



We know children.

¡Bienvenidos a *Children's Behavioral Health!*

Gracias por escoger *Behavioral Health* (Salud Conductual). Queremos que se sientan cómodos aquí. Debido a que muchos individuos no están acostumbrados a una situación en la cual sus sentimientos y “problemas” son el centro de atención, pueda que la comunicación a veces se sienta extraña. Existe una diferencia entre la conversación y la terapia. Si en cualquier momento usted tiene preguntas sobre el curso del tratamiento, siéntase con la libertad de discutir las con su proveedor. Por favor pregunte sobre todo hasta que usted sienta que ha comprendido.

Privacidad y Confidencialidad

Adjunto va un documento titulado “Aviso Plenario de las Prácticas de Privacidad”, el cual abarca todas las entidades de Servicios Médicos de *Children's*. Por favor tenga en cuenta que los expedientes psicológicos de *Behavioral Health* se mantienen separados de los expedientes médicos del hospital, y por consiguiente le brinda una garantía adicional en cuanto a la privacidad y confidencialidad.

Todos los expedientes de psicoterapia, al igual que las discusiones que se tienen durante las citas, son confidenciales. Tal información se divulgará a entidades exteriores solo con el consentimiento de un padre o tutor legal a través de un formulario firmado titulado “Autorización para la Divulgación de Información de Salud”. Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

Información confidencial se puede divulgar sin el consentimiento de un padre o tutor legal según lo requiera la ley. Por ejemplo: la ley requiere que un proveedor divulgue dicha información en el caso que el proveedor sienta que un niño se encuentra en una situación peligrosa o abusiva, o piense que un cliente pueda lastimarse a sí mismo(a) u a otros. Pueda que existan otras situaciones en las cuales la ley obliga la divulgación de información.

Citas

Se harán esfuerzos para programar las citas a una hora que sea conveniente para usted. Es importante que el tratamiento continúe de forma regular. Cuando tenga que cancelar, por favor trate de reprogramar la cita en el momento de la cancelación o cuanto antes posible. Pueda que se le cobre las citas que se cancelaron con menos de 24 horas de anticipación. Para poder servir a otros pacientes que desean un tratamiento, aquellas personas que repetidamente faltan a sus citas sin notificación se les tendrán que discontinuar los servicios.

Pago

Es parte de nuestra póliza que el cliente pague por completo o en parte por los servicios otorgados antes de salir de la oficina. Su proveedor tiene que hablar con el director sobre cualquier variación de esta póliza. Los cheques deben ser pagaderos a *Children's Hospital*. También se aceptan tarjetas de débito, MasterCard, Discover, American Express y VISA.

Emergencias/Llamadas Telefónicas

Los animamos a que hablen sobre cualquier problema o inquietud durante sus citas regulares. Si usted necesita que su hijo no esté presente por un tiempo, por favor déjele saber a su proveedor al comienzo de la sesión y así se podrá reservar un período de tiempo adecuado. Si necesita hablar directamente con su proveedor entre citas, por favor comprenda que le regresaremos la llamada a medida que nuestro horario nos lo permita. A menudo, es muy útil que, cuando le sea posible, nos deje los mensajes con nuestra secretaria.

Honestidad e Integridad

De nuevo, le agradecemos por escoger *Children's Behavioral Health*. Nuestra meta es ayudarle a tratar de manera eficaz los problemas que usted y/o sus hijos tengan, respetando su dignidad, privacidad y confidencialidad. Nos embarcamos en un esfuerzo cooperativo, el cual solamente puede tener éxito si somos abiertos y honestos entre nosotros. Esperamos que usted se sienta cómodo con nosotros y se pueda beneficiar de esta experiencia.



We know children.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: (nombre legal) _____ **Fecha de nacimiento:** ___/___/___
Patient Name: (legal name) _____ **DOB**

Sexo: ___M___F **Estado civil:** _____ **Edad:** _____ **SS#:** ___-___-___
Sex Marital Status Age

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____
Address City State: _____ Zip

Nº de teléfono: Casa: ___-___-___ **Trabajo** ___-___-___ **Celular** ___-___-___
Phone numbers: Home Work Cell

Pacientes adultos – Empleador: _____ **Tiempo completo o parcial** (encierre en un círculo)
Adult patients only – Employed by Full or Part time (please circle)

Por favor escriba el número de teléfono para recordatorios de cortesía: ___-___-___
Please list a phone number for courtesy appointment reminder calls

Seguro de salud (Insurance)

Seguro Principal: Nombre del seguro: _____ Nombre del empleador: _____
Primary Insurance: Insurance name Employer name

ID#: _____ **Nº del grupo:** _____ **Parentesco con el paciente:** _____
ID# Group Number Relationship to Patient

Titular de la póliza: _____ **Fecha de nacimiento:** ___/___/___ **SS#:** ___-___-___
Policy Holder's DOB

Seguro Secundario: Nombre del seguro: _____ Nombre del empleador: _____
Primary Insurance: Insurance name Employer name

ID#: _____ **Nº del grupo:** _____ **Parentesco con el paciente:** _____
ID# Group Number Relationship to Patient

Titular de la póliza: _____ **Fecha de nacimiento:** ___/___/___ **SS#:** ___-___-___
Policy Holder's DOB

Información sobre el Medicaid (si es pertinente): Medicaid ID#: _____ Estado: _____
Medicaid Information (if applicable) State

Se debe completar si el paciente es menor de 18 años: (To be completed if patient is 18 or under)

Nombre del padre: _____ **Fecha de nacimiento:** ___/___/___ **SS#:** ___-___-___
Father's name DOB

Estado civil: _____ **Tel: Casa:** ___-___-___ **Trabajo** ___-___-___ **Celular** ___-___-___
Marital Status Home Ph Work Ph Cell Ph

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____
Address City State Zip code

Empleador: _____ **Tiempo completo o parcial** (encierre en un círculo)
Employed by Full or Part time (please circle)

Nombre de la madre: _____ **Fecha de nacimiento:** ___/___/___ **SS#:** ___-___-___
Mother's name DOB

Estado civil: _____ **Tel: Casa:** ___-___-___ **Trabajo** ___-___-___ **Celular** ___-___-___
Marital Status Home Ph Work Ph Cell Ph

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____
Address City State Zip code

Empleador: _____ **Tiempo completo o parcial** (encierre en un círculo)
Employed by Full or Part time (please circle)



Children's Behavioral Health • 1000 North 90th Street • Omaha, NE 68114 • 402-955-3900

Apellido del paciente	Nombre del paciente	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento del paciente	Sexo del paciente <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	PCP/Médico
Dirección del paciente	No. de teléfono preferido	

Contrato de Tratamiento de Salud Conductual Behavioral Health Care Treatment Agreement

El paciente antes mencionado ("el paciente") recibirá un tratamiento en la clínica de Salud Conductual de *Children's* ("*Children's*"), un departamento del Hospital & Centro Médico *Children's*. En mi capacidad como padre/tutor legal/representante autorizado legalmente del paciente (o como un paciente adulto o un menor emancipado), yo entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- a. Yo entiendo que la confianza del paciente en su proveedor de salud conductual ("proveedores") es esencial para el proceso terapéutico. Para fomentar esta relación de confianza, yo acepto que:
 - 1. Las conversaciones entre el proveedor y el paciente podrían mantenerse confidenciales a menos que se crea que el paciente corre el riesgo de lastimarse a sí mismo o a otros;
 - 2. Yo no pediré que ningún expediente de tratamiento del paciente se le dé a conocer a mi abogado; y
 - 3. Mi abogado no solicitará el testimonio ni la declaración de los proveedores de *Children's* en el evento de una disputa legal.
- b. Yo entiendo que los proveedores de *Children's* no hacen evaluaciones de custodia, y si la tutela o asignación del paciente ha de ser un problema, yo buscaré una evaluación de custodia independiente por parte de un psicólogo que se especializa en evaluaciones forenses.
- c. Yo entiendo que al otro padre del paciente (a menos que su patria potestad se haya revocado o la ley se la haya limitado) y/o a otro tutor legal o representante autorizado legalmente del paciente podrá (1) recibir la misma información y recomendaciones sobre el paciente que se me haya dado a mí, y (2) podrá programar una cita para repasar los expedientes de tratamiento del paciente para contestar cualquier pregunta o inquietud que pueda tener.
- d. Yo entiendo que el proveedor del paciente debe reportar cualquier prueba de un posible abuso o abandono infantil a las autoridades correspondientes.

*Firma del Padre con Patria Potestad, Tutor Legal,
Paciente Adulto o Paciente Menor Emancipado, u otro
Representante autorizado legalmente del paciente*

Fecha

Nombre en imprenta

Parentesco con el paciente

Signature of Provider (Firma del proveedor)

Print Name

Date



We know children.

Formulario para el consentimiento del uso del correo electrónico

Electronic-Mail Awareness Consent Form

La comunicación por correo electrónico que involucre y/o contenga información sobre el cuidado de los pacientes se mantendrá en el expediente médico del paciente (el archivo). Esto aplicaría a la comunicación por parte del paciente, padre/tutor o proveedor de tratamiento. Además, por favor tenga en cuenta que nuestro sistema de computadores no nos permite mandar notificaciones avisando que estamos fuera de la oficina a usuarios externos. Nosotros reconocemos que el mandar un correo electrónico directamente a un proveedor no es un método seguro de comunicación, y nosotros estamos de acuerdo con y aceptamos usar una comunicación directa por correo electrónico con el proveedor del tratamiento.

Finalmente, el correo electrónico no se debe usar para comunicar una emergencia.

Yo he leído la declaración de arriba y entiendo y acepto sus contenidos.

Firma de un padre/tutor

Parent/Guardian Signature

Fecha/Date

Firma del paciente (mayor de 19 años)

Patient Signature (19 or older)

Fecha/Date

Nombre del paciente en imprenta

Patient name (Print)



We know children.

CATEGORÍAS PARA LA AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

CATEGORIES FOR CONSENTING TO TREATMENT

____ Los padres biológicos están casados; ambos padres pueden autorizar el tratamiento del niño/a. Biological parents are married; each parent can consent to treatment of child.

____ Los padres adoptivos están casados; ambos padres pueden autorizar el tratamiento del niño/a. Adoptive parents are married; each parent can consent to treatment of child.

____ Los padres están divorciados con un decreto de tutela conjunta la cual permite que ambos padres autoricen el tratamiento del niño/a. Parents are divorced with joint custody decree providing each parent can consent to treatment for child.

____ Los padres están divorciados con un decreto que le otorga la custodia y el derecho de autorizar el tratamiento del niño/a a: ____ madre ____ padre Parents are divorced with decree granting custody and the right to consent to treatment for child to: ____ mother ____ father

____ El paciente es un adulto. Patient is an adult.

____ es(son) el(los) tutor(es) legal(es) y cada uno puede autorizar el tratamiento del niño/a. is (are) child's legal guardian(s) and each can consent to treatment of child.

____ Otro: Other _____

Parentesco con el paciente: _____
Relationship to patient

Firma de un padre/tutor legal
Parent/Legal Guardian Signature

Fecha
Date

Testigo/Witness

Fecha/Date



Cuestionario de Pretratamiento-Niño/Joven
Pretreatment Questionnaire-Child/Youth

We know children.

Fecha de hoy: Today's date

Nombre del paciente: Patient's name

Fecha de nacimiento: Birth Date

El formulario lo completo: Form completed by

Un Padre Parent

Tutor Legal Legal Guardian

Referido por Referred by

Preocupación(es) principal(es) por la(s) cual(es) busca tratamiento: Primary concern(s) for which treatment is sought:

Los padres están: Parents are: casados married, divorciados divorced, separados separated, otro: other

¿Cómo le ha ido a su hijo(a) en las siguientes áreas? How well is your child doing in the following areas:

Table with 7 columns: Question, Mal (1-3), Excelente (4-5), NA. Rows include school grades, behavior in school/home, family relationships, and overall functioning.

Personas que viven en su hogar: (*Incluyendo a los adultos) Individuals living in your home: (*Including Adults)

Nombre, Edad, Parentesco fields for listing household members.

13. Problemas de sueño (para dormirse, quedarse dormido) Nunca Pasado Ahora
 Sleep problems (falling asleep, staying asleep)
14. Problemas con ensuciarse. Soiling problems Nunca Pasado Ahora
15. Problemas con orinarse. Wetting problems Nunca Pasado Ahora

16. Lesiones graves/Serious injuries:

17. Explique cualquier hospitalización o cirugía/Explain any hospitalizations or surgeries:

¿Están las vacunas al día? _____ si _____ no Sí no, explique: _____
 Immunizations current If no, explain

Medicamentos (recetados o de venta libre):

Medications (prescribed and over-the-counter)

Medication	Dosage	Prescribing physician
Medicamento _____	Dosis _____	Médico que lo recetó _____
Medicamento _____	Dosis _____	Médico que lo recetó _____
Medicamento _____	Dosis _____	Médico que lo recetó _____

Tratamientos previos para su salud mental:

Previous mental health treatment

Mo/Yr	Provider	Treatment	Outcome
Mes/Año _____	Médico _____	Tratamiento _____	Resultado _____
Mes/Año _____	Médico _____	Tratamiento _____	Resultado _____

Historial médico de la familia:

Family History

Por favor indique si alguno de los parientes biológicos de su hijo/a han tenido alguna de las siguientes condiciones: Please indicate whether any of your child's blood relatives have experienced any of the following:

	None	yes	Who?	Treated?
Ansiedad. Anxiety	<input type="checkbox"/> nadie	<input type="checkbox"/> si	¿Quién?	¿Recibió tratamiento?
Depresión. Depression	<input type="checkbox"/> nadie	<input type="checkbox"/> si	¿Quién?	¿Recibió tratamiento?
Hiperactividad (ADHD)	<input type="checkbox"/> nadie	<input type="checkbox"/> si	¿Quién?	¿Recibió tratamiento?
Problemas de comportamiento Behavior Problems	<input type="checkbox"/> nadie	<input type="checkbox"/> si	¿Quién?	¿Recibió tratamiento?
Esquizofrenia. Schizophrenia	<input type="checkbox"/> nadie	<input type="checkbox"/> si	¿Quién?	¿Recibió tratamiento?
Abuso de sustancias. Substance Abuse	<input type="checkbox"/> nadie	<input type="checkbox"/> si	¿Quién?	¿Recibió tratamiento?

Suicidio. Suicide	<input type="checkbox"/> nadie	<input type="checkbox"/> si	¿Quién?	¿Recibió tratamiento?
Abuso. Abuse	<input type="checkbox"/> nadie	<input type="checkbox"/> si	¿Quién?	¿Recibió tratamiento?

Historial académico/educacional:

Academic/Educational history

Escuela actual _____ Grado actual _____
 Current school Current Grade

¿Se le asignó una educación especial? ____ si ____ no Si sí, ¿en qué área? _____
 Special education placement? If yes, in what area?

¿La escuela le ha hecho alguna prueba psicológica? ____ si ____ no ____ no sé
 Has the school performed psychological testing? don't know

¿Tiene un IEP (Plan Individual Educativo)? ____ si ____ no ____ no sé
 Is there an IEP (Individual Education Plan)? don't know

¿Ha expresado la maestra de su hijo/a alguna preocupación sobre el funcionamiento social, emocional, conductual, o académico de su hijo/a? Si sí, por favor explique
 Has your child's teacher expressed any concerns about your child's social, emotional, behavioral, or academic functioning? If yes, please explain

Uso de sustancias:

Substance Use

Uso de tabaco: __ Ninguno __ Sospechado __ Se sabe de un uso actual
 Tobacco use None Suspected Known to use currently

Tipo: _____ Cantidad: _____ Frecuencia: _____
 Type Amount How often

Uso de drogas: __ Ninguno __ Sospechado __ Se sabe de un uso actual __ En rehabilitación
 Drug use None Suspected Known to use currently Recovering

Tipo: _____ Cantidad: _____ Frecuencia: _____
 Type Amount How often

Alcohol: __ Ninguno __ Sospechado __ Se sabe de un uso actual __ En rehabilitación
 Alcohol use None Suspected Known to use currently Recovering

Tipo: _____ Cantidad: _____ Frecuencia: _____
 Type Amount How often

Uso de cafeína: __ Ninguno __ Cantidad y Frecuencia: _____
 Caffeine use None Amount and Frequency

Intereses/Actividades del niño:

Child's Interests/Activities:

Los puntos fuertes/talentos del niño:

Child's Strengths:

Preocupaciones legales actuales: _____ **si** _____ **no** **Si sí, explique:** _____
Current Legal Concerns If yes, explain

Afiliación(es) Religiosa(s)/Espiritual(es): _____ **ninguna** _____ **prefiero no contestar**
Religious/Spiritual Affiliation(s) none prefer not to answer

¿Hay algo que le gustaría hablar con el terapeuta/psicólogo sin que su hijo esté presente? Si es así,
explique: Is there anything you would like to discuss with the therapist/psychologist without your child present? If so, explain

Firma de un padre/tutor legal: _____ **Fecha:** _____
Parent/Legal Guardian Signature Date

Terapeuta Encargado/Reviewing Therapist _____ Fecha/Date _____

Psicólogo Supervisor (si corresponde)/Supervising Psychologist (if applicable) _____ Fecha/Date _____