**Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marion**

Servicios De Salud Del Comportamiento De Los Niños

# INFORMACIÓN DEL NIÑO/LA FAMILIA

## Nombre del cliente:       Fecha:

##

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_**/ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_** Edad: \_\_\_\_**\_\_** SS#: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Domicilio: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Escuela: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Grado**: \_\_\_\_\_\_\_** Sexo: F [ ]  M [ ]

Tel. de célula/casa **#**: (\_\_\_\_\_\_)**\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ¿OK dejar un mensaje? [ ]  Sí [ ]  No

Teléfono del trabajo #: (\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿OK dejar un mensaje? [ ]  Sí [ ]  No

Teléfono de emergencia #:(\_\_\_\_\_\_)**\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ¿OK dejar un mensaje? [ ]  Sí [ ]  No

##

## Nombre del Padre /Guardián: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio del Guardián/Número de tel. si es diferente al de arriba: **\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Madre Biológica: \_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Padre Biológico: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

¿Quién lo refirió a esta agencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AGENCIAS/PROVEEDORES DE SERVICIOS ACTUALMENTE

Favor de dar el número de teléfono y el nombre de alguien que podemos contactar

##

## Proveedores de Salud Mental: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Dept. Juvenil /OYA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Proveedor de Alcohol/Drogas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## DHS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Otros Proveedores: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## MIEMBROS DE FAMILIA ACTUALMENTE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre | **Relación** | **Fecha de Nacimiento** | **Grado Escolar /Ocupación** |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

## Miembros familiares o personas importantes que no viven en casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

## Tratamiento de salud mental anterior: (Favor de darnos una lista de proveedores y fechas): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué problemas los trajeron a esta oficina a usted y a su familia?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Favor de dar una lista de las cosas buenas de su familia: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Favor de explicar lo que marcó que Sí):

 ¿ Hay historia de hacerse daño a si mismo o a los demás? [ ]  Sí [ ]  No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene acceso el niño a armas? [ ]  Sí [ ]  No\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Hay historia de abuso sexual? [ ]  Sí [ ]  No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Hay historia de abuso físico? [ ]  Sí [ ]  No\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Hay historia de descuido/abandono? [ ]  Sí [ ]  No\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Hay historia de violencia doméstica? [ ]  Sí [ ]  No\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha tenido el niño dificultades legales? [ ]  Sí [ ]  No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## ¿Ha vivido este niño fuera del hogar? [ ]  Sí [ ]  No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## ¿Se encuentra el niño en una casa de crianza? [ ]  Sí [ ]  No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Hubo uso materno de medicinas/drogas o alcohol durante el embarazo? [ ]  Sí [ ]  No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Hubo complicaciónes durante el embarazo o durante la labor del/en el parto? [ ]  Sí [ ]  No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Fueron normales las etapas de desarrollo del niño (caminar, hablar, ir al baño)? [ ]  Sí [ ]  No (Favor de explicar si marcó que no) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA**

Su Médico principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_# De teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la Clinica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Fecha del último chequeo físico del niño? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **SÍ NO SÍ NO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Alergias/Fiebre del heno  |  |  | Hospitalizaciones o visitas al ER  |  |  | Fiebres altas  |  |  |
| Asma /Problemas del pulmón |  |  | Epilepsia/Ataques (tembladeras) |  |  | Infecciones que recurren |  |  |
| Dolores de cabeza  |  |  | Accidentes/Heridas graves (eg. auto, bicicleta, deportes) |  |  | Sarna/Piojos/ ErupciónSarpullido (en la piel)  |  |  |
| Problemas visuales o del oído  |  |  | Enfermedades crónicas/serias controladas/pasadas |  |  | Diabetes Si sí, especifique el tipo |  |  |
| Trauma/Golpes en la cabeza  |  |  | Hepatitis Si sí, especifique el tipo: |  |  | Expuesto a Drogas/ Alcohol en el útero |  |  |
| Tuberculosis |  |  | Heridas por asaltos/Heridas Punzantes (ponchantes) |  |  | Otras Condiciones Médicas |  |  |
| Actividad Sexual en el presente o el pasado |  |  | ¿Ha estado embarazada, sospecha un embarazo? |  |  | Control de la natalidad en el pasado/presente  |  |  |

Favor de explicar lo que marcó que Sí:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| MEDICINAS QUE TOMA ACTUALMENTE |
| **Nombre de La Medicina** | **Dosis** | **¿Cuánto tiempo (el cliente)?**  | **¿Para qué?** | **Prescribidor** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Alergias a medicinas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha tenido el niño alguna vez una reacción mala a alguna medicina? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Si sí, explique por favor): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Nombre de la farmacia que usa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ubicación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Nombre del laboratorio que usa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ubicación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| ASUNTOS DE PREOCUPACION |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Areas de Preocupación** | **Le Preocupa Bastante** | **Le Preocupa**  | **No le Preocupa** | **Areas de Preocupación** | **Le preocupa Bastante** |  **Le Preocupa**  | **No le Preocupa** |
| Problemas de aprendizaje |  |  |  | Vandalismo |  |  |  |
| Calificaciones bajas |  |  |  | Interesado/envuelto en pandillas |  |  |  |
| Rinde más de lo esperado |  |  |  | Violaciones de leyes/arrestos |  |  |  |
| Rinde menos de lo esperado |  |  |  | Usa drogas/alcohol |  |  |  |
| Suspenciones/expulsiones |  |  |  | Los padres/guardianes usan drogas/alcohol  |  |  |  |
| Falta a la escuela/va muy poco |  |  |  | Conflicto entre el joven y los padres |  |  |  |
| Clase/escuela alternativa |  |  |  |  Preocupaciones en la crianza del niño  |  |  |  |
| Problemas al hablar (expresarse) |  |  |  | Conflictos matrimoniales |  |  |  |
| Problemas sociales/de conducta |  |  |  | Conflictos entre los hermanos |  |  |  |
| No puede mantener amigos |  |  |  | Acciones impulsivas/no presta atención |  |  |  |
| Aislado/retraído |  |  |  | Conducta hiperactiva/muy activo |  |  |  |
| Actua inmaduro para su edad |  |  |  | Deprimido |  |  |  |
| Asuntos de separación/ pena |  |  |  | Ansioso |  |  |  |
| Berrinches |  |  |  | De humor temperamental |  |  |  |
| Discute/no coopera |  |  |  | Dificultad para dormir |  |  |  |
| Roba |  |  |  | Tiene pesadillas |  |  |  |
| Prende fuegos/juega con fósforos/lumbre |  |  |  | Dificultad en comer/apetito |  |  |  |
| Se escapa |  |  |  | Alucinaciones/ delirios |  |  |  |
| Miente |  |  |  | Enuresis (Se moja) |  |  |  |
| Agresivo/hace daño a los animales |  |  |  | Encopresis (se ensucia) |  |  |  |
| Agresivo/ataca/hace daño a los demás |  |  |  | Preocupaciones en la sexualidad |  |  |  |
| Amenaza con suicidarse/se abusa a si mismo  |  |  |  | Acciones sexuales inapropriadas/ Ofendiendo sexualmente |  |  |  |
| Tiene ideas homicidas (amenaza con dañar o matar) |  |  |  | Otras preocupaciones |  |  |  |

**Comentarios:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Nombre de la persona completando esta forma Relación con el niño/cliente**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##  Fecha

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

Yo he leído y/o se me ha explicado lo siguiente como parte de mi orientación para los servicios del Departamento de Salud del Condado Marion **(escriba sus iniciales en todas las que apliquen):**

\_\_\_\_ Derechos y responsabilidades

\_\_\_\_ Procedimiento de quejas

\_\_\_\_ El enfoque del programa para proveer servicios y visión general de estos servicios

\_\_\_\_ Información sobre una *Declaración para el Tratamiento de Salud Mental* (adultos)

Doy permiso al Departamento de Salud del Condado Marion para que me provea servicios de evaluación y tratamiento.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Firma (del individuó o tutor legal) | Fecha |

|  |
| --- |
|       |
| Nombre del individuo en letra de molde |
|       |
| Nombre del tutor legal en letra de molde |

□ Se negó a firmar □ No puede firmar

Circunstancias de negación o incapacidad para firmar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado Marion*

# Notificación DE Prácticas DE

PRIVACIDAD

Acuse de Recibo

POR FAVOR REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE Y DESPUES FÍRMELO Y ESCRIBA LA FECHA ABAJO.

La Notificación de Prácticas de Privacidad le explica cómo el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado Marion puede recoger, usar o compartir información de salud sobre usted y le explica sus derechos de privacidad. El Departamento de Salud y Servicios Humanos requiere que se le ofrezca a usted una Notificación de Prácticas de Privacidad de acuerdo a la ley federal.

A mí,       se me ha ofrecido (nombre del cliente en letra de molde)

una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado Marion y he tenido una oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se recogerá, usara y compartían información sobre mi salud y cómo acceder mis derechos de privacidad.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del cliente Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Represente legal o personal del cliente (si aplica) Relacion

Este documento está disponible en otros idiomas y formatos alterativos que cumplen con la guía para el Acta de Americanos con Discapacidad (ADA por sus siglas en ingles).

Comuníquese con su proveedor de servicios o llame el numero de teléfono central del Departamento de Salud y Servicios Humanos al (503) 588-5357 o por fax al (503) 364-6552.

*Personal del Departamento de Salud y Servicios Humanos: Por favor asegúrese que el individuo que va a recibir la Notificación de Prácticas de Privacidad complete y firme este documento.*

*Fecha de efectividad: 1 de junio, 2013*

Servicios De Salud De La Clínica Del Comportamiento Para Niños

**Póliza de Cancelar Tarde / Faltar A La Cita**

**Por favor llame al 503 503 588 5352 para cancelar una cita.**

**Es necesario de llamar 24 horas ante de la cita para cancelar la cita.**

**Favor deje un mensaje en nuestra maquina de teléfono si llama cuando la oficina esta cerrado.**

**Definiciones:**

**Faltar A La Cita:** Se refiere a faltar a una cita sin notificar a la clínica, cualquiera sea la razón.

**Cancelar Tarde:** Cancelando la cita con menos de 24 horas de notificación.

**Delicados De Salud:** El estado de salud del niño(a) hace difícil pronosticar que el/ella podrá tolerar conserjería por mas de 24 horas antes de la cita. Ejemplos pueden incluir antecedentes de infecciones respiratorias crónicas, infecciones del oído crónico, etc. Por favor hable con su consejero si usted cree que su niño se encuentra con estas condiciones.

Nuestra clínica cree que el resultado de conserjería es significadamente afectado por la asistencia a citas. Citas que han sido faltadas pueden afecta nuestra habilidad de proveer servicios para su niño (a) y familia.

También creemos que han pedido servicios con un interés sincero para mejora la calidad de vida para su niño (a) y familia. Es muy importante que asistan a las citas consistentemente para construir una relación de confianza con su consejero y para tener el tiempo necesario para que trabajen en sus metas de tratamiento. Como nosotros creemos que es importante de asistir a todas las citas, se le pedirá que llene un contrato con su consejero si cancela tarde o falta citas **dos veces o más**. El contrato De Asistencia **especificara el numero de citas que acordara a asistir**. Si cancela tarde o falta a estas citas, no podremos continuar proveendo servicios y su caso podrá ser cerrado. Su consejero consultara con un Supervisor para tomar una decisión. Si los servicios son descontinuados en nuestra clínica, usted podrá recibir un referido a otro proveedor de la salud mental.

Nosotros entendemos que conserjería es un compromiso de tiempo y energía y que familias frecuentemente encuentran un sin fin de compromisos. **Por favor hable con su consejero acerca cualquier dificultad que le impida asistir a una cita.**

**\*\***Si ha cancelado o ha faltado una cita por circunstancias que no pudieron impedirse, las consecuencias pueden ser olvidadas. Por favor hable con su consejero si tienen esta situación.

\*\*Si quisieran hablar sobre circunstancias en particular con alguien que no sea su consejero, pueden pedir hablar con un Supervisor.

He revisado y me han dado una copia del Contrato De Asistencia. Yo entiendo que soy responsable para cancelar las citas de mi niño(a) con 24 horas de notificación.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Cliente:       | Fecha:       |
| Firma del Padre / Guardián:       | Fecha:       |

##  Servicios Humanos y de Salud de Salud del Condado Marion

**Servicios de la Clínica de Salud del Comportamiento para Niños**

## ACUERDO DE HONORARIOS (CUOTAS MÉDICAS)

Yo entiendo que la cuota establecida para los servicios de Salud del Comportamiento para Niños incluye las visitas de oficina, contactos por teléfono con el cliente y consultas profesionales en nombre del cliente, y está basada en mis ingresos y en el número de dependientes en mi familia. La cuota establecida para estos servicios es el \_\_\_\_\_\_ por ciento de la cuota total de estos servicios.

Yo entiendo y estoy de acuerdo en pagar directamente al Programa de Salud del Comportamiento para Niños del Condado Marion por cualquier cuota o tarifa pendiente. Yo entiendo que si no cumplo con este acuerdo, el Programa de Salud del Comportamiento para Niños se reserva el derecho de denegar el servicio.

Yo estoy de acuerdo en pagar siguientes cuotas asignadas por servicios por hora como sigue:

[ ]  Evaluación [ ]  Grupo [ ]  Individual/Familia

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Nombre del cliente Firma de los padres/tutores legales

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Fecha

**Nota:** A los consumidores con *Medicaid* no se les cobrará por servicios y no serán responsables de pagar por citas a las que no asistieron.

### *CUOTA REDUCIDA O ANULADA DEBIDO A LA INCAPACIDAD PARA PAGAR*

\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuota reducida al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_% del total de la cuota de estos servicios

\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuota anulada

Comentarios:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Firma del supervisor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo entiendo y estoy de acuerdo con las condiciones nombradas arriba en relación a la cuota reducida o anulada.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Padre/tutor legal