

2600 East 25th Street
Minneapolis, MN 55406
(612) 404-26



CENTRO DE BIENESTAR Y PREVENCIÓN
WELLNESS & PREVENTION CENTER
www.CLUES.org
612-404-2600

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: _____

DOB: _____

Fecha de nacimiento: _____

Ethnicity: Latino

Caucasian Etnicidad: Latino

Caucásico Address

Dirección: _____

County: _____

Condado: _____

Previous therapy at CLUES?: _____

¿Ha recibido terapia en CLUES antes? _____

yes no

sí no

Preferred language: Spanish English Other:

Idioma de preferencia: Español Inglés Otro: _____

Age: _____ Gender: F M Other

Edad: _____ Sexo: M H Otro _____

African American Native American Asian American Other

Afro-Americano Americano-Nativo Americano-Asiático Otro

City: _____

Ciudad: _____

Zip code: _____

Código postal: _____

Telephone number: _____

Teléfono en casa: _____

Home / Cell

(if yes, approximate dates): _____

(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: _____

PMP/3rd Party Insurance: PMI #: _____
PMP/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 612-871-1058, Attn: Mental Health Referral

Por favor incluye un permiso a compartir información, y mande el fax a 612-871-1058 Attn: Referencia de Salud Mental