

# HOJA DE REFERIDOS

REFERRAL SHEET



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Patient's Name: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

Plan Médico: \_\_\_\_\_  
Health Insurance: \_\_\_\_\_

Referido para:  Hospitalización Completa  Hospitalización Parcial  
Referred for: Full Hospitalization Partial Hospitalization  
 Terapia Electroconvulsiva  Tratamiento por Sustancias (IOP)  
Electroconvulsive Therapy Substance Abuse Treatment

Se refiere para evaluación por presentar estos signos:  
Referred for evaluation for presenting these signs:

- Ideas suicidas con plan estructurado  
*Suicidal ideation with a structured plan*
- Pensamientos recurrentes de muerte sin intención o plan suicida  
*Recurrent thoughts of unintentional death or suicidal plan*
- Ideas / Comportamiento homicida  
*Ideas / Homicidal behavior*
- Alucinaciones  
*Hallucinations*
- Delirio  
*Delirium*
- Conducta agresiva  
*Aggressive behavior*
- Destrucción de la propiedad  
*Property destruction*
- Agitación psicomotora / ansiedad  
*Psychomotor agitation / anxiety*
- Automutilación  
*Self-mutilation*
- Desorientación / Confusión / Fuga de ideas  
*Disorientation / Confusion / Flight of ideas*
- Llanto descontrolado y frecuente  
*Uncontrolled and frequent crying*
- Insomnio severo  
*Severe insomnia*
- Síntomas de retirada de drogas / alcohol  
*Symptoms of drug / alcohol withdrawal*
- Abandono de tratamiento farmacológico  
*Abandonment of pharmacological treatment*

Manifestaciones conductuales que interfieren con su funcionamiento  
*Behavioral manifestations that interfere with their functioning*

- Familiar  Social  Laboral  Académico  
*Familiar      Social      Work      Academic*
- Ha fracasado o no ha obtenido ganancias clínicas con el tratamiento a un nivel menos restrictivo  
*Has failed or made no clinical gains with treatment at a less restrictive level*
- Se observa un deterioro significativo de su funcionamiento a raíz de su condición emocional  
*A significant deterioration of their functioning is observed as a result of their emotional condition*
- Falta de un Sistema de apoyo comprometió con la farmacología y conducta del paciente  
*Lack of a compromised support system with the patient's pharmacology and behavior*

Diagnóstico \_\_\_\_\_  
Diagnosis \_\_\_\_\_

Medicamentos  
Prescription medications \_\_\_\_\_

Nombre de quien refiere  
Name of the person referring \_\_\_\_\_

Título o Profesión  
Title or Profession \_\_\_\_\_

Teléfono  
Telephone \_\_\_\_\_

Pueblo / localización de la oficina o facilidad que refiere:  
Town/location of the referring office or facility: \_\_\_\_\_

## HOSPITALIZACIÓN PARCIAL

- Bayamón 787.740.7771
- Caguas 787.745.0190
- Carolina 787.769.7100
- Hatillo 787.878.0742
- Humacao 787.850.8382
- Manatí 787.884.5700
- Mayagüez 787.265.2300
- Ponce 787.842.4070
- San Juan 787.625.2940

## CLÍNICAS ADOLESCENTES

- Bayamón 787.740.7771
- Caguas 787.745.0190
- Carolina 787.769.7100
- Mayagüez 787.265.2300
- Ponce 787.842.4070

## TRATAMIENTO SUSTANCIAS (IOP)

- Bayamón 787.740.7771
- Caguas 787.745.0190
- Manatí 787.884.5700
- Ponce 787.842.4070
- San Juan 787.625.2940

Línea de Acceso 24/7

787.625.2900



[www.sanjuancapestrano.com](http://www.sanjuancapestrano.com)