**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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |