**A New Tomorrow**

**Behavioral Health Services**

**Tara L. Corbett MS, LPC, LPC-S, NBCC Quanetta S. Jefferson MA, LPC, NBCC**

**Sara Anderson MS, LPC D’Andra Scott MA, LPC-A**

**Kennedy Lucas MA, LPC-A**

**26 Wesmark Ct., Sumter, S.C. 29150**

**Phone: (803) 883-4981 Fax: (803) 883-5492**

**Entrada de Niños y Adolescentes**

*Este formulario es para ser completado por los padres o guardián. El formulario es diseñado para proveer información necesaria a nuestros proveedores. Mientras estes completando el formulario, por favor añade cualquier información que usted piense que sea necesaria para ayudarnos a entender tu niño(a) mejor. Toda información proveída por usted es estrictamente confidencial y no será liberada a nadie sin su permiso escrito.*

**Información General:**

Fecha:

Sexo: Identidad de Género (Opcional): Orientación Sexual (Opcional):

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento: Número de Seguro Social:

Padres/Guardián:

 Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Calle Ciudad-Estado Zip

Teléfono Casa/Primario:

Celular: Madre: Padre:

Correo Electrónico:

Escuela: Grado:

Teléfono de la Escuela:

Maestro (a):

¿El cliente participa en clases especiales? sí no

Si es cierto, explique:

Factores Espirituales/Culturales (Opcional):

Por Favor Describa La Interacción Social De Su Hijo(a):

# Padres/Guardianes e Información de Familia:

Nombre de la Madre:

Edad:

Ocupación: Educación Completada:

Nombre del Padre: Edad:

Ocupación: Educación Completada:

Estado Matrimonial (circule uno): Casado(a) Recasado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a) Soltero(a) Cohabitantes

**Hermanos(as):** Liste EN ORDEN DE EDAD los hermanos(as) del cliente.

Nombre de Hermano(a) Edad Escuela Año de Grado Conducta\*

¿Como se comporta el cliente con sus hermanos(as)? **\***(Por favor indique muy bien, buena, justa, o pobre conducta)

 Excelente Muy Bien Bien Justa Pobre Bien Pobre

Describe:

Liste los ocupantes de la casa:

# Historial Familiar

¿Alguna persona en la familia biológica ha tenido cualquiera de los siguientes trastornos psicológicos?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sí | Condición | Miembro de Familia |
|   | Retraso General de Desarrollo o Cognitivo  |   |
|   | Trastorno de Hablar y Comunicación |   |
|   | Discapacidad Intelectual |   |
|   | Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad |   |
|   | Problemas de Aprendizaje / Discapacidad |   |
|   | Espectro de Autismo / Síndrome de Asperger |   |
|   | Trastorno de dormir |   |
|   | Ansiedad Generalizada (a través de varias situaciones) |   |
|   | Ansiedad Social |   |
|    | Trastorno Obsesivo-CompulsivoFobias |   |
|   | Depresión |  |
|    | Trastorno Maniaco-Depresivo / Bipolar Trastorno Atento Suicida / Suicida |   |
|   | Esquizofrenia u otro psicosis |  |
|   | Alcohol / Abuso de Sustancia |   |
|   | Convulsiones u otro trastorno neurológico |   |
|   | Trastorno Genético (e.g., Síndrome de Down, X Frágil) |   |
|   | Otro:  |

# Historial Médico

Nombre del Fisiatra Primario del niño(a):

Dirección del Fisiatra:

 Teléfono del Fisiatra:

Liste cualquier otro fisiatra o profesional de salud que su niño(a) ve regularmente:

¿Cuándo fue la última vez que so niño(a) visitó un fisiatra?

Liste cualquier operación, enfermedades serias, lesiones (especialmente de cabeza), hospitalizaciones, alergias, infección de oído, u otra condición médica que su niño(a) ha tenido:

Liste cualquier medicamento que su niño(a) está tomando actualmente. También, liste medicamentos previos y las fechas tomadas si fue tomado por un periodo de tiempo extenso. Use la página de atras si fuera necesario.

# Historial Psiquiátrico del Cliente

¿Ha tenido su niño(a) una examinación psicológica, psiquiátrica, o neurológica previa? ¿Si cierto, por quién, cuándo, y cuál era el problema presentado?

# Manejo de Comportamiento / Disciplina

Padres pueden usar una variedad de estrategias para la disciplina de sus niños(as). Están listados abajo varios ejemplos. Por favor evalúe cuan probable usted utiliza todas de las estrategias listad: (circule el número apropiado)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bien  | Improbable |  |  |  | Bien Probable |
| Dejar que pase la situación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tiempo fuera | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mandar al cuarto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Remover Privilegios | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Remover algo material (ej., no juguete) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Asignar una tarea adicional | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Castigar al niño(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Razonar con niño(a)/resolver problema/negociar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Gritar al niño(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Castigar físicamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Liste cualquier otra cosa que hace: |  |  |  |  |  |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Por favor liste cinco cosas que usted quisiera que su hijo(a) haga más o menos en orden de su prioridad. Por ejemplo, en vez de decir, “Yo quiero que mi hijo(a) sea más responsable,” traduce esto en comportamientos como hacer las tareas de la casa, querer más a los hermanos y hermanas, etc.

Quisiera que hijo(a) haga más a menudo Quisiera que hijo(a) haga menos frecuente

1.
2.
3.
4.
5.

# Síntomas Actuales:

Por favor indique si su niño(a) está pasando por la experiencia de lo siguiente:

* + Problema de atención en la escuela/concentración
	+ Bajando notas o están consistentemente bajas
	+ Hiperactivo(a), dificultad permanecer quieto(a)
	+ Impulsivo(a), no piensa antes de actuar
	+ Tristeza o Depresión
	+ Ansiedad Generalizada (a través de varias situaciones)
	+ Miedos específicos/fobias (liste):
	+ Ansiedad Social
	+ Obsesivo-Compulsivo/Patrones de comportamientos rígidos
	+ Comportamientos repetitivos enfocados en el cuerpo (pinchar la piel, jalar pelo, morder uñas, etc.)
	+ Aislado(a) socialmente de compañeros(as)
	+ Problemas haciendo o reteniendo amistades
	+ Problemas con comer
	+ Problemas para dormir
	+ Problemas permaneciendo dormidos durante la noche (en el medio de la noche o temprano en la mañana)
	+ Problemas levantándose
	+ Fatigo/cansado(a) durante el día
	+ Pesadillas
	+ No obedece, no obedece a propósito (no por lenguaje o déficit cognitivo)
	+ Comportamiento de oposición defiante
	+ Problemas controlando enojo
	+ Berriche/ “meltdowns”
	+ Problemas con autoridad (rompiendo reglas or leyes)
	+ Comportamiento físicamente agresivo hacia gente ajena (morder, pinchar, aruñar, patear, pelear)
	+ Comportamiento verbalmente agresivo hacia gente ajena (llamar nombres, gritar, jurar, comentarios malignos)
	+ Comportamiento de lastimarse a si mismo/ Erirse a si mismo (golpes de cabeza, aruñarse, morderse, cortándose)
	+ Accidentes de mear (indique día o noche):
	+ Accidente de mearse u otro problema con vejiga (aguantando, niega, miedo/ansiedad)
	+ Historial de abuso (emocional, físico, sexual)
	+ Alcohol o uso de droga/abuso
	+ “Tic” vocal o motor (e.g., gruñido, chillido, parpadear, aclarar garganta, mueca, movimientos involuntarios)
	+ Sensory problems (over-reacts or under-reacts to lights, sounds, tastes, textures, smells)
	+ Estrés por conflicto entre padres
	+ Estrés por problemas financieros de familia
	+ Situación legal (cualquiera en la familia)

Otros problemas de comportamiento:

¿Alguna vez has sometido o te has involucrado en cualquier litigación? Explique por favor.

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

¿Hay alguna otra cosa que deberíamos saber de tu niño(a), que no se haya cubierto en este formulario?

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

**Plan Médico:**

Plan Primario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de Identificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Asegurado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del Asegurado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Plan Secundario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de Identificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Asegurado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del Asegurado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Persona Responsable:**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono Primario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono Alterno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Yo autorizo a este proveedor a divulgar cualquier información, incluyendo diagnosis, plan de tratamiento / registros a pagadores terciarios y/o practicante de salud. Yo autorizo y solicito que mi compañía de seguro (si aplica) pague directamente al proveedor o beneficios médicos que son, en vez, pagados a mí. Yo entiendo que mi plan médico puede ser que pague menos que la factura de servicio o puede ser que no cubra el tratamiento.**

**Yo certifico que toda información precedente es precisa y completa y en consideración al tratamiento y servicios rendidos a mi o mis dependientes por esta oficina médica. Yo acepto la responsabilidad y entiendo que yo soy responsable de los cargos y tarifas que son debidas al tiempo que el servicio es proveído, al menos que yo haga arreglos con anticipación.**

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

**Yo, , por la presente declaro que soy el padre/madre con custodia principal, o tutor legal del cliente, , según lo certificado por el certificado de nacimiento o los documentos del Tribunal de Familia / Guardián. Si hay otros padres o guardianes legales involucrados, indíquelos a continuación.**

1.

 **Nombre** **relación con el cliente teléfono**

1.

 **Nombre relación con el cliente teléfono**