



We know children.

## **iBienvenidos 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.

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:** \_\_\_\_\_ casados \_\_\_\_\_ divorciados \_\_\_\_\_ separados \_\_\_\_\_ otro: \_\_\_\_\_  
Parents are: married divorced separated other

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

	Mal			Excelente		
¿Calificaciones en la escuela? Grades in school?	1	2	3	4	5	NA
¿Comportamiento en la escuela? Behaving in school?	1	2	3	4	5	NA
¿Comportamiento en casa? Behaving at home?	1	2	3	4	5	NA
¿Se lleva bien con la familia? Getting along with family?	1	2	3	4	5	NA
¿Se lleva bien con sus compañeros? Getting along with peers?	1	2	3	4	5	NA
Nivel total de funcionamiento Overall level of functioning	1	2	3	4	5	NA

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

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_



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

---

Proveedor Médico de Revisión

Fecha

---

Proveedor Médico Supervisor (si esto aplica)

Fecha



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)



Children's Behavioral Health • 1000 North 90<sup>th</sup> 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.

**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