



797 East 7th Streets
 St. Paul, MN 55106
 (651) 379-4200
 Fax: (651) 292-0347

Date: _____
 Fecha: _____

Adult Referral:
 Referencia para Adultos:

Child Referral:
 Referencia para Niños:

Prospective Client's Name:

Nombre del futuro cliente: _____

Preferred language: Spanish English Other:

Idioma de preferencia: Español Inglés Otro: _____

DOB: _____ Age: _____ Gender: F M Other
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M H Otro _____

Ethnicity: Latino Caucasian African American Native American Asian American Other
 Etnicidad: Latino Caucásico Afro-Americano Americano-Nativo Americano-Asiático Otro

Address: _____ City: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____

County: _____ Zip code: _____ Telephone number: _____ Home / Cell
 Condado: _____ Código postal: _____ Teléfono en casa: _____

Previous therapy at CLUES?: yes no (if yes, approximate dates):
 ¿Ha recibido terapia en CLUES antes? sí no (fechas aproximadas): _____

Insurance Information / Información de Aseguranza

Is the prospective client insured? Yes: No:
 El futuro cliente tiene aseguranza? Si: No:

Primary Insurance: MA: PMI #: _____
 Aseguranza Primaria: Asistencia Medica: # de Aseguranza: _____

PMAP / 3rd Party Insurance: PMI #: _____
 PMAP / Aseguranza Privada: # de Aseguranza: _____

Referral Information / Información de Referencia

Referral Source: _____ Agency/Position: _____
 Origen de la Referencia: _____ Agencia/Posición: _____

Phone: _____ Fax: _____
 Telefono: _____ Fax: _____

Current Social Services / Psychological Services:
 Servicios Sociales / Psicológicos presentes: _____

Reason for referral? (target behaviors and when they started):
 Cual es la razón para la referencia? (que / cuales comportamiento(s) y cuando comenzó / comenzaron)

PARENT INFORMATION (Child Referral Only) / INFORMACION DE LOS PADRES (Solo para Referencia para Niños)

Father's name: _____ Country of Birth: _____ Age: _____ Lives in the home: _____
 Nombre del Padre: _____ País de nacimiento: _____ Edad: _____ Vive en la casa: Yes/Si ___ No ___

Mother's name: _____ Country of Birth: _____ Age: _____ Lives in the home: _____
 Nombre del Padre: _____ País de nacimiento: _____ Edad: _____ Vive en la casa: Yes/Si ___ No ___

Guardian's name (if different from parent): _____ Relationship: _____
 Nombre de tutor(a): _____ Relación con el cliente: _____

Primary Contact's Phone: _____ Work Phone: _____
 Tel. del contacto primario: _____ Tel. trabajo: _____

Please attach a signed release of information and fax to 651-292-0347, Attn: Mental Health Referral
Por favor incluye un permiso a compartir información, y mande el fax a 651-292-0347 Attn: Referencia de Salud Mental