



Referral Case History Form 2024-2025

Referred by: _____ Agency: _____ Phone: _____

Comments/Reason for Referral: _____

Client Name: _____ Age: _____ Birthdate: _____

Home Address: _____ City: _____ Home phone: _____

Ethnicity: _____ School: _____ Grade: _____ Student Email: _____

Father: _____ Contact #: _____ Email: _____

Mother: _____ Contact #: _____ Email: _____

Client lives with: ☐ Natural Parents ☐ Mother only ☐ Father only
☐ Step-Parents ☐ Foster Parents ☐ Other: _____

Number of Siblings: _____ Ages: _____

Currently receives Medi-Cal: ☐ Yes ☐ No Currently receives Special Ed services: ☐ Yes ☐ No

I consent to receive emails: ☐ Yes ☐ No I consent to receive mail at the address listed above: ☐ Yes ☐ No

**If you checked yes to the above box regarding Medi-Cal, your child may be eligible for the Chino Valley Unified School District Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment counseling program. This program provides for a licensed therapist to see your child at his/her school site. By signing below, you give permission for them to contact you for possible services in the CVUSD EPSDT program.*

Other or additional information: _____

Previous Counseling: ☐ Yes ☐ No At City of Chino Human Services: ☐ Yes ☐ No Other: _____

I give permission for my minor child/ward to participate in counseling sessions. I understand that I can withdraw my permission by giving written notice to the City of Chino Human Services office. If the counselor seeing my child/ward is unable to continue counseling, I grant permission to transfer information to the new counselor assigned to my child/ward. I agree that parents/guardians, including non-custodial parents/guardians, are entitled to have access to all records and information pertaining to our child/ward (for example: medical, counseling, and school records). I am responsible for notifying the City of Chino Human Services in writing if a court order or legal judgment prohibits access to any information.

I acknowledge and attest that participation in counseling is voluntary; I am legally competent to understand and accept any risks associated with the counseling program; and I agree that I will not pursue legal action against the City for any matters resulting from counseling. I willingly sign this full release of any and all liability against the City of Chino.

Parent or Guardian (Please print)

Signature

Date

Notice to Clients

The City of Chino Human Services receives and responds to complaints regarding the practice of counseling by any unlicensed or unregistered counselor providing services at Chino Human Services. To file a complaint, contact June Sano, Program Clinical Specialist, at 909-334-3259.



Forma de Historia y Referencias de Caso 2024-2025

Referido Por: _____ Agencia: _____ Teléfono: _____

Comentarios/Razón de Referencia: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nacionalidad: _____ Escuela: _____ Grado: _____ Correo Electrónico: _____

Padre: _____ #de Contacto: _____ Correo Electrónico: _____

Madre: _____ #de Contacto: _____ Correo Electrónico: _____

Cliente vive con: ☐ Padres Naturales ☐ Solamente Madre ☐ Solamente Padre
☐ Padrastra(a) ☐ Padres de Crianza ☐ Otro: _____

Número de Hermanos: _____ Edades: _____

¿Recibe Medi-cal? ☐ Si ☐ No Doy mi consentimiento para recibir correo a la dirección mencionada arriba: ☐ Si ☐ No

Doy mi consentimiento para recibir correo electrónico: ☐ Si ☐ No Actualmente recibe Educación Especial? ☐ Si ☐ No

****Si usted marcó Si a la pregunta con respeto al Medi-Cal, su hijo puede ser elegible para el programa de Asesoramiento EPSDT (Detección Temprana, Periódica, Diagnóstico y Tratamiento) del Distrito Escolar de Valle de Chino. Este programa provee un terapeuta con licencia para ver a su hijo/hija en su escuela. Al firmar abajo, usted da permiso a que se pongan en contacto con usted para servicios posibles en el programa EPSDT (Detección, Diagnóstico, y Tratamiento Oportunos y Periódicos).***

Otra Información Adicional: _____

Consejería Previa: ☐ Si ☐ No Por medio de Servicios Humanos de Chino: ☐ Si ☐ No Otro: _____

Doy permiso para que mi hijo menor de edad/menor bajo tutela, participe en sesiones de asesoramiento. Entiendo que puedo retirar mi permiso mediante una notificación por escrito a la Ciudad de Chino Servicios Humanos. Si el consejero que atiende a mi hijo/menor bajo tutela no puede continuar con el asesoramiento, doy permiso para transferir la información al nuevo consejero asignado a mi hijo/menor bajo tutela. Estoy de acuerdo en que los padres/tutores, incluidos los padres no-custodios/guardianes, tienen derecho a tener acceso a todos los registros y la información relativa a nuestro hijo/menor bajo tutela (por ejemplo: registros médicos, de consejería, y escolares). Soy responsable de notificar por escrito a la Ciudad de Chino Servicios Humanos si una orden de la corte o juicio legal prohíbe el acceso a cualquier información.

Reconozco y doy fe de que la participación en el asesoramiento es voluntaria; yo soy legalmente competente para entender y aceptar los riesgos asociados con el programa de consejería, y estoy de acuerdo en que no voy a emprender acciones legales contra la Ciudad para cuestiones derivadas de la consejería. Yo voluntariamente firmaré la liberación completa de cualquier y toda responsabilidad contra la ciudad de Chino.

Padre o Guardián (Imprima)

Firma

Fecha

Aviso al Cliente

La Ciudad de Chino Servicios Humanos recibe y responde a las quejas sobre la práctica de consejería por parte de un consejero(a) sin licencia o no registrado que brinde servicios en el programa de Servicios Humanos de Chino. Para presentar una queja, comuníquese con June Sano, Clinical Specialist, al 909-334-3259.