



# Formulario de referencia de Project Amp



## Información de la coordinadora de Project AMP:

Malikah Jeffries, 130 Maple St. Suite 340, Springfield MA 01105

Teléfono: 413.419.8207, [mjeffries@gandaracenter.org](mailto:mjeffries@gandaracenter.org)

Project AMP:

**Project AMP** – es un programa de tutoría que apoya a los adolescentes que viven con trastornos por uso de sustancias, salud mental y otros desafíos. Durante cuatro a seis sesiones, los jóvenes explorarán sus intereses, metas, apoyo social y comunitario; así como sus percepciones sobre el bienestar mental, el alcohol, el uso de sustancias, la salud mental y los riesgos relacionados. El programa fomentará una relación de empoderamiento para ayudarlos a alcanzar sus metas y esforzarse por lograr la resiliencia.

## Información Personal

Fecha de referencia: \_\_\_\_\_

Nombre: (pronombres) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Hispano/No Hispano: S/N (favor de circular)

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ El mejor tiempo para llamar: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Programa: \_\_\_\_\_

## Información Referencial

Referido por: \_\_\_\_\_

Programa/Padre/Cuidador: \_\_\_\_\_

Nombre de rol: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Elegibilidad (marque todo lo que corresponda)**

- ¿Jóvenes, que tienen antecedentes familiares de desafíos SA o MH?
- ¿Jóvenes, que puede que consuman alcohol, tabaco u otras drogas pero que no experimentan adicción o problemas relacionados?
- Jóvenes, que han intentado usar todo lo mencionado arriba, pero no los usan regularmente.
- Jóvenes que se sienten desconectados de la escuela, los amigos, la familia o la comunidad.
- Jóvenes que experimentan problemas de salud mental, depresión, ansiedad, trauma y problemas relacionados con el estrés.
- Jóvenes que buscan apoyo en torno al bienestar y las habilidades de afrontamiento

**Evaluaciones**

**Fecha de SBIRT:** \_\_\_\_\_ **Puntaje:** \_\_\_\_\_ **Por:** \_\_\_\_\_

**Fecha de CRAFFT:** \_\_\_\_\_ **Puntaje:** \_\_\_\_\_ **Por:** \_\_\_\_\_

**Razones adicionales para la referencia::**

---

---

---

---

¿El Guardián de la juventud está al tanto de su consulta sobre los servicios de Project Amp? S o N (**circule uno**)

¿Sabe el joven que está haciendo una consulta sobre los servicios de Project Amp? S o N (**circule uno**)

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha de firma:** \_\_\_\_\_

**Reenvíe el formulario a: Malika Jeffries, Coordinadora del Project AMP,  
[mjeffries@gandaracenter.org](mailto:mjeffries@gandaracenter.org), 413.419.8207**

**Solo para uso interno:**

**Fecha de recepción:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_