



**FORMULARIO DE INSCRIPCION- NIÑO(A)/ADOLECENTE**

**(Información demográfica para el seguro)**

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

Nombre del Niño (a): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Domicilio Principal del Niño: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Cuidador(es) en este domicilio: \_\_\_\_\_

¿Está bien mandar el recibo/información sobre el tratamiento a esta dirección? Sí No

Segundo Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Cuidador (es) en este domicilio: \_\_\_\_\_

¿Está bien mandar el recibo/información sobre el tratamiento a esta dirección? Sí No

Relación actual de los padres del niño(a):  Casados  Separados  Viudos  Otro

Si están divorciados ¿Cuál es el arreglo para la custodia?

Custodio:  Madre  Padre

Custodia Física Conjunta:  50/50  NO 50/50:  Madre  Padre

Custodia Física Única: Custodio Físico:  Madre  Padre

Derechos de Visita para Custodios no Legales:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

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

Celular: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Referido por:  Doctor  Amigo  Anuncio de Google  Sitio de la Red  Otro \_\_\_\_\_

Doy mi permiso para recibir mensajes por  Email \_\_\_\_\_

Text \_\_\_\_\_  Teléfono \_\_\_\_\_

Me gustaría recibir el boletín electrónico trimestral de FCCCP.  Si  No

Padre o Madre/Guardián Legal: Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre o Madre/Guardián Legal: Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Políticas de la Oficina y Consentimiento para el Tratamiento

Bienvenido al Centro de Consejería Familiar Cristiano de Phoenix. Este documento contiene información importante acerca de nuestros servicios profesionales y prácticas comerciales, y se usará como un contrato de terapia.

### Acerca del Propósito y el Proceso de Terapia

- Una parte importante de la terapia del niño incluye reuniones frecuentes con los padres. Y cuando uno de estos esté envuelto en terapia del apego, generalmente también se envuelven en el proceso terapéutico.

**Estamos comprometidos con el beneficio y la salud de toda la familia.**

- Es importante que usted sepa que la terapia tiene riesgos y beneficios. Estudios de investigación han demostrado que la terapia es beneficiosa para los niños. Aunque no hay garantías del resultado de esta, los niños a menudo muestran una reducción del comportamiento problemático y un incremento en su bienestar emocional.
- La confianza entre el cliente y el terapeuta es vital para el proceso terapéutico, aun para niños pequeños. Por lo mismo, no divulgaré los detalles que su niño/adolescente me ha confiado, a no ser que él me dé su consentimiento, o si existe el peligro de que se haga daño a sí mismo o a otros. Compartiré con usted temas generales, así como el progreso del tratamiento y motivaré a su hijo a que comparta información importante con usted.
- Litigación: Aunque mi responsabilidad con su niño pudiera requerir que me involucre en conflictos entre los padres, le pido su autorización de que mi participación sea estrictamente limitada a lo que beneficie al niño. Esto quiere decir que usted está de acuerdo de que no tratará de sacar ventaja en ningún procedimiento legal entre usted y el otro padre (guardián) del niño, en cosas concernientes a mi trabajo con su niño.
- **Si usted tiene información que quiere que yo sepa antes de la sesión con su hijo, por favor envíeme un email o llámeme por teléfono 24 horas antes para darme tiempo a recibir la información y pueda planear mejor la sesión.**

### Detalles de la Terapia

Todos los terapeutas del Centro de Consejería Familiar Cristiano de Phoenix tienen licencia del Consejo de Examinadores de la Salud del Comportamiento en el Estado de Arizona como Consejeros Profesionales Asociados Autorizados, Terapeutas Asociados Autorizados para matrimonios y familia, Consejeros Profesionales Autorizados o Terapeutas Autorizados para matrimonios y familia. Cada terapeuta posee una maestría en Consejería con varias especialidades que incluyen el tratamiento de Trauma Temprano Complejo/ Trastorno Reactivo del Apego. Los terapeutas están bien entrenados y utilizan diversas modalidades como La Terapia del Juego, Bandeja de Arena, Terapia de Interacción Padre-Niño, el Modelo Neurosecuencial Terapeuta, Terapia Filial, Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR en inglés), Theraplay y la Terapia Enfocada en Emociones (EFT en inglés) como parte de la “terapia de conversación”.



**Obligación de advertir o proteger:**

Basados en la jurisprudencia, los terapeutas están obligados por la ley de por lo menos advertirle a alguien responsable si un paciente o cliente hace una amenaza a cualquier individuo(s). La advertencia será limitada a quienes absolutamente necesitan saberlo y será diseñada para proveer solamente la información necesaria para proteger a la víctima(s) potencial.

**Reporte de sospecha de abuso infantil**

Los terapeutas que se encuentran sirviendo a niños y adolescentes están obligados por la ley a reportar cualquier sospecha de abuso infantil físico, sexual, y/o negligencia cometida sobre el menor por otros medios accidentales o por los que no han sido explicado en el historial médico disponible. El proveedor de salud mental deberá reportar inmediatamente cualquier sospecha de abuso ya sea a un oficial de la policía o a los Servicios Protectores de Niños del Departamento de Seguridad Económica.

**Custodia/Tutela**

- El consentimiento por servicios solo puede ser autorizado por el guardián legal actual.
- Para padres que estén divorciados, dicho consentimiento será dado por el padre que esté autorizado para hacer las decisiones médicas. Si los padres tienen custodia compartida en cuanto a la toma de decisiones médicas, el consentimiento de ambos es requerido. (una copia del decreto de divorcio deberá ser incluido en el archivo del cliente indicando el arreglo de custodia).
- Tener el permiso de parte de ambos padres, independientemente del acuerdo custodial es la práctica preferida de esta oficina.

**Pagos y Honorarios:**

- Los pagos se efectuarán al comienzo de cada sesión (en efectivo, cheque o tarjeta de crédito).
- Los honorarios oscilan entre los \$110 y los \$155 dependiendo del terapeuta.
- Algunos terapeutas prefieren empezar con una sesión de admisión de 75 minutos la cual será prorrateada.
- **Las sesiones son de 45-50 minutos (hora clínica).** Sesiones más largas pueden ser arregladas y serán prorrateadas.

**Otros cargos no cubiertos por el seguro: (se le enviará el recibo directamente por los servicios abajo mencionados):** *(los cargos serán prorrateados)*

Llamadas telefónicas (al padre, madre/encargado del cuidado) .....	\$100/hora
Consulta telefónica con otros profesionales, requerida por el cliente.....	\$100/hora
Otros servicios (cartas, formas completas, reportes escritos, documentos de impuestos de fin de año)...	\$100/hora
Legal: llamadas al abogado, reportes, preparación del testimonio y comparecencias ante el Tribunal.....	\$200/hora
Preparación de copias de los records del cliente.....	\$50/hora
Cargos por cheques devueltos .....	\$35.00

Los pagos se harán al Centro de Consejería Familiar Cristiano de Phoenix (FCCCP).



## Family Christian Counseling Center

1300 E. Missouri, Phoenix AZ 85014

(602) 325-1233

www.familycccp.org

Yo (nombre) \_\_\_\_\_ he leído y entendido las políticas de inasistencia y cancelación del Centro de Consejería Familiar Cristiano de Phoenix. En caso de incumplimiento de mi parte, prometo pagar mi saldo junto con los costos de cobranza.

Por lo consiguiente acuerdo pagar los costos correspondientes de: (marque una de las de abajo):

- \_\_\_\_\_ Visita de Admisión  
\_\_\_\_\_ Tarifa Normal  
\_\_\_\_\_ Tarifa de Grupo  
\_\_\_\_\_ Cobros por Inasistencia/Cancelación (menos de 24 horas)

### **CONFIDENCIALIDAD:**

En la mayoría de los casos (ver "Excepciones a la Confidencialidad" abajo) las comunicaciones entre el cliente y el terapeuta se llevarán a cabo de manera estrictamente confidencial - a menos que le proporcione a su terapeuta permiso por escrito para divulgar información sobre su tratamiento. **Si participa en parejas o terapia familiar, el terapeuta no divulgará información confidencial sobre el tratamiento a un tercero (que no sea un tercer pagador) a menos que todos los participantes del tratamiento (18 años o más) proporcionen una autorización por escrito para divulgar dicha información.**

### **Excepciones a la Confidencialidad**

Los terapeutas están legalmente obligados a informar todos los casos, conocidos o sospechosos de abuso infantil, abuso de adultos dependientes y maltrato a personas mayores. También se requiere que los terapeutas rompan la confidencialidad del cliente cuando se ha determinado que este presenta un serio peligro de violencia física a otra persona. Un terapeuta puede romper la confidencialidad cuando exista la probabilidad de que un cliente sea peligroso para sí mismo.

**Consultas:** Los terapeutas del Centro de Consejería Familiar Cristiano de Phoenix participan en la supervisión de sus clientes con su supervisora clínica, Deborah Pettitt (602-325-1233). Todos los consejeros asociados con licencia son requeridos por el Consejo de Salud del Comportamiento de Arizona para participar en la supervisión. De vez en cuando consultamos con otros profesionales en lo relacionado a nuestros clientes; sin embargo, su identidad sigue siendo totalmente anónima, y la confidencialidad se mantiene por completo.

### **E - Mails, Teléfonos Celulares, Computadoras y Faxes:**

Las personas pueden optar por ponerse en contacto conmigo por correo electrónico, fax o teléfono celular. Al hacerlo, están de acuerdo con el entendimiento de que el correo electrónico, el fax y el teléfono celular no están garantizados como métodos de comunicación confidenciales, y que están, por elección, renunciando a sus derechos de confidencialidad.



**Mantenimiento de registros**

Todos los individuos que reciben servicios de salud mental son clientes del Centro de Consejería Familiar Cristiano de Phoenix. Todos los registros serán guardados por el Centro de Consejería Familiar Cristiano de Phoenix. De acuerdo a las Normas Profesionales sus registros se guardarán durante tres (3) años después del último contacto con usted y, o bien el registro completo o un resumen del mismo se mantendrán durante nueve (9) años. Los registros relacionados con niños se guardarán durante tres (3) años después de que estos cumplan los 18 años. El contenido de estos registros debe incluir los datos personales, fecha de servicio, tipos de servicios, honorarios, informes y otros datos de apoyo que sean apropiados (APA, 1993).

En el caso de que el Centro de Consejería Familiar Cristiano de Phoenix se cerrara, los pacientes serán informados noventa (90) días antes de dicha terminación, y una solicitud será enviada a los pacientes en cuanto a donde desean que sus registros médicos sean enviados con el propósito de la continuidad de su atención. Si se trata de un paciente inactivo, el aviso será enviado a la última dirección registrada, para informar al paciente en cuanto a la futura ubicación de sus registros médicos y que el paciente pueda tener acceso a ellos. Si los registros no son reclamados después de los lineamientos de tiempo anteriores, serán destruidos. Si la práctica profesional se vende y los registros no permanecen en la misma ubicación física, el paciente será informado como se mencionó anteriormente y sus registros serán transferidos según la petición del paciente (ARS-32-3211A). El Centro responderá a las solicitudes de registros médicos catorce (14) días a partir de cuándo estas solicitudes de pacientes activos fueran hechas. Si la solicitud es para un registro inactivo, estas solicitudes pueden tomar más tiempo, debido al tiempo que se podría tomar para recuperar los registros del lugar donde están almacenados. Los pacientes tienen el derecho de acceso a sus registros de acuerdo a las Normas Profesionales Estatales y Federales. Usted tendrá que proporcionar a la oficina una solicitud por escrito de sus registros médicos.

**Consentimiento para el Tratamiento**

Su firma abajo indica que usted ha tenido la oportunidad de leer y revisar la información contenida en este documento y que las preguntas respecto a su cuidado han sido respondidas satisfactoriamente. Además, indica su voluntad de cumplir con los términos y su compromiso a participar en el tratamiento. Se proporcionará una copia de este documento a petición del cliente.

Padre/Madre o Guardián Legal: Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre/Madre o Guardián Legal: Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Menor: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Sólo Para Uso de la Oficina – verificación de que el cliente ha leído y entendido el documento de consentimiento informado.

Representante Autorizado: Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## **Derechos del Cliente**

### **El Centro de Consejería Familiar Cristiano garantiza que:**

El cliente tenga los derechos siguientes:

- 1) Ser tratado con dignidad, respeto y consideración;
- 2) No ser discriminado por motivos de raza, origen nacional, religión, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, estado civil, diagnóstico o fuente de pago;
- 3) Recibir tratamiento que:
  - a) Apoye y respete la individualidad del cliente, sus opciones, fortalezas y habilidades;
  - b) Apoye la libertad personal del cliente y sólo restrinja la libertad personal del cliente de acuerdo a una orden judicial; por consenso general del cliente; o según lo permitido en este Capítulo; y
  - c) se proporcione en el ambiente menos restrictivo que satisfaga las necesidades de tratamiento del cliente;
- 4) De no ser obstaculizado o impedido de ejercer sus derechos civiles a menos que este haya sido juzgado incompetente o un tribunal de jurisdicción competente ha encontrado que el cliente no es capaz de ejercer cierto derecho o una categoría de derechos;
- 5) De presentar quejas a miembros del personal del Centro y quejas a entidades externas y otros individuos sin restricciones o represalias;
- 6) De tener sus quejas consideradas por el Centro de Consejería Familiar Cristiano de una manera justa, oportuna e imparcial;
- 7) De buscar, hablar, y ser asistido por un defensor elegido por él, a sus propias expensas;
- 8) De recibir la asistencia de un miembro de la familia, representante designado, u otro individuo para comprender, proteger o ejercer sus derechos;
- 9) De tener su información y registros guardados de forma confidencial y divulgados exclusivamente como está establecido en R9-20-211 (A) (3) y (B);
- 10) A la privacidad en el tratamiento, incluyendo el derecho de que no le tomen las huellas digitales, ser fotografiado, o grabado sin el consentimiento general, excepto:
  - a) Para ser fotografiado con fines de identificación y administrativas, según lo dispuesto por A.R.S. § 36-507 (2);
  - b) Para un tratamiento que reciba el cliente de acuerdo con A.R.S. Título 36, Capítulo 37;
  - c) Para las grabaciones de vídeo que se usen con fines de seguridad que se guarden sólo temporalmente; o
  - d) Tal como se establece en R9-20-602 (A) (5);
- 11) De revisar, previa solicitud por escrito, sus propios registros durante las horas de operación del Centro o en un tiempo acordado por el director de la clínica, excepto como se describe en R9-20-211 (A) (6);
- 12) De revisar sus propios derechos en el Centro;
- 13) De ser informado de todos los cargos que se deban pagar y de las políticas de reembolso del Centro y procedimientos antes de recibir un Servicio de Salud del Comportamiento, a excepción de un servicio proporcionado a un cliente que experimenta una situación de crisis;



- 14) De recibir una explicación verbal de la condición del cliente y un tratamiento propuesto, incluyendo los resultados deseados, la naturaleza del tratamiento propuesto, los procedimientos implicados en el tratamiento propuesto, los riesgos o efectos secundarios del tratamiento propuesto y las alternativas al tratamiento propuesto;
- 15) De que le ofrezcan o refieran para el tratamiento especificado en su plan de tratamiento;
- 16) De recibir una referencia a otro profesional si el centro es incapaz de proporcionar un servicio de salud mental que el cliente solicite o que se indica en su plan de tratamiento;
- 17) De dar un consentimiento general y, en su caso, el consentimiento informado para el tratamiento, rechazar el tratamiento o retirar el consentimiento general o informado para el tratamiento, a menos que el tratamiento sea ordenado por un tribunal de acuerdo con A.R.S. Título 36, Capítulo 5, que sea necesario para salvar la vida o la salud física del cliente, o que se proporcione de acuerdo con A.R.S. § 36-512;
- 18) De estar libre de:
  - a) Abuso;
  - b) Abandono;
  - c) Explotación;
  - d) Coacción;
  - e) Manipulación;
  - f) Represalias por presentar una queja;
  - g) Ser dado de alta o transferido, o amenazado de ser dado de alta o transferido, por razones ajenas a las necesidades de su tratamiento, con excepción de lo establecido en un acuerdo de pago firmado por el cliente o de los padres del cliente, guardián, custodio o agente;
  - h) Tratamiento que consista en la negación de:
    - i) Alimentos,
    - ii) La oportunidad de dormir, o
    - iii) La oportunidad de utilizar el inodoro; y
    - iv) encierro y aislamiento, de cualquier forma, que se utilice como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia;
- 19) De participar o, si aplica, para que sus padres, guardián, custodio o agente participen en las decisiones de tratamiento y en el desarrollo, examen periódico y revisión del plan de tratamiento escrito del cliente;
- 20) De tener el control de sus propias finanzas, salvo lo dispuesto por A.R.S. § 36-507 (5);
- 21) De participar o negarse a participar en la investigación o tratamiento experimental;
- 22) De dar un consentimiento informado por escrito, de negarse a dar su consentimiento informado, o retirar el consentimiento informado para participar en la investigación o en un tratamiento que no es un tratamiento reconocido profesionalmente;
- 23) De recibir Servicios de Salud del Comportamiento en una instalación libre de humo, aunque sea permitido fumar en las afueras de la instalación.

**He leído y entendido los Derechos del Cliente mencionados arriba.**

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Cliente**

\_\_\_\_\_

**Fecha**



Por Favor Lea Cuidadosamente

**ESTE AVISO LE PROPORCIONA INFORMACIÓN ACERCA DE CÓMO LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA DE SU NIÑO(A) (PHI) PUEDE SER USADA Y DIVULGADA POR ESTE PROVEEDOR, ASÍ COMO SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI. EL PHI DE SU NIÑO(A) INCLUYE INFORMACIÓN QUE SE RELACIONA CON SU SALUD EN EL PASADO, PRESENTE O FUTURO, EL TRATAMIENTO, O EL PAGO DE SERVICIOS DE SALUD.**

**1. OBLIGACION LEGAL DE SALVAGUARDAR SU INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD (PHI).**

**La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPPA) requiere de mí que:**

- Mantenga su información médica en privado.
- Le de este aviso el cual describe mis obligaciones legales, prácticas de confidencialidad y sus derechos respecto a su información médica.
- Siga los términos de este aviso.

**Tengo el derecho de:**

- Cambiar mis prácticas de confidencialidad así como los términos de este aviso en cualquier momento, proveyendo que los cambios sean permitidos por la ley.

**Aviso de Cambio de Prácticas de Confidencialidad:**

- Antes de que un cambio importante se haga en mis prácticas de privacidad, cambiaré este aviso y haré el nuevo aviso disponible a solicitud.

**2. USO Y DIVULGACION DE SU PHI**

En la siguiente sección se describen diferentes maneras en que su PHI puede ser utilizado o divulgado. Para esto, necesitaré su autorización previa; para otros, no será necesario. No voy a divulgar la PHI de su hijo para cualquier propósito que no se enumere a continuación sin su autorización por escrito. Si usted decide firmar una autorización para revelar la PHI de su hijo, después podrá revocar dicha autorización por escrito para detener cualquier uso y revelación en el futuro (si todavía no he tomado alguna acción dependiendo de dicha autorización).

**Usos y Divulgaciones Relacionadas con los Tratamientos, Pagos u Operaciones de Atención Médica No Requieren de Su Consentimiento Previo Por Escrito.** Puedo utilizar y divulgar la PHI de su hijo sin su consentimiento por las siguientes razones:

- **PARA TRATAMIENTO:** Puedo divulgar su PHI a otros proveedores de atención médica con licencia que le proporcionan servicios de atención de salud o están involucrados en su cuidado. Por ejemplo, si usted está siendo tratado por un psiquiatra, puedo divulgarle su PHI con el fin de coordinar su atención.
- **PARA EL PAGO:** Puedo utilizar y divulgar su PHI para facturar y cobrar pagos por el tratamiento y servicios que yo le he proporcionado. También puedo dar su PHI a mis colegas de trabajo, tales como mi compañía de facturación, servicios de facturación integrales, y otros que procesan mis reclamos de atención médica.
- **PARA OPERACIONES DE SALUD:** se me permite usar y divulgar su PHI para operar mi práctica.





**USOS Y DIVULGACIONES ADICIONALES que no requieren de su consentimiento**

- **Cuando la divulgación es requerida por las leyes federales, estatales o locales, procedimientos administrativos o judiciales, o por la aplicación de la ley.** Por ejemplo, podré divulgar a los oficiales correspondientes cuando una ley me obligue a reportar información a las agencias gubernamentales y a las fuerzas del orden sobre las víctimas de abuso o negligencia; o cuando sea ordenado en un procedimiento judicial o administrativo.
- **Para actividades de salud pública.** Como es requerido por la ley, yo podré revelar su PHI a salubridad pública o autoridades legales encargadas de prevenir, controlar o responder a una enfermedad, lesión, invalidez y/o muerte incluyendo el abuso y abandono infantil.
- **Para actividades de supervisión de la salud.** Por ejemplo, tal vez tenga que reportar información para ayudar al gobierno cuando se lleve a cabo una investigación o inspección de un proveedor de la salud o una organización.
- **Para evitar el daño.** Para evitar una seria amenaza a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad de los demás.
- **Para fines de compensación de trabajadores.** Podré proporcionar PHI con el fin de cumplir con las leyes de compensación de trabajadores.
- **Recordatorios de citas y beneficios o servicios relacionados con la salud.** Podré utilizar PHI para proporcionar recordatorios de citas o darle información sobre alternativas de tratamiento u otros servicios de atención médica o beneficios que ofrezco.

**3. SUS DERECHOS INDIVIDUALES CONCERNIENTES AL PHI DE SU NIÑO(A)**

- a. **El Derecho a Elegir Cómo Puedo Enviarle su PHI.** Usted tiene el derecho de pedir que yo le envíe información a una dirección alternativa o por medios alternativos (por ejemplo, correo electrónico en lugar de correo ordinario). Estaré de acuerdo con su solicitud, siempre y cuando sea razonable para mí hacerlo.
- b. **El Derecho a Ver y Obtener Copias de la PHI de su Hijo.** En la mayoría de los casos usted tiene el derecho de obtener copias de su PHI, pero debe hacer la solicitud por escrito. Sin embargo, ciertos tipos de PHI no estarán disponibles para inspección y copia. Esto incluye las notas de psicoterapia o PHI recopiladas en relación con un procedimiento legal. Le responderé en un plazo de 10 días luego de recibir su solicitud por escrito. En ciertas situaciones, es posible que le niegue su solicitud. Si lo hago, voy a decirle, por escrito, mis razones por la denegación y le explicaré su derecho de revisarla. En lugar de proporcionar la PHI solicitada, puedo proporcionarle un resumen o explicación de su PHI, siempre y cuando usted esté de acuerdo con eso y al costo por adelantado.
- c. **El Derecho a Obtener una Lista de las Divulgaciones que he hecho.** Usted tiene el derecho a obtener una lista de instancias en las que he divulgado su PHI. La lista no incluirá usos o divulgaciones a los que ya usted ha consentido, como los nombrados para las operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud directamente a usted o a su familia. La lista tampoco incluirá usos y divulgaciones hechas para propósitos de seguridad nacional, al personal de correcciones o fuerzas del orden, o revelaciones hechas antes del 1 de junio, 2008.
- d. **El derecho a pedir que yo limite cómo utilizar y divulgar la PHI de su niño(a).** Voy a considerar su solicitud, pero no estoy legalmente obligado a aceptarla. Si acepto su petición, pondré los límites por escrito y los cumpliré, excepto en situaciones de emergencia. Usted no podrá limitar los usos y divulgaciones que "legalmente" soy requerido o tengo permitido hacer.



## Family Christian Counseling Center

1300 E. Missouri, Phoenix AZ 85014

(602) 325-1233

www.familyccc.org

- e. *El derecho de corregir o actualizar la PHI de su niño(a).* Si usted cree que hay un error en su PHI o que hay una pieza de información importante que falta, usted tiene el derecho de solicitar que corrija la información existente o que añada la información que falta. Debe proporcionar la solicitud y el motivo de la solicitud por escrito. Le responderé dentro de los 30 días después de recibir su solicitud para corregir o actualizar su PHI. Yo podré denegar su solicitud por escrito si la PHI es (a) correcta y completa, (b) no fue creada por mí, (c) no tiene permiso de ser divulgada, y/o (d) no es parte de mis archivos. Mi rechazo por escrito, expondrá las razones de la denegación y explicará su derecho a presentar una declaración escrita de su desacuerdo con la negativa. Si no presenta una, usted tiene el derecho de solicitar que su petición y mi negativa se adjunten a todas las futuras divulgaciones de su PHI. Si apruebo su solicitud, voy a hacer el cambio a su PHI, le diré que lo he hecho y lo diré a otros que necesiten saber sobre el cambio a su PHI.

**4. PERSONA A CONTACTAR PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE ESTE AVISO O PARA QUEJARSE DE MIS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.** Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso o cualquier queja sobre mis prácticas de privacidad, o le gustaría saber cómo presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, por favor, póngase en contacto con su proveedor, el Centro de Consejería Familiar Cristiano de Phoenix. No habrá ninguna represalia por presentar una queja.

**5. FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ESTA NOTIFICACION.** Este aviso entró en vigor el 1 de junio 2008

**\*\* Por favor, firme la página de consentimiento adjunta. Usted podrá quedarse con estas tres páginas para sus archivos. \*\***



**AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, PÁGINA DE FIRMAS  
CONSENTIMIENTO PARA USAR Y DIVULGAR  
LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)**

Este formulario documenta su consentimiento con las leyes HIPAA con respecto a la Información de Salud Protegida (PHI) de su niño(a). Esta información es necesaria para proporcionar tratamiento, para organizar el pago por los servicios, y para actividades comerciales ("Operaciones de Atención Médica").

Al firmar este formulario, usted está de acuerdo para permitir que el Centro de Consejería Familiar Cristiano de Phoenix pueda utilizar esta información y compartirla con otros para fines relacionados con el tratamiento. Si este aviso cambia, se le notificará en nuestra próxima sesión. Usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento después de firmar.

**Por este medio reconozco que he revisado y recibido una copia de la "Notificación de Prácticas de Privacidad" para la práctica de la psicoterapia del Centro de Consejería Familiar Cristiano de Phoenix.**

Escriba su Nombre: \_\_\_\_\_

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

Escriba su Nombre: \_\_\_\_\_

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

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



**Permiso para Terapia Asistida con Animales (AAT)**

\_\_\_\_\_ tiene permiso para visitar con perros de terapia aprobados en el Centro de Consejería Familiar Cristiano de Phoenix (FCCCP).

- Los perros de terapia en FCCCP han pasado la inspección de la Delta Society, un registrador de animales de terapia reconocido internacionalmente.
- Los perros de terapia serán cepillados y limpiados con regularidad cuando visiten con los clientes.
- Los perros de terapia, recibirán atención veterinaria regular, y estarán al día con sus vacunas.
- Se seguirán los protocolos de seguridad generalmente reconocidos para limitar la transmisión de gérmenes a través del perro.

**Confidencialidad - (consulte la nota de HIPPA para obtener información adicional):**

- La ley requiere que usted informe de sospechas o evidencias de maltrato infantil o de la intención expresada por los niños/padres para hacerse daño a sí mismos o a otros.
- Las personas pueden optar por ponerse en contacto conmigo por correo electrónico, fax o teléfono celular. Al hacerlo, están de acuerdo con el entendimiento de que el correo electrónico, el fax y el teléfono celular no están garantizados como métodos de comunicación confidenciales.

**Disponibilidad de los Terapeutas/Emergencias:**

- Para localizar a cualquiera de los terapeutas por el teléfono, usted puede dejar un mensaje al **(602) 325-1233**.
- Si su niño está teniendo una crisis o una emergencia clínica, **por favor llame al 911 o a la EMPACT crisis line al 480-784-1500. Esta línea está disponible 24 horas al día, 7 días a la semana.** Por favor deje un mensaje para su terapeuta también.
- Si su niño está viendo a un Psiquiatra se recomienda que usted lo contacte cuando haya una emergencia.

**Consentimiento para el Tratamiento**

- Su firma abajo indica que usted ha tenido la oportunidad de leer la información contenida en este documento y que sus preguntas respecto al cuidado de su niño han sido respondidas satisfactoriamente.
- Además, indica que usted es el padre/madre legal o guardián de \_\_\_\_\_ Y que da **su consentimiento para el tratamiento de su niño(a)**.
- También indica que usted entiende y da permiso para que el terapeuta de su niño busque supervisión clínica o consulte acerca de asuntos sobre el cliente cuando sea necesario (mientras mantiene la anonimidad de este).
- Se proporcionará una copia de este documento si la solicita.

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



## Family Christian Counseling Center

1300 E. Missouri, Phoenix AZ 85014

(602) 325-1233

[www.familycccp.org](http://www.familycccp.org)

---

Padre/Madre o Guardián

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

Padre/Madre o Guardián



Notas del Terapeuta

## **Cuestionario para Padre/Madre/Guardián**

**\*\*Cada padre/madre deberá completar su propio cuestionario\*\***

**Relación con el niño(a):** \_\_\_\_\_

**Los puntos fuertes de mi niño(a) son:**

---

---

**Las 3 cosas que me preocupan más son:**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**¿Qué efecto han tenido estas dificultades en su niño(a) y en su familia?** \_\_\_\_\_

---

---

**¿Que es lo más difícil de su relación con su niño(a)?**

---

---

**Yo disciplino a mi niño(a) de la siguiente manera:**

---

---

**Quiero mejorar la relación con mi niño(a) de la siguiente manera:**

---

---

**Las cosas que más me gustan de mi relación con mi niño son:**

---

---



# Family Christian Counseling Center

1300 E. Missouri, Phoenix AZ 85014

(602) 325-1233

www.familycccp.org

Las **3 METAS** que tengo para la terapia de mi niño(a) son:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Sabré que las cosas van mejor cuando:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Notas del Terapeuta

**Sólo Para Uso de la Oficina** – Código de Diagnosis \_\_\_\_\_

Nombre del Terapeuta y Credenciales: \_\_\_\_\_

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

Firma del Padre/Madre \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## **Cuestionario para Padre/Madre/Guardián**

**\*\*Cada padre/madre deberá completar su propio cuestionario\*\***

**Relación con el niño(a):** \_\_\_\_\_

**Los puntos fuertes de mi niño(a) son:**

---

---

**Las 3 cosas que me preocupan más son:**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**¿Qué efecto han tenido estas dificultades en su niño(a) y en su familia?** \_\_\_\_\_

---

---

**¿Que es lo más difícil de su relación con su niño(a)?**

---

---

**Yo disciplino a mi niño(a) de la siguiente manera:**

---

---

**Quiero mejorar la relación con mi niño(a) de la siguiente manera:**

---

---

**Las cosas que más me gustan de mi relación con mi niño son:**

---

---





# Family Christian Counseling Center

1300 E. Missouri, Phoenix AZ 85014

(602) 325-1233

www.familycccp.org

Las 3 METAS que tengo para la terapia de mi niño(a) son:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Sabré que las cosas van mejor cuando:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Discusión de las Metas y los Métodos**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Notas del Terapeuta

**Sólo Para Uso de la Oficina** – Código de Diagnosis \_\_\_\_\_

Nombre del Terapeuta y Credenciales: \_\_\_\_\_

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

Firma del Padre/Madre \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**CUESTIONARIO DE ADMISIÓN**

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Persona completando este formulario: \_\_\_\_\_

Brevemente describa la razón principal por la que está buscando ayuda para su niño(a): \_\_\_\_\_

¿Cuándo empezó a preocuparse por este problema(s)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor mencione a todos los que viven en su casa además del niño. Esto incluye esposo(a), hermanos(as), compañero(a) y familiares. Favor de usar el reverso de este formulario si es necesario.

Nombre	Edad	Sexo	Relación con el Niño
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

**Separación/Divorcio:**

¿Están los padres separados o divorciados?  Sí  No Si dijo que sí ¿hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Si los padres están separados/divorciados ¿los padres sin custodia comparten custodia legal?  Sí  No

¿Están ambos padres enterados de que este niño(a) estará recibiendo consejería?  Sí  No

¿Tiene contacto el niño(a) con ambos padres?  Sí  No

¿Que tan seguido? \_\_\_\_\_

**Historial de Consejería**

¿Ha recibido su niño(a) consejería anteriormente? Sí No Si dijo que sí, ¿cuándo y por qué razón? \_\_\_\_\_

¿Cree que eso fue una experiencia positiva para su niño(a)? Sí No

¿Fue una experiencia positiva para ambos padres? Sí No

¿Ha recibido su niño(a) medicamentos para su comportamiento o estado de ánimo? Sí No

Si dijo que sí, cual fue el resultado? \_\_\_\_\_

Notas del Terapeuta



# Family Christian Counseling Center

1300 E. Missouri, Phoenix AZ 85014

(602) 325-1233

www.familycccp.org

Notas del Terapeuta

## Por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Qué tan bien su niño(a) se duerme, se queda dormido, despierta de sus siestas, o por la mañana? \_\_\_\_\_

¿Cómo responde su niño(a) a la separación? \_\_\_\_\_

¿Qué es la cosa favorita para hacer de su niño(a)? \_\_\_\_\_

Por favor, describa un día típico en la vida de su niño(a): \_\_\_\_\_

¿Qué es lo más importante que puedo hacer por usted hoy? \_\_\_\_\_

## Historial Médico

Oficina Pediátrica: \_\_\_\_\_ Doctor: \_\_\_\_\_

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

¿Tiene su niño(a) preocupaciones **actuales/pasadas**?  Sí  No

Si dijo que sí, descríbalas: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su niño(a) algo de lo siguiente? Si dice que sí, por favor explique.

¿Lesiones en la cabeza?  Sí  No Si dijo que sí ¿perdió el niño(a)

la conciencia?  Sí  No

¿Hospitalizaciones?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Cirugías?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Procedimientos Médicos?  Sí  No \_\_\_\_\_

Convulsiones?  Sí  No \_\_\_\_\_

Enfermedades serias  Sí  No \_\_\_\_\_

dificultades al oír  problemas con los ojos/visión  asma

problemas sensoriales (p.ej. no quiere tocar ciertas texturas; le molestan las luces brillantes)

problemas motrices finos (escritura, recortar, uso de los dedos)

problemas motrices gruesos (torpe, problemas de equilibrio, problemas al correr)

alergias (comidas, animales, etc.)  Sí  No Si dijo que sí, que? \_\_\_\_\_

## Medicinas Actuales: por favor añada información adicional al reverso de este formulario si es necesario.

Nombre del Medicamento	Dosis/frecuencia	Razón	Recetada desde cuando	Doctor que le Recetó



# Family Christian Counseling Center

1300 E. Missouri, Phoenix AZ 85014

(602) 325-1233

www.familycccp.org

## Historial Prenatal/del Nacimiento

¿Recibió la madre cuidado prenatal?  Sí  No

Hubo complicaciones con: Embarazo  Sí  No \_\_\_\_\_

Parto  Sí  No \_\_\_\_\_

Alumbramiento  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Nació el niño(a) prematuro o a tiempo? \_\_\_\_\_ Vaginal or Cesaria?

Peso del niño(a) al nacer \_\_\_\_\_

¿Se quedó extra tiempo la madre/niño(a)  
en el hospital después del alumbramiento?  Sí  No

¿Se quedó su niño(a) en la NICU?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Usó alcohol o drogas durante el embarazo?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Tuvo la madre depresión post-parto?  Sí  No \_\_\_\_\_

Notas del Terapeuta



Child's Name: \_\_\_\_\_

**Por favor verifique los casos de abajo que su niño haya experimentado cuando era un infante o niño pequeño:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Exposición al plomo                                | <input type="checkbox"/> Movimientos repetitivos          |
| <input type="checkbox"/> Caminando/motor grueso retardado                   | <input type="checkbox"/> Difícil de tranquilizar          |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el Habla/Language                       | <input type="checkbox"/> Ingestión de no-comestibles      |
| <input type="checkbox"/> Coordinación de las manos/retraso en el motor fino | <input type="checkbox"/> Excesivamente social/amigable    |
| <input type="checkbox"/> Poco apego a los padres/cuidadores                 | <input type="checkbox"/> Respuesta lenta cuando lo llaman |
| <input type="checkbox"/> Dificultad al dormir                               | <input type="checkbox"/> Evita contacto visual            |
| <input type="checkbox"/> Problemas al comer                                 | <input type="checkbox"/> Alejamiento de sus padres        |
| <input type="checkbox"/> No desear ser tocado                               | <input type="checkbox"/> Pérdida de habilidades previas   |
| <input type="checkbox"/> Pegajoso(a)  | <input type="checkbox"/> Otro _____                       |

**Etapas de Desarrollo: Por favor tome nota de cualquier retraso o inquietud con las siguientes etapas:**

- |                  |                                   |
|------------------|-----------------------------------|
| Sentándose _____ | Primera palabra _____             |
| Gateando _____   | Frases de 2 palabras _____        |
| Parándose _____  | Entrenado para usar el baño _____ |
| Caminando _____  | Imita a otros _____               |

**Cuidado del niño(a)**

- Guardería: \_\_\_\_\_ Teléfono# \_\_\_\_\_
- centro  guardería en una casa  en su casa  antes/después de la escuela
- amigo/vecino  otro \_\_\_\_\_
- # Días/semana: \_\_\_\_\_ # horas/día: \_\_\_\_\_ # Niños en esa instalación: \_\_\_\_\_
- ¿Se le ha pedido al niño que se vaya de alguna guardería?  no  sí

**Educación**

- Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Profesor \_\_\_\_\_
- ¿Ha ido su niño(a) a otras escuelas?  No  Sí ¿Cuántas? \_\_\_\_\_
- ¿Que provocó el cambio? \_\_\_\_\_
- En general, ¿cómo es el progreso académico de su niño(a)?  excelente  bueno
- razonable  pobre  está en aprietos
- ¿Recibe su niño algunos servicios especiales?
- tutoría (en la escuela/privada)  terapia ocupacional/del habla/terapia física
- plan 504  IEP  Otra \_\_\_\_\_
- ¿Lo han llamado alguna vez para recoger a su niño por mala conducta?  No  Sí
- \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido su niño(a) alguna vez detención, suspensión, o se le ha pedido que se vaya de una escuela?  No  Sí \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- ¿Reportó su niño(a) alguna vez no gustarle la escuela o maestros?  No  Sí
- Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_



# Family Christian Counseling Center

1300 E. Missouri, Phoenix AZ 85014

(602) 325-1233

www.familycccp.org

<b>Historial del niño y su familia</b> – Favor de indicar alguna que el niño(a) haya experimentado:	Notas del Terapeuta																	
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Lesión de alguno de los padres/enfermedad/hospitalización</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Muerte en la familia</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Desempleo de un familiar</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Conflicto entre los padres</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Familiar Alcohólico o drogadicto</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Testigo de abuso de drogas</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Abuso (Sexual, emocional, verbal, físico)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Tensión financiera del cuidador</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Violencia en el hogar</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Expuesto a evento traumático</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Violencia en la comunidad</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> accidente de auto</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Familiares han sido arrestados</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Robo/invasión en su hogar</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Familiares han sido encarcelados</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Desastre (natural/otro)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Confrontación policial/arresto de Padre/madre/guardián</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Cambios frecuentes</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Lesión de alguno de los padres/enfermedad/hospitalización	<input type="checkbox"/> Muerte en la familia	<input type="checkbox"/> Desempleo de un familiar	<input type="checkbox"/> Conflicto entre los padres	<input type="checkbox"/> Familiar Alcohólico o drogadicto	<input type="checkbox"/> Testigo de abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Abuso (Sexual, emocional, verbal, físico)	<input type="checkbox"/> Tensión financiera del cuidador	<input type="checkbox"/> Violencia en el hogar	<input type="checkbox"/> Expuesto a evento traumático	<input type="checkbox"/> Violencia en la comunidad	<input type="checkbox"/> accidente de auto	<input type="checkbox"/> Familiares han sido arrestados	<input type="checkbox"/> Robo/invasión en su hogar	<input type="checkbox"/> Familiares han sido encarcelados	<input type="checkbox"/> Desastre (natural/otro)	<input type="checkbox"/> Confrontación policial/arresto de Padre/madre/guardián
<input type="checkbox"/> Lesión de alguno de los padres/enfermedad/hospitalización	<input type="checkbox"/> Muerte en la familia																	
<input type="checkbox"/> Desempleo de un familiar	<input type="checkbox"/> Conflicto entre los padres																	
<input type="checkbox"/> Familiar Alcohólico o drogadicto	<input type="checkbox"/> Testigo de abuso de drogas																	
<input type="checkbox"/> Abuso (Sexual, emocional, verbal, físico)	<input type="checkbox"/> Tensión financiera del cuidador																	
<input type="checkbox"/> Violencia en el hogar	<input type="checkbox"/> Expuesto a evento traumático																	
<input type="checkbox"/> Violencia en la comunidad	<input type="checkbox"/> accidente de auto																	
<input type="checkbox"/> Familiares han sido arrestados	<input type="checkbox"/> Robo/invasión en su hogar																	
<input type="checkbox"/> Familiares han sido encarcelados	<input type="checkbox"/> Desastre (natural/otro)																	
<input type="checkbox"/> Confrontación policial/arresto de Padre/madre/guardián	<input type="checkbox"/> Cambios frecuentes																	

<b>Historial de la Salud Mental de la Familia</b> – <i>El historial familiar es muy importante para entender el comportamiento de su niño(a) y su tratamiento. Por favor indique abajo si alguien en la familia ha experimentado lo siguiente.</i>		
Alguien ha experimentado:	Lado de la Madre	Lado del Padre
Ansiedad		
Depresión		
Desorden Bipolar		
Desórdenes del aprendizaje (ADHD, dislexia...)		
Abuso de drogas		
Abuso de alcohol		
Esquizofrenia		
Intento de suicidio		
Suicidio		
Ataques de Pánico		
Coleccionar artículos inútiles		
Temperamento violento		
Abuso (Físico / Emocional / Verbal / Sexual)		
Alucinaciones or Delirios		
Comportamiento o ideas extrañas		
Otro:		
Otro:		



# Family Christian Counseling Center

1300 E. Missouri, Phoenix AZ 85014

(602) 325-1233

www.familycccp.org

<b>LISTA DE CONTROL DEL COMPORTAMIENTO: Por favor marque los casos que describen el comportamiento de su niño(a) el año pasado:</b>	
<input type="checkbox"/> Problemas académicos/tareas	<input type="checkbox"/> No da muestras de interés
<input type="checkbox"/> Mal humor/Furioso	<input type="checkbox"/> Dificultad poniendo atención o enfocándose
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Perfeccionismo
<input type="checkbox"/> Discutiendo	<input type="checkbox"/> Jugando con fuego
<input type="checkbox"/> Víctima de acoso o acosador	<input type="checkbox"/> Hábitos repetitivos
<input type="checkbox"/> Culpando a otros	<input type="checkbox"/> Rutinas rígidas
<input type="checkbox"/> Carácter mandón	<input type="checkbox"/> Comportamiento inusual
<input type="checkbox"/> Pensamiento confuso	<input type="checkbox"/> Se auto-lesiona
<input type="checkbox"/> Lloro frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ansiedad de separación
<input type="checkbox"/> Desafiante (con padres/otros adultos)	<input type="checkbox"/> Conducta sexualizada, parece inapropiada
<input type="checkbox"/> Destruye objetos	<input type="checkbox"/> Timidez (excesiva)
<input type="checkbox"/> Desorganizado, pierde las cosas	<input type="checkbox"/> Dificultad durmiendo, despertando
<input type="checkbox"/> No quiere probar algo nuevo	<input type="checkbox"/> Quejas somáticas (Dolor de cabeza/estómago)
<input type="checkbox"/> Problemas comiendo (mucho/poco)	<input type="checkbox"/> Robando
<input type="checkbox"/> Se frustra con facilidad	<input type="checkbox"/> Fuertes sentimientos de culpa o vergüenza
<input type="checkbox"/> Arrebatos emocionales	<input type="checkbox"/> Intentos de suicidio
<input type="checkbox"/> Miedos	<input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas (dice querer morir)
<input type="checkbox"/> Olvidadizo	<input type="checkbox"/> Respondón
<input type="checkbox"/> Conflicto frecuente	<input type="checkbox"/> Berrinches
<input type="checkbox"/> Pesar/pérdida	<input type="checkbox"/> Amenazas o comentarios de hacerse daño
<input type="checkbox"/> Se jala el pelo	<input type="checkbox"/> Amenazas o comentarios de dañar a otros
<input type="checkbox"/> Dificil de hacer/mantener amigos	<input type="checkbox"/> Demasiado preocupado con nitidez
<input type="checkbox"/> Oye o ve cosas que otros no	<input type="checkbox"/> Uso del baño
<input type="checkbox"/> Le pega a otros	<input type="checkbox"/> Dificultad haciendo transiciones
<input type="checkbox"/> Lastima a los animales	<input type="checkbox"/> Reacción extraña a texturas, luz, sonido
<input type="checkbox"/> Hiperactivo, no puede estar quieto	<input type="checkbox"/> Infeliz, triste o depresivo
<input type="checkbox"/> Impulsivo	<input type="checkbox"/> Pensamientos inusuales
<input type="checkbox"/> Irritable	<input type="checkbox"/> Se moja/ensucia sus pantalones o la cama
<input type="checkbox"/> Falta de confianza	<input type="checkbox"/> Alejado; no sociable
<input type="checkbox"/> Problemas aprendiendo/recordando	<input type="checkbox"/> Se preocupa mucho
<input type="checkbox"/> Su humor rápidamente sube y baja	<input type="checkbox"/> Grita
<input type="checkbox"/> Pesadillas/terror nocturno	<input type="checkbox"/> No habla fuera de su casa

Notas del Terapeuta

Terapeuta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_