

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



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

797 East 7th Street
St. Paul, MN 55106
(612) 404-2600
Fax: (651) 292-0347

Date: _____
Fecha: _____

Adult Referral:
Referencia para Adultos:

Child Referral:
Referencia para Niños:

Prospective Client's Name: _____ Preferred language: Spanish English Other: _____
Nombre del futuro cliente: _____ Idioma de preferencia: Español Inglés Otro: _____

Date of birth: _____ Age: _____ Gender: F__ M__ Other____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M__ H__ Otro _____

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

Address: _____
Dirección: _____

County: _____ Zip code: _____ 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: _____

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: Yes ___ No ___
Nombre del Padre: _____ País de nacimiento: _____ Edad: _____ Vive en la casa: Sí ___ No ___

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

Guardian's name: _____ Relationship with client: _____
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, incluya una autorización para compartir información, y mande el fax a (651) 292-0347 Attn: Referencia de Salud Mental