



Querido Cliente,

Gracias por su interés en Tahoe Youth & Family Services. Esperamos que la siguiente información le ayude con el paquete de admisiones.

Tahoe Youth & Family Services cree que la familia juega una parte muy significativa en el éxito del desarrollo de cada familiar y su experiencia con nuestra agencia. Abajo hay información que le ayudará con el paquete de admisiones y también con su experiencia de conserjería.

- Si un menor es el cliente primario, el único papelerillo que NO será llenada por del menor es el cuestionario marcado "Padre/Guardián Joven 10-17 años" en la esquina derecha del paquete.
- Por favor haga el esfuerzo a llegar con tiempo para su cita. Nosotros apreciamos una noticia de 24 horas antes si es que planea cancelar su cita, para que nosotros podremos planear de acuerdo con los cambios. La regla de Tahoe Youth & Family Services es de descargar a un cliente después de 2 cancelaciones sin ninguna noticia anterior.
- Por favor solo traiga a los niños que serán atendidos en la cita. Descubrirá que nuestro lobby es un poco ocupado y no es un buen lugar para que niños estén por una hora.

Nosotros verdaderamente esperamos que Uds. encuentren su experiencia con Tahoe Youth & Family Services muy agradable, positiva y útil. Si tendría alguna pregunta o preocupación, por favor no deje de preguntarnos. Información en el págate de admisiones es confidencial, aunque no haga daños a uno mismo o otras personas.

Gracias por elegir a Tahoe Youth & Family Services.

Ubicaciones de Tahoe Youth & Family Services

Oficina de Gardnerville
1512 Hwy 395, Suite 3
Gardnerville, NV 89410
Tel (775) 782-4202
Fax (775) 782-5055

*Drop In Center de
Gardnerville*
1307 Langley, Unit 1
Gardnerville, NV 89460

Oficina de South Lake Tahoe & Drop In Center
1021 Fremont Ave.
South Lake Tahoe, CA 96150
Tel (530) 541-2445
Fax (530) 541-0517

*Oficina de Alpine County
Centro de Aprender*
100 Foothill Rd., Bld. D, Room 5
Woodfords, CA 96120
Tel (530) 694-9459

Texto 'tahoeyouth' a 839-863 • Línea de Crisis (800) 870-8937

www.tahoeyouth.org



IMPRIME PORFAVOR

Nombre del cliente: _____ Sexo: M F Edad: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Lugar de Nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

¿Tiene su niño(a) seguro médico? Sí No

¿Si la respuesta es “Si” cuál es el nombre de la compañía? _____

Estado de Salud: Excelente Bueno Favorable Pobre

¿Fue el niño(a) nacido prematuro? Sí No ¿De cuantas semanas? _____

Por favor marque abajo problemas de salud que ha tenido su niño(a), en el pasado o presente.

Nerviosismo/Ansiedad Insomnio Depresión

Por favor indique cualquier tratamiento psiquiátrico/psicológico:

Ninguno

Paciente externo (Fecha: ____ / ____ / ____) Donde: _____

Paciente internado (Fecha: ____ / ____ / ____) Donde: _____

Por favor liste hospitalizaciones (incluyendo hospitalizaciones psiquiátricas):

EDAD	ENFERMEDAD/HERIDA/CIRUGÍA	RESULTADO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Ha tenido su hijo intentos de suicidio? Sí No

¿Intentos sin hospitalizaciones? Sí No

Si la respuesta es “sí”, por favor explique: _____

¿Ha tenido su niño(a) problemas comiendo o de peso, tal como bulimia, anorexia, comiendo demasiado o no comiendo? Sí No

¿Tiene su niño(a) algún historia de cortarse o automutilación? Sí No

¿Ha sido su niño(a) abusado sexualmente o asaltado? Sí No

¿Su niño(a) ha sido tratado por un médico? Sí No

Si la respuesta es "sí", ¿cuándo? _____ / _____ / _____

Por favor marque abajo cualquier problema de salud que le aplique a su niño(a), en el pasado o presente. Si ninguno, no marque nada.

PROBLEMA/ SÍNTOMA	EDAD	P=PASADO/ T=PRESENTE	PROBLEMA/ SÍNTOMA	EDAD	P=PASADO/ T=PRESENTE
Quito amígdalas	_____	_____	Dificultad escuchando	_____	_____
Alergias/Asma	_____	_____	Problemas Dentales	_____	_____
Enfisema	_____	_____	Desórdenes de comer	_____	_____
Bronquitis	_____	_____	Dolores de cabeza frecuentes	_____	_____
Neumonía/Pulmonía	_____	_____	Depresión/Pensamientos de suicidio	_____	_____
Tuberculosis	_____	_____	Fatiga excesiva	_____	_____
Anemia	_____	_____	Diarrea persistente (por semanas o meses)	_____	_____
Coagulación de Sangre	_____	_____	Problemas con Riñones/Vejiga	_____	_____
Presión Alta	_____	_____	Polio	_____	_____
Problemas de Corazón	_____	_____	Fiebre Reumática	_____	_____
Diabetes	_____	_____	Malaria	_____	_____
Cáncer o Tumor	_____	_____	Mononucleosis infecciosa	_____	_____
Epilepsia	_____	_____	Encefalitis	_____	_____
Ictericia Amarilla	_____	_____	Meningitis	_____	_____
Úlceras	_____	_____	Problemas de la piel	_____	_____
Artritis/Gota	_____	_____	Manchas blancas en la boca persistentes	_____	_____
Enfermedad de Tiroideo	_____	_____	Pérdida excesiva de peso inexplicable	_____	_____
Enfermedad del Hígado	_____	_____	Hiperactividad	_____	_____
Varicela	_____	_____	Accidente Propenso	_____	_____
Sarampión	_____	_____	Lesión a la Cabeza	_____	_____
Dolores de Oído	_____	_____			
Problemas de Visión	_____	_____			

Otros problemas: _____

Por favor escriba detalles sobre respuestas: _____

¿Está tomando su niño(a) algún medicamento? Si la respuesta es "sí" por favor liste:

MEDICINA:

SE TOMA PARA:

¿Alguna vez su niño(a) ha tomado medicina para estado de humor (depresión, ansiedad) o para su conducta (hiperactividad), tales como Paxil, Prozac, Zoloft, Ritalin, etc.? Sí No Inseguro(a)

Si la respuesta es "sí", liste: _____

¿Hay alguien en tu familia inmediata que está tomando uno de estos medicamentos? Sí No

Si la respuesta es "sí", ¿quién, y qué está tomando? _____

¿Cuántas bebidas de cafeína (sodas, café, té, té helado) toma su niño(a) cada día? _____

¿Están las inmunizaciones (vacunas) al día de su niño(a)? Sí No

Fecha de tu última vacuna de Tétano ____ / ____ / ____

Al presente, ¿Tiene su niño(a) algún problema médico que puede interferir con su participación en un programa de consejería? Sí No

Si la respuesta es "sí", por favor explique: _____

¿De dónde obtiene su niño(a) servicios médicos? Departamento de Salud Doctor Privado(a)

¿Quién es su doctor? _____



T A H O E
YOUTH & FAMILY
 S E R V I C E S
A SAFETY NET OF SERVICES FOR YOUTH AND FAMILIES

**PADRE/GUARDIAN
 CUESTIONARIO CONFIDENCIAL
 (Menores 0-9 años)**

Llenado por Padres/Guardián

Fecha de hoy: ____ / ____ / ____

Client # Uso De Oficina: _____

IMPRIME PORFAVOR

Nombre del Cliente (Niño/a): _____ Sexo: M F Edad: _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Nombre de Escuela: _____ Grado: _____

Por favor Circule Uno: Madre / Guardián / Madrastra / Madre Adoptiva

Nombre de Madre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección Física: _____

Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
-------	--------	--------	---------------

Dirección Postal: _____

Calle o P.O. Box	Ciudad	Estado	Código Postal
------------------	--------	--------	---------------

No. Casa: (_____) _____ - _____ No. Celular: (_____) _____ - _____

¿Podemos dejar mensaje? Casa Celular

Estado Civil: Soltera Casada Divorciada Viuda Unión Libre

Ocupación: _____ Etnicidad/Raza: _____ Discapacitada: _____

Por favor Circule Uno: Padre / Guardián / Padrastro / Padre Adoptivo

Nombre de Padre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección Física: _____

Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
-------	--------	--------	---------------

Dirección Postal: _____

Calle o P.O. Box	Ciudad	Estado	Código Postal
------------------	--------	--------	---------------

No. Casa: (_____) _____ - _____ No. Celular: (_____) _____ - _____

¿Podemos dejar mensaje? Casa Celular

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Libre

Ocupación: _____ Etnicidad/Raza: _____ Discapacitado: _____

Por medio de las siguientes preguntas, podemos tener una mejor comprensión de sus problemas.

Al contestar honestamente nos ayudara a asistirle mejor.

Por favor explique algunos de los problemas usted encuentra siendo padres.

¿Cuáles son algunas de las conductas de sus niños que le preocupan más?

¿De qué maneras intentó resolver estos problemas?

¿Cuáles acontecimientos pasados piensa que contribuyeron a los problemas/preocupaciones de hoy?

Por Favor explique tres metas que usted quisiera lograr para sí mismo, sus niños, o su familia.

1. _____
2. _____
3. _____

¿Específicamente, que piensa usted que nosotros podríamos hacer para ayudarle a usted y a su hijo/s lograr estas metas?

Por favor marque todos los síntomas o comportamientos que ha tenido su niño/a

- Llora mucho
- No se puede calmar o consolar fácilmente
- Problemas durmiendo
- Camina en el medio de la noche
- Habla o llora cuando dormido(a)
- Es muy tímido
- Dificultades con cambios
- Retirado
- Miedoso y ansioso
- Enfermo frecuentemente
- Se mueve de un lado al otro
- Se pega la cabeza
- Muy pegado e inapropiadamente demandante
- Evita mirar a otros en el ojo
- No puede poner atención por largo tiempo
- Se pierde en su pensamiento, distraído
- No le gusta que nada este fuera de su lugar
- No le gusta esperar, quiere todo inmediatamente
- Problemas al comer (escoge mucho su comida)
- Miedo a ciertos animales, situaciones, o lugares otros aparte (explique)
-
- Se frustra fácilmente
- No se sienta quitamente
- Dificultad siguiendo direcciones
- Muy celoso(a)
- Sin motivación, no quiere jugar solo
- Sin miedo
- No muy activo, se mueve despacio, no tiene energía
- Cambios rápidos de humor, o de sentimientos Vomita (sin causa médica)
- Problemas de conducta en la escuela o guardería
- Dificultades llevándose bien con otros
- Disturba a otros niños
- Quejarse mucho
- Control de impulso
- Desafía las reglas
- Dificultades con lo que es correcto e incorrecto
- Resiste irse a dormir
- Actúa muy pequeño para su edad
- No sabe cómo divertirse, actúa como un “pequeño adulto”
- Pega y/o muerde a otros, es agresivo
- Novillero de la escuela antes de tener 13 años
- Hiperactivo
- Rabieta, berrinches
- Conducta sexual inapropiada
- problemas con eliminación (orinarse o ensuciar la cama)

Observaciones del Padre:

	SI	NO
1. ¿El niño o niña responde sonríe o se le saluda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Comparte objetos cuando juega?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Toma su turno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Participa en juegos de pretender con otros niños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Sigue las reglas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Usa palabras o gestos para comunicar necesidades o sentimientos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Demuestra curiosidad acerca de su ambiente (gente y cosas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Usando palabras o gestos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Está cómodo(a) con experiencias nuevas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Está cómodo(a) al despedirse de su cuidador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Se pone excitado cuando lo recoge de la guardería o del cuidador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Esta presentemente buscando servicios (o ha recibido servicios) de alguna de las siguientes?

Consejero (a) Privado(a) Nombre: _____ Fecha: _____

Otro lugar _____ Fecha: _____

¿Quién los recomendó aquí?

Usted Mismo(a)

Otro persona o agencia: _____

¿Alguna de las siguientes situaciones se han presentado en su familia? Si la respuesta es “sí,

¿Fecha de cuándo?

Situación	Año Cuando Ocurrió
<input type="checkbox"/> Divorcio de los padres	_____
<input type="checkbox"/> Arreglos de custodia ¿Es actual? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
<input type="checkbox"/> Padre con custodia primaria: _____	
<input type="checkbox"/> Muerte en la familia (¿Quién? _____)	_____
<input type="checkbox"/> Hospitalización del niño(a)	_____
<input type="checkbox"/> Perdida de amigos	_____
<input type="checkbox"/> Muerte de animal doméstico	_____
<input type="checkbox"/> Partida de una persona significativa (¿Quién? _____)	_____
<input type="checkbox"/> Moviada de casa o escuela	_____
<input type="checkbox"/> Hospitalización de los padres	_____
<input type="checkbox"/> Padres en la cárcel o partida de la casa (¿Quién? _____)	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad seria en familia (mental o física)	_____
<input type="checkbox"/> Testigo o víctima de un crimen	_____
<input type="checkbox"/> Adopción (¿Quién? _____)	_____
<input type="checkbox"/> En cuidado de Foster	_____
<input type="checkbox"/> Niño/a esta vive con amigo o parientes	_____

¿Ha sufrido su hijo/a algún trauma o algo que le cause estrés?

- Accidente
- Enfermedad severa
- Abuso físico, sexual, o emocional
- Sin donde vivir Pasado Presente
- Miembro de la familia usando drogas o alcohol Pasado Presente
- Cambios frecuentes en guardería o cuidador
- Incapacidad de aprender (¿Ha sido su hijo/a arrestado? ¿Cuál era el tratamiento?)
- Separación de los padres o del cuidador primario

Por favor liste todos los consejeros, terapeutas, psicólogos, psiquiatras, y doctores que usted o su hijo/a han visto (evaluaciones, exámenes)

Niño	Fecha de servicios	Padre	Fecha de servicios

La forma que siguen es en Ingles, asistencia en llenando las forma será disponible en la oficina.



T A H O E
YOUTH & FAMILY
 S E R V I C E S
 A SAFETY NET OF SERVICES FOR YOUTH AND FAMILIES

FEE DETERMINATION

Thank you for choosing Tahoe Youth & Family Services.

We ask that you provide important basic information in order to assess your situation and the appropriate funding source for your services. If we are unable to assist you, we will offer other appropriate referrals in the community.

Individual/Family sessions are 50 minutes. Group sessions are 80 minutes in California and 50 minutes in Nevada.

No services will be provided or verification of services provided until all requested financial information is received, signed and processed. Tahoe Youth & Family Services requires payment prior to the start of a session. Payments may be made directly to TYFS' Client Advocates.

Yes No CLIENT HAS HEALTH INSURANCE (ex. Private Insurance, Medicaid, Medi-Cal)

Please provide a copy of the health insurance card & the Social Security # of the primary insured.

Co-Pay Required? Yes No Co-Pay Amount: Individual \$ _____ Group \$ _____

Yes No Financial Hardship or High Deductible

\$75.00 per individual session.

Yes No CLIENT QUALIFIES FOR ANOTHER TYFS FUNDING SOURCE? (AOD, TRYS, DRYS)

Referral Required? Yes No

Authorization needed? Yes No

Co-Pay Required? Yes No

Yes No CLIENT WISHES TO PAY CASH FOR SERVICES

\$75 fee per individual session; \$25 fee per group session.

Yes No Client is requesting a report be sent to the court based on the findings of a Drug & Alcohol Assessment because of a Nevada DUI offense, the cost is \$100 fee per NRS.

Yes No Client is requesting a report be sent to the court based on the findings of a Drug & Alcohol Assessment fee of \$100 (no checks accepted. Cash, CC and debit only). Payment is due in full on first appointment otherwise client cannot be seen. This applies to adult and youth court reports of the finding of an assessment.

Firma del Padres o Guardián del Cliente: _____ *Fecha:* _____



T A H O E
YOUTH & FAMILY
S E R V I C E S
A SAFETY NET OF SERVICES FOR YOUTH AND FAMILIES

POLITICA DE CANCELACION, AUSENCIA, Y TARDANZA

Gracias por su interés en Tahoe Youth and Family Services para sus necesidades de consejería. Con obtener el máximo provecho de nuestros servicios, es importante que usted venga a cada cita hecha.

Si por una razón no pueden atender una cita, recomendamos un máximo de 24 horas de cancelación. Esto nos permite llenar el espacio de tiempo con los clientes que se encuentran esperando por nuestros servicios.

Si usted no llama a la oficina 24 horas antes de su cita los siguientes cargos serán cobrados a usted:

1. La cantidad de \$50.00 efectivo serán cargados a usted si yo no proporcionan un mínimo de 24 horas de aviso cuando necesito cancelar o cambiar una cita. _____ **(Por favor inicial)**
2. La cantidad de \$50.00 efectivo serán cargados a usted si llegan 15 minutos o más tarde a la cita. _____ **(Por favor inicial)**
3. La cantidad llena de \$125.00 efectivo serán cargados a usted si no asisto una cita de individual y no ha contacto la oficina. _____ **(Por favor inicial)**
4. La cantidad llena de \$25.00 efectivo serán cargado a usted si no asisto una cita de grupo y no ha contacto la oficina. _____ **(Por favor inicial)**
5. Si yo pierdo 2 citas sin razones apropiadas y no llamo a la oficina, servicios serán terminados. _____ **(Por favor inicial)**

Si usted llama en un fin de semana por favor deje mensaje en el correo de voz en la extensión 100.

Firmando abajo acepto la política y las cantidades.

Firma del Padres o Guardián del Cliente: _____ *Fecha:* _____

TYFS Personal que asiste al cliente: _____

TYFS Staff: Haga una copia de ambos lados de este formulario completado para el cliente.