU)

Email: Referral@devereux.org

1-800-338-3738, press 1, ext. 77130

1850 South DeLeon Ave, Titusville, FL 32780
407-374-1950

- **BOYS ONLY**
- *only takes CW kids

St Augustine Youth Services

(Saint John's County)

Contact: Kristin Beil o Leslie Snyder

Email: KristinB@sayskids.org o

LeslieS@sayskids.org

St. Augustine Youth Services

201 Simone Way,

St. Augustine, FL 32086

(904) 829-1770

- **BOYS ONLY**

Florida United Methodist Children's Home

(Volusia County)

Contact: Yolaine Cotel

Email: Yolaine.Cotel@fumch.org

51 Children's Way

Enterprise, FL 32725

(386) 668-4774 ext. 2304

- **GIRLS ONLY**

Life Stream/Turning Point

(Lake County)

Contact: Tanya Wilder

Email: TWilder@lsbc.net

19812 East 5th Street

Umatilla, FL 32784

352-771-8996

- **GIRLS ONLY**
- in-person pre-admission screening required

