

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

APELLIDO (S)		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE / INICIAL		NOMBRE ANTERIOR / NOMBRE PREFERIDO	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			
<p><i>*Si bien Shenandoah Community Health reconoce un número de géneros sexuales, muchas compañías de seguro médico y entidades legales desafortunadamente no lo hacen. Por favor esté consciente que su nombre legal y sexo enlistado en su seguro médico debe ser el mismo utilizado en documentos pertinentes al seguro, facturación y correspondencia. Si su nombre de preferencia o pronombres son diferentes, por favor déjenos saber.</i></p>							
SEXO AL NACER (Marque su respuesta con un círculo) Masculino    Femenino Indefinido    Desconocido		GÉNERO ACTUAL (Marque su respuesta con un círculo) Masculino    Femenino Indefinido		PRONOMBRE DE PREFERENCIA (Marque su respuesta con un círculo) Él, lo, suyo    Ella, la, suya    Ell(a)os, Suy(a)os    Otro Ze, Hir (Género libre)    Se le preguntó pero es desconocido    Me niego a contestar			
IDENTIDAD DE GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino/Femenino a Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino/Masculino a Femenino <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> Prefiero no compartir <input type="checkbox"/> Otro				ORIENTACIÓN SEXUAL <input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Heterosexual (no lesbiana o gay) <input type="checkbox"/> Prefiero no compartir <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más, por favor describa _____			
DIRECCIÓN PRINCIPAL/DE FACTURACIÓN			CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL			NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN ALTERNA			CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL			MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO	
ESTADO CIVIL (Circule Uno) Soltero(a)    Casado(a)    Viudo(a) Divorciado(a)    Separado(a) legalmente		IDIOMA PRIMARIO (Circule Uno) Inglés    Español    Lenguaje de Señas Americano    Criollo    Criollo Haitiano Otro: _____					
CONTACTO DE EMERGENCIA		NOMBRE		TELÉFONO		RELACIÓN	
FARMACIA DE PREFERENCIA				MÉDICO DE CABECERA			
ESTATUS DE VIVIENDA <input type="checkbox"/> No vive en la calle <input type="checkbox"/> Vive con alguien <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> En la calle		RAZA <input type="checkbox"/> Indio Americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guamen o Chamorro <input type="checkbox"/> Japones <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Otra isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamés <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Más de una raza					
ESTATUS DE TRABAJADOR MIGRATORIO <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> De Temporada		ETNICIDAD <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicano americano <input type="checkbox"/> No – hispano o latino <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> desconocido					
BARRERA DE LENGUAJE (Circule uno) SÍ    NO		¿ES VETERANO(A) DEL SERVICIO MILITAR? (Circule uno) SÍ    NO					
QUEJA PRINCIPAL / MOTIVO DE LA CONSULTA							
FUENTE DE REFERENCIA							

Las agencias de financiamiento nos exigen que obtengamos la siguiente información de nuestros pacientes con fines estadísticos. Esto nos ayudará a obtener subsidios para apoyar a los programas de ayuda comunitaria y los programas para pacientes con necesidades especiales. Su información permanece privada y confidencial y no se comparte con ninguna agencia u organización.

### NÚMERO DE FAMILIARES EN LA VIVIENDA E INGRESO ANUAL

NÚMERO DE FAMILIARES EN LA VIVIENDA: \_\_\_\_\_

INGRESO ANUAL DE LA VIVIENDA: \$ \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (si es diferente al paciente)

NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)

Número de Seguro Social

FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO

RELACIÓN CON EL PACIENTE

### POR FAVOR MUESTRE TODAS SUS TARJETAS DE SEGURO MÉDICO A LA RECEPCIONISTA

#### SEGURO MÉDICO PRIMARIO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO

MIEMBRO / NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SUBSCRIPTOR #

# DE GRUPO

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DEL ASEGURADO (EMPLEADO, SI ES SEGURO MÉDICO A TRAVÉS DEL TRABAJO)

RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO

FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO

CANTIDAD DEL COPAGO

FECHA EFECTIVA

FECHA DE VENCIMIENTO

#### SEGURO MÉDICO SECUNDARIO (Si Aplica)

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO

MIEMBRO / NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SUBSCRIPTOR #

# DE GRUPO

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DEL ASEGURADO

RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO

FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO

MONTO DEL COPAGO

FECHA EFECTIVA

FECHA DE VENCIMIENTO



Shenandoah Valley Medical System, Inc. opera como Shenandoah Community Health (SCH). Este centro de salud recibe fondos de Servicios Humanos y de Salud y tiene un estatus considerado Servicio Federal de Salud Pública con respecto a ciertas reclamaciones de salud o relacionadas con la salud, incluidas las reclamaciones por negligencia médica, para sí mismo y los individuos cubiertos. SCH es un proveedor de igualdad de oportunidades, que atiende a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago.

## Consentimiento

Por la presente doy mi consentimiento para recibir los servicios de Shenandoah Valley Medical System, Inc. que opera como Shenandoah Community Health (SCH).

Los pacientes que no puedan acudir a su cita programada deben cancelar al menos un día antes de la cita. Las citas canceladas el mismo día o que no se cancelen del todo, pueden someter al paciente a restricciones de programación después de la tercera ocurrencia.

Reconozco que soy consciente de que el "*Aviso de prácticas de privacidad*" de SCH para información médica protegida está disponible en el área de espera de cada departamento o en el sitio web [shencommhealth.com](http://shencommhealth.com). Una copia impresa está disponible si usted la solicita.

Autorizo al personal de SCH a tomar mi fotografía o escanear mi identificación con fotografía y colocarla en mi expediente médico electrónico para fines de identificación. Además, también doy mi consentimiento a SCH para tomar fotografías de erupciones, endoscopia, colonoscopia y otras imágenes médicas con el propósito de documentación médica. Entiendo que las fotografías estarán protegidas como parte de mi expediente médico y, a menos que la ley federal o estatal exija lo contrario, como se indica en el "*Aviso de prácticas de privacidad*" de SCH, no se divulgarán sin mi autorización.

Durante el curso de la atención y el tratamiento, entiendo que pueden ser necesarios varios tipos de exámenes, pruebas, diagnósticos o procedimientos. Esto puede incluir, entre otros, exámenes de audición y / o visión, pruebas de laboratorio, exámenes de detección de drogas en la orina, inyecciones y otras pruebas que el proveedor considere necesarias. Si tengo alguna pregunta sobre estos procedimientos, le pediré a mi médico que me brinde información adicional. También entiendo que mi proveedor puede pedirme que firme documentos adicionales de consentimiento informado relacionados con procedimientos específicos.

(Entiendo que mis registros de uso de sustancias están protegidos por la ley federal, incluidas las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias, 42 C.F.R. Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Partes 160 y 164, y no se puede divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que las regulaciones dispongan lo contrario.)

Autorizo el pago de los beneficios del seguro a Shenandoah Valley Medical System, Inc. por los servicios médicos que se me prestaron. Entiendo que soy responsable del pago de los honorarios de los servicios médicos que se me prestan y que no están cubiertos por el seguro ni por terceros pagadores, incluidos copagos, deducibles y montos no cubiertos.

Si el cliente es menor de edad, un padre / tutor legal está informado y da su consentimiento para este tratamiento.

---

Nombre del Paciente

---

Fecha de Nacimiento

---

Firma

---

Fecha

---

Firma del mamá o Tutor (Si el paciente es un menor)

---

Fecha

---

Firma del padre o Tutor (Si el paciente es un menor)

---

Fecha

---

Testigo

---

Fecha



Shenandoah Valley Medical System, Inc. opera como Shenandoah Community Health (SCH). Este centro de salud recibe fondos de Servicios Humanos y de Salud y tiene un estatus considerado Servicio Federal de Salud Pública con respecto a ciertas reclamaciones de salud o relacionadas con la salud, incluidas las reclamaciones por negligencia médica, para sí mismo y los individuos cubiertos. SCH es un proveedor de igualdad de oportunidades, que atiende a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago.

## DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE

Shenandoah Community Health – Salud Mental se compromete a brindar servicios profesionales de la más alta calidad de una manera que reconozca la dignidad y los derechos de cada persona a la que servimos. Como paciente, tiene derecho a:

1. Ser atendido por personal calificado.
2. Tener un plan de tratamiento, o plan de servicios, desarrollado para usted como individuo, basado en sus necesidades, y participar en el establecimiento de las metas de su tratamiento y trabajar para lograrlas.
3. Saber el nombre y el rango profesional de las personas que le brindan tratamiento de salud mental y el método y el propósito de la modalidad de tratamiento propuesta para usted. Tiene derecho a saber qué beneficios puede esperar de los servicios y de cualquier efecto indeseable o dañino que pueda ocurrir como resultado del tratamiento y la medicación.
4. Rechazar el tratamiento recomendado para usted, excepto en los casos en que se haya obtenido una petición válida para una evaluación de emergencia.
5. Que su registro de tratamiento y toda la información sobre usted se mantengan confidenciales. La información se divulgará solo con una divulgación firmada de información, excepto en aquellas circunstancias en las que exista una situación peligrosa / de emergencia, o su tratamiento sea obligatorio como condición de libertad condicional o libertad condicional.
6. Según la ley, el personal de salud mental debe informar al Departamento de Servicios Sociales si tiene una razón para sospechar que un niño o un adulto vulnerable ha sido abusado.
7. Negarse a participar en una investigación físicamente opcional.
8. Informarse, en su primer visita, de las tarifas que se le cobrarán en función de su capacidad de pago.
9. Plantear preguntas sobre la naturaleza de su tratamiento, y si su terapeuta / médico tratante no responde satisfactoriamente a sus inquietudes, usted tiene derecho a presentar sus quejas al Supervisor Clínico o al Director del Programa. Una copia del Procedimiento de Quejas del Paciente está disponible en cualquier momento en la recepción.
10. Obtener información completa y actualizada sobre su diagnóstico y tratamiento en términos que se puedan entender.
11. Seguir sus creencias religiosas. El paciente puede solicitar la colaboración del plan de tratamiento con el clero del paciente.
12. Ser evaluado y tratado por dolor.

He leído, reconozco y se me ha informado de los derechos del paciente antes mencionados.

---

Firma del Paciente

---

Fecha

---

Firma del testigo

---

Fecha





**Consentimiento Informado de Tele Salud**

Yo \_\_\_\_\_ doy consentimiento para participar en Tele Salud con Shenandoah Community Health. Yo entiendo que Tele Salud incluye consultas, aplicaciones audio interactivas, videos y datos de comunicaci3n. Yo entiendo que Tele Salud envuelve la comunicaci3n de mi informaci3n m3dica y mental, ambas, oral y visual. Yo entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a la Tele Salud:

1. Yo tengo el derecho de retener o retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar mi futuro tratamiento o cuidado.
2. La ley que protege la confidencialidad de mi informaci3n m3dica tambi3n aplica para Tele Salud. Tal como, Yo entiendo que la informaci3n comunicada por mi durante el transcurso de la visita de Tele Salud es confidencial.
3. Yo entiendo que hay riesgos y consecuencias de Tele Salud, que incluyen, pero no est3n limitadas a la posibilidad, a pesar de los esfuerzos realizados de parte de Shenandoah Community Health, que: la transmisi3n de mi informaci3n pueda ser interrumpida o distorsionada por fallas t3cnicas; la transmisi3n poder ser interrumpida por personas no autorizadas; y/o el almacenaje de informaci3n m3dica puede ser accedida por personas no autorizadas.
4. Adem3s, Yo entiendo que los servicios y cuidados de Tele Salud pueden no ser completos tal como los servicios de cara a cara. Yo tambi3n entiendo que si mi proveedor cree que es mejor ser servida de otra forma de servicio (por ejemplo: cara a cara) yo voy a ser informado para programar una cita cara a cara con mi proveedor.
5. Yo entiendo, que Yo puede beneficiarme de Tele Salud, pero esos resultados no pueden ser garantizados o asegurados.
6. Yo acepto que Tele Salud no provee servicios de emergencia. Si estoy experimentando una emergencia m3dica, Yo entiendo que puedo llamar al 911 or ir a la sala de emergencia del hospital m3s cercano para pedir ayuda.
7. Yo entiendo, que Yo soy responsable por (1) proveer la computadora, equipo de telecomunicaci3n y el internet necesario; (2) la informaci3n de seguridad de mi computadora; y (3) hacer los arreglos para un lugar con suficiente luz y privacidad que est3 libre de distracciones o intrusos para mi secci3n de Tele Salud.
8. Yo entiendo, que Yo tengo el derecho de acceso a mi informaci3n m3dica y copias de mi expediente m3dico de acuerdo con las reglas de privacidad de HIPAA y leyes estatales que apliquen.

**Su proveedor pedir3 su consentimiento verbal o rechazo de informaci3n contenida en este documento al comenzar la visita de Tele Salud.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Pacient

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del Pacient/Representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha





## Behavioral Health

### **Cuando su hijo(a) necesita asesoramiento Pautas para la terapia**

El proceso de evaluación de un menor llevado a terapia generalmente toma por lo menos de 3-4 sesiones. La participación de los padres y/o tutores es una parte importante de este proceso. También se les puede pedir a otras personas involucradas en la vida diaria del menor que participen en el proceso de evaluación. Estas personas pueden incluir familiares, maestros, proveedores de cuidado infantil, médicos o trabajadores sociales. La sesión inicial es generalmente sólo con los padres y la segunda sesión con el/la niño(a).

#### **Proceso del Tratamiento**

Al finalizar la evaluación, el terapeuta y los padres (o tutores) se reunirán y hablarán sobre los hallazgos de la evaluación y la necesidad de terapia. El/la niño(a) no está presente en esta reunión para que todos puedan hablar libremente sobre el/la niño(a) y sus necesidades.

Si se indica terapia continua, se establecerá un horario semanal con una cita para el/la niño(a) en el mismo día y hora. Este tiempo semanal regular se convierte en el tiempo del/la niño(a), optimizando la oportunidad para que el/la niño(a) desarrolle una relación de confianza con el/la terapeuta en la que pueda hablar o “representar” sus preocupaciones o retos. La forma en que un(a) niño(a) habla de sus preocupaciones es a través del juego, por lo que está bien si su hijo(a) elige principalmente jugar en lugar de hablar.

Mantener una sesión semanal es muy importante; ya que las sesiones perdidas pueden retrasar el proceso de establecimiento de una buena relación, fundamental para la eficacia de la terapia. La terapia es muy parecida a tomar un antibiótico u otro medicamento: es importante que sea constante para que sea eficaz.

Además de la sesión semanal del/la niño(a), habrá necesidad de sesiones sólo para padres, desde semanales hasta mensuales, dependiendo de los problemas con los que estemos lidiando. Durante estas sesiones, hablaremos sobre el progreso de su hijo(a), si se deben hacer cambios en el hogar o la escuela y cómo hacerlo, y discutiremos cualquier inquietud que pueda tener.

Durante el curso de la terapia de su hijo(a), también se pueden recomendar sesiones de padres e hijos(as). La única forma de tratar eficazmente a su hijo(a) es con la participación de los padres. Los problemas de los/las niños(as) (ya sea de base biológica o emocional) se ven afectados por el entorno del hogar y la escuela. Ayudar a la familia y a la escuela a hacer cambios a menudo ayuda al/la niño(a) a hacer cambios también.

**Por favor lea al reverso**

<b>Evaluación de niños y adolescentes: formulario del paciente</b>	
<b>Paciente:</b>	<b>Fecha:</b>

### **Finalizar la terapia**

Muchos niños(as) que ingresan a la terapia permanecen varios meses e incluso un par de años, dependiendo del problema con el que estén lidiando. Terminar el tratamiento es un proceso importante y debe discutirse antes de la finalización real del tratamiento. El número de sesiones necesarias para finalizar el tratamiento depende de la madurez/edad del/la niño(a) y, por lo general, varía entre 3 y 6 sesiones. Un final abrupto del tratamiento a menudo es molesto y confuso para el/la niño(a) y puede revertir parte del trabajo que se logró.

### **Políticas y procedimientos**

Las cancelaciones son un requisito con 48 horas de anticipación antes de la hora de la cita. Las cancelaciones tardías o las citas perdidas pueden resultar en la pérdida de su cita semanal regular. Esto incluye las cancelaciones por enfermedad. Si su hijo(a) está enfermo(a) y no puede asistir a su sesión, se recomienda que el padre asista en su lugar para no perder la hora de la cita. Si hay citas que ha perdido repetidamente sin la notificación adecuada, tendremos que analizar si podemos continuar brindando servicios de terapia a través de nuestra agencia. Esta política es necesaria ya que no podemos agendar nuevas citas en los espacios de las citas canceladas sin que usted nos avise con al menos 48 horas de anticipación y no podemos facturar las citas perdidas o canceladas.

### **Confidencialidad**

Observamos estrictamente el principio de confidencialidad de toda la información que tenemos sobre un cliente. La información no se divulgará a nadie sin el permiso por escrito del cliente (o de los padres si el cliente es un(a) niño(a) menor de 16 años). Sin embargo, la información sobre el peligro para el cliente o para otros, en algunos casos debe ser reportada.

### **Preguntas y Comentarios**

No dude en preguntarle a su terapeuta sobre su entrenamiento y capacitación. También lo alentamos a compartir cualquier comentario, reacción o retroalimentación que pueda tener sobre cualquier aspecto de la terapia de su hijo(a). Su opinión es muy importante y es útil para que el proceso de tratamiento sea exitoso.

**HE LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTO LAS DIRECTRICES Y PROCEDIMIENTOS ANTERIORES. ME HAN DADO LA OPORTUNIDAD DE HABLAR DE ELLOS Y ME HAN PROPORCIONADO UNA COPIA DE ELLOS.**

\_\_\_\_\_  
**CLIENTE (SI ES ADULTO O MAYOR DE 16 AÑOS)**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

\_\_\_\_\_  
**PADRE O TUTOR**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

\_\_\_\_\_  
**TERAPEUTA**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

**Evaluación de niños y adolescentes: formulario del paciente**

**Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Fecha de hoy:**      **Este formulario fue completado por:**      **Referido por:**  
 /      /

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:**      /      /

**Personas presentes para la evaluación:** \_\_\_\_\_

<b>Describa brevemente los acontecimientos que dieron lugar a esta cita</b>	<b>Uso Clínico</b>
<b>¿Cuál es la mayor preocupación con su hijo(a)?</b>	<b>Uso Clínico</b>
<b>¿Cuáles son sus metas para esta evaluación?</b>	<b>Uso Clínico</b>
<b>¿Ha habido encuentros previos de salud mental? En caso afirmativo, indique estos encuentros y las fechas aproximadas de tratamiento (incluya las fechas de hospitalización). ¿Cuáles fueron los resultados del tratamiento?</b>	<b>Uso Clínico</b>
<b>Por favor enliste los medicamentos pertinentes, dosis aproximadas y fechas de tratamiento.</b>	<b>Uso Clínico</b>

<b>Historial Social</b>	<b>Uso Clínico</b>
<b>Enliste los nombres y las edades de los individuos que viven en casa, por favor incluya la relación con el/la niño(a)</b>	
<b>¿Quiénes son los tutores legales del/la niño(a)?</b>	<b>Uso Clínico</b>
<b>Enliste a los familiares directos (biológicos o relacionados por matrimonio, padres o hermanos(as) u otros cuidadores principales del/la niño(a) fuera del hogar principal.</b>	<b>Uso Clínico</b>

**Evaluación de niños y adolescentes: formulario del paciente**

**Paciente:**

**Fecha:**

¿Hay tensiones particulares o cambios recientes en la familia? Por ejemplo, cambios en el trabajo, problemas financieros, se ha mudado a un nuevo hogar, problemas de salud, matrimonio o divorcio, violencia o abuso de sustancias.

¿Quién es responsable de la disciplina en el hogar? ¿Qué métodos han funcionado y cuáles no?

**Historia Familiar**

**Uso Clínico**

*Identifique si hay antecedentes de cualquiera de los siguientes en la familia del/la niño(a). Describa brevemente el problema y el familiar (por ejemplo, convulsiones en una tía materna).*

¿Abuso de alcohol o drogas?

¿Problemas alimenticios?

TDAH o problemas de comportamiento en la escuela?

¿Problemas de conducta o problemas legales?

¿Retraso mental, problemas de aprendizaje, u otro problema de desarrollo?

**Evaluación de niños y adolescentes: formulario del paciente****Paciente:****Fecha:**

¿Problemas de cambios de humor, incluyendo suicidio, depresión, o desorden bipolar?
¿Ansiedad o problemas de pánico?
¿Esquizofrenia?
¿Problemas neurológicos, como convulsiones, migrañas, o tics nerviosos?
¿Síndromes genéticos?
¿Problemas del corazón o algún otro problema médico?

**Historia del Desarrollo****Uso Clínico**

Peso al nacer:

Cuánto midió al nacer:

Peso actual:

Estatura actual:

¿Ha habido algún problema con la estatura o el peso del/la niño(a)

Sí

No

Si es así, ¿cuál?:

¿Hubo alguna complicación con el embarazo o el parto del/la niño(a) (por ejemplo: uso de alcohol o drogas durante el embarazo, medicamentos, parto prematuro, sufrimiento fetal, cesárea o apgar bajo)?

**Evaluación de niños y adolescentes: formulario del paciente**

**Paciente:**

**Fecha:**

**Por favor indique a qué edad empezó a:**

Gatear:		Tuvo algún problema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------	--	---------------------	---

Caminar:		para gatear o caminar	
----------	--	-----------------------	--

Si así fue, ¿Qué problemas tuvo?

¿El/la niño(a) tuvo problemas con sus actividades motoras?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

Si así fue, ¿Qué problemas tuvo?

Comer:		¿Ha tenido el/la niño(a)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--------	--	--------------------------	---

Comer por sí mismo(a):		algún problema para amamantar o comer?	
------------------------	--	--	--

Si así fue, ¿Qué problemas tuvo?

Hablar:		¿Ha tenido el/la niño(a)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------	--	--------------------------	---

Leer:		algún problema para hablar o leer?	
-------	--	------------------------------------	--

Si así fue, ¿Qué problemas tuvo?

Entrenamiento para ir al baño:		¿Ha tenido el/la niño(a)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--------------------------------	--	--------------------------	---

		algún problema al entrenarlo(a) para ir al baño?	
--	--	--	--

Si así fue, ¿Qué problemas tuvo?

Empezó a dormir toda la noche:		¿Ha tenido problemas para dormir?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--------------------------------	--	-----------------------------------	---

Si así fue, ¿Qué problemas tuvo?

Primera vez que se separó de los padres:		¿Ha tenido el/la niño(a)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--	--------------------------	---

		problemas al estar lejos de los padres?	
--	--	---	--

Si así fue, ¿Qué problemas tuvo?

**Evaluación de niños y adolescentes: formulario del paciente**

**Paciente:**

**Fecha:**

--	--

**Historia educativa/Estatus**

**Uso Clínico**

¿A qué escuela asiste su hijo(a) y quién es el maestro(a) de su hijo(a)? ¿Quién es el consejero(a) de orientación de su hijo(a)?

¿Qué grado está cursando su hijo(a)?

¿Su hijo(a) ha tenido que repetir algún grado? Si es así, ¿qué grado y cuántas veces?

¿Cómo están las calificaciones de su hijo(a) en estos momentos?

¿Cómo han estado las calificaciones de su hijo(a) en el pasado? ¿Ha habido un cambio repentino en las calificaciones de su hijo(a)?

¿Alguna vez su hijo(a) se ha metido en problemas en la escuela por motivos de comportamiento? (Por ejemplo, actuar mal, no seguir las reglas de la escuela o las instrucciones de los maestros, o pelear)  
¿Qué consecuencias se recibieron por estos comportamientos?

¿Cómo se lleva su hijo(a) con los maestros, el personal de la escuela y otros estudiantes?

¿Ha estado su hijo(a) participando con un equipo de asistencia estudiantil o ha tenido un Plan de Educación Individual (IEP) o una reunión 504? Si es así, ¿cuándo y cuáles fueron los resultados de esto?

**Evaluación de niños y adolescentes: formulario del paciente****Paciente:****Fecha:**

¿Ha recibido su hijo(a) alguna prueba educativa o psicológica? Si es así, ¿cuándo, quién la ordenó y cuáles fueron los resultados?

**¿Cuáles son las fortalezas académicas y las áreas problemáticas de su hijo(a)?**

Qué tan bien se lleva su hijo(a) con...

¿Hermanos(as)?

¿Compañeros?

¿Padres?

¿Con otros adultos o familiares?

¿Consigo mismo(a)?

¿Su hijo(a) tiene pasatiempos o actividades en las que esté involucrado(a)?

**Religión/Espiritualidad****Uso Clínico**

¿La familia tiene una religión o creencia espiritual en particular? Si es así, ¿está afiliado(a) a un grupo organizado en particular?

¿Está su hijo(a) involucrado(a) en esta creencia? ¿Participan en actividades religiosas/espirituales? ¿Expresa su hijo(a) el deseo de aprender más y participar más en la religión/espiritualidad?

¿Ha expresado su hijo(a) alguna opinión o sentimiento particular con respecto a esta u otra religión/espiritualidad? ¿Es esto una fuente de esperanza, significado, consuelo o conexión para él/ella?

**Evaluación de niños y adolescentes: formulario del paciente**

**Paciente:**

**Fecha:**


<b>Estatus Legal</b>	<b>Uso Clínico</b>
¿Ha estado su hijo(a) involucrado(a) con la policía o el sistema judicial? Si es así, ¿cuáles fueron las circunstancias que lo/la llevaron a la participación? ¿Su hijo(a) fue condenado(a) por un cargo?	
¿Alguna vez su hijo(a) ha sido colocado(a) fuera del hogar debido a problemas legales? Si es así, ¿dónde, cuándo y por cuánto tiempo?	
¿Está actualmente en período de prueba o en un período de mejora? ¿Ha sido colocado su hijo(a) alguna vez en alguno de estos programas en el pasado? ¿Cumple o ha cumplido su hijo(a) con estos programas?	
Si su hijo(a) está actualmente en libertad condicional, ¿quién es el oficial de libertad condicional? Incluya el número de teléfono.	
¿Ha tenido su hijo(a) problemas con la ley debido a un acto violento contra otra persona, incendio provocado, daños a la propiedad o crueldad hacia los animales? ¿Cuáles son las circunstancias de esos hechos?	

**Evaluación de niños y adolescentes: formulario del paciente**

**Paciente:**

**Fecha:**

<b>Historia Médica</b>		<b>Uso Clínico</b>
Pediatra del/la niño(a):		
Dirección:		
Número de teléfono:		
Fecha del último examen físico:     /     /		
¿Encontraron algún problema durante esta examinación?		
¿Está al corriente con todas sus inmunizaciones?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si no es así, ¿Qué inmunizaciones le hacen falta?		
¿Su hijo(a) tiene alguna condición médica? Si es así, explique:		
¿Ha tenido algún problema médico en el pasado? Si es así, explique:		
Por favor enliste los medicamentos que toma y las dosis:		
¿Tiene su hijo(a) algún problema médico en el pasado o presente, como dolores de cabeza, lesiones en la cabeza u otras lesiones importantes, convulsiones, infecciones de oído, problemas cardíacos o respiratorios, o algún problema gastrointestinal?		
¿Se ha evaluado la visión y la audición del/la niño(a)? ¿Cuáles fueron los resultados?		