



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

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

IMPRINT AREA

Fecha / Date:

**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 Permanent Medical Group, Inc., del Norte de California:

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

**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.

---

---

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? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

¿HA SIDO MALTRATADO EL NIÑO?

FÍSICO  NO  SÍ  
SEXUAL  NO  SÍ  
EMOCIONAL  NO  SÍ  
NEGLIGENCIA  NO  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  ACTUALMENTE  EN EL PASADO  
VISITACIÓN  ACTUALMENTE  EN EL PASADO  
LIBERTAD CONDICIONAL  ACTUALMENTE  EN EL PASADO  
PROTECCIÓN INFANTIL  ACTUALMENTE  EN EL PASADO  
ADOPCIÓN  ACTUALMENTE  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

**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 <b>muchos</b> amigos                                | <input type="checkbox"/> Juega con niños <b>más chicos</b> que él               |
| <input type="checkbox"/> Juega con "niños problema"                                | <input type="checkbox"/> Juega con niños <b>mayores</b> 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: \_\_\_\_\_

---

---

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

**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):**

- Comía muy bien                       Deseaba que lo dejaran solo  
 Padecía cólicos                       Estaba más interesado en las cosas que en las personas  
 Se pegaba en la cabeza                       Era torpe  
 Se mecía                       Era muy temerario  
 Fue fácil de tranquilizar                       Se adaptaba bien a las transiciones  
 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				

¿TIENE ALGUNA OTRA CONDICIÓN MÉDICA SU NIÑO?  NO  SÍ

Si contestó "sí", descríbala: \_\_\_\_\_

---

---

¿SE QUEJA SU NIÑO CON FRECUENCIA DE DOLORES DE CUERPO?  NO  SÍ

Si contestó "sí", descríbala: \_\_\_\_\_

---

---

¿FALTA A LA ESCUELA SU NIÑO DEBIDO A SUS QUEJAS FÍSICAS?  NO  SÍ

Si contestó "sí", descríbala: \_\_\_\_\_

---

---

¿LE TIENE ALERGIA SU NIÑO A ALGÚN MEDICAMENTO O FÁRMACO?  NO  SÍ

Si contestó "sí", descríbala: \_\_\_\_\_

---

---

INDIQUE LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO SU NIÑO, LA DOSIS Y CUÁNDO COMENZÓ A TOMARLOS.

---

---

---

---

**INFORMACIÓN FAMILIAR:**

Indique todas las personas que viven actualmente con el niño.

Nombre	Edad	Parentesco	Profesión/grado escolar

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE O TUTOR / SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN

\_\_\_\_\_  
FECHA / DATE

**CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS PSIQUIATRICOS**  
**Confidentiality and Consent To Treatment**

IMPRINT AREA

**Salud Mental y Dependencia Química**

El Departamento de Psiquiatría de Kaiser Permanente está totalmente comprometido a respetar su derecho a la privacidad. Para alcanzar este objetivo, los datos de sus visitas a la Clínica de Psiquiatría en general se mantienen separados de su historia clínica. No obstante, para su seguridad, los medicamentos que le recetan en la Clínica de Psiquiatría figurarán en su expediente médico. Cuando sea directamente pertinente a la atención clínica del individuo, se podría intercambiar información entre un proveedor de atención de la salud mental de Kaiser Permanente y otro proveedor de Kaiser Permanente.

Además, hay ciertas circunstancias específicas en que la ley de California requiere la entrega de cierta información psiquiátrica. Por ejemplo, si usted está involucrado en ciertas acciones judiciales en las que su estado mental o emocional son pertinentes, es posible que tengamos que entregar todos o parte de sus datos psiquiátricos a las partes que participen en la acción judicial. Si tiene alguna inquietud sobre lo que figura en sus datos médicos, consulte con su terapeuta todas las veces que le soliciten que firme un formulario de revelación de información.

Además, es posible que tengamos que entregar a la policía o a otros organismos gubernamentales cierta información relacionada con actos violentos o abusivos, tanto reales como potenciales, sobre los que nos podamos enterar.

**Consentimiento para el Tratamiento**

La mayoría de los individuos que participan en un tratamiento mental o del comportamiento se benefician de ese tratamiento. Como en casi todos los casos de atención de la salud, este tipo de tratamiento requiere un esfuerzo muy activo de su parte para que le rinda beneficios. Además, el tratamiento puede conllevar ciertos riesgos. Por ejemplo, el proceso de la terapia puede ser difícil y a veces puede causar sentimientos desagradables, crear interacciones molestas o forzarlo a enfrentar aspectos desagradables de su vida. A pesar de ello, la mayoría de las personas hallan que los beneficios son mayores que los riesgos mencionados. De hecho, en algunos casos el **no** participar en la terapia puede ser mucho más riesgoso.

Si ve a un médico como parte de su atención, él o ella puede recetarle algún medicamento. Siempre que le receten medicamentos le explicarán los beneficios y los riesgos de dichos medicamentos.

Es importante que participe voluntariamente en este tratamiento. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre este documento, sobre los servicios que le prestan o sobre sus opciones de tratamiento, debe hablar con su terapeuta.

**Reconocimiento**

Al firmar su nombre en el espacio a continuación, usted reconoce que ha leído y entendido este documento y que acuerda participar voluntariamente en este tratamiento. *Si la persona que recibe atención es menor de edad, uno de sus padres o su tutor legal debe reconocer haber leído y entendido este documento y acuerda que el menor de edad participe voluntariamente en este tratamiento (excepto en ciertas situaciones exentas por ley).*

FIRMA DEL PACIENTE (SI NO LO FIRMA EL PACIENTE, INDIQUE LA RELACIÓN)

FECHA

FIRMA DEL TESTIGO

FECHA