



Información del Cliente:  Individuo  Hijo (a)

Parte I: Cliente/Padre/Tutor Legal

---

Apellido del Cliente                      Nombre del Cliente                      Inicial del Segundo Nombre

---

Fecha de Nacimiento                      Numero de Seguro Social

---

Dirección

---

Ciudad                      Estado                      Código Postal

---

Teléfono de casa                      Teléfono móvil                      Teléfono del trabajo                      Correo Electronico

---

Seguro                      Privada                      Medicaid

---

Nombre de la persona financieramente responsable

---

Dirección

---

Ciudad                      Estado                      Código Postal

---

Nombre de contacto de emergencia/Relación                      Teléfono

---

Doctor primario del cliente                      Teléfono

---

Trabajador social de DCF                      Teléfono

**Miembros de la Familia:**

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación al cliente	Dirección (si es diferente a la del cliente)	Empleo/Educación

**Sexo del Cliente:**

- Masculino
- Femenino
- Otro
- Transgénero

**Etnicidad:**

- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino
- Prefiero no reportar

**Militar:**

- Sí
- No
- Desconocido

**Ingreso Anual del Hogar:**

- 0 - 10,000
- 10,001 - 20,000
- 20,001 - 30,000
- 30,001 - 40,000
- 40,001 - 50,000

**Raza:**

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Nativo de Hawaiano o otra isla del Pacífico
- Negro o Afro-Americano
- Blanco
- Otra Raza
- Prefiero no reportar

**Lenguaje:**

- Chino – Cantonés
- Chino – Mandarín
- Inglés
- Criollo Haitiano
- Español

**Auto/Cuidador Estado Civil:**

- Soltero
- Casado
- Divorciado
- Viudo

- 50,001 - 60,000
- 60,001 - 70,000
- 70,001 - 80,000
- 80,001 - 90,000
- 90,001 - 100,000
- 100,001 + encima
- Desconocido

## Client Information PIE Worksheet

*Prepared for OPCC*

### Client Identifying Information

First Name/Nombre

Middle Name/ 2<sup>do</sup> nombre

Last Name/Apellido

Other Names/Otros Nombres

Date of Birth/Fecha de Nacimiento

Sex Assigned at Birth (*Select One*)Sexo Asignado al Nacer

**FOR REFERENCE ONLY: Episode Start Date/Fecha de Comienzo:**

Male/Masculino

Female/Femenino

### Client Information

**Is the Client of Hispanic, Latino, or Spanish origin (*Select All That Apply*) / El cliente es Hispano, Latino, o de origen Española (Seleccione todos que apliquen)**

No, Not of Hispanic, Latino, or Spanish Origin/ No Hispano

Yes, Mexican, Mexican American, Chicano/ Mexicano

Yes, Puerto Rican/ Puertorriqueño

Yes, Cuban/ Cubano

Yes, Dominican Republic/ Dominicano

Yes, another Hispanic, Latino, or Spanish origin/ otra origen Hispana

Declined/Not Disclosed/ No divulgado

**What is Client's Race (*Select All That Apply*) / Raza del Ciente (Seleccione todos que apliquen)**

White/Blanco

Asian/Asiático

Black or African American/Negro o Afro-Americano

American Indian or Alaska Native/Indio Americano o Nativo de Alaska

Native Hawaiian or Other Pacific Islander/Nativo de Hawaiano o otra isla del Pacifico

Abandoned/Abandonado

Declined/Not Disclosed/No Divulgado

**What language does the client speak most of the time among their closest friends and family (*Select One*)/Que lenguaje habla el cliente la mayoría del tiempo con amigos cercanos y familia (Seleccione uno)**

English/Inglés

Spanish/Español

French Creole/Criollo Francés

Portuguese/Portugués

Polish/Polaco

American Sign Language (ASL)/Lenguaje de signos Americano

Vietnamese/Vietnamita

Laotian/Laosiano

Khmer

Chinese, Mandarin/Chino, Mandarin

Chinese, Cantonese/Chino, Cantonés

Korean/Coreano

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Farsi/Farsi      | <input type="checkbox"/> Russian/Ruso         | <input type="checkbox"/> French/Francés                          |
| <input type="checkbox"/> Gujarathi        | <input type="checkbox"/> Kujarathi            | <input type="checkbox"/> Serbo-Croatian/Serbio-Croata            |
| <input type="checkbox"/> Armenian/Armenio | <input type="checkbox"/> Non-Verbal/No Verbal | <input type="checkbox"/> Other – Specify/Otro-Especifique: _____ |

**What language does the client speak most of the time in public settings like school or work (*Select One*)/Que lenguaje habla el cliente la mayoría del tiempo en lugares publicos como la escuela o el trabajo (Seleccione uno)**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> English/ Inglés                  | <input type="checkbox"/> Spanish/Español                    | <input type="checkbox"/> French Creole/Criolle Francés                              |
| <input type="checkbox"/> Portuguese/ Portugués            | <input type="checkbox"/> Polish/Polaco                      | <input type="checkbox"/> American Sign Language (ASL) /Lenguaje de signos Americano |
| <input type="checkbox"/> Vietnamese/Vietnamita            | <input type="checkbox"/> Laotian/Laosiano                   | <input type="checkbox"/> Khmer  |
| <input type="checkbox"/> Chinese, Mandarin/Chino,Mandarin | <input type="checkbox"/> Chinese, Cantonese/Chino, Cantonés | <input type="checkbox"/> Korean/Coreano   |
| <input type="checkbox"/> Farsi/Farsi                      | <input type="checkbox"/> Russian/Ruso                       | <input type="checkbox"/> French/Francés   |
| <input type="checkbox"/> Gujarathi                        | <input type="checkbox"/> Kujarathi                          | <input type="checkbox"/> Serbo-Croatian/Serbio-Croata                               |
| <input type="checkbox"/> Armenian/Armenio                 | <input type="checkbox"/> Non-Verbal/No Verbal               | <input type="checkbox"/> Other - Specify/Otro-Especifique: _____                    |

## ID Codes

**Provider's Case ID**

**Provider's Unique Client ID**

**Child Medicaid Number**



# Ohio Mental Health Consumer Outcomes System

## Ohio Youth Problem, Functioning, and Satisfaction Scales

### Parent Rating – Short Form

# P

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Grado del niño: \_\_\_\_\_

ID#: \_\_\_\_\_  
Completed by Agency

Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_ Sexo del niño:  Varón  Mujer Raza del niño: \_\_\_\_\_

Formulario respondido por:  Madre  Padre  Madrastra  Padrastro  Otro: \_\_\_\_\_

<b>Instrucciones:</b> Califique la frecuencia con que su hijo ha tenido los siguientes problemas en los últimos 30 días.	Nunca	Una o dos veces	Varias veces	Con frecuencia	Casi siempre	Todo el tiempo
1. Discute con los demás	0	1	2	3	4	5
2. Se mete en peleas	0	1	2	3	4	5
3. Dice, insulta o grita a los demás, usa malas palabras	0	1	2	3	4	5
4. Ataques de ira	0	1	2	3	4	5
5. Se rehúsa a hacer lo que le dicen los maestros o los padres	0	1	2	3	4	5
6. Causa problemas sin motivo	0	1	2	3	4	5
7. Usa drogas o alcohol	0	1	2	3	4	5
8. No cumple las reglas o la ley (Ilega después de hora, roba)	0	1	2	3	4	5
9. Falta a la escuela o a las clases	0	1	2	3	4	5
10. Miente	0	1	2	3	4	5
11. No puede quedarse quieto, tiene demasiada energía	0	1	2	3	4	5
12. Se lastima o daña a sí mismo (se corta o raspa, toma píldoras)	0	1	2	3	4	5
13. Habla o piensa sobre la muerte	0	1	2	3	4	5
14. Siente que no vale nada o no sirve para nada	0	1	2	3	4	5
15. Se siente solo y no tiene amigos	0	1	2	3	4	5
16. Se siente ansioso o temeroso	0	1	2	3	4	5
17. Se preocupa de que suceda algo malo	0	1	2	3	4	5
18. Se siente triste o deprimido	0	1	2	3	4	5
19. Pesadillas	0	1	2	3	4	5
20. Problemas con la alimentación	0	1	2	3	4	5

(Sume las calificaciones) Total \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Marque con un círculo su respuesta a cada pregunta.

- En general, ¿cuán satisfecho está usted con su relación con su hijo ahora?
  - Extremadamente satisfecho
  - Moderadamente satisfecho
  - Ligeramente satisfecho
  - Ligeramente insatisfecho
  - Moderadamente insatisfecho
  - Extremadamente insatisfecho
- ¿Cuán capaz de encarar los problemas de su hijo se siente ahora?
  - Extremadamente capaz
  - Moderadamente capaz
  - Ligeramente capaz
  - Ligeramente incapaz
  - Moderadamente incapaz
  - Extremadamente incapaz
- ¿Cuánto estrés o presión tiene en su vida ahora?
  - Muy poco
  - Un poco
  - Bastante
  - Una cantidad moderada
  - Mucho
  - Insoportable
- ¿Cuán optimista se siente ahora con respecto al futuro de su hijo?
  - El futuro luce prometedor
  - El futuro luce ligeramente prometedor
  - El futuro luce bastante bien
  - El futuro luce tanto bien como mal
  - El futuro luce mal
  - El futuro luce muy mal

**Total:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Marque con un círculo su respuesta a cada pregunta.

- ¿Cuán satisfecho está con los servicios de salud mental que su hijo ha recibido hasta ahora?
  - Extremadamente satisfecho
  - Moderadamente satisfecho
  - Ligeramente satisfecho
  - Ligeramente insatisfecho
  - Moderadamente insatisfecho
  - Extremadamente insatisfecho
- ¿En qué medida ha sido incluido en el proceso de planificación del tratamiento de su hijo?
  - Mucho
  - Moderadamente
  - Bastante
  - Ligeramente
  - Un poco
  - Absolutamente no
- Los trabajadores de salud mental que han participado en mi caso escuchan y valoran mis ideas sobre la planificación del tratamiento para mi hijo.
  - Mucho
  - Moderadamente
  - Bastante
  - Ligeramente
  - Un poco
  - Absolutamente no
- ¿En qué medida el plan de tratamiento de su hijo incluye lo que usted piensa sobre las necesidades de tratamiento de su hijo?
  - Mucho
  - Moderadamente
  - Bastante
  - Ligeramente
  - Un poco
  - Absolutamente no

**Total:** \_\_\_\_\_

<b>Instrucciones:</b> Por favor califique el grado en que los problemas de su hijo afectan su actual capacidad en las actividades diarias. Considere el actual nivel de funcionamiento de su hijo.	Problemas extremos	Bastantes problemas	Algunos problemas	Le va bien	Le va muy bien
1. Llevarse bien con los amigos	0	1	2	3	4
2. Llevarse bien con la familia	0	1	2	3	4
3. Salir o entablar relación con novios o novias	0	1	2	3	4
4. Llevarse bien con los adultos fuera de la familia (maestros, director de la escuela)	0	1	2	3	4
5. Estar prolijo y limpio, lucir bien	0	1	2	3	4
6. Cuidarse la salud y tener buenos hábitos de salud (tomar medicamentos o lavarse los dientes)	0	1	2	3	4
7. Controlar las emociones y evitar los problemas	0	1	2	3	4
8. Sentirse motivado y terminar los proyectos	0	1	2	3	4
9. Participar en pasatiempos (tarjetas de béisbol, monedas, estampillas, dibujo)	0	1	2	3	4
10. Participar en actividades recreativas (deportes, natación, montar bicicleta)	0	1	2	3	4
11. Hacer tareas en la casa (limpiar su cuarto, otras tareas)	0	1	2	3	4
12. Asistir a la escuela y aprobar las materias	0	1	2	3	4
13. Aprender tareas que le serán útiles para trabajos futuros	0	1	2	3	4
14. Sentirse bien sobre sí mismo	0	1	2	3	4
15. Pensar con claridad y tomar decisiones acertadas	0	1	2	3	4
16. Concentrarse, prestar atención y terminar las tareas	0	1	2	3	4
17. Ganar dinero y aprender a usar el dinero con inteligencia	0	1	2	3	4
18. Hacer cosas sin supervisión o restricciones	0	1	2	3	4
19. Aceptar responsabilidad por sus acciones	0	1	2	3	4
20. Capacidad de expresar sentimientos	0	1	2	3	4

## **Aviso y Consentimiento sobre Firmas Electrónicas**

### **Acuerdo de Firma Electrónica**

Doy consentimiento para mi y mi hijo(a) menor en mi custodia para que la Agencia de Child and Family Agency of Southeastern Connecticut pueda coleccionar una firma electrónica en documentos incluidos pero no limitados al tratamiento como evaluaciones, planes de tratamiento y actualizaciones del plan de tratamiento. Al firmar a continuación estoy de acuerdo que mi firma electrónica sea el equivalente de mi firma manual.

Además acepto que el uso de un mouse o teclado para seleccionar o recopilar la firma electrónica constituye mi firma, aceptación y acuerdo como si estuviera firmando en escrito. También estoy de acuerdo que cada uso de firma electrónica en documentación firmada constituye mi acuerdo que esta sujeto a los términos y condiciones del Acuerdo de Firma Electrónica tal como esta en la fecha de mi firma electrónica.

*Si el cliente es menor de 18*

Individuo Cubierto ( <i>imprimir nombre</i> )	Fecha de nacimiento	Relación con el guardián legal

### **Revocación de la firma Electrónica**

Entiendo que tengo el derecho de retirar mi consentimiento para firmar documentos electrónicamente. Se puede completar el retiro del consentimiento hablando con el personal de Child and Family Agency en persona o por teléfono.

---

### **Imprimir Nombre del Cliente si tiene 18 años o más**

Firma del cliente		Fecha	
Firma del Guardián legal ( <i>si aplica</i> )	Fecha	Firma del Guardián legal ( <i>si aplica</i> )	Fecha
Relación con el cliente		Relación con el cliente	
Firma del testigo		Fecha	

## DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS PARA LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

Persona financieramente responsable \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro Primario \_\_\_\_\_

Número de identificación del Subscriptor \_\_\_\_\_

Nombre y fecha de nacimiento del dueño del seguro \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía del Seguro Secundario \_\_\_\_\_

Número de identificación del Subscriptor \_\_\_\_\_

Nombre y fecha de nacimiento del dueño del seguro \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de Seguro Terciario \_\_\_\_\_

Número de identificación del Subscriptor \_\_\_\_\_

Nombre y fecha de nacimiento del dueño del seguro \_\_\_\_\_

Dirección del dueño del Seguro (si es diferente del cliente) \_\_\_\_\_

Yo autorizo la divulgación de cualquier información medica u otra información (incluyendo información psiquiátrica, o cosas relacionadas con HIV, drogas o alcohol) necesaria para procesar esta solicitud. También solicito pago de beneficios gubernamentales tanto para mí como para la persona que reciba la asignación.

---

Firma del cliente o la persona autorizada \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Yo autorizo pagos de beneficios médicos a el medicó o proveedor asignado para los servicios brindados en Child & Family Agency of Southeastern Connecticut, Inc.

---

Firma del cliente o persona autorizada \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\* Esta autorización es valida por un año

\* Una nueva autorización se necesitara si las compañías de seguro cambian.



## ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA POR LOS SERVICIOS DE TERAPIA

Child & Family Agency (CFA) es una agencia que usa una escala de tarifas ajustables. Nuestra tarifa de honorarios por sesión de terapia varia de acuerdo al servicio. Porque CFA entiende que para muchos clientes pagar la tarifa completa puede causar problemas económicos, la agencia ha diseñado un sistema alternativo de pago, siempre y cuando, el cliente este de acuerdo con lo siguiente:

- Estoy de acuerdo en entregar información precisa sobre mi situación económica según sea necesario (ejemplo, cobertura de terceras personas, Title XIX (Título XIX), Medicare e ingreso bruto semanal menos impuestos. Estoy de acuerdo en entregar a la agencia con cualquier otra : . documentación de mis ingresos, en el caso que sea necesario.
- Estoy de acuerdo en entregar a CFA la tarjeta de Título XIX o de Medicare en la primera sesión.
- Estoy de acuerdo en entregar a CFA a mas tardar en mi segunda cita, el formulario firmado del seguro medico autorizando pago directo a la Agencia y entiendo que soy responsable por cualquier deducible que no sea cubierto por mi seguro.
- Entiendo que si mi hijo (a) es asegurado (a) bajo un plan medico con un deducible alto, me cobraran \$50.00 por sesión hasta que el deducible sea cumplido y en ese momento se evaluara un copago basado en el plan de mi seguro. En el caso que usted necesite un ajuste de precio, por favor discutirlo con la terapeuta de su hijo (a)
- Estoy de acuerdo en pagar la consulta en cada sesión, y si no hago un pago, me comprometo a pagar en mi próxima cita junto con el pago correspondiente a ese día. Si no he podido hacer dos pagos consecutivos, entiendo que se me pedirá que re programe cualquier cita futura hasta que se efectúe el pago. Entiendo que si pago con cheque pueden cobrarme \$20.00 por servicios bancarios si mi cheque es devuelto por falta de fondos. Si eso ocurriera, se me puede pedir que pague por sesiones futuras en efectivo. Entiendo que si mi cuenta tiene retrasos de 2 o mas pagos, los servicios pueden ser suspendidos hasta que mi cuenta sea pagada por completa. Si usted se encuentra en una crisis financiera, hay opciones de pago disponibles. Abajo esta la información de contacto del departamento de facturación.
- Estoy de acuerdo en notificar a CFA de cualquier cambio en mi seguro o situación económica que pueda/ o no pueda afectar mi tarifa.
- Entiendo que CFA tiene derecho a pedir una actualización de información sobre mis ingresos económicos; además, el derecho a pedir evidencia que demuestre dificultades económicas, antes que reduzcan la tarifa del cliente.

Me comprometo a pagar mi responsabilidad de paciente después del pago que cubre el seguro por los servicios. Yo entiendo que la cantidad esta sujeta a cambios basados en deducibles, co-pagos y /o doble seguros. Entiendo que puedo hablar con el departamento de facturación y/o mi terapeuta acerca de opciones de pago o preguntas. El número del departamento de facturación es 860-443-2896. Si no aplica la cobertura de seguro y Titulo XIX mi tarifa ajustable es de \$ \_\_\_\_\_ basado en el ingreso total del hogar y el numero de miembros de la familia.

Yo \_\_\_\_\_ he leído y estoy de acuerdo con las disposiciones previamente mencionadas. Entiendo que de no cumplir con cualquiera de las disposiciones ya señaladas podría resultar en que los servicios sean cancelados.

	/ /		/ /
Terapeuta	Fecha	Persona Responsable Financieramente	Fecha



DECLARACION DE CUSTODIA, SOLICITUD PARA SERVICIOS y ACUERDO DE SERVICIOS

Yo \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ (cliente menor) por este medio declaro que soy el/la tutor legal del niño/a siguiente, y tengo la autoridad para tomar decisiones sobre servicios de tratamiento.

\_\_\_\_\_ (cliente adulto) por este medio declaro que participare en los servicios de Child and Family Agency.

*Si el cliente es menor de 18:*

Individuo cubierto	Fecha de Nacimiento	Relación al tutor legal
--------------------	---------------------	-------------------------

Entiendo que:

1. Los servicios podrían incluir terapia individual, familiar o en grupo, manejo de medicamentos y/o evaluaciones psiquiátricas.
2. Child and Family Agency no dispensa medicamentos.
3. El Personal de Salud Mental esta por ley obligado a denunciar casos en los que se sospecha abuso o negligencia. Personal buscará la contribución de supervisión y puede tener que presentar un informe a los servicios de protección infantil o buscar respuesta de emergencia para la seguridad de mi hijo/a o los demás.
4. La Agencia esta abierta de lunes a viernes, entre las 9:00 a.m. y las 5:00 p.m., con horario extendido dependiendo el área. En caso de preocupaciones de urgencia/emergencia después del horario de oficina, la agencia ofrece soporte de llamada 24/7. El terapeuta de turno puede ser alcanzado al 860-823-0893. Para las emergencias que amenazan la vida, familias deben llamar al 911 inmediatamente
5. Si se requiere tratamiento medico para un cliente menor de 18 años, el personal de la Agencia buscará la asistencia de los padres/Tutor(es) legal(es) y/o llamará al 911.
6. Padres/Tutor(es) legal(es) con clientes menores de 12 años deben de acompañar a su hijo(a) a la cita y permanecer en la sala de espera. Se nos ha explicado a mí y al cliente menor que si él/ella se siente incómodo durante la sesión, puede dejar la oficina en cualquier momento y venir a mí en la sala de espera. Es posible que se le pida a los padres/tutor(es) legal(es) que acompañen a los clientes o permanezcan con el cliente cuando el terapeuta lo considere adecuado.
7. Mi firma abajo reconoce que he recibido el Procedimientos de Quejas de la Agencia.
8. Mi firma abajo reconoce que he recibido, revisado, y que cumpliré con las Normas de Asistencia de la Agencia.

Firma del Cliente/Tutor Legal	Fecha	Firma de Tutor Legal	Fecha
-------------------------------	-------	----------------------	-------

Relación al Cliente	Relación al Cliente
---------------------	---------------------

Firma de Testigo	Fecha
------------------	-------

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

Las personas que están recibiendo servicios con Child and Family Agency of Southeastern Connecticut, Inc (Agencia de Niños y Familias del Sudeste de Connecticut, Inc) o sus afiliados tienen ciertos derechos y responsabilidades.

### Derechos del Cliente

#### Confidencialidad

Ninguna información sobre usted o su tratamiento serán divulgados con cualquier persona fuera de la agencia sin su permiso. Con el fin de proporcionar la mejor atención coordinada, el personal de CFA puede compartir información con los otros programas de la Agencia. Si hay más de un nombre de adulto en el archivo de un caso, todos los adultos necesitaran dar permiso para que esa información sea compartida.

La prioridad de la Agencia es la salud mental y el bienestar del cliente, por lo tanto no nos involucramos en disputas de custodia ni proveemos recomendaciones escritas que estén relacionadas con custodia.

Si la agencia recibe una orden judicial de la corte, la agencia tiene que seguir leyes estatales. Nuestros empleados no se presentan a la corte al menos que hayan sido ordenados judicialmente para hacerlo. Si hay orden judicial, la agencia puede cobrar 120 dólares por hora por cada empleado cada vez que se presente a la corte.

#### Servicios

- Usted tiene derecho a un tratamiento igual sin importar la raza, color, creencias espirituales, orientación sexual, origen nacional.
- Usted tiene derecho a recibir servicios teniendo en consideración su cultura e idioma.
- Usted tiene derecho a estar envuelto activamente en la planificación de tratamiento y decisiones que se sigan tomando, incluyendo el tipo de servicio.
- Usted tiene derecho a revisar su caso dentro de los límites de confidencialidad. Esto se hace en presencia de su terapeuta y/o supervisor. Los clientes también tienen derecho a incluir declaraciones dentro del archivo de su caso. La agencia de Niños y Familias es responsable por decidir si es que el revisar o divulgar alguna información particular pueda ser potencialmente dañina para el menor.
- Usted tiene derecho a solicitar un cambio en el personal asignado a su caso siguiendo los Procedimientos de Quejas de la Agencia.
- Usted tiene derecho a rehusar servicios a cualquier momento. El cliente debe discutir la discontinuidad de los servicios con el personal asignado a su caso.
- Usted tiene derecho a buscar otra opinión de su diagnóstico o plan de tratamiento con otro individuo u otra organización fuera de la Agencia.
- Usted tiene derecho a ser informado (a) y de rehusar cualquier grabación visual o de sonido.
- Usted tiene derecho a ser informado de cualquier riesgo posible o beneficio asociados con el tratamiento o plan de servicio. Tiene derecho a discutir alternativas de tratamiento.
- Usted tiene el derecho a saber la educación profesional del personal (es) que proveen los servicios.

Responsabilidades del Cliente

- Usted es responsable en ayudar a la Agencia en mantener un ambiente de tratamiento respetuoso. Se espera que los adultos y niños actúen de una manera segura y apropiada con el personal, miembros de la familia y otros clientes. Lenguaje obsceno y descortés, evidencias de intoxicación o abuso de sustancias, y/o amenazas verbales/ físicas no serán tolerados y estas pueden resultar en suspensión inmediata de servicios. Amenazas o acciones contra uno mismo u otros no serán protegidas por confidencialidad y pueden ser reportados a las autoridades apropiadas.
- Usted es responsable por proveer información financiera necesaria para que la Agencia pueda proveer servicios, incluyendo cobertura de seguro.
- Usted es responsable por hacer los pagos al momento de servicio a menos que haya otros arreglos. Si usted esta en transición de un programa a otro dentro de la Agencia, se espera que cualquier saldo pendiente sea pagado. El salir de un programa con un saldo pendiente puede también poner a riesgo la participación futura con los otros programas de la Agencia.
- Si su hijo recibe servicios de medicamento por medio de la Agencia, usted es responsable de notificar a la terapeuta con siete días de anticipación de que su hijo (a) necesita mas medicamento.
- Usted es responsable de notificar con tiempo cualquier cambio de información que se relaciona con el tratamiento, cobranza y contacto (ejemplo, nombre, dirección, teléfono, seguro, trabajo o cambios en la familia)
- Para los niños menores de 12 años, el adulto que lo acompaña debe permanecer en las oficinas durante todas las citas. Para niños mayores de 12, la necesidad de que un adulto se quede en la oficina será decidido por el personal de la Agencia, guardián y cliente.
- Usted es responsable de mantener sus citas programadas. Por favor referirse a la Política de Asistencia de la Agencia.
- La participación a cualquiera de los programas de Child and Family Agency (la Agencia de Niños y Familias) está limitado al cliente, el guardian legal, empleados de la Agencia y cualquier otro familiar o proveedor de otro servicio incluido en el plan de tratamiento. Otro individuo no podrá participar en una sesión sin un acuerdo escrito y firmado entre el cliente y la Agencia.
- Child and Family Agency (La Agencia de Niños y Familias) se esfuerza constantemente en crear y mejorar formas más efectivas para ayudar a los niños y familias a través de todos sus servicios. Por esta razón, nosotros evaluamos cuidadosamente la efectividad de nuestros programas y pedimos su permiso para utilizar su información para investigaciones internas y propósitos de estadística de la agencia y para cumplir con la entrega de información requeridos de nuestras fuentes de financiación. Más allá de estos requisitos, cualquier uso de Información Medica Protegida para propósitos de investigación externa se realizará solo con una autorización escrita o a través de una aprobación de la Junta de Revisión Institucional o Junta de Privacidad como es establecida de acuerdo a la Ley Federal.

He leído y/o discutido mis derechos y responsabilidades con el personal asignado y entiendo completamente y estoy de acuerdo con ellos. Por la presente solicito servicios para mi/ mi hijo (a) / familia.

---

Firma del cliente

Fecha

---

Firma del padre/ guardian

Fecha

Firma del empleado

Fecha

**POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE ESTA NOTIFICACIÓN, LA CUAL DESCRIBE COMO SE PUEDE UTILIZAR, REVELAR O ACCEDER LA INFORMACION MEDICA PERSONAL.**

## **INFORMACIÓN SOBRE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD**

**Efectivo: 14 de Abril del 2003 – actualizado 6 de Julio del 2018**

### ***CHILD AND FAMILY AGENCY OF SOUTHEASTERN CONNECTICUT, INC.***

**Es importante que usted lea y entienda esta información sobre las normas de privacidad antes de firmar el formulario de consentimiento.**

**Si usted tiene alguna consulta sobre esta información o desea mas información sobre sus derechos de privacidad, por favor comunicarse ya sea con el miembro del personal que esta trabajando con usted, su supervisor, o al encargado de privacidad de Child and Family Agency.**

Encargado de Privacidad de CFA: Karen Ethier-Waring LMFT  
255 Hempstead St., New London, CT 06320  
860-443-2896

Oficinas Administrativas de Child and Family Agency  
255 Hempstead Street, New London, CT 06320  
860-443-2896

\*\*\*\*\*

#### **El propósito de este Aviso sobre las Normas de Privacidad**

Este Aviso sobre las normas de Privacidad (el “Aviso”) es para informarle a usted del uso y divulgación de la información de salud protegida sobre usted que nosotros, Child and Family Agency, podemos hacer.

También describe

- Los derechos que usted tiene para acceder y controlar su información de salud protegida, y
- ciertas obligaciones que el personal de Child and Family Agency tiene sobre el uso y divulgación de su información de salud protegida.

#### **¿Qué es la “Información Médica Protegida”?**

La “Información Médica Protegida” es información sobre usted la cual ha sido creada y recibida por la agencia. Esta información incluye datos demográficos los cuales podrían identificarlo a usted; además de información relacionada a su salud física y mental, tanto del pasado, presente o futuro; y sobre pagos de servicios de salud.

La ley exige que Child and Family Agency proteja la privacidad de la información médica de sus clientes. También la ley nos exige que le notifiquemos de nuestras obligaciones legales y normativas de privacidad con respecto a su información médica protegida, y que acatemos las condiciones de esta notificación que estén actualmente en vigencia. Sin embargo, nosotros podemos cambiar en cualquier momento el contenido de esta notificación. La versión nueva de esta Notificación será aplicable a toda la información médica protegida que esté en posesión de la agencia. La agencia hará todo lo que este a su alcance para notificar a nuestros clientes de estos cambios (por ejemplo: miembros del personal notificarán a las familias, avisos en la sala de espera).

#### **De que manera podríamos usar o divulgar su Información Medica Protegida**

Cuando sea necesario para poder brindarles nuestros servicios. El personal de Child and Family Agency asignado a su familia le pedirá que firme uno o más documentos que permitirán que la agencia use y revele su información médica protegida para tratamiento, pago y operación de la clínica. También le pediremos que haga acuso de recibo de esta Notificación.

Las siguientes categorías describen algunas de las maneras en que su información de salud confidencial podría ser usada. Aunque no este especificado más abajo, Child & Family Agency puede usar y divulgar su información medica confidencial como lo permite o exige la ley o si usted así lo autoriza. Haremos todo lo posible para limitar el acceso a su información de salud protegida a aquellas personas o clases de personas, en nuestra agencia que necesiten acceso para poder hacer su trabajo. Además, haremos todo lo posible para entregar el mínimo de información posible, un monto necesario que permita cumplir los objetivos y la ley.

- **Para Tratamiento-** Podremos usar y revelar información médica protegida para entregarle a usted tratamiento médico y otros servicios relacionados a su tratamiento. Si se nos permite, también podemos revelar su información medica protegida a individuos u organizaciones que estarán involucrados en su cuidado, una vez que los servicios con Child and Family Agency terminen y por otras razones relacionadas al tratamiento. Podremos también usar o revelar su información médica confidencial en caso de emergencia.
- **Para Pagos-** Podríamos usar y revelar su información médica protegida para poder cobrar y recibir pagos por los tratamientos o servicios relacionados, que usted recibe. Podemos divulgar su información de salud a la entidad que pagará por los servicios, como por ejemplo, compañía de seguro medico, Medicare, Medicaid, u otra tercera fuente de pago, con el propósito de cobrar o recibir pagos por servicios de tratamientos.
- **Reglas Especiales con Respecto a la Divulgación de Información Siquiátrica, Abuso de Alcohol y Drogas, y VIH** – Restricciones especiales se pueden aplicar cuando se trata del tratamiento de enfermedades siquiátricas, abuso de alcohol y drogas, o el tratamiento o exámenes relacionados al VIH. Por ejemplo, generalmente la agencia no puede revelar esta información protegida en respuesta a un emplazo de la corte, orden judicial u otro proceso legal al menos que usted firme una autorización especial o por orden de la corte.
- **Información Siquiátrica.** Cierta información de salud mental puede ser revelada para tratamiento, pago, y operaciones de servicios de cuidado médico, como lo permite o exige la ley. Por otro lado, la agencia solamente divulgará información para cumplir con una autorización, orden de la corte, o como lo exige la ley. Por ejemplo, comunicación entre usted y una sicóloga, siquiatra, o trabajadora social será considerada información confidencial como lo exige la ley del Estado de Connecticut y las leyes Federales.
- **Información de tratamiento de Abuso de Alcohol y Drogas.** Si usted recibe tratamiento en un programa especializado para el abuso de alcohol y drogas , se necesitará su consentimiento para divulgar cierta información, sin embargo, no se necesitará su autorización en caso de emergencia, para cumplir con ciertos requisitos de notificación y otras instancias como lo permite la ley Federal.
- **Información relacionada al VIH.** La agencia divulgará información relacionada al VIH como lo permite o requiere la ley de el Estado de Connecticut, por ejemplo, si existiera información de salud protegida relacionada al VIH, esa información podría ser divulgada en el caso de que el personal de Child and Family Agency, otra persona, o una pareja conocida fueran expuestos al virus de VIH. Cualquier uso o divulgación de la información será a alguien que pueda reducir el impacto de la exposición al virus de HIV, de acuerdo con la ley del Estado de Connecticut y las leyes federales.
- **Menores.** Cumpliremos con la ley del Estado de Connecticut cuando usemos o revelemos la información de salud protegida de clientes menores de edad, por ejemplo, si usted es un cliente menor de edad que no se ha emancipado y ha aceptado recibir servicios relacionados al VIH/SIDA,

enfermedad venérea, aborto, abuso de sustancias controladas, y si usted no ha pedido un representante personal, usted puede autorizar a que se use o divulgue su información de salud.

- **Para la Operación de Servicios de Salud** - Podremos usar o revelar su información de salud como sea necesario para las operaciones de Child and Family Agency; como por ejemplo, garantía de calidad, mejorar las actividades, examinar la capacidad y las calificaciones del personal, revisión médica, servicios legales, auditorías, y actividades administrativas generales de la agencia.
- **Asociados de Negocios** – Algunos servicios pueden ser entregados por nuestros asociados de negocios. Estos servicios incluyen servicios de pago, compañías de transcripción, asesores legales y asesores de contabilidad. Podremos revelar su información de salud protegida para que nuestros asociados de negocios puedan hacer el trabajo que le hemos pedido que hagan. Para proteger su información médica requerimos que nuestros asociados de negocios firmen un contrato de privacidad.
- **Notificación de Cita** - Podremos usar y divulgar su información de salud protegida para poder contactarlo a usted para recordarle que tiene una cita en la agencia.
- **Alternativas de Tratamiento y Otros Servicios y Beneficios Relacionados a la Salud-** Podríamos utilizar su información de salud protegida para informarle a usted de sus opciones con respecto al tratamiento o alternativas de tratamiento. También podríamos utilizar su información para brindarle información sobre beneficios que están a su disposición y sobre servicios relacionados con la salud, o sobre clases de educación de salud que podrían interesarles.
- **Actividades de Salud Pública** - De acuerdo a la ley, podríamos divulgar su información de salud protegida a las autoridades de salud pública las cuales por ley están autorizadas a recolectar o recibir esta información con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones, informar de nacimientos y defunciones, informar de abuso y negligencia infantil, o notificar a una persona que ha estado expuesta a una enfermedad o que puede estar en riesgo de contraer, propagar una enfermedad.
- **Actividades de Supervisión Sanitaria-**  
Podríamos divulgar su información de salud protegida a una agencia de supervisión sanitaria para que lleven a cabo actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias.
- **Procedimiento Judiciales y Administrativos-**  
Si usted esta involucrado en una demanda o disputa, podríamos revelar su información de salud protegida en respuesta a una orden judicial o de la administración, o en respuesta a otro proceso jurídico que permita legalmente la divulgación de información.
- **Cumplimiento de la Ley** –  
Nosotros podríamos revelar su información de salud protegida con el fin de cumplir con la ley, si esta así lo permite o lo exige (por ejemplo, informar una herida de bala; informar de emergencias o muertes sospechosas; cumplir con una orden de la corte, orden judicial, o procesos legales similares; o para contestar algún requerimiento de información sobre un crimen).
- **Forenses y Médicos Patólogos-**  
Podemos revelar su información médica protegida a un forense o patólogo.

- **Para Evitar Una Seria Amenaza a la Salud o a la Seguridad** - Podemos usar y revelar su información de salud protegida cuando sea necesario para evitar una grave amenaza a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. La información será revelada sólo aquellas personas que puedan ayudar a evitar la amenaza.
- **Seguridad Nacional y Militar** - Si usted es un miembro del ejército, podemos revelar información de salud protegida referente a usted según lo requieran las autoridades militares o el Department of Veteran Affairs. También podemos revelar la información de salud protegida sobre usted, si la ley lo permite, a funcionarios federales para que lleven a cabo actividades de inteligencia, contraespionaje, y otras actividades de seguridad nacional según la ley autorizan.
- **Indemnizaciones Laborales-**  
Podemos revelar su información de salud protegida en la medida que se autorice y necesite para cumplir con las leyes relativas a las indemnizaciones laborales o programas similares establecidos por la ley.

### **Cuando No Es Permitido Usar o Revelar su Información Médica Protegida**

La agencia no usará ni dará a conocer a terceros su información de salud protegida sin su autorización por escrito, salvo como se describe en este aviso o lo permiten las leyes de Connecticut o las leyes federales. Su autorización por escrito especificará el uso y divulgación específica que usted permite. Bajo ciertas circunstancias, Child & Family Agency puede condicionar la entrega de servicios a que usted dé una autorización. Gestionaremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información para fines distintos de los mencionados anteriormente. Usted podrá revocar una autorización, por escrito, en cualquier momento, deberá contactarse con el trabajador encargado de su caso o con el Oficial de Privacidad de Child & Family Agency . Al recibir la revocación por escrito, dejaremos de utilizar o revelar su información salvo en la medida que ya lo hayamos hecho de acuerdo a la autorización.

### **Sus Derechos Sobre su Información de Salud**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud protegida. A continuación se describe brevemente como usted puede hacer ejercicio de estos derechos.

**Derecho a Solicitar Restricciones Sobre Ciertos Usos y Divulgaciones de su Información de Salud Protegida** - Usted tiene derecho a solicitar ciertas restricciones con respecto a su información de salud protegida que nosotros usamos o que entregamos. Usted puede solicitar restricciones o revisar las restricciones sobre el uso o divulgación de su información de salud protegida. Usted tiene que solicitar esto por escrito, debe mencionar de manera específica cuales son las restricciones que desea y a quien se aplican. Usted puede pedir un *restriction request form* (formulario de solicitud de restricciones) a la agencia. Nosotros no estamos obligados a acceder a su solicitud de restricciones. Si nosotros estamos de acuerdo con las restricciones que usted solicita, nosotros las acataremos, excepto cuando sea necesario entregar cuidado de emergencia. Si fuera necesario divulgar información restringida y confidencial a personal de asistencia medica en caso de emergencia, la agencia solicitará a dicho personal que no usen o divulguen dicha información. Además, usted y la agencia pueden cancelar las restricciones impuestas, siempre y cuando se le informe a la otra parte por escrito. A menos que usted este de acuerdo, la cancelación de las restricciones sólo será efectiva en relación a la información de salud protegida que ha sido creada o recibida después que usted nos informó de la cancelación.

**Derecho a recibir comunicación confidencial** - Usted tiene derecho a solicitar un medio alternativo de cómo usted recibe información de salud protegida. Usted tiene derecho a pedir una manera o lugar alternativo de comunicación, donde le gustaría recibir dicha información. Usted debe presentar una



solicitud por escrito a la agencia. Su solicitud tiene que precisar cómo y dónde le gustaría ser contactado (el formulario de solicitud esta disponible en la agencia).

**Derecho a acceder, Examinar y Obtener una Copia de su Información de Salud Protegida** - Usted tiene derecho a acceder, examinar y obtener una copia de su información de salud protegida, que usamos para decidir el tipo de tratamiento que necesita. Usted tiene este derecho durante el período de tiempo que esta información está en poder de la agencia. Para poder acceder, examinar y obtener una copia de su información de salud protegida, usted tendrá que mandar una solicitud por escrito a la agencia. Si usted solicita una copia de la información, nosotros podríamos cobrarle los costos por preparar, copiar y enviar por correo esta información, o por cualquier otro gasto asociado con su solicitud. Bajo ciertas circunstancias, nosotros podríamos negarnos de manera parcial o completa a su solicitud de acceder, examinar, y copiar su información de salud protegida. Le entregaremos por escrito las razones de negarnos, en el caso que esto suceda. Usted podría tener derecho a que se revise la negación a su solicitud por un profesional independiente de la salud designado por nosotros quien actuará como un oficial evaluador. Esta persona tendrá que ser alguien que no participó en la decisión original de negar la solicitud. Usted también podría tener derecho a solicitar que una corte revise esta decisión.

**Derecho a corregir su Información Médica Protegida** - Usted tiene derecho a pedir que se corrija su información de salud protegida durante el período que Child & Family Agency este en posesión de dicha información. La petición se debe hacer por escrito y debe indicar la razón para querer corregir esta información. Usted puede pedir un formulario para cambiar la información a Child & Family Agency. En el caso que rechazemos su petición de corregir la información, le entregaremos una carta explicando las razones y el derecho que usted tiene a escribir una declaración donde indica que esta en desacuerdo con nuestra decisión. Nosotros podríamos rebatir su declaración de desacuerdo. Si usted no desea entregar una declaración por escrito indicando que esta en desacuerdo con la negación de su petición, puede pedir que su solicitud de cambiar la información sea incluida con la otra información que se divulgue en el futuro.

**Derecho a Recibir una Lista de las ocasiones en que se ha Revelado su Información Médica Protegida** -Usted tiene derecho a pedir que se le entregue una lista de algunas instancias en que su información de salud protegida ha sido revelada por Child & Family Agency o por otros o a nombre nuestro. Si desea solicitar esta lista, usted tendrá que hacerlo por escrito, deberá indicar un período que debe comenzar el 14 de Abril del 2003 o después de esta fecha, eso son seis (6) años desde la fecha de su petición. La primera lista que se entregue dentro de los primeros doce meses, será gratis. Podríamos cobrarle un monto razonable para cubrir costos, por cada lista que requiera dentro de los primeros doce meses. Sin embargo, se le dará la oportunidad de retirar o modificar su petición para que de esa manera evite o reduzca el pago.

**Derecho de Obtener una Copia en Papel de esta Notificación** - Usted tiene derecho a recibir una copia de esta Notificación en papel, incluso si usted accedió a recibir este documento electrónicamente. Usted puede recibir una copia de esta Notificación en cualquier momento, sólo tiene que contactarse con Child & Family Agency. Además, usted puede obtener una copia de esta Notificación en nuestra página web: [www.cfapress.org](http://www.cfapress.org)

**Derecho a quejarse** - Si usted cree que nosotros hemos violado sus derechos a la privacidad, puede presentar una queja con nosotros o con la Secretary of Health and Human Services (Secretaría de Salud y de Servicios Humanos). Usted puede presentar una queja con nosotros si notifica de esto a nuestro Oficial de Privacidad de la agencia. No habrán represalias en contra suya si es que presenta una queja. Nosotros haremos todo lo que este a nuestro alcance para resolver la queja con usted.

G:forms/clinical/forms to use/agency intake paperwork/spanish intake paperwork/notice of privacy practices – spanish rev 7.18



Formulario de Reconocimiento y Confirmación de Cita

Firmando este documento, reconozco que he revisado el Aviso de Practicas de Privacidad de Child & Family Agency of Southeastern CT, Inc. que está en efecto.

- También estoy de acuerdo que mi información confidencial de salud sea utilizada para confirmar mis citas. Esto involucra que se deje el nombre de la agencia, terapeuta, lugar y hora de mi cita.

Por favor dejar un mensaje de voz al: \_\_\_\_\_

y/ o

Por favor mandar un mensaje de texto al: \_\_\_\_\_

- No, Por favor no confirmar citas.

---

Escriba Nombre del Cliente Identificado

Fecha de nacimiento

---

Escriba Nombre del Individuo o Representante Personal

---

Firma del Individuo o Representante Personal

Fecha

Si esta firmado por el representante del cliente, describa la autoridad legal del representante para actuar en representación del cliente:

---

No se pudo obtener consentimiento o reconocimiento escrito por:

- Negación del cliente/ individuo
- Situación de un tratamiento de emergencia
- Cliente/individuo no pudo firmar por incapacidad u otra razón medica.
- Otro: \_\_\_\_\_

**Autorización para la Divulgación de Información Confidencial de Salud: Escuela**

**Nombre del Cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Caso (si es diferente al de arriba):** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Otras personas incluidas en esta autorización:**

**Fecha de nacimiento:**

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

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

Yo autorizo a Child & Family Agency a que usen o divulguen mi información confidencial de salud como se especifica más adelante. Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación escrita a Child & Family Agency. Yo entiendo que mis derechos a revocar la autorización son explicados en la Información sobre las Normas de Privacidad de Child & Family Agency.

1) Por favor use o divulgue la siguiente información de salud, si es que esta existe:

\_\_\_ El registro medico completo (toda la información en posesión de Child and Family Agency por el período indicado a continuación o la información en posesión de la fuente de información # 2).

\_\_\_ La siguiente información limitada de salud: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Incluir información relacionada al VIH/SIDA

\_\_\_ Incluir información concerniente a drogas y alcohol

Por favor tenga en cuenta, que una vez que usted autoriza y se entrega la información, esta información está sujeta a ser divulgada nuevamente y puede que no esté protegida por HIPAA.

2) Por favor especifique la fuente de la información, el destinatario, y/o los individuos que pueden obtener o entregar la información, dentro de las limitaciones anteriormente descritas.

Fuente de Información / Destinatario: \_\_\_\_\_  
*(Índica el Sistema Escolar)*

Fuente de Información / Destinatario: Enfermera(s) Escolar  
*Con el entendimiento de que algunas enfermeras escolares están empleadas por otras entidades, como el VNA de Southeastern, CT, etc.*

Marque si aplica (opcional)

Fuente de Información / Destinatario: Oficial asignado a la escuela del estudiante  
*(ingrese el nombre del Departamento Policial)* Ciudad de \_\_\_\_\_

3) Por favor especifique el período de tiempo que la información divulgada debería comprender:

\_\_\_ Toda la información generada en cualquier momento por Child and Family Agency, o

\_\_\_ Desde: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hasta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

4) Por favor especifique la razón para pedir la información:

\_\_\_\_\_ Planificación del tratamiento y coordinación de servicios

\_\_\_\_\_ Por la siguiente razón: \_\_\_\_\_

Si no se especifica una fecha, esta autorización expirará un año después de la fecha de la firma.

A menos que se revoque antes, esta autorización expirará en la siguiente fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Máximo 1 año, o 90 días después de dar de alta, o lo que suceda primero)

Al firmar abajo, comprendo y reconozco que:

- Yo he leído este formulario entiendo la autorización que firmo;
- Si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de mi información confidencial de salud pertinente a esta autorización, puedo contactar a la persona encargada de las normas de Privacidad de la agencia, Karen Either-Waring, LMFT, al 860-449-8217.

Escribir nombre del Cliente o Padre/Tutor Legal	Firma del Cliente o Padre/Tutor Legal	Fecha
---	---------------------------------------	-------

En caso de que este documento sea firmado por otra persona que no sea el cliente, se debe indicar la autoridad legal del representante para actuar a nombre del cliente:

Padre/Otro Tutor Legal/Trabajador(a) DCF: \_\_\_\_\_

Autoridad legal del representante verificado por: \_\_\_\_\_

*Personal de Child and Family Agency*

**DECLARACIÓN SOBRE LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

**Archivos y comunicaciones psiquiátricas:**

En caso de que la información divulgada constituya comunicación privilegiada entre paciente-psiquiatra:

La confidencial de este archivo es obligatoria en virtud del Capítulo 889 de los Estatutos Generales de Connecticut. Este material no se transmitirá a nadie sin autorización escrita como lo disponen los estatutos anteriormente mencionados.

**Archivos pertinentes al Abuso de Drogas y Alcohol**

En caso de que la información que se divulgue este protegida por el reglamento de HHS de confidencialidad de los Documentos de Pacientes con Problemas de Abuso de Alcohol y Drogas: Esta información ha sido divulgada de archivos protegidos por las leyes Federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las normas Federales prohíben que usted divulgue información adicional sin el previo consentimiento por escrito de la persona a la cual esta información le pertenece, o como lo permiten las leyes Federales (42 CFR Parte 2). Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra índole NO es suficiente para este fin. Las reglas Federales limitan el uso de cualquier información para investigar o procesar criminalmente a pacientes con problemas de abuso de alcohol o drogas.

**Información Relacionada con el VIH**

En el caso de que la información divulgada constituya información confidencial relacionada con el HIV la cual está protegida en virtud de la ley de Connecticut: Esta información ha sido divulgada de archivos cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal. La Ley Estatal prohíbe que se divulgue información adicional sin el previo consentimiento por escrito de la persona a la cual esta información le pertenece, o como lo permite la ley antes mencionada. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra índole NO es suficiente para este fin.

**Autorización Para la entrega de Información Médica Confidencial**

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Caso (si es diferente de arriba): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección:

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

Otras personas incluidas en esta autorización:

Fecha de Nacimiento:

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

Yo autorizo el uso o de mi información medica protegida por Child and Family Agency como especificado en lo siguiente. Tengo entendido que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento en forma de aviso escrito y firmado. Tengo entendido que una descripción de mi derecho de revocar esta autorización esta explicado en el aviso de Prácticas de Privacidad de Child and Family Agency.

1) Favor de usar o revelar la siguiente información médica, si la siguiente existe:

\_\_\_ Historial Medico (toda la información generada por Child and Family Agency por el periodo de tiempo indicado abajo o generado por la fuente de información nombrada en el #2).

\_\_\_ La siguiente información médica:

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

\_\_\_ Incluyendo información del HIV/SIDA

\_\_\_ Incluyendo información de abuso de sustancias controladas

Es aconsejado por favor que una vez nosotros descubrimos esta información por sus instrucciones que la información es susceptible al descubrimiento y puede no demora es protegido por HIPPA

2) Favor de especificar la fuente de información y los individuos que pueden obtener o revelar información en acuerdo con los límites definidos arriba.

Fuente de Información \_\_\_\_\_

Dirección/Ciudad: \_\_\_\_\_

Para incluir personal Involucrados en el Caso

Estado: \_\_\_\_\_

O, Individuos Especificados: \_\_\_\_\_

3) Favor de especificar el periodo de tiempo relacionado con la información revelada:

\_\_\_ Sin plazo, o

\_\_\_ Del: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Al: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

4) Favor de especificar la razón por la cual esta información ha sido solicitada:

\_\_\_ Planificación del tratamiento y coordinación de servicios

\_\_\_ Por la siguiente razón: \_\_\_\_\_

A menos que sea revocada antes, esta autorización vencerá en la siguiente fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(Máximo 1 año o 90 días después de )

Al firmar este documento, doy por entendido y reconozco lo siguiente:

- He leído este formulario y entiendo la autorización que he firmado:
- Si tengo preguntas de la revelación de mi información médica protegida me podré comunicar con el oficial de privacidad de la agencia, Karen Ethier-Waring, LMFT at 860-449-8217

---

**Nombre del Cliente o Padre/Guardián Legal    Firma del Cliente o Padre/Guardián Legal    Fecha**

Si es firmado por el representante del cliente, favor de describir la autoridad legal del representante para actuar en representación del cliente:

Padre/Guardián Legal/Trabajador de DCF \_\_\_\_\_

**Autoridad legal del representante verificado por:** \_\_\_\_\_  
**Miembro del Personal de Child and Family Agency**

**DECLARACION CON RESPECTO A INFORMACION CONFIDENCIAL**

**Comunicaciones y Historial Médico**

En el caso de que información revelada constituya de comunicaciones privilegiadas entre siquiatra y cliente:  
Esta información a sido revelada de documentos protegidos por las reglas de confidencialidad federales (42 CFR Parte 2). Las reglas federales prohíben que usted revele información recibida a menos que tenga autorización escrita o como permitido por 42 CFR Parte 2. En este caso, autorización para la revelación de información médica no será suficiente. Las reglas federales restringen el uso de información para investigar abusos criminales del abuso de sustancias controladas.

**Historial de Abuse de Sustancias Controladas**

En el caso de que la información revelada este protegida por las regulaciones de HHS de sustancias controladas:  
Esta información a sido revelada de documentos protegidos por las reglas de confidencialidad federales (42 CFR Parte 2). Las reglas federales prohíben que usted revele información recibida a menos que tenga autorización escrita o como permitido por 42 CFR Parte 2. En este caso, autorización para la revelación de información médica no será suficiente. Las reglas federales restringen el uso de información para investigar abusos criminales del abuso de sustancias controladas.

**Información Relacionada al HIV**

En el caso de que información revelada incluya información confidencial protegida sobre la ley del Estado de Connecticut relacionada al HIV:  
Esta información ha sido revelada de documentos confidenciales y es protegidas por ley. La ley prohíbe revelación de información recibida sin autorización escrita y firmada. Una autorización general para la revelación de información médica no es suficiente en este caso.

Child and Family of Southeastern CT.

Intake and Developmental Questionnaire (Spanish)

Nombre del niño(a) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que completa el cuestionario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el niño(a): \_\_\_\_\_ Quien lo refirió a usted/su hijo(a) a CFA: \_\_\_\_\_

Describe el motivo por cual se solicita la terapia en este momento y que es lo que el niño(a) y el cuidador esperan obtener del tratamiento:

Lista de verificación de problemas (marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Comportamiento problemático	<input type="checkbox"/> Comportamientos de alto riesgo	<input type="checkbox"/> Autolesiones (cortes, etc.)
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Homicida	<input type="checkbox"/> Antecedentes de autolesión
<input type="checkbox"/> Crueldad con los animales	<input type="checkbox"/> Hiperactivo	<input type="checkbox"/> Abuso sexual
<input type="checkbox"/> Distracción	<input type="checkbox"/> Pensamientos compulsivos	<input type="checkbox"/> Inquietudes en relación con la identidad sexual
<input type="checkbox"/> Separación del hogar/ o el cuidador primario	<input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Problemas de control de esfínteres
<input type="checkbox"/> Presencia episodios de violencia familiar	<input type="checkbox"/> Baja autoestima	<input type="checkbox"/> Comportamiento sexual problemático
<input type="checkbox"/> Presencia episodios de violencia en la comunidad	<input type="checkbox"/> Estado de ánimo deprimido	<input type="checkbox"/> Problemas para dormir
<input type="checkbox"/> Problemas de alimentación	<input type="checkbox"/> Negligencia de parte de los cuidadores	<input type="checkbox"/> Robos
<input type="checkbox"/> Conflicto familiar	<input type="checkbox"/> Comportamientos desafiantes	<input type="checkbox"/> Consumo de sustancias/drogadicción
<input type="checkbox"/> Temores/fobias	<input type="checkbox"/> Problemas en las relaciones con los compañeros (as)	<input type="checkbox"/> Tendencias suicidas
<input type="checkbox"/> Provocación de incendios	<input type="checkbox"/> Problemas relacionándose con otras personas	<input type="checkbox"/> Antecedentes de intento de suicidio
<input type="checkbox"/> Duelo/pérdida	<input type="checkbox"/> Maltrato físico	<input type="checkbox"/> Ver/oír cosas que otras personas no pueden ver ni oír
	<input type="checkbox"/> Fugas	<input type="checkbox"/> Otros (describa a continuación)
	<input type="checkbox"/> Problemas escolares	
	<input type="checkbox"/> Evasión de la escuela	

Child and Family of Southeastern CT.

Intake and Developmental Questionnaire (Spanish)

Fortalezas del niño y la familia, Cultura y Apoyos

¿Qué le gusta hacer a su hijo(a) para divertirse?
¿Quién les brinda apoyo emocional a usted y a su hijo(a)? ¿A quién le pediría ayuda en caso de necesitarla?
¿Qué es lo que más le gusta de su hijo(a)?
¿En que es su hijo(a) bueno?
¿Su hijo(a) se parece a alguien/lleva el nombre de alguien?
¿Qué tradiciones o creencias son importantes para su familia? (Religión, días festivos, prácticas culturales, etc.)

Custodia actual: \_\_\_\_\_ Padres \_\_\_\_\_ Hogar de cuidado transitorio \_\_\_\_\_ Hogar comunitario  
\_\_\_\_\_ Familiares \_\_\_\_\_ Otro (describa) \_\_\_\_\_

¿Ha estado el niño(a) alguna vez en un hogar de cuidado transitorio? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Fechas de las custodias en hogares transitorios:

¿El niño(a) fue adoptado? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No En caso afirmativo, edad al momento de la adaptación \_\_\_\_\_

Intervención del DCF \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_ Actual \_\_\_\_\_ Pasada

Nombre del trabajador del DCF (si corresponde): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

*Recuerde firmar una divulgación de información para el trabajador del Departamento de Niños y Familias (DCF, por sus siglas en Inglés) si esta pidiendo ayuda para un problema relacionado con este departamento.*



Child and Family of Southeastern CT.

Intake and Developmental Questionnaire (Spanish)

¿Algún problema legal actual entre los miembros de la familia? En caso afirmativo, explique.

Historia de empleo \_\_\_\_\_

Antecedentes de tratamientos psicoterapéuticos y psiquiátricos: *incluya los servicios para pacientes hospitalizados, las visitas a la sala de emergencia, programa parcial de hospitalización, los servicios de atención residencial y de orientación basados en la comunidad.*

Fechas	Nombre del centro/proveedor	Tipo de tratamiento/motivo de la admisión

Medicamentos Psiquiátricos

Medicamentos actuales	Dosis	Reacción
Medicamentos anteriores	Dosis	Reacción

POR FAVOR DESCRIBA CUALQUIER ACONTECIMIENTO CRITICO RECIENTE O PERMANENTE PARA EL NIÑO(A) Y SU FAMILIA. (Incluya los traumas, las muertes imprevistas, las enfermedades y los cambios importantes.) POR FAVOR INDIQUE SI HAY ACONTECIMIENTOS EN LOS QUE USTED O SU HIJO(A) NO PUEDEN DEJAR DE PENSAR O QUE AÚN LES RESULTAN MUY ANGUSTIANTES

1.
2.
3.

ANTECEDENTES MÉDICOS Y DEL DESARROLLO

Describa las dificultades del desarrollo que tuvo su hijo(a) en relación con el destete y para comer, caminar, hablar y controlar esfínteres, precocidad

Nombre del pediatra y número de teléfono \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico \_\_\_\_\_

¿La madre del niño(a) consumió alcohol o drogas no recetadas durante el embarazo? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Describa:

¿Su hijo(a) fue a preescolar? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No      Describa como respondió a la escuela

Describa el nivel de actividad de su hijo(a) en el útero, como lactante menor, como lactante mayor y en la actualidad

Describa cualquier problema médico actual o en el pasado

¿Tiene usted o el pediatra alguna preocupación en relación con la dieta de su hijo(a)? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Describa:

¿Tuvo su hijo(a) un aumento o una baja de peso importante? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Describa:

¿Cómo está el apetito de su hijo(a)? ¿Alguna preocupación sobre los hábitos alimenticios?

¿Tiene su hijo(a) alguna alergia? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Describa la reacción:

*\*Por favor recuerde firmar una divulgación de información para el pediatra.*

Child and Family of Southeastern CT.

Intake and Developmental Questionnaire (Spanish)

ANTECEDENTES ESCOLARES

Grado actual _____	¿En nivel escolar? _____ Sí _____ No
¿Repitió grados? _____ Sí _____ No	
¿Apoyo de educación especial? _____ Sí _____ No      Plan 504 _____ Sí _____ No	
Explique:	
Comentarios: (fortalezas y dificultades en la escuela)	
Problemas de comportamiento/absentismo escolar/acoso escolar durante la edad escolar ("bullying"):	
Nombre de la escuela:	
Nombre del contacto en la escuela:	
Nombre del maestro de clase:	
Teléfono de la escuela:	

*\*Por favor recuerde firmar una divulgación de información para la escuela si está solicitando ayuda por un problema que puede afectar el rendimiento o la asistencia escolar.*

*\*Por favor traiga copias de los resultados de las pruebas de su hijo(a). Esto incluye las pruebas realizadas en la escuela o pruebas dadas por otro proveedor.*

Child and Family of Southeastern CT.

Intake and Developmental Questionnaire (Spanish)

*PROBLEMAS FAMILIARES* Describa los problemas familiares que pueden afectar a su hijo(a) biológica o emocionalmente (pérdidas, problemas físicos o de salud mental en la familia, empleo del cuidador, dificultades maritales, divorcio o nuevas relaciones, problemas relacionados con la adicción a las drogas)

1.
2.
3.

¿Qué es lo que mas lo enorgullece como padre/madre/cuidador de su hijo(a)?
¿De qué manera las dificultades en su vida (problemas emocionales, físicos, de relación) afectan a su hijo(a) en este momento?
¿De qué manera lo afectan a usted las dificultades de su hijo(a) en este momento?
¿Qué otras cosas podrían ser importante saber sobre usted, su familia, y su hijo(a)?