

Dr. Waseem Alhushki
Dr. Kanyalakshmi Ayyanar
Arlene Bayreder, APRN
Danielle Bello, PhD
Angela Berg, DNP, CPNP
Dr. Diane Brown, PhD
Dr. Daisy Cortes



Dr. Alan Ikeda
Dr. Nicola Longo, PhD
Dr. Lisa Majlessi
Dr. Katherine Marzan
Dr. Nik Abdul Rashid
Dr. Alexandra Walsh

Bienvenido a las oficinas del Children's Specialty Center of Nevada. Agradecemos la confianza que ha depositado en nuestra clínica y esperamos poder conocerlo personal y profesionalmente. Nuestro objetivo es proporcionar el cuidado de la más alta calidad en un ambiente amigable y eficiente.

Hemos incluido nuestro nuevo papeleo del paciente para su conveniencia. Devuelva los formularios completados y una copia de su tarjeta del seguro varios días antes de su cita en el consultorio. Esto permitirá a nuestro personal procesar esta información en nuestro sistema de datos. Esperamos brindarle consultas oportunas y correspondencia con sus médicos.

Le pedimos que traiga lo siguiente a nuestro consultorio para su primera consulta:

- Tarjeta actual del seguro y licencia de conducir o identificación con fotografía expedida por el gobierno.

Nuestro consultorio de Las Vegas se encuentra en el 3121 de S. Maryland Parkway, **Suite 216**, Las Vegas, NV 89109 (la intersección más cercana es Desert Inn y Maryland Parkway).

Si tiene cualquier pregunta o necesita información adicional, no dude en consultar a nuestra clínica en el 702-862-1147.

Esperamos con gusto verlo en nuestra clínica. Gracias por darnos la oportunidad de atenderlo.

Cordialmente,

El personal del Children's Specialty Center of Nevada

Dr. Waseem Alhushki
 Dr. Kanyalakshmi Ayyanar
 Arlene Bayreder, APRN
 Danielle Bello, PhD
 Angela Berg, DNP, CPNP
 Dr. Diane Brown, PhD
 Dr. Daisy Cortes



Dr. Alan Ikeda
 Dr. Nicola Longo, PhD
 Dr. Lisa Majlessi
 Dr. Katherine Marzan
 Dr. Nik Abdul Rashid
 Dr. Alexandra Walsh

Registro de pacientes e información del seguro

Complete la información del paciente. Nuestro personal del consultorio estará encantado de ayudarle si tiene alguna pregunta. Los campos resaltados en gris son **obligatorios**. Si no desea especificar su raza u origen étnico, seleccione "Rehúso contestar".

INFORMACIÓN DE PACIENTE							
APELLIDO DEL PACIENTE		NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	Nº de la SS	SUFIJO	
DIRECCIÓN			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		
Nº DE TELÉFONO PARTICULAR		Nº DE TELÉFONO DEL TRABAJO		Nº CELULAR		SEXO	EDAD
FECHA DE NACIMIENTO	EMPLEADOR		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				
PROVEEDOR HABITUAL		MÉDICO QUE REFIERE		MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA			
ESTADO CIVIL	SITUACIÓN LABORAL <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado		SITUACIÓN DE ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> No es estudiante		RELACIÓN CON EL FIADOR		
FARMACIA PREFERIDA Y UBICACIÓN (ESQUINA)			Nº DE TELÉFONO DE LA FARMACIA PREFERIDA				
ETNIA <i>(elija 1)</i> <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No hispano o Latino <input type="checkbox"/> Desconocido/Rehúso contestar			IDIOMA <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> _____		NECESITA INTÉRPRETE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
RAZA <i>(elija 1)</i> <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Desconocido/Rehúso contestar							

INFORMACIÓN DEL SEGURO			
SEGURO PRIMARIO		SEGURO SECUNDARIO	
NOMBRE DE LA ASEGURADORA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA	
DIRECCIÓN DE LA ASEGURADORA		DIRECCIÓN DE LA ASEGURADORA	
Nº DE ID DEL CERTIFICADO		Nº DE ID DEL CERTIFICADO	
NOMBRE DEL GRUPO		NOMBRE DEL GRUPO	
Nº DE RECLAMACIÓN O GRUPO		Nº DE RECLAMACIÓN O GRUPO	
Nº DE TELÉFONO DE LA ASEGURADORA		Nº DE TELÉFONO DE LA ASEGURADORA	
NOMBRE DEL SUSCRIPTOR		NOMBRE DEL SUSCRIPTOR	
FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR		FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR	
Nº de SS DEL SUSCRIPTOR		Nº de SS DEL SUSCRIPTOR	
RELACIÓN CON EL PACIENTE		RELACIÓN CON EL PACIENTE	

INFORMACIÓN DEL GARANTE (PERSONA RESPONSABLE FINANCIERAMENTE)					
APELLIDO DEL GARANTE		NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	
DIRECCIÓN			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Nº DE TELÉFONO PARTICULAR	Nº DE TELÉFONO DEL TRABAJO	Nº CELULAR	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		

Dr. Waseem Alhushki
 Dr. Kanyalakshmi Ayyanar
 Arlene Bayreder, APRN
 Danielle Bello, PhD
 Angela Berg, DNP, CPNP
 Dr. Diane Brown, PhD
 Dr. Daisy Cortes



Dr. Alan Ikeda
 Dr. Nicola Longo, PhD
 Dr. Lisa Majlessi
 Dr. Katherine Marzan
 Dr. Nik Abdul Rashid
 Dr. Alexandra Walsh

Registro de pacientes e información del seguro (continúa)

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA				
1	CONTACTO DE EMERGENCIA N° 1			SUFIJO
	N° DE TELÉFONO 1	N° DE TELÉFONO 2	N° DE TELÉFONO 3	RELACIÓN CON EL PACIENTE
2	CONTACTO DE EMERGENCIA N° 2			SUFIJO
	N° DE TELÉFONO 1	N° DE TELÉFONO 2	N° DE TELÉFONO 3	RELACIÓN CON EL PACIENTE

Cuestionario de historia psicológico - Padres

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha y hora de cita: _____

Edad: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Escolar: Regular Otro _____

Tu Nombre: _____ Su relación con el niño: _____

¿Cuáles son las principales preocupaciones que tiene de su hijo en este momento? _____

HISTORIAL FAMILIAR

¿Sabe si algún familiar suyo del lado biológico (natural) de su padre o madre ha tenido alguno de los siguientes problemas? (Marque lo que corresponda)

	<u>Por parte de la madre</u>	<u>Por parte del padre</u>
1. Trastorno convulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Problemas de lectura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Problemas de ortografía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Problemas de aritmética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Problemas del habla o lenguaje temprano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Falta de coordinación motora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Abuso de drogas o alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Atraso mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Psicosis; esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hospitalización por problemas mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Hiperactividad/agitación/nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tics motores o vocales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Problemas de prestar atención / concentrarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ansiedades/miedos/fobias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por parte de la madre

Por parte del padre

17. Timidez significativa
18. Enfermedades médicas significativas
19. Trastorno de autismo o de Asperger
20. Actividad criminal
21. Otros problemas significativos de conducta/emocionales

-
-
-
-
-

Por favor, explique cualquier respuesta marcada: _____

RELACIONES FAMILIARES

Por favor, escriba los nombres de los miembros del hogar actual del niño:

Nombre completo

Relación con el niño

Edad

Por favor, escriba el nombre de otros familiares que no viven con el niño (es decir, biológicos o padrastros o hermanos; abuelos, etc.):

Nombre completo

Relación con el niño

Edad

¿Ha experimentado su hijo recientemente algún estrés significativo relacionado con la familia o cambio en su vida (por ejemplo, la muerte de un ser querido, mudanza reciente, enfermedad de un miembro de la familia, conflicto importante, nacimiento de un hermano, etc.)? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique el estrés / cambio y cómo su hijo reaccionó al mismo

¿Ha habido otros problemas familiares o de pareja significativos? Sí No

En caso afirmativo, ¿cómo se manifestaron estos problemas en el hogar (por ejemplo, gritos, violencia física, divorcio) y cómo su hijo reaccionó a los problemas?

HISTORIA PRENATAL (EMBARAZO)

1. ¿La madre fumó cuando estaba embarazada de este niño? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuántos cigarrillos al día en promedio? _____
2. ¿La madre bebió cuando estaba embarazada de este niño? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuántos días a la semana en promedio? _____
¿Cuántas bebidas a la vez en promedio? _____ ¿Qué tipo de alcohol? _____
3. ¿Usó la madre drogas ilegales cuando estaba embarazada de este niño? Sí No
Si es así, ¿cuáles? _____
4. ¿Usó la madre medicamentos recetados cuando estaba embarazada de este niño? Sí No
En caso afirmativo, ¿qué medicamentos y por que? _____

5. ¿La madre tuvo sangrado cuando estaba embarazada de este niño? Sí No
En caso afirmativo, ¿en qué etapas durante el embarazo? _____
6. Marque cualquier trastorno médico que tuvo la madre cuando estaba embarazada de este niño:
 infecciones prenatales pérdida de la conciencia
 problemas de crecimiento prenatal problemas emocionales
 alta presión sanguínea diabetes
 presión arterial baja deficiencia nutricional
 toxemia otro (especifique) _____
7. ¿Alguno de estos problemas al parecer afectó al feto? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuáles y cómo? _____

8. El aumento de peso de la madre fue considerado bajo, normal, alto.

HISTORIA PERINATAL/NEONATAL

1. ¿Edad de la madre al nacimiento de este niño? _____
2. ¿El embarazo fue a término? Sí No
Si no fue así, ¿dio a luz entre 32 a 37 semanas de gestación (prematuro)?
¿o menos de 32 semanas (muy prematuro)?
3. ¿El nacimiento fue de cabeza, de nalgas, por cesárea?
4. El peso al nacer fue de _____ libras _____ onzas.
Si no se recuerda del peso exacto al nacer, ¿pesó el bebé menos de 2 libras 3 onzas (peso extremadamente bajo al nacer) o entre 2 libras 3 onzas y 5 libras 8 onzas? (bajo peso al nacer) ?
5. ¿Cuáles fueron las puntuaciones de Apgar a 1 minuto _____ 5 minutos _____?

INFANCIA

1. ¿Tuvo el bebé algún tipo de angustia al nacer? Sí No
Si es así, por favor explique: _____

2. ¿Requirió el bebé resucitación en la sala de partos? Sí No
3. ¿Se colocó el bebé en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales? Sí No
Si es así, ¿por cuánto tiempo? _____ ¿Por qué razón? _____

4. Marque cualquier trastorno médico que el bebé tenía al nacer:

A. Cerebro/Sistema nervioso central

- Sangrado Tumor
 Convulsiones neonatales Otro: _____
 Espina bífida _____
 Hidrocefalia _____

Por favor, explique cualquier respuesta marcada: _____

B. Sangre y sistema circulatorio

- Anemia Leucemia

Por favor, explique cualquier respuesta marcada: _____

C. Sistema respiratorio

- Asma bronquial Enfermedad pulmonar crónica
 Displasia broncopulmonar Fibrosis quística

Por favor, explique cualquier respuesta marcada: _____

D. Trastornos cardiovasculares Sí No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

E. Ictericia Sí No En caso afirmativo, ¿fue leve o severa ?

F. Si es otro, por favor explique:

5. ¿El bebé sufría de cólicos? Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo desapareció el cólico? _____ meses

6. Edad aproximada a la cual el bebé se sentó solo _____, gateó _____, caminó _____

7. ¿Se preocuparon los padres o pediatra por el desarrollo motor más lento de lo normal? Sí No

8. Edad aproximada a la que el bebé dijo su primera palabra _____, primera frase _____

9. ¿Se preocuparon los padres o pediatra por el desarrollo del lenguaje más lento de lo normal? Sí No

10. ¿Tuvo el bebé algún problema significativo para hacer la siesta/quedarse dormido? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

11. ¿Tuvo el bebé algún problema significativo para comer? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

12. El bebé fue: (Por favor, marque todo lo que corresponda)

- ansioso fácil
 difícil feliz
 irritable calmado
 hiperactivo hipoactivo
 difícil de calmar fácil de calmar

HISTORIAL DE LA PRIMERA INFANCIA (EADAES 2-4)

1. ¿A qué edad pudo su hijo usar con éxito el inodoro? _____ ¿El entrenamiento fue fácil o difícil ?

2. Después del entrenamiento del inodoro, ¿su hijo perdió el control de la vejiga repetidamente?:

¿Durante el día? Sí No ¿Durante la noche? Sí No

3. Después del entrenamiento del inodoro, ¿su hijo perdió el control para defecar repetidamente?:

¿Durante el día? Sí No ¿Durante la noche? Sí No

Pérdida del conocimiento _____

Enfermedad o afección

- Problemas de visión
- Problemas con la coordinación motora
- Alergias
- Por favor, escriba:
- Fiebre del heno
- Asma
- Enfermedad pulmonar crónica
- Huesos rotos
- Infecciones del oído
- Anemia
- Diabetes
- Trastorno cardiovascular

Edades y grados

2. ¿Ha sufrido su hijo alguna vez de alguna enfermedad o trastorno grave que no se haya mencionado anteriormente? Sí No Si es así, indique las afecciones y edades: _____
3. ¿Ha tenido su hijo algún accidente significativo? Sí No
En caso afirmativo, indique la naturaleza del accidente y edad del niño: _____
4. ¿Ha estado su hijo hospitalizado alguna vez? Sí No En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____
¿Por qué motivo? _____
5. ¿Ha tenido su hijo alguna cirugía? Sí No
Si es así, indique los procedimientos y edades: _____
6. Desarrolló alguna vez su hijo tics motores (súbito, breve, recurrente, movimientos sin sentido), tales como:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> movimientos de la boca | <input type="checkbox"/> movimientos de los dedos |
| <input type="checkbox"/> tics de brazos | <input type="checkbox"/> tics de cabeza |
| <input type="checkbox"/> parpadeo de los ojos | <input type="checkbox"/> imitación de los movimientos de otra persona |
| <input type="checkbox"/> gestos faciales | <input type="checkbox"/> contracción abdominal |
| <input type="checkbox"/> encogimiento de hombros | |
7. Si es así, indique las edades aproximadas _____ ¿Duraron más de un año? Sí No
Si alguno todavía existe, ¿cuál? _____
8. ¿Interfieren significativamente con la vida social, familiar o desempeño académico? Sí No
Si es así, ¿cómo? _____
9. Desarrolló su hijo alguna vez tics vocales (sonidos o ruidos simples, repentinos sin sentido), tales como:
- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ladrido/gruñido | <input type="checkbox"/> olfatear |
| <input type="checkbox"/> repetir sus propios sonidos o palabras | <input type="checkbox"/> resoplar |
| <input type="checkbox"/> repetir palabras obscenas/inaceptables socialmente | <input type="checkbox"/> carraspear |
| <input type="checkbox"/> repetir sonidos o palabras de otra persona | |
- Si alguno todavía existe, ¿cuál? _____
- ¿Interfieren significativamente con la vida social, familiar o desempeño académico? Sí No
Si es así, ¿cómo? _____

10. Por favor, escriba cualquier medicamento que esté tomando su hijo actualmente (y la dosis, si se conoce):

11. ¿Quién es el pediatra de su hijo? _____

HABILIDADES ACADÉMICAS

1. ¿Ha tenido alguna vez su hijo uno de los siguientes problemas con la lectura?

- exactitud de lectura
- comprensión de lectura
- velocidad de lectura
- problemas con la fonética (los sonidos del lenguaje)

2. ¿Ingresó su hijo en:

- Programa de Mejoramiento de Lectura (RIP)? En caso afirmativo, ¿qué grado? _____
- Clase de lectura Título I? En caso afirmativo, ¿qué grado? _____
- ¿Colocación en aula de apoyo (educación especial)? En caso afirmativo, ¿qué grado? _____

3. ¿Ha tenido alguna vez su hijo problemas con la ortografía en las siguientes áreas?:

- escribir cartas hacia atrás
- escribir en letra de molde o escribir bien bajo presión de tiempo
- necesitar una gran cantidad de ayuda para aprender semanalmente la ortografía de palabras
- caligrafía descuidada, una posible razón de errores de ortografía
- cometer muchos errores de ortografía al escribir oraciones o composiciones
- buen desempeño en pruebas semanales de ortografía, pero dificultad para escribir oraciones por sí mismo
- aprender la ortografía de las palabras, pero olvidarlas una semana o menos más tarde

4. ¿Ha tenido alguna vez su hijo problemas con la aritmética en las siguientes áreas (si son apropiadas para su edad)?:

- aprender conceptos básicos de la suma
- aprender conceptos básicos de la resta
- aprender a prestar en la resta
- aprender las tablas de multiplicar
- mala letra que interfiere con la escritura de números de forma ordenada en columnas
- cometer errores aritméticos descuidados cuando se queda solo para hacer la tarea de aritmética
- comprender conceptos aritméticos
- comprender problemas matemáticos enunciados
- aprender y usar decimales
- aprender y usar fracciones
- aprender y usar porcentajes
- álgebra
- geometría

5. Ha tenido su hijo alguna vez problemas:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> para entender el habla de los demás | <input type="checkbox"/> con el inicio de desarrollo tardío del habla |
| <input type="checkbox"/> con el lenguaje no claro/articulado | <input type="checkbox"/> expresar ideas usando palabras apropiadas para su edad |
| <input type="checkbox"/> de tartamudez | |
6. ¿Su hijo fue colocado alguna vez en terapia del habla o el lenguaje? Sí No
Si es así, ¿en qué grado? _____
7. Ha tenido su niño alguna vez dificultad de aprendizaje como:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> escribir en letra de molde o en cursiva ordenadamente | <input type="checkbox"/> caminar con gracia |
| <input type="checkbox"/> sostener un lápiz correctamente | <input type="checkbox"/> correr con gracia |
| <input type="checkbox"/> colorear con nitidez | <input type="checkbox"/> atar su propios zapatos (si tiene más de 8 años) |
| <input type="checkbox"/> abotonar el pantalón | <input type="checkbox"/> sostener y usar utensilios correctamente |
| <input type="checkbox"/> usar tijeras | <input type="checkbox"/> saltar en un pie |
| <input type="checkbox"/> lanzar o atrapar una bola | <input type="checkbox"/> andar en una bicicleta de dos ruedas sin ruedas de entrenamiento |
| <input type="checkbox"/> copiar información de la pizarra | |
8. ¿Consideró usted o profesor retener su hijo en el mismo grado? Sí No
9. ¿Su hijo alguna vez fue retenido realmente en su grado? Sí No
Si es así, ¿en qué grado? _____
10. Alguna vez su hijo:
- tenía problemas para escuchar
 - se distraía fácilmente
 - tenía dificultad para seguir instrucciones
 - soñaba despierto con frecuencia
 - tenía problemas para concentrarse
 - cometía errores por descuido en las tareas escolares u otras actividades
 - tenía dificultades para organizar tareas y actividades
 - perdía a menudo objetos necesarios para las tareas o actividades (por ejemplo, tareas escolares, lápices, libros, herramientas, etc.)
 - se tornaba nervioso, intranquilo, inquieto
 - tenía problemas para permanecer sentado en clase
 - se volvía excesivamente hablador
 - a menudo corría o subía excesivamente en situaciones inapropiadas
 - tenía dificultad para jugar o para mantenerse quieto por sí mismo
 - permanecía constantemente "ocupado"
 - se comportaba de una manera excesivamente impulsiva
 - tenía dificultad para esperar su turno en grupos
 - a menudo interrumpía o se entremetía con los demás
 - a menudo respondía impulsivamente antes de que se completaran las preguntas
11. ¿Ha utilizado alguien la palabra "hiperactivo" para describir a su hijo (profesor, miembro de la familia, etc.)?
 Sí No En caso afirmativo, ¿quién? _____
12. ¿Se le han recetado medicamentos a su hijo por problemas de atención o hiperactividad? Sí No
En caso afirmativo, ¿qué medicamentos? _____
- _____
- ¿A qué edad? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____
- ¿Fue eficaz? Sí No No está seguro

HISTORIAL SOCIAL/EMOCIONAL

1. Ha tenido su hijo alguna vez más de una dificultad leve para:

- mostrar interés por juegos sociales
- gustarle “escondidas” y “palmaditas” (edades 1-3)
- jugar cooperativamente con otros niños (de 3 años y más)
- hacer/mantener contacto visual con gente fuera de la familia inmediata
- aprender a compartir y tomar turnos
- ser tocado, agarrado o abrazado
- tolerar el olor, sensación, gusto o sonido de las cosas
- adaptarse a los cambios en la rutina
- repetir palabras o frases una y otra vez
- hablar con tono de voz normal o inflexiones
- invadir el espacio personal de los demás (por ejemplo, pararse demasiado cerca de otros)
- cambiar de tema durante una conversación social
- hacer y mantener amigos

2. Alguna vez su hijo:

- ha temido una separación del hogar o padres
- ha temido que sus padres sufran algún daño
- ha temido ir a la escuela
- ha tenido miedo excesivo de estar solo
- ha sido reacio a ir a dormir por la noche
- ha sido reacio a quedarse con una niñera cuando usted sale por la noche
- ha sentido miedo de estar lejos de casa durante la noche
- ha tenido pesadillas repetidas con el tema de la separación de los padres
- se ha quejado de síntomas físicos (por ejemplo, dolores de cabeza, dolores de estómago, etc.) al separarse de sus padres
- se ha preocupado por la aceptación de otros chicos
- se ha preocupado por el rendimiento escolar
- se ha sentido muy tenso, ansioso o nervioso
- ha desarrollado algún comportamiento compulsivo (por ejemplo, lavarse las manos, ordenar o revisar las cosas)
- se ha enojado en varias ocasiones
- ha discutido a menudo con adultos
- ha desafiado a menudo peticiones o reglas de adultos
- ha molestado deliberadamente a otras personas
- ha culpado a menudo a otros por sus errores
- se ha molestado fácilmente por otros
- se ha enojado y resentido con facilidad
- se ha vuelto rencoroso o vengativo con facilidad

- ha tenido miedo excesivo a aumentar de peso
- ha tenido miedo excesivo a perder de peso
- se ha negado a mantener un peso mínimo normal para su edad y altura
- se ha excedido haciendo dieta
- se ha evaluado a sí mismo excesivamente basado en su peso

- ha usado laxantes, diuréticos o
- auto-inductores de vómito después de las comidas
- se ha involucrado en atracones
- ha ayunado o ejercitado en exceso
- no ha tenido al menos tres períodos menstruales consecutivos (en una mujer que menstrúa)

- ha mostrado un estado de ánimo significativamente irritable, deprimido o triste que duró al menos varios días
- ha mostrado pérdida de placer en las actividades habituales que disfrutaba
- se ha quejado de cambios de apetito o aumento o pérdida repentina de peso
- ha tenido problemas frecuentes con el insomnio o hipersomnia (problemas para conciliar el sueño o exceso de sueño)
- se ha visto visiblemente cansado, fatigado o apático durante al menos varios días seguidos
- se ha sentido inútil o excesivamente culpable (baja autoestima)
- se ha visto preocupado con pensamientos de muerte o suicidio
- ha intentado suicidarse
- ha tenido períodos de enorme energía con poca necesidad de dormir
- se ha involucrado excesivamente en actividades placenteras con consecuencias negativas (compras compulsivas, indiscreción sexual, conducción temeraria, etc.)

3. Alguna vez su hijo:

- ha amenazado o intimidado a otros
- ha iniciado peleas físicas
- ha usado un arma en una pelea
- ha sido cruel con animales de manera física
- ha sido cruel con personas de manera física
- ha robado en un enfrentamiento con la víctima
- ha obligado a alguien a una actividad sexual
- ha provocado al menos un incendio importante
- ha destruido deliberadamente la propiedad de otros
- ha irrumpido en la casa, edificio o coche de alguien
- ha mentido a menudo para obtener algo
- ha robado objetos de valor sin confrontar a la víctima (hurto, falsificación, etc.)
- a menudo no ha llegado a dormir a casa a pesar de una prohibición de los padres
- se ha escapado de casa durante la noche más de una vez
- ha participado a menudo en absentismo escolar, comenzando antes de los 13 años

4. ¿Alguno de estos comportamientos empezó antes de que su hijo tuviera 10 años? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál de estos? _____

5. ¿Alguna vez participó un Tribunal de Menores? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuáles fueron los cargos? _____

6. Alguna vez su hijo:

- alcohol?
- anfetaminas (metanfetamina de cristal, speed, ice, píldoras de dieta, etc.)?
- marihuana?
- cualquier forma de cocaína?
- tranquilizantes, Valium, Xanax, pastillas para dormir?
- LSD, ácido, peyote u hongos?

- pegamento, pintura, productos de limpieza, disolventes o gas (inhalación)?
 - heroína, morfina, codeína, etc.?
 - PCP (hog, combustible de cohete, tranquilizante, polvo de ángel, etc.)?
 - Éxtasis (MDMA, XTC, X, etc.)?
 - ketamina (Special K, vitamina K, etc.)?
 - GHB (éxtasis líquido, jabón, etc.)?
 - rohypnol (roofies [benzodiazepinas], etc.)?
7. Alguna vez su hijo (sin usar drogas o alcohol):
- oyó voces hablándole a él/ella
 - experimentó alucinaciones visuales
 - tuvo pensamientos extraños o muy inusuales
 - parecía estar fuera de contacto con la realidad
8. Alguna vez su hijo se quejó de:
- dolores de cabeza frecuentes
 - dolores de espalda frecuentes
 - dolores musculares, achaques, tensión frecuentes
 - problemas estomacales frecuentes (náusea, diarrea, distensión abdominal, etc.)
 - problemas con el equilibrio o coordinación
 - falta de aliento
 - mareos o aturdimiento
 - problemas de visión (visión doble, ceguera, etc.)
9. Al interactuar con sus compañeros, su hijo:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> no se compromete fácilmente | <input type="checkbox"/> actúa como un mal perdedor en los juegos |
| <input type="checkbox"/> sus sentimientos son heridos fácilmente | <input type="checkbox"/> actúa excesivamente tímido |
| <input type="checkbox"/> es fastidiado por otros niños | <input type="checkbox"/> quiere manejar las cosas |
| <input type="checkbox"/> tiene problemas para hacer amigos | <input type="checkbox"/> expresa temor de que no les guste a sus compañeros |
10. ¿Ha experimentado el niño abuso sexual? En caso afirmativo, por favor explique: _____

11. ¿Ha experimentado el niño algún abuso físico o negligencia? En caso afirmativo, por favor explique: _____

12. ¿Ha sufrido el niño algún trauma severo? En caso afirmativo, por favor explique: _____

POLÍTICA FINANCIERA Y DE ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Si tiene seguro, el Children's Specialty Centers of Nevada (CSCN) procesará encantado su reclamación. Sin embargo, requerimos que su porción estimada se pague al prestarse los servicios.

SI NO ESTÁ CUBIERTO POR UN SEGURO, le proporcionaremos una estimación del costo de su atención. Esta estimación incluirá los cargos que se esperan basados en el plan de tratamiento recomendado. Si cambia su plan de tratamiento, se le pedirá que acepte una nueva estimación y las estimaciones pueden variar debido a diversos factores.

Si es un paciente de **AUTOPAGO** o si tiene una obligación financiera después de que su seguro haya cumplido con su responsabilidad, deberá pagar el saldo adeudado. Si no puede pagar su saldo en su totalidad, quizá sea posible tomar disposiciones para el pago. En el caso de las opciones de pago, incluyendo las escalas móviles de honorarios, debe hablar con nuestro Representante de la Oficina de Negocios.

Para una mayor comprensión de nuestro proceso de facturación, no dude en ponerse en contacto con un miembro del personal de la Oficina de Negocios para que le dé una cita.

Ponga sus iniciales en cada línea:

___ Solicito que el pago de los beneficios autorizados por el seguro, incluyendo Medicare si soy beneficiario de Medicare, se realicen en mi nombre a CSCN para todos los productos farmacéuticos, pruebas, procedimientos, equipos, suministros, servicios médicos o de enfermería--incluyendo los beneficios médicos mayores o servicios que me proporcione CSCN.

___ Autorizo la entrega de cualquier dato médico o cualquier otra información necesaria para determinar estos beneficios o las prestaciones pagaderas por los servicios médicos mencionados arriba a CSCN, mi compañía de seguros, la agencia de acreditación estatal o federal, u otra entidad médica. Se enviará una copia de esta autorización a mi compañía de seguros u otra entidad médica, si así lo solicita. CSCN mantendrá archivada la autorización original. También estoy de acuerdo con una revisión de mis expedientes para fines de auditoría interna, investigación y revisiones del control de calidad dentro de CSCN.

___ Entiendo que es mi responsabilidad notificar a CSCN de cualquier cambio en mi cobertura de salud, aseguradora, cambio de domicilio, cambio de empleador o cualquier cambio en la custodia legal del menor o paciente.

___ Entiendo que soy financieramente responsable ante CSCN de cualquier gasto no cubierto por los beneficios de atención a la salud. En algunos casos, no se pueden determinar los beneficios exactos del seguro hasta que la compañía aseguradora reciba la reclamación. Soy responsable del total de la factura o saldo de la cuenta según lo determinado por CSCN o mi asegurador de salud, si se niega el pago de las reclamaciones presentadas o cualquier parte de ellas. Entiendo que al firmar este formulario estoy aceptando la responsabilidad financiera y estoy de acuerdo en pagar por cualesquiera y todos los servicios médicos arriba descritos recibidos. Reconozco este documento como una cesión jurídicamente vinculante para cobrar mis beneficios como el pago de las solicitudes de servicio.

___ Entiendo que hay un cargo de **\$25.00** por todos los cheques devueltos.

___ Entiendo que hay un cargo de **\$25.00** por cada cita a la que no asista o cancelada que no se cancele en el plazo de 24 horas desde el momento en que se fijó la cita.

**** ESTE RECONOCIMIENTO PERMANECERÁ EN VIGOR HASTA QUE YO LO DÉ POR TERMINADO POR ESCRITO ****

*Al firmar este documento, también acepto que estoy enterado del **Aviso de prácticas de privacidad** de CSCN como lo exige la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) para asegurarme de que se me ha hecho consciente de mis derechos de privacidad, así como la **Comprensión de nuestro proceso de facturación**. He leído y, si así lo solicité, recibido una copia de la anterior declaración y prácticas de privacidad y acepto las condiciones. Un duplicado o transmisión por fax de esta declaración se considera igual que el original.*

Firma del asegurado, padre o tutor: _____

Fecha de la firma: ____/____/____

Nombre del asegurado, padre o tutor en letra de molde _____

Nombre del paciente _____

Page 14 of 18

Fecha de nacimiento _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Apellido del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ N° de la SS: _

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Por la presente, autorizo al Children's Specialty Centers of Nevada a que (**ponga su inicial en todas la que correspondan**):

_____ Intercambie con _____ Entregue a _____ Obtenga de las partes que he indicado más abajo

Persona u organización que recibe o comunica la información:

Nombre: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

N° de teléfono: _____ N° de fax: _____

Descripción de información de salud individualmente identificable para divulgarse, intercambiarse u obtenerse (**marque con una inicial todas las que correspondan**):

<input type="checkbox"/> Registro completo	<input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia	<input type="checkbox"/> Planes de tratamiento
<input type="checkbox"/> Fechas de las sesiones	<input type="checkbox"/> Pruebas psicológicas	<input type="checkbox"/> Registros legales
<input type="checkbox"/> Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Informe psicológico	<input type="checkbox"/> Expedientes escolares
<input type="checkbox"/> Otros _____		

El objetivo de esta entrega es (**marque con su inicial todas las que correspondan**):

<input type="checkbox"/> Programa para facilitar el tratamiento	<input type="checkbox"/> Evaluación psicológica
<input type="checkbox"/> Citación u otro proceso legal	<input type="checkbox"/> Evaluación ordenada por el tribunal
<input type="checkbox"/> Otros _____	

****** ESTA AUTORIZACIÓN CADUCARÁ EN UN AÑO DESDE LA FECHA DE LA FIRMA QUE APARECE AL CALCE. ******

Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que mi información de salud puede estar protegida por las Reglas Federales de Privacidad de Información de Salud Identificable Individualmente o por las leyes del estado. Entiendo que mi historial puede contener información sobre mi salud mental, abuso o dependencia de sustancias, o sexualidad, y también puede contener información confidencial relacionada con el VIH/SIDA. Además, entiendo que al firmar abajo, autorizo la divulgación o intercambio de estos historiales a o desde las partes mencionadas arriba.

Firma del paciente: _____

Escriba su nombre: _____ Fecha de la firma: ____/____/____

Testigo del empleado: _____ (*Employee Witness*)

Escriba su nombre: _____ Fecha de la firma: ____/____/____

REVOCAR EL CONSENTIMIENTO

Deseo revocar esta autorización; sin embargo, entiendo que no tendrá ningún efecto sobre cualquier información que Children's Specialty Center of Nevada divulgara antes de revocar mi consentimiento.

Firma para revocar el consentimiento: _____

Escriba su nombre: _____

Fecha de la firma: ____/____/____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS PSICOLÓGICOS Y NEUROPSICOLÓGICOS

SERVICIOS CLÍNICOS

El Dr. Bello proporciona terapia psicológica, pruebas psicológicas y pruebas neuropsicológicas. Las pruebas y la psicoterapia son dos servicios diferentes.

La psicoterapia es un proceso de intervención que intenta reducir los síntomas del paciente. Puede implicar sesiones individuales, sesiones familiares o de padres. Se comentará un plan de tratamiento y se establecerán objetivos para la terapia, aunque éstos pueden cambiar con el tiempo. En el momento del alta, si lo solicita la fuente que hizo la remisión, se emitirá un resumen del alta por escrito describiendo los tratamientos proporcionados, el número de sesiones realizadas, el progreso hecho y la presencia de posibles problemas residuales.

Las pruebas psicológicas y neuropsicológicas ayudarán al paciente y a su familia a entender la relación entre el comportamiento y el funcionamiento del sistema nervioso. La información obtenida ayudará a definir los problemas existentes y a determinar las opciones de tratamiento. El proceso de pruebas consta de una entrevista (así como posiblemente entrevistar a otros) y la realización de las pruebas psicológicas. El tiempo total de la evaluación puede variar, y dependerá del motivo de la remisión, presentando las preocupaciones por parte del paciente o padre de familia y las preguntas que puedan tener el médico o el administrador de la prueba. El tiempo de la entrevista puede ser de entre una y dos horas de duración, y el tiempo de la prueba puede ser de entre tres y seis horas. Las características comunes de las evaluaciones generalmente incluyen lo siguiente:

- **Revisión de los historiales relevantes** – Información de antecedentes que permite al médico tener un contexto histórico que beneficie la situación de la prueba.
- **Entrevista clínica** – La entrevista con el paciente o colateral normalmente incluye (1) la información de sus antecedentes, como sería el historial familiar y salud física anterior y actual, (2) problemas de salud mental, tales como síntomas de angustia, e (3) historial educativo y laboral.
- **Pruebas** – Las pruebas evaluarán la capacidad cognitiva así como el estado emocional; éstas pueden ser pruebas computarizadas o con papel y lápiz. La mayoría de las pruebas son interactivas y las administrará un neuropsicólogo o un técnico calificado y capacitado bajo la supervisión del neuropsicólogo.
- **Evaluación de validez** – Evaluación de la veracidad basada en la presentación del paciente durante la entrevista clínica, el esfuerzo en los ejercicios de prueba y los patrones de respuesta de las pruebas administradas. Es extremadamente importante que se invierta el mejor esfuerzo y se otorgue total honestidad en todo momento durante el proceso de las pruebas.
- **Comentarios sobre los resultados** – Revisión de los resultados de las pruebas y recomendaciones con el paciente o con los padres.

LIBERTAD PARA RETIRARSE

El paciente o el padre tienen el derecho a finalizar la evaluación en cualquier momento. Si el paciente así lo desea, se le pueden proporcionar los nombres de otros profesionales calificados que puedan ayudar para completar la evaluación.

CONFIDENCIALIDAD

La confidencialidad con respecto a su tratamiento es extremadamente importante. Tanto el Estado de Nevada como los principios éticos para psicólogos de la Asociación de Psicólogos Estadounidense exigen que toda la información revelada durante la evaluación se mantenga privada y protegida. La información que se comparta se mantendrá en estricta confidencialidad y no se revelará sin el consentimiento por escrito del paciente. Nuestro personal ha sido asesorado y se ajusta estrictamente a las presentes directrices. Si siente que se ha infringido la confidencialidad, consulte este tema prontamente con el Dr. Bello o un miembro del personal.

No se comunicará ninguna información a otras personas o agencias a menos que esté autorizado en un formulario por escrito con su firma o la firma del padre o tutor legal, si usted es menor de edad. No obstante, son excepciones las siguientes:

- Si existe una emergencia clara donde pueda haber un peligro para usted o para otros (por ejemplo, posibilidad de suicidio u homicidio);
- Si es necesario cumplir con una situación estatal y jurídica (por ejemplo, conocimiento o sospecha de negligencia o abuso infantil);
- Si un tribunal de justicia ordena que se revele la información;
- Cuando se solicita el reembolso de terceros pagadores (por ejemplo, al completar las reclamaciones de seguros para su presentación);
- Cuando un paciente inicia un litigio contra el terapeuta;

En el tratamiento de niños y adolescentes, el padre es el titular del privilegio de la confidencialidad. Sin embargo, si el Dr. Bello fuera a revelar el contenido de todas las sesiones de terapia individual con un menor de edad a sus padres, no podría formarse un vínculo terapéutico y por lo tanto se limitarían los avances de la terapia. Por lo tanto, solicitamos a los padres la misma confidencialidad con sus hijos menores de edad que mantendrían con los adultos. El Dr. Bello revisará con los padres de hijos menores de edad el enfoque del tratamiento y los objetivos específicos fijados para el mismo. Sin embargo, el contenido de las sesiones debe ser confidencial entre el Dr. Bello y el hijo menor de edad, a excepción de los mencionados límites a la confidencialidad.

POLÍTICA DE CONSERVACIÓN DE EXPEDIENTES

De conformidad con NRS 629.051, Sección 7, los psicólogos están obligados a conservar los expedientes de los clientes adultos de más de 23 años de edad, durante cinco años. Los historiales de los niños se conservarán hasta los 23 años de edad. Después de ese tiempo, se pueden destruir los expedientes.

Mi firma o la firma del padre o tutor que aparecen abajo indican que he leído, comprendo y acepto las declaraciones precedentes. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre ellas. Por la presente doy mi consentimiento para que se realice una evaluación o tratamiento para mí o para mi hijo.

Firme, feche y devuelva esta copia.

Firma del paciente: _____

Escriba su nombre: _____

Fecha de la firma: ____/____/____

Testigo del empleado: _____ (Employee Witness)

Escriba su nombre: _____

Fecha de la firma: ____/____/____