



JHHS SAP Formulario de Referencia

ESTA FORMA ES CONFIDENCIAL

Para preocupaciones inmediatas, siga el protocolo de Crisis y contacta a la enfermera al ext- 34332.

Fecha de referencia: _____

Estudiante referido:

Nombre: _____

Grado: _____ Academia: BIZTECH/STEAM HHS/ArtComm 9th Grade Mosaic All Star

Razón para referir: (Marque todo lo que corresponda) **

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asistencia | <input type="checkbox"/> Faltar a clase | <input type="checkbox"/> Embarazo adolescente |
| <input type="checkbox"/> Implicación en el sistema legal | <input type="checkbox"/> LGBTQIA+ apoyo | <input type="checkbox"/> Acoso: Víctima |
| <input type="checkbox"/> Violación del tabaco o consumo de tabaco | <input type="checkbox"/> Acoso: Agresor | <input type="checkbox"/> Sufrió pérdida reciente |
| <input type="checkbox"/> Conductas de comportamiento | <input type="checkbox"/> Huir | <input type="checkbox"/> Preocupación familiar |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento autodestructivo | <input type="checkbox"/> Falta de hogar | <input type="checkbox"/> Encarcelamiento de los padres |
| <input type="checkbox"/> Sospecha de problemas de drogas y/o alcohol | <input type="checkbox"/> Juego | <input type="checkbox"/> Caída inexplicable en los grados |
| <input type="checkbox"/> Testigo/Víctima de un evento traumático | <input type="checkbox"/> Problema social | <input type="checkbox"/> Condiciones de vida transitorias |

Sospecha de abuso/negligencia infantil (**Póngase en contacto con CHILDLINE para informar:800-932-0313**)

Fecha que hizo el informe: _____ Hora del informe: _____ Identificación de miembro #: _____

Confirmación por el administrador -Fecha: _____ Hora: _____ Admin Nombre: _____

Ideación/gesto/intento de suicidio**** **SIGA EL PROTOCOLO DE CRISIS PRIMERO ******

Fecha / Hora de la enfermera llamada: _____ Salir: _____

Confirmación por el administrador –Fecha: _____ Hora: _____ Admin Nombre: _____

Infracción de la política de armas Otro:(Describa el uso de comportamientos OBSERVABLES / solo de la escuela declaraciones específicas)

** Adicional información si necesita:

¿Le gustaría que un miembro del equipo de SAP le haga un seguimiento con respecto a esta referencia?

Sí No

(si la respuesta es "Sí", complete la siguiente sección)

Remisión hecha por:

Profesor Personal de apoyo Consejero Administración Monitor de seguridad Padre Amigo Yo

Otro: _____

Persona que hace referencia

Nombre: (opcional) _____

Email: (opcional) _____

Número de teléfono: (opcional) _____

