**Ficha de REFERENCIAÇÃO**

**Centro de Respostas Integradas Porto Central**

**Equipa de Prevenção Seletiva e Indicada**

**Consulta de Adolescentes e Jovens de Santa Maria da Feira**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome |  | |
| Idade e Data nascimento |  | |
|  | BI/CC: | SNS: |
| Morada |  | |
| Contacto Telefónico |  | |
| Motivo de encaminhamento |  | |
| Pedido |  | |
| Breve caracterização do caso (problemas/necessidades; início do problema; intervenções anteriores) |  | |
| Agregado Familiar (composição; problemas identificados) |  | |
| Recebe acompanhamento das seguintes instituições/técnicos: |  | |
| Entidade que sinaliza |  | |
| Respostas já concedidas/propostas pela entidade que sinaliza |  | |
| Técnico de referência na Entidade | Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | |