



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 PSQUIÁTRICA 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 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: _____

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



MR # _____

Name: _____

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO / CONSENT TO TREATMENT

IMPRINT AREA

Consentimiento para recibir tratamiento

La mayoría de las personas que participan en tratamientos de conducta o de salud mental salen beneficiados. Al igual que otros tratamientos para su salud, este tipo de tratamiento requiere un esfuerzo muy grande de su parte si quiere que le rinda. Además, es posible que este tratamiento presente ciertos riesgos. Por ejemplo, la terapia puede ser intensa y hacerlo sentir incómodo, es posible que tenga que participar en situaciones difíciles o enfrentar partes difíciles de su vida. Sin embargo, la mayoría de las personas creen que los beneficios fueron mayores que cualquiera de los riesgos. De hecho, a veces puede ser más riesgoso **no** participar en terapia. Si va a ver a un médico como parte de su tratamiento, es posible que le recete medicamentos. Si fuera el caso, el médico le dirá cuáles son los beneficios y riesgos de los medicamentos en el momento de recetárselos. Es importante que participe en este tratamiento por su propia voluntad. Si tiene cualquier pregunta o preocupación sobre este documento, sobre los servicios que le están dando o sobre sus opciones de tratamiento, consulte con su terapeuta.

Reconocimiento

Al firmar su nombre en el espacio a continuación, está reconociendo que leyó y comprendió este documento y que acepta participar voluntariamente en este tratamiento. *Si la persona que va a recibir el tratamiento es menor de edad, un padre o tutor legal reconoce haber leído y comprendido este documento y acepta voluntariamente que el menor participe en el tratamiento (excepto en ciertas situaciones que están exentas legalmente).*

Consent to Treatment

Most people who participate in behavioral or mental health treatment benefit from it. Like most kinds of health care, this kind of treatment requires a very active effort on your part if you are going to get something out of it. In addition, there may be certain kinds of risks involved. For example, the therapy process can be challenging and sometimes may involve experiencing some uncomfortable feelings, or engaging in difficult interactions, or facing difficult aspects of your life. Nevertheless, most people find the benefits outweigh any such risks. In fact, sometimes there can be more risks associated with **not** participating in therapy.

If you see a physician as part of your care, he or she may prescribe medication for you. If so, you'll be advised at that time of the benefits and any risks of the medications.

It is important that you participate in this treatment willingly. If you have any questions or concerns about this document, about the services being provided to you, or about your treatment options, you should definitely ask your therapist.

Acknowledgment

By signing your name in the space below, you are acknowledging that you have read and understood this document and that you voluntarily agree to participate in this treatment. *If the person receiving care is a minor, a parent or legal guardian acknowledges having read and understood this document and voluntarily agrees to the minor's participation in the treatment (except in certain legally exempt situations).*

FIRMA DEL PACIENTE (SI FIRMA ALGUIEN QUE NO SEA EL PACIENTE, INDIQUE LA RELACIÓN) / PATIENT'S SIGNATURE (IF SIGNATURE OTHER THAN PATIENT, LIST RELATIONSHIP)

FECHA / DATE

FIRMA DEL TESTIGO / WITNESS' SIGNATURE

FECHA / DATE



Ubicación / Location: _____

**REVELACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD /
CONFIDENTIALITY DISCLOSURE**

IMPRINT AREA

**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**

Separación de los registros

Los servicios de Salud Mental y de Dependencia en Sustancias Químicas (MH/CD) de Kaiser Permanente están firmemente comprometidos a proteger su privacidad. El Aviso de Privacidad del Norte de California proporciona información general sobre la manera en que se usa y protege su información médica. La ley federal y estatal protege la confidencialidad de sus registros. La violación de las leyes de confidencialidad relativas a los programas de dependencia en sustancias químicas es un delito. Las sospechas de violaciones se pueden informar a las autoridades correspondientes.

Excepto en circunstancias limitadas (vea los ejemplos a continuación), el programa MH/CD de Kaiser Permanente no puede, sin su permiso por escrito, revelar información sobre su atención a nadie fuera de Kaiser Permanente. Para su privacidad, los registros de sus visitas de MH/CD se mantienen separados de su registro médico de paciente ambulatorio, excepto que: para su seguridad personal, todos los medicamentos o los resultados de pruebas de laboratorio afines recetados como parte de su tratamiento de MH/CD se incluyen en su registro médico, ya sea en papel o electrónicamente. Los diagnósticos de salud mental sólo están a disposición de los proveedores a cargo del tratamiento en la medida en que necesiten tener conocimiento de ellos.

Coordinación de la atención

Debido a que el personal de MH/CD trabaja como miembro de un sistema de atención integrado, se intercambiará información pertinente sobre su atención entre el personal de MH/CD en la medida en que sea necesario. La ley no requiere que se obtenga su permiso para coordinar su atención psiquiátrica con proveedores de atención dentro de Kaiser Permanente, como con su médico de atención primaria. No obstante, normalmente hablaremos con usted cuando sea necesario compartir información psiquiátrica. Cuando compartimos información, sólo compartimos la información que, en nuestro juicio profesional, creemos que sea necesaria para que dicho profesional le proporcione la atención médica adecuada. Normalmente se requiere su autorización por escrito antes de que se pueda entregar información sobre su tratamiento de dependencia en agentes químicos a alguien fuera del equipo de tratamiento de MH/CD. Una autorización válida por escrito deberá especificar la índole de la información a ser entregada, identificar a la parte que la recibe e indicar cuándo vence su autorización.

Excepciones a las reglas de confidencialidad

Algunos ejemplos de las circunstancias en las que la ley requiere o nos permite que entreguemos información, sin su permiso, incluyen:

- emergencias médicas y psiquiátricas en las que la información es esencial para la seguridad de una persona
- revelaciones de información para advertir a posibles víctimas de actos violentos
- revelaciones a personal calificado para auditorías o evaluación o investigación de programas
- informar sobre la sospecha de maltrato o abandono de niños
- informar que se hayan cometido delitos en nuestras instalaciones o contra el personal de nuestro programa
- respuestas a órdenes de la corte en las que un juez falló que la información es necesaria para la administración de la justicia (42 U.S.C. Sección 290dd-2 de Leyes Federales y 42 C.F.R. Parte 2 de Reglamentaciones Federales)
- informes al Departamento de Vehículos Motorizados a causa de lapsos del conocimiento

Si en cualquier momento tiene alguna inquietud sobre su privacidad, lo instamos a que solicite aclaración a su terapeuta o a un integrante del personal.

Certificación:

Al firmar su nombre en el espacio a continuación, usted certifica que leyó y entendió este documento.

(Nota: Si la persona que recibe la atención es un menor de edad, el padre o el tutor legal certifica haber leído y entendido este documento. En ciertas circunstancias los menores de edad pueden prestar consentimiento al tratamiento ellos mismos, sin el permiso de los padres.)

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

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