 ***CONTINUUM INTEGRATED*** Health Services Inc.

Niños

**Consentimiento del paciente para tratamiento**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para que mi hijo (a), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, o yo mismo (a) recibamos servicios de *CONTINUUM INTEGRATED.* Notificaré a *CONTINUUM* *INTEGRATED* de cualquier cambio de manera inmediata a medida que ocurra o hasta que se determine que los servicios ya no son necesarios. Si estoy derivando a mi hijo (a)para recibir servicios de salud del comportamiento, certifico que tengo la responsabilidad legal de este niño (a) y estoy autorizado a buscar tratamiento para él / ella.

Entiendo que *CONTINUUM INTEGRATED es* una organización de atención de la salud conductual que está compuesta por médicos, psicólogos, trabajadores sociales y consejeros que trabajan juntos como un equipo para proporcionar atención médica conductual.Los profesionales tienen citas por separado según las necesidades identificadas durante las sesiones individuales y familiares.

Entiendo que existe la expectativa de que yo / nosotros nos beneficiaremos de los servicios prestados, pero no hay garantía de que esto ocurra. Tampoco hay garantía con respecto a la duración del tratamiento. Entiendo que mis sesiones pueden tratar temas inquietantes y difíciles que pueden provocar emociones incómodas y pueden conducir a decisiones individuales que pueden ser temporalmente perturbadoras para mí y mi familia. También entiendo que toda la información divulgada en mi sesión es confidencial y no será revelada a nadie fuera del equipo supervisor sin un permiso por escrito a menos que lo exija la ley o sea necesario para cumplir con los requisitos de las agencias de acreditación. La ley puede exigir la divulgación: (1) cuando exista una sospecha razonable de abuso / negligencia hacia un niño / adolescente, dependiente o adulto mayor; (2) cuando el paciente comunica una amenaza de lesión corporal a sí mismo o a otros; o (3) cuando se requiere la divulgación de conformidad con un procedimiento legal.

Entiendo que tengo el derecho de rechazar servicios y descontinuar servicios en cualquier momento. También *CONTINUUM INTEGRATED* puede interrumpir los servicios por los siguientes motivos: 1) la (s) meta (s) del tratamiento se logró con éxito, 2) dos citas consecutives perdidas sin notificación, 3) tres citas perdidas sin notificación dentro de los 60 días o 4) sin contacto el terapeuta dentro de los 30 días después de la última cita. Entiendo que seré económicamente responsable de cualquier informe judicial, comparecencia o consulta que se requiera en relación con el tratamiento recibido.

**AUTORIZACIÓN PARA FIRMAR EN NOMBRE DE UN MENOR**

Cuando el padre o la madre biológico del niño (a) no está casado (separado, divorciado, etc.) o la custodia está legalmente en manos de otra (s) persona (s), se requiere un documento que demuestre autoridad para actuar en nombre del niño (a)

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, confirmo que soy ( *marque uno)* : 🞎 El padre biológico o adoptivo que tiene custodia legal generalmente desde el nacimiento, es decir, no separado o divorciado (no es necesario proporcionar documentación legal); o

**Lo siguiente debe proporcionar documentación legal:**

🞎 El conservador gerente; u 🞎 Otro tutor legal, tribunal de menores o padres biológicos le han otorgado la tutela. *Por favor describa el tipo* *: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente (16 años en adelante): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Reconozco que he leído y / o recibido una copia de "Aviso de prácticas de privacidad" de *CONTINUUM INTEGRATED*.

🞎 Sí (Puede pedirle a la recepcionista una copia en papel para llevar con usted) 🞎 No Por favor describa el motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Coordinación de beneficios**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Por favor, complete este formulario en su totalidad.* *Algunas compañías de seguros requieren esta información para pagar sus reclamos*

**SECCIÓN A- SEGURO PRIMARIO** (Información del titular de la póliza)

Nombre Compania Aseguradora\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre de Tenedor de Poliza:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fechas de Cobertura Efectiva: Cominezo: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Termino: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Numero de Identificacion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Direccion Compania Aseguradora:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codigo Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono Compania Aseguradora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Empleador de Tenedor de Poliza:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Usted tiene otra Cobertura de Aseguranza adicional?

\_\_\_\_ No – Pase a la seccion B y firme la forma

\_\_\_\_ Si—**Responda la pregunta en la seccion B y firme la forma.**

**SECCION B- SEGURO SECUNDARIO**

Es la otra cobertura ofrecida a traves del Empleador del Paciente/Padres o Guardian? \_\_\_No \_\_\_\_Si

Nombre Compania Aseguradora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Direccion de Compania Aseguradora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codigo Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono Compania Aseguradora:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre Tenedor de Poliza:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco de Tenedor de Poliza con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fechas de Cobertura Efectiva: Inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Termino: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tipo de Cobertura: \_\_\_ Individual \_\_\_ Familia

**SECCION C - NO SEGURO DE COBERTURA**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estoy de acuerdo de pagar a *CONTINUUM INTEGRATED* $ \_\_\_\_\_\_\_ cada vez que reciba servicios medicos y de terapia.

***CONTINUUM INTEGRATED* ha verificado los beneficios de mi seguro de cobertura de la siguiente manera:** Deducible:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Co-pago: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Acepto pagar el monto y asegurar que mis beneficios estén asignados a** ***CONTINUUM INTEGRATED.*** Doy permiso a CONTINUUM INTEGRATED para que le facture a mi seguro directamente. Entiendo que la verificación de la cobertura no es una garantía de pago. Si mi compañía de seguros no paga los beneficios como se verifica, entiendo que cualquier saldo restante será mi responsabilidad. Entiendo que si no proporciono la documentación del seguro requerida / comprobante de ingreso a *CONTINUUM INTEGRATED,* no se programarán más citas. Acepto informar a *CONTINUUM INTEGRATED* de cualquier cambio en mi cobertura de seguro por escrito. Entiendo que los beneficios serán reconfirmados periódicamente por *CONTINUUM INTEGRATED* . Reconozco que mi pago puede cambiar si se obtiene nueva información.

Firma del paciente, padre / tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***CONTINUUM*** ***Integrated***

3003 South Loop West Suite # 475

Houston, Texas 77054 -1381

Teléfono # 713-383-0888 Fax # 713-383-0895

**INFORMACIÓN NUEVA PARA EL PACIENTE**

**Horario** : las citas para pacientes ambulatorios están disponibles de lunes a viernes de 10:00 a.m. a 5:00 p.m. Las citas de los sábados están disponibles hasta las 3:00 PM y solo con cita previa. Programas de tratamiento, como los Programas intensivos para pacientes ambulatorios, los Programas de hospitalización parcial y las Intervenciones basadas en la escuela, tienen horarios diferentes que pueden obtenerse preguntando a las asistentes médicos.

**Número de emergencia: el número de la** oficina (713) 383-0888 es respondido las 24 horas del día por el personal de la oficina o por nuestro servicio de mensajeria fuera de las horas de oficina o cuando la oficina está cerrada debido a juntas de negocio.

**Advertencias meteorológicas:** en caso de que ocurra un clima severo, según lo informado por las principales cadenas de televisión , los ajustes en los horarios del paciente pueden ocurrir automáticamente. Solicitamos a los pacientes / tutores que llamen al número de 24 horas para determinar si la oficina se ha cerrado.

**Apelaciones y quejas formales** : también reconozco que puedo presentar un reclamo al proveedor o al administrador en cualquier momento para registrar una queja sobre cualquier aspecto de mi atención. Si no estoy satisfecho con la respuesta que recibo, puedo enviar la queja a mi aseguradora o a la Comisión Conjunta. Los números de teléfono están disponibles a través del personal o el sitio web.

**Citas / Cancelaciones** : le solicitamos que notifique a nuestra oficina las cancelaciones a más tardar ***el día hábil anterior a su*** ***cita.*** Dependiendo de la presencia de "Cancelaciones" previas y / o "No Shows", a los pacientes se les puede ofrecer un período de tiempo de espera hasta que se haya demostrado cumplimiento consistente de mantener sus citas. *Por favor escriba su inicial*  \_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de hoy:  \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_.

**Citas Perdidas y / o Falta de atendencia** : cuando las citas están programadas y los pacientes no se comunican acerca del tratamiento continuo, puede ocurrir que que el paciente sea dado de alta de los servicios de la clinica, dentro de los sesenta días posteriores a la última cita "Perdido o Falta de Atendencia". Los pacientes pueden re comenzar el tratamiento nuevamente, si nuestra oficina lo considera necesario. Algunos pacientes pueden ser referidos a otros proveedores de tratamiento, cuando sea propio.

**Prueba de cobertura o elegibilidad financiera** : debe proporcionarse una prueba de cobertura antes de la primera cita. Los pacientes que requieren renovaciones mensuales de la cobertura del seguro deben presentar un comprobante de elegibilidad antes de la primera cita de un nuevo mes. En todos los casos, el personal debe establecer la existencia de cobertura antes de una cita con cualquier proveedor de tratamiento.

**Pagos**: se espera un copago en el momento del servicio para demostrar el compromiso de mejorar su salud. Aceptamos multiples aseguradoras médicas, y le facturaremos a su compañía de seguros por usted, sin embargo, si su reclamo es negado, se convierte en su total responsabilidad pagar por los servicios. Una opción de pago con tarjeta de crédito o efectivo está disponible bajo petición.

**Acuerdo de paciente o parte responsable:** Yo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ :

 (Escriba su nombre)

1. He leido y comprendo la información para pacientes nuevos.

2. Acepto las disposiciones aquí establecidas.

3. Estoy de acuerdo en la divulgación de cierta información de tratamiento apropiada al médico de referencia de atención primaria, profesionales, compañía de seguros u otro tercero que paga por los servicios.

4. Autorizar el pago de beneficios médicos directamente a ***CONTINUUM*** **Integrated**.

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

Firma del paciente, padre o tutor                                                                            Fecha

**CONTINUUM INTEGRATED** HEALTH SERVICES

Especializado en el Tratamiento de

Niños, adolescentes, adultos y familias

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA**

**Lenguaje primario:** **🞏Paciente- Inglés** **🞏Español**

**🞏Padres - Inglés** **🞏Español**

En general, la regla de privacidad de HIPPA otorga a las personas el derecho de solicitar una restricción en el uso y la divulgación de su información de salud protegida (PHI). También se le brinda al individuo el derecho de solicitar comunicación confidencial hecha por medios alternativos, como enviar correspondencia a la oficina de la persona en lugar de a la casa.

Teléfono de casa (  ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de celular (  ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_Acepta mensaje con información detallada

\_\_\_\_Dejar mensaje solo con el número de devolución de llamada

Teléfono de trabajo   (   ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Ok para dejar un mensaje con información detallada

\_\_\_\_Dejar mensaje solo con el número de devolución de llamada

Comunicación escrita

\_\_\_Hacer un pedido por correo a mi domicilio

\_\_\_Hacer el envío a mi dirección de trabajo / oficina

\_\_\_Ok para enviar un fax a este número (  ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_Ok para enviar documentos

\_\_\_Ok para enviar el mensaje

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

 Firma del paciente o padre de familia                                                                  Fecha

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

 Imprimir el nombre del paciente o del padre de familia                     Fecha de nacimiento del paciente

**Personas autorizadas que pueden actuar en mi nombre:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imprimir nombre                                           Relación                             Número de contacto

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imprimir nombre                                           Relación                             Número de contacto

 Por ejemplo: Tio (o), Hermano (a), Padrasto/Madrastra, etc

                                                                                                      3003 South Loop West, Suite 475

Houston, Texas 77054

Teléfono: (713)383-0888 Fax: (713)383-0895

Consentimiento del paciente para divulgación (Word) 8/1 5

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Estándares de seguridad y calidad de atención para pacientes nuevos y establecidos**

Recomendamos encarecidamente que el número de visitantes sea limitado en este entorno de tratamiento. Los letreros se colocan en la (s) sala (s) de espera para ayudarnos a responder a nuestra calidad de atención y preocupaciones de seguridad. Si lo consideramos necesario, avisaremos a los pacientes, padres o tutores de nuestras preocupaciones sobre el riesgo que observamos en el medio ambiente. Si surge la necesidad de responder a comportamientos incontrolados o de alto riesgo, el personal será profesional e interesado únicamente en el bienestar de nuestros pacientes y visitantes.

**Algunos ejemplos de riesgos para la seguridad y la calidad incluyen:**

Los niños no acompañados (de 16 años o menos) tienen prohibido caminar o pasear por cualquier parte de este edificio. Los niños y adultos que salen de la sala de espera para sentarse afuera de nuestras puertas o en cualquier otro lugar en el 4 ° piso son considerados un riesgo de seguridad por la administración del edificio .

El riesgo de lesiones o destrucción de la propiedad puede ocurrir cuando se traen más niños a la oficina. Pedimos que los padres traigan solo pacientes a las instalaciones a menos que se lo soliciten.

El riesgo de lesión o destrucción de la propiedad ocurre cuando existen comportamientos excesivamente activos o no controlados mientras se espera. Lesiones a cualquier niño o adulto no son deseables y creemos que todos somos responsables de mantener un ambiente de cuidado seguro y de bajo riesgo.

**Conductas de sala de espera inapropiadas o disruptivas**

No toleramos comportamientos amenazantes o agresivos en nuestra sala de espera por parte de pacientes, padres, tutores, visitantes o personal. El personal de administración responderá a las declaraciones impropias de un ambiente tranquilo, ordenado y agradable. Una descarga del tratamiento puede realizarse rápidamente y los servicios serán cancelados. Si es necesario, nos pondremos en contacto con la policía para que las autoridades competentes retiren a los pacientes o visitantes.

**Comportamiento inapropiado del teléfono**

No toleramos la comunicación inapropiada, exigente o amenazante de pacientes, padres o tutores. Nuestros teléfonos suelen estar muy ocupados. Cuando las frustraciones pesan sobre usted con respecto a cualquier problema, le recomendamos encarecidamente que hable en privado con el terapeuta asignado durante su próxima cita. Si se informan incidentes repetidos de conductas telefónicas inapropiadas, es posible que se den de baja de los servicios.

He leído y entiendo que los incidentes repetidos de conductas inapropiadas o perturbadoras pueden dar como resultado el alta del tratamiento.

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

Firma de padre de familia                Fecha de hoy

Aprobado por el Comité de Gestión de Calidad de CONTINUUM Integrado el 25 de junio de 2015

*CONTINUUM Integrated* 3003 South Loop West, Suite 475

*ESPECIALISTA EN EL CUIDADO COMPORTAMIENTO* Houston, TX 77054-1381

**AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD Y RECONOCIMIENTO**

Entiendo que, de conformidad con la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico de 1996 ("HIPPA"), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

-        Llevar a cabo, planificar y dirigir mi tratamiento y la atención de seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en el tratamiento directa e indirectamente.

-        Obtenga pago de terceros pagadores.

-        Llevar a cabo operaciones sanitarias normales, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Confirmo que he recibido su AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD que contiene una descripción más completa de los usos y la divulgación de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho decambiar su AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD de vez en cuando y que puedo comunicarme con esta organización en cualquier momento a la dirección que figura arriba para obtener una copia actual del AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que usted restrinja cómo se utiliza o divulga mi información privada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar mi restricción de solicitud, pero si está de acuerdo, la n está obligado a cumplir con dichas restricciones.

**Nombre del paciente (imprimir):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Padre/Tutor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_               Fecha de hoy:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Relación con el paciente:  🞏 Paciente Mismo     🞏 Padre de Familia  🞏 Guardián legal    🞏 Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de edad:

Padre o tutor ***IMPRIMA SU NOMBRE*** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE**

Intenté obtener la firma del paciente en reconocimiento de este aviso de Obligacion de Prácticas de Privacidad, pero no pude hacerlo debido a lo siguiente:

Motivo/Razon : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_

ESCALA DE AGRESIÓN EXCESIVA (EAE)

IDENTIFICACIÓN DE DATOS

Nombre de Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Genero del Paciente: 🞏 Masculino 🞏 Femenino Nombre de Observador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      🞏 No hay incidentes agresivos (verbales o físicos) contra si mismo, otros, o propiedad durante el transcurso del dia.

|  |
| --- |
| **COMPORTAMIENTO AGRESIVO (Marque todo lo que corresponda)** |
|                 **AGRESIÓN VERBAL** **AGRESIÓN FÍSICA CONTRA EL SER** |
| 🞏 Hace ruidos fuertes, grita enojado 🞏 Grita insultos personales suaves (por ej., "Eres    estúpido ! ")🞏   Maldiciones con saña, usa un lenguaje grosero con ira,hace amenazas moderadas a otros o a si mismo🞏 Hace claras amenazas de violencia hacia si mismo (por ejemplo, "me voy a matar") o pide ayuda para controlarse a si mismo | 🞏 Se pellisca o raspa la piel, se golpea a sí mismo, se tira del cabello(sin lesions o con lesiones menores)🞏 Golpea la cabeza, golpea el puño contra objetos, se arroja en el suelo o contra objetos (se lastima a si mismo pero sin heridas graves)🞏 Pequeños cortes o magulladuras, quemaduras menores🞏 se mutila a sí mismo, hace cortes profundos, muerde, sangrado, lesión interna, fractura, pérdida de conciencia, pérdida de dientes |
| **AGRESIÓN FÍSICA CONTRA OBJETOS** | **AGRESIÓN FÍSICA CONTRA OTRAS PERSONAS** |
| 🞏 Golpea la puerta, esparce la ropa, hace un desastre 🞏 arroja objetos al piso, patea los muebles sinromperlos, daña las paredes.🞏 Rompe objetos, rompe ventanas 🞏 Inicia incendios, arroja objetos peligrosamente   | 🞏 Hace gestos amenazantes, intent golpear a la gente, se jala la ropa🞏 Golpea, patea, empuja, tira del cabello (sin lesionar a otros)🞏 Ataca a otros causando lastimaduras moderadas (hematomas, torceduras, verdugones)🞏 Ataca a otros causando lesiones físicas severas(huesos rotos, laceraciones profundas, lesión interna) |
| **INTERVENCIÓN (Marque todo lo que corresponda)** |
| 🞏 Ninguno🞏 Hablando con el paciente🞏 Observación más cercana🞏 Restringiendo al paciente  | 🞏 Medicamento inmediato administrado por vía oral🞏Medicamento inmediato administrado por inyección🞏 Aislamiento sin reclusion (tiempo de espera)🞏 Aislamiento | 🞏 Uso de restricciones🞏 lesión que requiere inmediataAtencion médica para el paciente🞏 lesion que requiere tratamiento inmediato para otra persona |
| **COMENTARIOS** :        |

Escala de agresión abierta (OEA) Reimpreso de Yudofsky et al. 1986 con permiso (Microsoft Word) 25/06/15

**HISTORIAL DE MEDICAMENTOS**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: Apellido:  | Fecha día de hoy: |
| Fecha de nacimiento: | Lista de alergias a medicamentos: |
| Genero: (🗸) 🞏M 🞏F | Lista de alergias a los alimentos: |
| Nombre del médico de atención primaria: | Número de teléfono del médico: |
| **¿QUÉ CONDICIONES MÉDICAS HA TENIDO EL PACIENTE?** |
|   | Alta presion sanguinea |   | Enfisema |   | Trastornos hemorrágicos |   | Hepatitis |   | HIV / AIDS |
|   | Angina |   | Asma |   | Cáncer |   | Desorden alimenticio |   | Insomnia |
|   | Alto Colesterol |   | Bronquitis |   | Enfermedad del riñon |   | Fiebre |   | Migrañas |
|   | Problemas del corazón |   | Alergias nasales |   | Enfermedad del higado |   | Tuberculosis |   | Condición de la tiroides |
|   | Obesidad |   | Eczema |   | La enfermedad de Crohn |   | Uso de drogas en la calle |   | Dolor crónico |
|   | Diabetes |   | Infección en el oído |   | Reflejo Gastroesofagico |   | Apnea del sueño |   | Daño cerebral |
|   | Lupus |   | úlcera péptica |   | Convulsiones |   | Celula Malciforme |   | Enuresia |
|   | Piojos |   | Tiña |   | Artritis |   | enfermedad estándar |   | Priapismo |
|   | Otro |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  **¿CONDICIONES MÉDICAS HEREDITARIAS EN SU FAMILIA?** |
| **Condición médica** | **Medicamentos recetados** | **Hospitalizaciones** | **Relación con Padres de Familia** |
| Alta presion sanguinea |   |   |   |
| Apoplejia |   |   |   |
| Problemas del corazón |   |   |   |
| Obesidad |   |   |   |
| Diabetes |   |   |   |
| Colesterol alto |   |   |   |
| Cáncer |   |   |   |
| Depresión |   |   |   |
| Otro |   |   |   |
| **¿QUÉ MEDICINA DE MOSTRADOR ESTÁS TOMANDO?** |
|   | Ibuprofen (Motrin) |   | Jarabes para la tos (Robitussin) |   | café               tazas por día |
|   | Acetaminofén (Tylenol) |   | Laxante ( Exlax ) |   | Cigarrillos             paquetes por día |
|   | Antihistamínico (Benadryl) |   | Antiácidos (Tums) |   | Alcohol          Bebidas por día |
|   | Vitaminas Múltiples (Centrum) |   | Antidiarreicos (Kaopectate ) |   |   |
|   | Productos a base de hierbas |   | Otro |   | Fecha del último período: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | Reflejo Gastroesofagico |   | 1. |   | Método actual de contracepción \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | Descongestionante nasal (Afrin) |   | 2. |   |   |
|   | Descongestionante oral (Sudafed) |   | 3. |   | ¿Embarazada? 🞏si 🞏no |

**Firma del paciente / tutor:** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **\_** **Relación con el paciente** **:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tabla de rastreo de medicamento** **Nombre del paciente**: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de medicamento** | **Dosis ¿Cuánto y con qué frecuencia?** | **Propósito** | **Fecha iniciada** | **Fecha detenida** | **Tipo de medicina \*** | **Notas** |
| *Ejemplo:**Compazine* | (1)    Tableta de 10 mg / 6 horas | Náusea | 26/01/11 | 2/3/11 | P |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**\* Para el tipo de medicamento, use los siguientes códigos:**

**P =** Prescripción  **V =** Vitamina **O =** Otro (por favor liste)

**SEM =** Sobre el Mostrador **M =** Mineral

 *** CONTINUUM INTEGRATED***

 **HISTORIAL MEDICO**

1. **INFORMACION DEL PACIENTE**

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

 Nombre Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Apellido Nombre Inicial

Direccion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_ Codigo:\_\_\_\_\_\_

Telefono Casa(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono Celular (\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trabajo (\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lenguaje:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genero: 🞏 M 🞏 F Edad:\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_

🞏 Casado (a) 🞏 Viudo (a) 🞏 Soltero (a) 🞏 Menor

🞏 Separado 🞏 Divorciado 🞏 Ley comun \_\_\_años

Paciente SS#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paciente Empleador/Escuela:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A quien le podemos agradecer for la referencia?\_\_\_\_\_\_\_

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

**PADRE DE FAMILIA/ GUARDIAN O FAMILIAR:**

 Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Apellido Nombre Inicial

Telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:**

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono Casa (\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono Trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **PRESENTING PROBLEM (Use office only)**

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

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

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

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

1. **PROBLEMA PRESENTE** (Explique en sus propias palabras, la razon de esta cita a nuestra oficina)

Problema Presente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

1. **MEDICAMENTOS/ALERGIAS**

Lista de medicamentos que el paciente esta tomando actalmente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Nombre Farmacia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_

Lista de alergias a medicamento u otras substancias:\_\_

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

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

Estoy de acuerdo que la traducción del

problema presente esta hecha correctament.

Firma de Padre de Familia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**5.**               **HISTORIAL MÉDICO** (Marque **✓** síntomas que el paciente tiene o ha tenido en el último año) (Toda la información es estrictamente confidencial)

**GENERAL** **GASTROINTESTINAL** **OJO, OIDO, NARIZ, GARGANTA** **SOLO HOMBRES**

🞏 Fatiga                          🞏 Apetito pobre                🞏 Sangrado de encías              🞏 Dificultades de erección

🞏 Tosiendo                    🞏 Acidez estomacal                🞏 Visión borrosa                🞏 Terrones en testículos

🞏 Mareos / Desma         🞏 Cambios intestinales               🞏 Garganta dolorida                🞏 Otro

🞏 Fiebre crónica            🞏 Estreñimiento                🞏 Dificultad para tragar

🞏 Aumento de peso 🞏 Dolor de estómago                  🞏 Visión doble

🞏 Dolor de cabeza         🞏 Sed Excesiva                 🞏 Descarga de oído / dolor

🞏 Pérdida de peso 🞏 Vomitando sangre                🞏 Fiebre del heno                                     **SOLO MUJERES**

🞏 Pérdida del sueño       🞏 Hemorrhoids                🞏 Ronquera                                    🞏 Dolor menstrual extremo

🞏 Sibilancia               🞏 Dolor abdominal                🞏 Pérdida de audición                           🞏 Sangrado entre períodos

🞏 Falta de aliento          🞏 Náuseas                🞏 Hemorragias                                     🞏 Pecho de seno

                             🞏 Sangrado rectal                      🞏 Tos persistente                           🞏 Otro

**MUSCULOESQUELETO** **NEUROLÓGICO**    🞏 Sonando en los oídos     Fecha de última menstruación

Dolor, debilidad, dolor o hinchazón         🞏 Entumecimiento         🞏 Sinusitis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏 Brazos  🞏 Caderas  🞏 Parálisis Fecha de últim Papanicolaou

🞏 Espalda 🞏 Piernas  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏 Pies  🞏 Cuello               **CARDIOVASCULAR** **PIEL**Has tenido Mamografía? S N 🞏 Articulaciones 🞏 Músculos    🞏 Dolor en el pecho  🞏 Contusiones fácilmente

**GENITO-URINARIO**            🞏 Presión arterial alta / baja  🞏 Colmenas                Método de anticoncepción:\_\_\_\_

🞏 Enuresis 🞏 Latido del corazón irregular 🞏 Picazón/Urticaria

🞏Urinado frecuente  🞏 Mala Circulación  🞏 Cambios en lunares

🞏 Orinado Doloroso    🞏 Hinchazón los tobillos  🞏 Cicatrices

                                                  🞏 Venas varicosas                   🞏 Dolor que no Sana

 Verificar **✓** condiciones que el paciente tiene o ha tenido en el pasado

🞏 SIDA                🞏 Varicela                                                 🞏 VIH positivo                           🞏 Polio

🞏 Apendicitis         🞏 Diabetes 🞏 Tipo I 🞏 Tipo II               🞏 Enfermedad renal                    🞏 Problema de próstata

🞏 Artritis                🞏 Enfisema                                               🞏 Enfermedad del hígado           🞏 Fiebre reumática

🞏 Trastornos de sangre        🞏 Epilepsia                                 🞏 Sarampión                               🞏 Escarlatina

🞏 Bulto de seno                🞏 Glaucoma                                🞏 Migraña               🞏 Derrame cerebral

🞏 Cáncer                🞏 Enfermedad cardíaca                           🞏 Esclerosis múltiple                  🞏 Problemas de tiroides

🞏 Cataratas              🞏 Hepatitis                                              🞏 Paperas                                    🞏 Tuberculosis

🞏 Asma                🞏 Herpes                                                  🞏 Marcapasos                             🞏 Ulceras

🞏 Dependencia química        🞏 Colesterol alto                       🞏 Neumonía                              🞏 Enfermedad venérea

🞏 Depresión           🞏 Edema                                                 🞏 Cambios de humor                  🞏 Ansiedad

🞏 DHDA                🞏Trastorno bipolar                                 🞏 Estrés                             🞏 Deficiencia de hierro

🞏 Anemia falciforme             🞏Creencias irracionales           🞏 Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏 Intento (s) de suicidio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏 Hospitalización (s) (Cuándo/Razon” hinchazón: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

¿El paciente está viendo a un médico por alguno de los problemas anteriores 🞏 Sí    🞏 No : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Alguna de las inquietudes de salud anteriores no está siendo tratada adecuadamente por un médico? 🞏 Sí  🞏 No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de su último examen físico o cita con el médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En los últimos 6 meses, ¿el paciente ha tenido algún tratamiento o procedimiento médico significativo? 🞏 Sí  🞏 No: Tiene el paciente ha tenido una lesión cerebral menor o mayor (conmoción cerebral)? Sí 🞏   🞏 No

¿Fuma? Si es así, ¿ cuánto? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿el paciente consume alcohol? En caso afirmativo, ¿cuánto y con qué frecuencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha firmado el paciente una directiva avanzada, como un testamento en vida o un poder notarial duradero para atención médica? 🞏 Sí     🞏 No En caso afirmativo, donde se localiza? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **6. ENTORNO SOCIAL** |

Persona completando el formulario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación: 🞏Uno mismo 🞏Padre / Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria / Pediatra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otro (s) doctor (s) que tratan a usted o a su hijo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si es un niño, ¿se han completado todas las vacunas requeridas para su grupo de edad? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

   (1) La familia --- haga una lista de usted mismo y todos los miembros que viven en el hogar, incluido su hijo:

**Nombre Sexo Edad Lugar de trabajo o escuela**

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

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

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

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

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

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

 (2) Si ha habido separaciones o divorcios, proporcione fecha (s), nombre (s) de otras figuras involucradas. Si es un niño, enumere qué padre (s) tiene custodia legal y física: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(3) Miembros de la familia que no viven con usted (por ejemplo, hijos adultos, novio, padres): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(4) Si el paciente es un niño, a qué edad el paciente empezo a:

Caminar\_\_\_\_\_\_\_ años Hablar \_\_\_\_\_\_ años Ir al baño \_\_\_\_\_\_ años Usar la bicicleta\_\_\_\_\_ años

 Escribir su nombre\_\_\_\_\_ años  Leer 20-30 palabras\_\_\_\_\_\_\_ años

(5) Si el paciente es un niño, ¿hubo alguna dificultad durante el parto, la infancia o el desarrollo preescolar?

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

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

(6) ¿Hay algún miembro de la familia (padres, hermanos, abuelos, tías, tíos o primos) que tenga problemas emocionales y de salud mental o abuso de sustancias (incluido comportamiento, problemas escolares o laborales, convulsiones / epilepsia)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(7) ¿Alguna vez usted o alguien de su familia ha visto a un consejero o médico por dificultades emocionales, de salud mental o de abuso de sustancias? En caso afirmativo, quién y cuándo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(8) ¿Alguna vez usted o alguien de su familia ha tomado algún medicamento para problemas emocionales, de salud mental o de abuso de sustancias? Si la respuesta es Sí , quién y cuándo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(9) ¿Alguna vez usted o alguien en su familia ha estado en un hospital por dificultades emocionales, de salud mental o de abuso de sustancias? En caso afirmativo,   quién y cuándo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(10) ¿Alguna vez alguien en su familia intentó suicidarse, o cometio suicidio? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(11) ¿Cómo se llevan usted o el paciente con otras personas de la familia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(12) ¿Cómo se desenvuelven usted o su hijo en su escuela / trabajo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(13) Si el paciente es un niño, ¿se le han recomendado las clases de educación especial (504)? En caso afirmativo, ¿cuándo y por qué motivo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(14) ¿Qué otras cosas serían útiles para la terapista saber acerca de usted, su hijo o su familia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **7. FIRMAS** |

Segun lo entendido y a lo major de mi conocimiento y entender, la información anterior es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si tengo un cambio de salud, dirección o cobertura de seguro.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_               \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                  Firma del paciente, padre o tutor                                                                                Fecha

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

                                                             Imprima nombre de paciente, padre o tutor                                                                               Relación con el paciente

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

                                                        Revisado para completar por                                                                                                 Fecha