



Servicios Familiares, para los
Adolescentes y para los Niños
Norte de California

Psychiatry

MR #: _____

Name: _____

**INFORMACIÓN DEL NIÑO, DEL ADOLESCENTE Y DE LA
FAMILIA / CHILD, ADOLESCENT, AND FAMILY DATA**

IMPRINT AREA

Antioch Martinez Pleasanton Walnut Creek

ENCOUNTER DATE

PROVIDER: FIRST NAME, LAST NAME

Debe llenarlo el padre o tutor

NOMBRE DEL NIÑO		NO. DE REGISTRO MÉDICO DEL NIÑO	
PEDIATRA	FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO	ORIGEN ÉTNICO/PAÍS DE ORIGEN	EDAD DEL NIÑO
DIRECCIÓN DEL NIÑO (CALLE)		(CIUDAD, CÓDIGO POSTAL)	TELÉFONO (CASA)
NOMBRE DE LA PERSONA QUE LLENA EL FORMULARIO		PARENTESCO	RELIGIÓN
ESCUELA (NOMBRE Y DIRECCIÓN)		DISTRITO ESCOLAR	GRADO ESCOLAR
MARQUE UNO: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero		SI ES DIVORCIADO, ¿QUIÉN TIENE LA CUSTODIA LEGAL?	
NOMBRE DE LA MADRE	NO. DE REGISTRO MÉDICO DE LA MADRE	TELÉFONO EN CASA	TELÉFONO DEL TRABAJO
NOMBRE DEL PADRE	NO. DE REGISTRO MÉDICO DEL PADRE	TELÉFONO EN CASA	TELÉFONO DEL TRABAJO
NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA			TELÉFONO EN EL DÍA
NOMBRE DEL TUTOR, SI ES DIFERENTE			TELÉFONO EN EL DÍA

Consentimiento para la liberación de información interna y del tratamiento

Yo soy el tutor legal de _____ con completa autoridad legal para
otorgar mi consentimiento al tratamiento, y por medio de la presente doy mi consentimiento para una evaluación mental
y/o para el tratamiento de él/ella por el personal del Departamento de Psiquiatría, The Permanente Medical Group, Inc.,
del Norte de California:

_____	FECHA
FIRMA DEL PADRE O TUTOR	
_____	FECHA
FIRMA DEL PACIENTE ADOLESCENTE (12 AÑOS Y MAYOR) SI CORRESPONDE	

Declaración de confidencialidad

Toda la información contenida en este formulario está sujeta a las leyes relacionadas con la relación terapeuta-cliente. Por ley estamos obligados a informar:

1. Cualquier sospecha de abuso infantil.
2. Amenazas de violencia que se realicen en contra de cualquier persona.

Los expedientes psiquiátricos se mantienen en el Departamento de Psiquiatría y pueden liberarse solamente bajo autorización legal. Aun más, generalmente se incluye un breve informe escrito o verbal para el pediatra del niño, y frecuentemente se coloca una nota psiquiátrica breve en el historial MÉDICO en los casos pediátricos. Si se prescribe medicamento, **TAMBIÉN DEBE** añadirse una nota en el historial MÉDICO del paciente externo.

Si se copia la información MÉDICA para divulgarla con autorización, primero se retirará la información PSIQUIÁTRICA del historial MÉDICO.



Servicios Familiares, para los Adolescentes y para los Niños Norte de California

Psychiatry

MR #: _____

Name: _____

INFORMACIÓN DEL NIÑO, DEL ADOLESCENTE Y DE LA FAMILIA / CHILD, ADOLESCENT, AND FAMILY DATA

IMPRINT AREA

Antioch Martinez Pleasanton Walnut Creek

ENCOUNTER DATE

PROVIDER: FIRST NAME, LAST NAME

PROBLEMA PRINCIPAL DEL NIÑO, LAS RAZONES MÁS IMPORTANTES POR LAS QUE BUSCA AYUDA EN ESTE MOMENTO:

DESCRIBA CUALQUIER OTRO PROBLEMA EMOCIONAL O DE CONDUCTA: _____

DESCRIBA LOS EFECTOS DE SU PREOCUPACIÓN ACTUAL EN LA FAMILIA: _____

DESCRIBA LAS HABILIDADES DE SU NIÑO Y SUS CUALIDADES ESPECIALES: _____

¿ASESORÍA O TRATAMIENTO ANTERIORES? NO SÍ

PACIENTE INTERNO PACIENTE EXTERNO OTRO _____

Si contestó "sí", describa brevemente las condiciones para las que necesitaba ayuda, quién fue el terapeuta o asesor, comentarios, acerca del resultado y las fechas del tratamiento:

¿QUÉ MÁS HA PROBADO ADEMÁS DE ASESORÍA Y TRATAMIENTO? _____

**INFORMACIÓN DEL NIÑO, DEL ADOLESCENTE Y DE LA
FAMILIA / CHILD, ADOLESCENT, AND FAMILY DATA**

IMPRINT AREA

 Antioch Martinez Pleasanton Walnut Creek

ENCOUNTER DATE

PROVIDER: FIRST NAME, LAST NAME

¿HA SIDO MALTRATADO EL NIÑO?

FÍSICO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ
SEXUAL	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ
EMOCIONAL	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ
NEGLIGENCIA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ

Si contestó "sí", favor de describirlo en forma breve: _____

 ¿HAY ALGUNA ACCIÓN JUDICIAL PENDIENTE? Si contestó "sí", descríbala. NO SÍ

NOTA: Los servicios que son por orden judicial, una condición de libertad condicional, o para evaluación legal o de custodia, podrían estar excluidos por las disposiciones del contrato del Plan de Salud.

 ¿TIENE ANTECEDENTES PENALES O JURÍDICOS? Si contestó "sí", descríbalos. NO SÍ

CUSTODIA	<input type="checkbox"/> ACTUALMENTE	<input type="checkbox"/> EN EL PASADO
VISITACIÓN	<input type="checkbox"/> ACTUALMENTE	<input type="checkbox"/> EN EL PASADO
LIBERTAD CONDICIONAL	<input type="checkbox"/> ACTUALMENTE	<input type="checkbox"/> EN EL PASADO
PROTECCIÓN INFANTIL	<input type="checkbox"/> ACTUALMENTE	<input type="checkbox"/> EN EL PASADO
ADOPCIÓN	<input type="checkbox"/> ACTUALMENTE	<input type="checkbox"/> EN EL PASADO

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CONDUCTA: Marque los patrones de conducta a continuación que le preocupen.

	Ahora	Antes		Ahora	Antes		Ahora	Antes
Tristeza, llanto, depresión			Ataques de cólera			Se preocupa más que otros		
Falta de ánimo para las actividades cotidianas			Irritabilidad, enojo			Temores o fobias inusuales		
Expresiones del deseo de morir			Discute mucho			Pánico		
Temores a la hora de dormir, falta de sueño			Desobedece			Ansiedad, nerviosismo		
Ha amenazado o intentado suicidarse			Hace cosas que molestan a otras personas			Repite un acto una y otra vez cuando no es necesario (por ejemplo: lavarse, revisar puertas, contar, acomodar cosas)		
Sonambulismo			Culpa a otros por sus errores			Se preocupa demasiado por ciertas (por ej., gérmenes, seguridad, salud)		
Retraimiento			Se molesta con facilidad			Tiene rituales, hábitos, supersticiones		
Pesadillas, terror nocturno			Maldice y usa palabras obscenas			Espasmos o movimientos inusuales		
Autoestima baja						Come poco o ayuna para perder peso		
Despierta muy temprano y no puede volver a dormirse			Desea escaparse de su casa			Se harta de alimentos		
Cansancio, fatiga			Se escapa por las noches			Se lastima a sí mismo		

continúa en la página siguiente

**INFORMACIÓN DEL NIÑO, DEL ADOLESCENTE Y DE LA
FAMILIA / CHILD, ADOLESCENT, AND FAMILY DATA**

IMPRINT AREA

 Antioch Martinez Pleasanton Walnut Creek

ENCOUNTER DATE

PROVIDER: FIRST NAME, LAST NAME

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CONDUCTA (continuación)

	Ahora	Antes		Ahora	Antes		Ahora	Antes
Sueño inquieto, se despierta con frecuencia			Roba			Sufre alucinaciones (ve o escucha cosas que no existen)		
Poco apetito			Miente			Vomita intencionalmente		
Peso bajo o en exceso			Lastima a los animales			Comportamiento extraño o inusual		
Problemas para dormirse			Lastima a las personas			Desorientación (se confunde con el tiempo, con quién es él/ella)		
Duerme demasiado			Destruye cosas materiales			Se orina por la noche o por el día		
			Usa drogas			Se ensucia (defeca) en su ropa interior		
Demasiada actividad			Toma alcohol					
Actúa frecuentemente sin pensar			Fuma cigarrillos					
No termina las cosas			Problemas sexuales					
Molesta a los demás			Problemas con la autoridad					
No puede concentrarse por mucho tiempo			Problemas con la justicia					
Sueña despierto, fantasea			Lo han detenido o está en libertad condicional					
Se distrae con facilidad								
Bajo nivel de motivación								

Marque los puntos que describan el desarrollo de las relaciones de su niño (presentes o pasadas):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prefiere estar solo | <input type="checkbox"/> Es exigente y autoritario |
| <input type="checkbox"/> Pasa mucho tiempo solo, pero no le gusta y se siente solo | <input type="checkbox"/> Pelea con los demás |
| <input type="checkbox"/> Es tímido | <input type="checkbox"/> Intimida a los demás |
| <input type="checkbox"/> Tienen pocos amigos | <input type="checkbox"/> Bromea demasiado |
| <input type="checkbox"/> Tiene muchos amigos | <input type="checkbox"/> Juega con niños más chicos que él |
| <input type="checkbox"/> Juega con "niños problema" | <input type="checkbox"/> Juega con niños mayores que él |
| <input type="checkbox"/> Se burlan mucho de él | <input type="checkbox"/> Se lleva mal con sus semejantes |
| <input type="checkbox"/> Tiene mala relación con sus maestros | <input type="checkbox"/> Tiene dificultades para llevarse bien con sus hermanos |
| <input type="checkbox"/> Es demasiado sensible | <input type="checkbox"/> Tiene conflictos con sus padres o padrastros |

Formas de disciplina que se usan:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mandarlo a su cuarto a tranquilizarse | <input type="checkbox"/> Castigos físicos |
| <input type="checkbox"/> Se le quitan privilegios | <input type="checkbox"/> Labores adicionales |
| <input type="checkbox"/> Castigos | <input type="checkbox"/> Recompensas/Incentivos |

 Otros: _____

**INFORMACIÓN DEL NIÑO, DEL ADOLESCENTE Y DE LA
FAMILIA / CHILD, ADOLESCENT, AND FAMILY DATA**

IMPRINT AREA

Antioch Martinez Pleasanton Walnut Creek

ENCOUNTER DATE

PROVIDER: FIRST NAME, LAST NAME

Escuela

Marque las áreas que le preocupan:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No le gusta la escuela | <input type="checkbox"/> Faltó muchos días a la escuela |
| <input type="checkbox"/> Trabaja mucho, pero no le va bien | <input type="checkbox"/> Repitió un año escolar |
| <input type="checkbox"/> Sin motivación, se niega a terminar su trabajo | <input type="checkbox"/> Recomendación/detención escolar disciplinaria |
| <input type="checkbox"/> Tiene problemas de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Ha sido suspendido, ¿cuántas veces? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ha sido expulsado, ¿cuántas veces? _____ | |

Entorno escolar:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Clases de remediación/educación especial | <input type="checkbox"/> Enseñanza en entorno alternativo |
| <input type="checkbox"/> Programa para niños talentosos | <input type="checkbox"/> Educación en el hogar |
| <input type="checkbox"/> Terapia de lenguaje | <input type="checkbox"/> Educación independiente |

Presiones familiares

Ahora o en el pasado ha habido:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas maritales | <input type="checkbox"/> Problemas de vivienda |
| <input type="checkbox"/> Separación marital | <input type="checkbox"/> Presiones judiciales |
| <input type="checkbox"/> Divorcio | <input type="checkbox"/> Muerte de un amigo |
| <input type="checkbox"/> Disputas de custodia | <input type="checkbox"/> Muerte de un familiar |
| <input type="checkbox"/> Problemas financieros | <input type="checkbox"/> Muerte de una mascota |
| <input type="checkbox"/> Presiones familiares | <input type="checkbox"/> Enfermedad de un pariente |
| | Número de días que faltó al trabajo _____ |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del empleo | <input type="checkbox"/> Drogadicción y alcoholismo de uno de los padres |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

HISTORIAL DEL DESARROLLO:

DURANTE SU EMBARAZO, USTED:

- ¿BEBIÓ? ¿FUMÓ? ¿USÓ DROGAS? ¿SUFRIÓ UN ACCIDENTE? ¿SE ENFERMÓ?
- ¿TUVO ALGÚN PROBLEMA CON EL EMBARAZO, DURANTE EL TRABAJO DE PARTO O AL DAR A LUZ? NO SÍ

Si contestó "sí", describa brevemente: _____

**INFORMACIÓN DEL NIÑO, DEL ADOLESCENTE Y DE LA
FAMILIA / CHILD, ADOLESCENT, AND FAMILY DATA**

IMPRINT AREA

 Antioch Martinez Pleasanton Walnut Creek

ENCOUNTER DATE

PROVIDER: FIRST NAME, LAST NAME

HISTORIAL DEL DESARROLLO (continuación)
Indique a qué edad su niño:

_____ Sostuvo la cabeza	_____ Gateó	_____ Formuló frases completas
_____ Se volteó	_____ Le quitó el pecho o el biberón	_____ Aprendió a ir al baño
_____ Se sentó	_____ Comió solo	_____ Durmió toda la noche
_____ Caminó por sí mismo	_____ Formuló palabras individuales	_____ Se vistió solo

Mi niño cuando era bebé (marque todas las que correspondan):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Comía muy bien | <input type="checkbox"/> Deseaba que lo dejaran solo |
| <input type="checkbox"/> Padecía cólicos | <input type="checkbox"/> Estaba más interesado en las cosas que en las personas |
| <input type="checkbox"/> Se pegaba en la cabeza | <input type="checkbox"/> Era torpe |
| <input type="checkbox"/> Se mecía | <input type="checkbox"/> Era muy temerario |
| <input type="checkbox"/> Fue fácil de tranquilizar | <input type="checkbox"/> Se adaptaba bien a las transiciones |
| <input type="checkbox"/> Fue fácil de regular (sueño, alimentos) | |

HISTORIAL MÉDICO:
Indique si su niño tiene o tenía cualquiera de los puntos siguientes:

	Sí	No	Edad	Explique
Infecciones graves				
Convulsiones				
Lesiones en la cabeza				
Otras lesiones				
Hospitalización				
Operaciones				
Infecciones de oído				
Algún envenenamiento				
Alergias				
Asma				
Alcoholismo				
Uso de drogas				
Problemas sexuales				

**INFORMACIÓN DEL NIÑO, DEL ADOLESCENTE Y DE LA
 FAMILIA / CHILD, ADOLESCENT, AND FAMILY DATA**

IMPRINT AREA

 Antioch
 Martinez
 Pleasanton
 Walnut Creek

ENCOUNTER DATE

PROVIDER: FIRST NAME, LAST NAME

INFORMACIÓN FAMILIAR (continuación)
Indique si alguno de los miembros de la familia o parientes tienen alguna de las siguientes condiciones:

	Madre		Padre		Hermano		Hermana		Otro pariente (especifique)	
	Ahora	Antes (Cuándo)	Ahora	Antes (Cuándo)	Ahora	Antes (Cuándo)	Ahora	Antes (Cuándo)	Ahora	Antes (Cuándo)
Problemas de control de atención, actividad e impulsos cuando era niño										
Discapacidades de aprendizaje										
No se recibió de secundaria										
Abuso de alcohol										
Consumo de drogas										
Problemas de conducta agresiva cuando era niño o como adulto										
Conducta antisocial (detenido en cárcel, problemas judiciales, libertad condicional)										
Víctima de maltrato										
Maltrata a otros										
Depresión										
Padecimientos nerviosos										
Retraso mental										
Enfermedades u operaciones graves										
Discapacidades físicas										
Movimientos inusuales o tics										
Otros problemas mentales										

¿CUÁLES SON LOS APOYOS DE SU FAMILIA? (Por ejemplo: iglesia, amigos, clubes) _____

¿CUÁLES SON LOS ASPECTOS FUERTES DE SU FAMILIA? _____

Comentarios adicionales: _____



Servicios Familiares, para los
Adolescentes y para los Niños
Norte de California

Psychiatry

MR #: _____

Name: _____

LISTA DE SÍNTOMAS PEDIÁTRICOS
PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST

IMPRINT AREA

Antioch Martinez Pleasanton Walnut Creek

ENCOUNTER DATE

PROVIDER: FIRST NAME, LAST NAME

NOMBRE DEL NIÑO(A)

FECHA DE NACIMIENTO

FECHA DE HOY

LLENADO POR

Marque la casilla bajo el encabezamiento que represente mejor a su hijo(a):	Nunca	Algunas veces	A menudo
1 Se queja de dolores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Pasa más tiempo a solas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Se cansa con facilidad, tiene poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Inquieto(a), no se puede quedar quieto(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Tiene problemas con un maestro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Tiene menos interés en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Actúa como si lo impulsara un motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Sueña despierto(a) demasiado tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Se distrae con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Le asustan las situaciones nuevas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Se siente triste, desdichado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Está irritable, enojado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Se siente sin esperanzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Tiene problemas para concentrarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Tiene menos interés en sus amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Pelea con los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Falta a la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Las calificaciones de la escuela están bajando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Se siente mal consigo mismo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Visita al médico y el médico no encuentra ningún problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Tiene problemas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Se preocupa mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Quiere estar con usted más que antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Siente que es malo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Toma riesgos innecesarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Se lastima con frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Parece que se divierte menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Actúa más joven que los niños de su edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 No escucha las reglas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 No muestra sentimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 No entiende los sentimientos de los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 Toma el pelo a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Culpa a los demás por sus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 Toma cosas que no le pertenecen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 Se niega a compartir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros comentarios:



Salud Mental – Servicios de Dependencia a Sustancias Químicas
 Servicios Intensivos para Pacientes Externos
 Norte de California

Psychiatry

MR #: _____

Name: _____

**REVELACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD /
 CONFIDENTIALITY DISCLOSURE**

IMPRINT AREA

Antioch Martinez Pleasanton Walnut Creek

ENCOUNTER DATE

PROVIDER: FIRST NAME, LAST NAME

**Servicios de Salud Mental y de Dependencia en Sustancias Químicas de KPNC: su derecho a la privacidad /
 KPNC's Mental Health and Chemical Dependency Services: Your Right to Privacy**

El programa de Salud Mental y de Dependencia en Sustancias Químicas (MH/CD) de Kaiser Permanente está firmemente comprometido a proteger su privacidad. El Aviso de Privacidad del norte de California contiene información general acerca de cómo se usa y se protege su información médica. Las leyes federales y estatales protegen la confidencialidad de los datos de Dependencia en Sustancias Químicas. La violación de las leyes federales de confidencialidad relacionadas con los programas de Dependencia en Sustancias Químicas es un delito grave. Las sospechas de violaciones deberán denunciarse a las autoridades correspondientes.

Excepto en ciertas circunstancias limitadas (ver ejemplos más abajo), el programa MH/CD de Kaiser Permanente no puede, sin su permiso escrito, revelar información acerca de su atención a nadie fuera de Kaiser Permanente. Para su privacidad, los registros de psicoterapia de sus visitas al MH/CD se mantienen separados de su registro médico como paciente ambulatorio. No obstante, sin importar el tipo de consulta, por su seguridad personal, en su registro médico se incluyen sus visitas por medicamentos, la lista de medicamentos, los resultados de laboratorio, una descripción de los resultados de los medicamentos y los pronósticos, ya sea en formato impreso o electrónico.

Coordinación de la atención

En Kaiser Permanente el personal de servicio del MH/CD es considerado como si fuera un solo departamento: el Departamento de Psiquiatría. Por lo tanto, el personal de Salud Mental y el de Dependencia en Sustancias Químicas dentro del Departamento puede compartir cualquier información del MH/CD entre sí, sin contar con su permiso por escrito. Sin embargo, los reglamentos de revelación de información por fuera del Departamento de Psiquiatría son diferentes para la información de pacientes de Salud Mental que para la información de pacientes de Dependencia en Sustancias Químicas.

Pacientes que sólo reciben atención de Salud Mental: Para la atención de Salud Mental no se requiere su permiso para coordinar su atención con otros proveedores dentro de Kaiser Permanente, como su médico de atención primaria. Los diagnósticos de Salud Mental y las fechas de citas están a disposición de sus otros proveedores de tratamiento de Kaiser Permanente, según lo necesiten saber. Sin embargo, por lo general, hablaremos con usted sobre cualquier necesidad de compartir otra información de salud mental. Al compartir la información sólo compartiremos la información que, a nuestro juicio profesional, creamos que sea necesaria para la atención médica adecuada por parte de ese proveedor.

Pacientes que reciben atención de Dependencia en Sustancias Químicas: Para la atención de Dependencia en Sustancias Químicas (que incluiría la atención de Salud Mental que forme parte de su atención de dependencia), por lo general se necesita su autorización por escrito antes de que se pueda revelar cualquier información sobre el tratamiento para la dependencia a cualquier persona fuera del Departamento de Psiquiatría. Por su seguridad y por la coordinación eficaz de su atención médica, creemos firmemente que es importante que nosotros compartamos la información sobre su tratamiento de Dependencia en Sustancias Químicas con sus otros proveedores de tratamiento de Kaiser Permanente. Para que podamos hacerlo usted debe firmar una autorización por escrito para permitirnos compartir con ellos su información como paciente de Dependencia en Sustancias Químicas.

Excepciones a las reglas de confidencialidad

Algunas veces la ley nos autoriza a revelar información acerca de usted sin su permiso, tal como las revelaciones:

- En emergencias médicas y psiquiátricas en las cuales la información es esencial para la seguridad de la persona
- Para advertir a posibles víctimas de actos violentos
- A personal calificado para auditoría, evaluación de programas o investigación; por ejemplo, encuestas de pacientes
- Para denunciar una sospecha de abuso o abandono infantil
- Para denunciar la comisión de delitos en nuestras instalaciones o contra el personal de nuestro programa
- Para responder a órdenes judiciales que cumplan con las normas para el tipo de dato cubierto por la orden
- En denuncias al Departamento de Vehículos Motorizados debido a pérdidas de conciencia, tal como lo exige la ley

En cualquier momento que tenga inquietudes acerca de su privacidad, lo exhortamos a solicitar una aclaración de su terapeuta o de un miembro del personal.

Acuso de recibo:

Al firmar con su nombre en el espacio siguiente, usted reconoce que ha leído y entendido este documento.

(Nota: Si la persona que recibe la atención es menor de edad, entonces un padre o tutor legal reconoce haber leído o entendido este documento. Bajo ciertas circunstancias, los menores de edad pueden consentir por sí mismos al tratamiento sin el permiso de los padres.)

FIRMADO: FIRMA FECHADA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE / SIGNED: PATIENT'S OR REPRESENTATIVE'S DATED SIGNATURE

FECHA / DATE

NOMBRE Y RELACIÓN CON EL PACIENTE, EN LETRA DE MOLDE (SI FIRMA UN REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL PACIENTE / PRINT NAME AND RELATIONSHIP TO PATIENT (IF SIGNED BY AUTHORIZED REPRESENTATIVE OF THE PATIENT)

FECHA / DATE