

COUNTY OF LOS ANGELES

DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES

**OPORTUNIDADES PARA TRABAJAR DEL PROGRAMA DE AYUDA GENERAL  
CITA DE CONSULTA CON EL PROVEEDOR PARA EVALUACIÓN CLÍNICA Y  
REPORTE DEL RESULTADO DE LOS SERVICIOS**

OFICINA DE GROW:  
DIRECCIÓN:  
FECHA:  
NOMBRE DEL PARTICIPANTE:  
NÚMERO DEL CASO:

**AVISO IMPORTANTE PARA LA CITA**

**La siguiente cita ha sido programada para que usted asista  
a una evaluación clínica de salud mental.**

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de  
Teléfono: \_\_\_\_\_

**ES IMPORTANTE QUE USTED ASISTA A ESTA CITA  
\*\*\*LLEVE ESTE AVISO CON USTED\*\*\***

**Si por alguna razón usted no puede asistir a esta cita o tiene un problema, por favor comuníquese  
conmigo inmediatamente.**

TRABAJADOR DE CASO DE GROW:	NÚMERO DEL ARCHIVO:	NÚMERO DE TELÉFONO:
-----------------------------	---------------------	---------------------

**SECCION A – INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE**

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:	NÚMERO DEL CASO:	
DIRECCIÓN DONDE VIVE:	DIRECCIÓN POSTAL (CONFIDENCIAL):	
IDIOMA PRINCIPAL:	FECHA DE NACIMIENTO:	GÉNERO:
NÚMERO DE TELÉFONO (CONFIDENCIAL):	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	

SECTION B - COMPLETED BY CLINICAL ASSESSOR (Please complete and return to GROW Case Manager within five business days.)

RESULTS OF CLINICAL ASSESSMENT FOR \_\_\_\_\_: PARTICIPANT NAME

- Participant did not appear/assessment not completed.
Participant completed the assessment, but does not need a referral for treatment.
Participant completed assessment and needs a referral, but does not agree to treatment for mental health.
Participant completed assessment and agrees to recommended treatment for mental health. Please see below for appointment details:

Date of appointment: \_\_\_\_\_ Location: \_\_\_\_\_

Time: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Telephone Number: ( ) \_\_\_\_\_

- Participant does not agree with completed assessment, requests third party assessment. RECOMMENDED THIRD PARTY ASSESSMENT PROVIDER(S): include name, address, phone

- 1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

ASSESSOR SIGNATURE:

DATE:

SECTION C - COMPLETADO POR EL PARTICIPANTE DE GROW

Yo autorizo a que se dé la información al DPSS acerca de los resultados de mi evaluación y la posible necesidad para servicios de tratamiento.

- Si, estoy de acuerdo con el plan de servicio desarrollado y estoy de acuerdo en asistir al tratamiento.
No, no estoy de acuerdo con el plan de servicio y no asistiré al tratamiento.

Firma del Participante de GROW

Fecha