



Niño/ADOLESCENTE FORMULARIO DE REGISTRO

Por favor, responda las siguientes preguntas a lo mejor de sus habilidades. Estas preguntas son para ayudar al practicante con el proceso de evaluación. Esta información se mantiene en nuestros altos estándares de confidencialidad. Este cuestionario tardará aproximadamente 30 minutos en completarse.

Información del cliente

Apellido: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Género: ____ Altura del ____ Female Masculino: _____
Peso: _____

Dirección: _____

Escuela del Niño: _____

¿El niño está en educación especial? ____ SI ____ NO Si es así, ¿qué tipo? _____

¿El niño es adoptado? ____ SI ____ NO En caso afirmativo, a qué edad: _____

Padre o tutor

Apellido: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección si no es la misma que la anterior:

Dirección: _____

Estado civil del padre/tutor: ____ Soltero ____ Asociado ____ Casado ____ Divorciado ____ Casado ____ Viuda

Teléfono de casa: _____ Sí ____ NO

Celda / Otro _____ Sí ____ NO

Correo electrónico: _____ Sí ____ NO *NOTA: ¡los correos electrónicos pueden no ser confidenciales!

Padre o tutor

Apellido: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección si no es la misma que la anterior:

Dirección: _____

Estado civil del padre/tutor: ____ Nunca casado ____ Casado ____ Casado ____ Separado ____ Divorciado ____ Viuda

Teléfono de casa: _____ Sí ____ NO

Celda / Otro _____ Sí ____ NO

Correo electrónico: _____ Sí ____ NO *NOTA: ¡los correos electrónicos pueden no ser confidenciales!

Seguro primario: _____

Nombre del suscriptor: _____

Seguro Secundario: _____

Referido por: _____

Asignación de beneficios:

Yo suepor asignar, transferir, y transmitir todos los beneficios médicos que se pagarán directamente a Sunshine Psychiatry, LLC y reconocer que es mi responsabilidad pagar por todos los servicios no cubiertos. También autorizo a Sunshine Psychiatry, LLC, a divulgar cualquier información necesaria para procesar una reclamación de seguro en caso de que el paciente sea menor de edad, un padre o tutor que será responsable del pago de la factura, debe acompañar al paciente. Una fotocopia de esta Asignación se considerará válida como el original.

Firma: _____

AVISO DE CUMPLIMIENTO DE HIPAA

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una "Regla de Privacidad" para ayudar a asegurar que la información de atención médica personal esté protegida para la privacidad. La Regla de Privacidad también fue creada con el fin de proporcionar un estándar para ciertos proveedores de atención médica para obtener el consentimiento de sus pacientes para usos y divulgaciones de información de salud sobre el paciente para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica.

Como nuestro paciente, queremos que sepa que respetamos la privacidad de sus registros médicos personales y haremos todo lo posible para asegurar y proteger esa privacidad. Nos esforzamos por tomar siempre precauciones razonables para proteger su privacidad. Cuando sea apropiado y necesario, proporcionamos solo la información mínima sobre su información de atención médica, tratamiento, información de tratamiento, pago u operaciones de atención médica con el fin de proporcionar atención médica que sea en su mejor interés. También queremos que sepa que apoyamos su acceso completo a sus registros médicos personales. Es posible que tengamos relaciones de tratamiento indirecto con usted (como laboratorios, que solo interactúan con médicos y no con pacientes), y que pueden tener que divulgar información de salud personal para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Estas entidades no son necesarias a menudo para obtener el consentimiento del paciente. Usted puede negarse a dar su consentimiento para el uso de la divulgación de su Información De Salud Personal (PHI). Si decide dar su consentimiento en este documento en algún momento futuro, puede solicitar rechazar la totalidad o parte de su PHI. No puede revocar las acciones que ya se han tomado y que se basaron en este o en un consentimiento firmado anteriormente. Si tiene alguna objeción a este formulario, por favor pida hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento de la HIPAA. Usted tiene derecho a revisar nuestro aviso de privacidad, solicitar restricciones y revocar el consentimiento por escrito después de haber revisado nuestro aviso de privacidad.

Firma: _____

Describe el problema: Por favor explique sus preocupaciones actuales acerca de su hijo y lo que usted piensa que está causando el problema: _____

Inicio: ¿Cuándo notó por primera vez la preocupación / problema? Qué más estaba sucediendo en ese momento que podría ser importante: _____

¿Qué espera obtener de esta evaluación y/o asesoramiento? _____

Otros médicos/especialistas: _____

Farmacia/Dirección: _____

HISTORIA MEDICA PASADA

Por favor, enumere todas las operaciones anteriores

Cirugía	Fecha Aproximada	Cirujano	Hospital
---------	------------------	----------	----------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Problemas médicos mayores anteriores: _____

Compruebe si está recibiendo tratamiento o si ha recibido tratamiento en el pasado:

___ Anemia	___ Artritis	___ Asma	___ Defecto de nacimientos
___ Problemas de sangrado	___ Cáncer	___ Actualmente Embarazada	___ Diabetes
___ Epilepsia	___ Problemas oculares	___ Problemas auditivos	___ Enfermedades del corazón
___ Hepatitis	___ Intestinal/gastro	___ Enfermedad renal	___ Migrañas
___ Flebitis (coágulos sanguíneos)	___ Fiebre reumática/escarlata	___ STD	___ Trastorno de la piel
___ Diseastiroideos e	___ Otros		

MEDICAMENTOS DOSAGE CÓMO EL MÉDICO DE LARGA DIRECCIÓN

ALERGIAS A MEDICAMENTOS

Reacción en farmacia

PREGUNTA DE INTAKE PARA NUEVOS PACIENTES (HIJO/ADOLESCENTE)

Estado civil: casado soltero separado divorciado

 Se volvió a casar conviviendo en viudez

Si corresponde, complete lo siguiente:

Nombre del socio: _____

Ocupación del socio: _____

SI TIENE HIJOS POR FAVOR ENUMERE SUS NOMBRES Y EDADES:

#	Nombre	Sexo	Edad	#	Nombre	Sexo	Edad
1				4			
2				5			
3				6			

LA OMS VIVE ACTUALMENTE EN SU RESIDENCIA (adultos y niños)

#	Nombre	Relación	Sexo	Edad	#	Nombre	Relación	Sexo	Edad
1					4				
2					5				
3					6				

Síntomas

Por **favor, compruebe** cualquier síntoma o experiencia que haya tenido en el **último mes**:

Dificultad para conciliar el sueño Dificultad para permanecer dormido
 Dificultad para levantarse de la cama No sentirse descansado por la mañana
 Pesadillas Terrores nocturnos

Promedio de horas de sueño por night _____

Pérdida persistente de interés en actividades previamente disfrutadas
 Retirarse de otros people El gasto aumentó el tiempo solo
 Tristeza Sentirse entumecido
 Worthlessness la desesperanza

___ Aumento de la energy ___ Disminución de la energía
___ Indefensidad ___ Disminución de la motivación
___ Sentimientos frecuentes de guilt ___ estallidos de ira
___ Irritability ___ Dificultad para concentrarse o pensar
___ Estado de ánimo rápido changes ___ Automutilación / corte
___ Pensamientos sobre dañar o matar yourself ___ Pensamientos sobre dañar o matar a otra persona

___ Ansiedad ___ Aumento de la tensión muscular
___ Dificultad para salir de tu casa ___ Dificultad para recuperar el aliento
___ Temblors ___ Miedo
___ Dizziness ___ preocupación frecuente
___ Ataques inusuales de pánico sweating ___
___ Racing thoughts ___ recuerdos intrusivos
___ Comportamientos repetitivos o actos mentales (es decir, contar, revisar puertas, lavarse las manos)
___ Miedo a ciertos objetos o situaciones (es decir, volar, alturas, insectos) Describe: _____
___ Evitar personas, lugares, actividades o cosas específicas

___ Evento traumático experimentado/testigo ___ Re-experimentación persistente de evento traumático
___ Flashbacks ___ Fácilmente iniciado, talando "jumpy"
___ Comportamiento de evitación ___ Aumento de la lanza vigi/fácilmentesorprendido

___ Sentir como si estuvieras fuera de ti mismo, separado, observando lo que estás haciendo
___ Sentirse perplejo en cuanto a lo que es real e irreal
___ Pensamientos, impulsos o imágenes persistentes, repetitivos e intrusivos
___ Experiencias visuales inusuales como destellos de luz, sombras
___ Sensaciones físicas que otros no tienen
___ Escuchar voces cuando nadie más está presente
___ Sentir que tus pensamientos están controlados o colocados en tu mente
___ Sentir o actuar como una persona diferente
___ Sentir que la televisión o la radio se está comunicando con usted

___ Dificultad para resolver problemas ___ Dificultad para cumplir con las expectativas de roles
___ Dependencia de los demás ___ Manipulación de otros para cumplir tus propios deseos
___ Expresión inapropiada de ira ___ Grandes brechas en la memoria
___ Dificultad o incapacidad para decir "no" a otros ___ Comunicaciones ineficaces
___ Sentido de falta de control ___ Disminución de la capacidad para manejar el estrés
___ Relación abusiva ___ Dificultad para expresar emociones
___ Preocupaciones sobre su sexualidad

¿Has estado tomando medicamentos PSIQUIÁTRICOS en el pasado? ____ NO ____ SI SI, por favor enumere:

Medicación	Dosificación	Primera/última vez que lo tomaste	Efecto de la medicación

¿Has sido hospitalizado por razones psiquiátricas? ____ NO ____ SI SÍ, describe:

Hospital	Fechas	Razón

¿Has intentado suicidarte? ____ NO ____ SI SÍ, describe:

¿Has participado en alguna conducta de autolesiones? ____ NO ____ SI, describe:

Empleo

¿Está empleado actualmente? _____

En caso afirmativo, nombre del empleador: _____

¿Qué tipo de trabajorealizas? _____

Historial de empleo (más recienteprimero, utilizar el papel si es necesario):

Tipo de trabajo	Fechas	Motivo para irse

--	--	--

¿Te han arrestado? _____

En caso afirmativo, describa: _____

¿Tienes una afiliación religiosa? _____

En caso afirmativo, ¿qué es? _____

¿En qué tipo de actividades sociales participas? _____

¿A quién acudes en busca de ayuda con tus problemas? _____

¿Alguna vez has sido abusado?

Verbalmente
 Emocionalmente
 Físicamente
 Sexualmente
 Descuidado

Describe: _____

HISTORIA FAMILIAR

PADRE: Edad: _____ Vivir Causa fallecida

muerte: _____

Si se muere, su edad en el momento de su muerte: _____

Su edad en el momento de su

muerte: _____

Ocupación: _____

Salud: _____

Frecuencia de contacto con él: _____

¿Está usted/ha estado cerca de él? _____

MADRE: Edad: _____ Vivir Causa fallecida

muerte: _____

Si es fallecida, su edad en el momento de su muerte: _____

Tu edad en el momento de su

muerte: _____

Ocupación: _____

Frecuencia de contacto con ella: _____

¿Está usted/ha estado cerca de ella? _____

HERMANOS y SISTERS:

Nombre	Sexo	Edad	Paradero	¿Estás cerca de él/ ella	
				SÍ	NO
				SÍ	NO
				SÍ	NO
				SÍ	NO

Durante su infancia, ¿vivió algún período significativo de tiempo con alguien que no sea su padrenatural? NO SÍ

Si es así, por favor dé el nombre y la relación de la persona con usted

Nombre: _____

Por favor, coloque una marca de verificación en la casilla correspondiente si estos están o han estado presentes en sus parientes:

	Niños	Hermanos	Hermanas	Padre	Madre	Tío/Tía	Abuelos
Problemas nerviosos							
Depresión							
Hiperactividad							
Asesoramiento							
Medicamentos psiquiátricos							
Hospitalización psiquiátrica							
Intento de suicidio							
Muerte por suicidio							
Problema con la bebida							
Problema de drogas							

Abuso

Alcohol

¿Bebe alcohol? _____ En caso afirmativo, edad de primer uso: _____

¿Cuánto bebes? _____

¿Con qué frecuencia bebes? _____

¿Alguna vez se ha desmayado de beber? _____

¿Con qué frecuencia? _____

¿Alguna vez te has desmayado por beber? _____

¿Con qué frecuencia? _____

¿Alguna vez has tenido los "temblores"? _____ ¿Con qué frecuencia?

¿Alguna vez has sentido que deberías reducir tu consumo de alcohol / drogas? _____

¿La gente te ha molestado criticando tu consumo de alcohol/drogas? _____

¿Alguna vez te has sentido mal o seha sentido mal por tu consumo de alcohol/drogas? _____

¿Alguna vez has bebido / usado drogas en la mañana para estabilizar los nervios o aliviar la resaca? _____

¿Usas tabaco? _____

¿Utilizas productos de café/cafeína/energía? _____ En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____

Otras drogas

Por favor, indique para cada medicamento que se enumeran a continuación:

Droga	¿Alguna vez lo has usado?	Edad a^{1o} uso	Tiempo desde el último uso	Uso aproximado en los últimos 30 días
Marihuana				
Cocaína				
Crack				
Heroína				
Metanfetamina				
Ycstasy				

SUNSHINE PSYCIATRY, LLC
CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE

NOMBRE: _____

Fecha de nacimiento: _____

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia te ha molestado alguno de los siguientes problemas?

(Utilice "X" para indicar su respuesta)

	De nada	VARIOS DÍAS	MÁS DE LA MITAD DE LOS DÍAS	CASI TODOS LOS DÍAS
Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
Sentirse deprimido, deprimido o desesperanzado	0	1	2	3
Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado	0	1	2	3
Sentirse cansado o tener poca energía	0	1	2	3
Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
Sentirse mal consigo mismo, o que usted es un fracaso o se ha dejado caer a ti mismo o a tu familia	0	1	2	3
Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haber notado. O todo lo contrario: estar tan inquieto o inquieto que te has estado moviendo mucho más de lo habitual.	0	1	2	3
Pensamientos que estarías mejor muerto, o de lastimarte a ti mismo	0	1	2	3
<i>(Profesional de la salud: Para la interpretación de TOTAL, por favor refiérase a la tarjeta de puntuación que lo acompaña)</i>	Añadir columnas	+	+	
	Total:			
Si ha comprobado algún problema, ¿qué tan difíciles han hecho que estos problemas hagan para usted hacer su trabajo, cuidar de las cosas en casa, o llevarse bien con otras personas?	No difícil _____ Algo difícil _____ Muy difícil _____ Extremadamente difícil _____			



SUNSHINE PSYCHIATRY, LLC

ROSA E. SMITH, MSN, ARNP-BC

Información del paciente (Por favor imprima)

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Liberar mis registros de:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Teléfono: _____

Sulte Mis registros para:

Sunshine Psychiatry, LLC

13100 Westlinks Terrace, Unit 8

Fort Myers, FL 33913

Teléfono: 239-202-0932

FAX: 949-543-2509

Por favor, envíe registros a más tardar: _____ Tan pronto como sea posible

Por favor, libere una copia de mis registros psiquiátricos y médicos, incluyendo, pero no limitado a, notas y evaluaciones de oficina /progreso, resultados de laboratorio, listas de medicamentos y resultados de diagnóstico.

Por mi firma autorizo la publicación de mis registros médicos:

Firma: _____

Testigo: _____



POLÍTICAS DE OFICINA EFECTIVO 5/1/2018

1. Las recargas de medicamentos deben solicitarse en el momento de la cita del paciente. Si el paciente no notifica al practicante que se requiere una recarga antes de la próxima cita, puede haber un cargo de \$25 prestado por el servicio.
2. Si hay un cambio de farmacia solicitado después de que se escriba una receta, puede haber un cargo de \$25 prestado.
3. Si un paciente llega más de 10 minutos tarde a la cita programada, es posible que no se le vea y la cita tendrá que ser reprogramada. Al paciente se le cobrará un cargo por cancelación tardía de \$100 por esa cita.
4. Cuando un paciente encuentra la necesidad de llamar para cambiar una cita, debe ser consciente de que podría no haber suficientes suministros de medicamentos para durar hasta la próxima cita. Es responsabilidad del paciente pedir una extensión de medicamento en el momento del cambio de la cita. El hecho de no tomar esta iniciativa puede dar lugar al cobro de una tarifa por este servicio.
5. Si un paciente no se presenta para una cita programada, habrá una tarifa de \$100 por esta primera ocurrencia; para 2nd ocurrencia la tarifa es de \$125; el 3rd ocurrencia es \$175. Sunshine Psychiatry, LLC, puede optar por no hacer más citas después de tres fracasos para mostrar. **Tenga en cuenta que los cargos de NO-SHOW son responsabilidad del paciente y no se pueden facturar a ninguna compañía de seguros.
6. Vamos a realizar pruebas de drogas al azar dos veces al año. Si rechaza esto, Sunshine Psychiatry, LLC, tiene el derecho de negarse a proporcionar sus servicios psiquiátricos.
7. Esperamos que todas las cuentas se mantengan actualizadas en el momento de cada visita.



Sunshine Psychiatry, LLC

LICENCIAS Y PROCEDIMIENTOS PARA NUESTROS PACIENTES FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido, revisado, entendido y cumpliré con las políticas y procedimientos explicados en el formulario Sunshine Psychiatry, LLC.

Nombre impreso: _____

Firma: _____

Fecha: _____

COMET
SCARED – Padre

INSTRUCCIONES: Abajo hay una lista de declaraciones que describen como algunas personas se sienten. Lee cada frase y decide si “casi nunca o nunca es cierto” o “es cierto algunas veces” o “casi siempre o siempre es cierto” para su hijo/a. Circula el número que más le describe durante **los últimos tres meses**.

	Casi nunca o nunca es cierto	Algunas veces es cierto	Casi siempre o siempre es cierto
1. Cuando mi hijo/a se siente asustado/a, es difícil respirar para él/ella.	0	1	2
2. Cuando mi hijo/a está en la escuela, le duele la cabeza.	0	1	2
3. A mi hijo/a no le gusta estar con personas que no conoce bien.	0	1	2
4. Le da miedo a mi hijo/a dormir en otras casas.	0	1	2
5. Mi hijo/a se preocupa caerle bien a la gente.	0	1	2
6. Cuando se asusta, mi hijo/a siente que se va a desmayar.	0	1	2
7. Mi hijo/a es una persona nerviosa.	0	1	2
8. Mi hijo/a me sigue a todas partes donde voy.	0	1	2
9. La gente me dice que mi hijo/a se ve nervioso/a.	0	1	2
10. Mi hijo/a se siente nervioso/a cuando está con personas que no conoce bien.	0	1	2
11. Cuando mi hijo/a está en la escuela le duele el estómago.	0	1	2
12. Cuando mi hijo/a se asusta, se siente como si se fuera a enloquecer.	0	1	2
13. Mi hijo/a se preocupa de dormir solo/a.	0	1	2
14. Mi hijo/a se preocupa de ser tan bueno/a como los otros niños (por ejemplo: en sus estudios o deportes).	0	1	2
15. Cuando se asusta, mi hijo/a siente como si las cosas fueran diferentes o no reales.	0	1	2
16. En las noches mi hijo/a sueña que cosas malas les vayan a pasar a sus padres.	0	1	2
17. Mi hijo/a se preocupa de ir a la escuela.	0	1	2
18. Cuando mi hijo/a se asusta, el corazón le late muy rápido.	0	1	2
19. Mi hijo/a se pone tembloroso.	0	1	2

**COMET
SCARED – Padre**

	Casi nunca o nunca es cierto	Algunas veces es cierto	Casi siempre o siempre es cierto
20. Mi hijo/a tiene pesadillas de que le va a pasar algo malo.	0	1	2
21. Mi hijo/a se preocupa de que las cosas le salgan bien.	0	1	2
22. Mi hijo/a sude mucho cuando tiene miedo.	0	1	2
23. Mi hijo/a se preocupa demasiado.	0	1	2
24. Mi hijo/a se asusta sin razón.	0	1	2
25. Le da miedo a mi hijo/a estar solo/a en la casa.	0	1	2
26. Le cuesta a mi hijo/a hablar con personas que no conoce.	0	1	2
27. Cuando se asusta, mi hijo/a siente como si estuviese asfixiando.	0	1	2
28. Las personas me dicen que él/ella se preocupa demasiado.	0	1	2
29. A mi hijo/a no le gusta estar lejos de su familia.	0	1	2
30. Mi hijo/a tiene miedo de tener ataques de nervios (pánico).	0	1	2
31. Mi hijo/a se preocupa de que algo malo les vaya a pasar a sus padres.	0	1	2
32. Mi hijo/a se siente tímido/a cuando está con personas que no conoce.	0	1	2
33. Mi hijo/a se preocupa que le pasará en el futuro.	0	1	2
34. Cuando mi hijo/a se asusta, le dan ganas de vomitar.	0	1	2
35. Mi hijo/a se preocupa de que tan bien hace las cosas.	0	1	2
36. Mi hijo/a tiene miedo de ir a la escuela.	0	1	2
37. Mi hijo/a se preocupa de cosas que ya han pasado.	0	1	2
38. Cuando mi hijo/a se asusta, se siente mareado/a.	0	1	2
39. Mi hijo/a se siente nervioso/a cuando tiene que hacer algo delante de otros niños o adultos (ejemplos: leer en voz alta, hablar, jugar).	0	1	2
40. Mi hijo/a se siente nervioso/a de ir a fiestas, bailes, o alguna parte donde hay gente que no conoce.	0	1	2
41. Mi hijo/a es tímido/a.	0	1	2