**Herramienta 3.2.3: Muestra SOLAMENTE de Formulario de Remisión[[1]](#footnote-1)**

|  |
| --- |
| El propósito de este documento es remitir a un cliente/sobreviviente a una agencia receptora en base a sus necesidades más inmediatas. La remisión se lleva a cabo después de que el cliente/sobreviviente/cuidador haya dado su consentimiento informado. |
| **Nivel de Riesgo del Caso:****Alto: Motivo:****Medio: Motivo:****Bajo: Motivo:** |
| **Agencia Remitente** |
| Nombre de la Sociedad Nacional/Operación | Contacto: |
| Teléfono: | Correo electrónico: |
| Ubicación:  |
| **Agencia Receptora** |
| Agencia/Organización | Contacto (si se sabe): |
| Teléfono: | Correo electrónico: |
| Ubicación: |
| **Información del Cliente** |
| Consentimiento informado dado para remisión: |  |
| Zona de residencia: | Sexo: |
| Edad: | Nacionalidad: |
| Idioma: | Número telefónico:Número telefónico alternativo: |
| Discapacidad:[ ]  Ninguna☐ Discapacidad auditiva☐ Discapacidad visual☐ Discapacidad de comunicación☐ Dificultad ambulatoria☐ Dificultad de autocuidado☐ Dificultad para vivir de manera independiente |  |
| Nombre del cuidador primario: | Relación con el niño o dependiente: |
| Consentimiento otorgado por el Cuidador[ ]  **1** Sí [ ]  **2** No [ ]  **3** No se pidió por riesgo de seguridad |  |
| Información de contacto del cuidador: | ¿Es un niño separado o no acompañado? Sí/No |
| Al cuidador se le ha informado de la remisión(de no ser así, por favor explique): |  |
| **Información de fondo/Motivo de la remisión****(descripción del problema, duración, frecuencia, etc.) y los Servicios ya Proporcionados** |
| ¿Ha sido el cliente informado de la remisión? | ¿Ha sido el cliente remitido a alguna otra organización? |
|  |
| **Servicios solicitados** |
|  |
| **Consentimiento Informado para Divulgar Información: lea con el cliente/cuidador (o un adulto de confianza; si no hay un cuidador o no es en el mejor interés del niño, otro adulto de confianza o trabajador de caso) y responda cualquier pregunta antes de que él/ella firme**Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre del cliente), entiendo que el propósito de la remisión y de divulgar esta información a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (agencia receptora) es garantizar la seguridad y la continuidad de la atención entre los proveedores de servicios que buscan servir al cliente. El proveedor de servicios, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (agencia remitente), me ha explicado claramente el procedimiento de la remisión y ha enumerado la información exacta que se divulgará. Al firmar este formulario, yo autorizo este intercambio de información. |
| **Firma/huella digital de la parte responsable (Cliente, o Cuidador si es menor de edad):** |
| **Fecha (DD/MM/AA):** |
| **Detalles de la Remisión** |
| Cualquier inquietud o restricción |
| Remisión entregada a través de: |
| Seguimiento esperado a través de: |
| Las agencias de información acuerdan intercambiar en el seguimiento |
| Nombre y firma del receptor: |  |
| Fecha de recepción: |  |

1. Adaptado del Grupo de Referencia del Comité Permanente entre Organismos (IASC) para la Salud Mental y Apoyo Psicosocial: “Formulario de Remisión Interinstitucional y Nota de Orientación” [↑](#footnote-ref-1)