|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Referral Form |  |  **Pangalan:** | Apelyido, Pangalan |  | **Petsa:**  | mm/dd/yyyy |   |
|  |  | **Tirahan:**  | I-klik ito para magpasok ng teksto |  | **Lungsod:** | I-klik ito para magpasok ng teksto |   |
|  |  | **Telepono:**  | (xxx) xxx-xxxx |  | **Email Address:**  | xxxxxxxx@email.com |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  | **Pinakamainam na oras para makontak kayo sa telepono?** (markahan ng "X" kasunod ng sagot) |   |
|  |  |  | Umaga: 8a-12p |  [ ]  |  |  |   |
|  |  |  | Hapon: 12p-5p |  [ ]  |  |  |   |
|  |  | **Ano ang pangalan ng tao na inyong isinasangguni para sa Assisted Outpatient Treatment?** |   |
|  |  |  | I-klik ito para magpasok ng teksto |   |
|  |  | **Ano ang inyong kaugnayan sa indibiduwal na iyon?** |  |  |  |   |
|  |  |  | I-klik ito para magpasok ng teksto  |   |
|  |  | **Bakit ninyo isinasangguni ang indibiduwal na ito sa Programa ng Assisted Outpatient Treatment?** |   |
|  |  |  | I-klik ito para magpasok ng teksto |   |
|  |  | **Ang indibiduwal bang ito ay kasalukuyang konektado sa paggamot ng kalusugang pangkaisipan?** (markahan ng "X" kasunod ng sagot) |   |
|  |  |  | Oo |[ ]   |  |   |
|  |  |  | Hindi | [ ]   |  |  |   |
|  |  |  |  Kung oo, mangyaring ibigay ang pangalan at kontak na impormasyon para sa tagapagkaloob na iyon. |   |
|  |  |  | I-klik ito para magpasok ng teksto |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  | **Mga Detalye Patungkol sa Indibiduwal:** |  |  |  |   |
|  |  |  | *Ano ang mga kalakasan ng indibiduwal na ito?* |  |   |
|  |  |  | I-klik ito para magpasok ng teksto |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  |  | *Ano ang mga interes/paboritong libangan ng indibiduwal na ito?* |  |   |
|  |  |  | I-klik ito para magpasok ng teksto |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  |  | *Ano ang mga tumatakot at nagpapakalma sa indibiduwal na ito?* |  |   |
|  |  |  | I-klik ito para magpasok ng teksto |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  | **Kasaysayan sa Paggamot ng Kalusugang Pangkaisipan**: |  |  |  |   |
|  |  |  | *Kasaysayan ng paggamot ng karamdaman sa isip (psychiatric treatment) sa komunidad (ibigay ang mga petsa, kontak na impormasyon, at detalye)?* |   |
|  |  |  | I-klik ito para magpasok ng teksto |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  |  | *Kasaysayan ng mga pagpasok sa ospital dahil sa karamdaman sa isip (psychiatric hospitalizations) (ibigay ang mga petsa, pasilidad, at detalye)?* |   |
|  |  |  | I-klik ito para magpasok ng teksto |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  | **Mga Alalahanin Patungkol sa Pag-uugali:** |  |  |  |   |
|  |  |  | *Mga Pagbabanta, Pagtatangka, Gawain ng Karahasan sa kanyang sarili?* |  |   |
|  |  |  | I-klik ito para magpasok ng teksto |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  |  | *Mga Pagbabanta, Pagtatangka, Gawain ng Karahasan sa ibang tao?* |  |   |
|  |  |  | I-klik ito para magpasok ng teksto |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  |  | *Interaksiyon sa nagpapatupad ng batas (Mga tawag sa departamento ng pulisya, pagdakip)?* |   |
|  |  |  | I-klik ito para magpasok ng teksto |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  | \* Mangyaring tandaan na ang miyembro ng AOT Care Team ay makikipag-ugnayan sa inyo sa loob ng isang (1) araw na may-trabaho upang repasuhin ang impormasyong ito |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |