



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

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. encuentre su experiencia con Tahoe Youth & Family Services muy agradable, positive 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 Tahoe Youth & Family Services**

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

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

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

*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**





Fecha de hoy: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Client # Uso de Oficina: \_\_\_\_\_

**IMPRIME PORFAVOR**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Edad: \_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado

Dirección Física: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
Calle o P.O. Box Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono de Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar mensaje? Casa  Celular  Etnicidad/Raza del cliente: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Separado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Unión Libre

Discapitado(a): \_\_\_\_\_ Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_ Grado de la Escuela: \_\_\_\_\_

**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/P.O. Box Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltera  Casada  Separada  Divorciada  Viuda  Unión Libre

Ocupación: \_\_\_\_\_ Etnicidad/Raza: \_\_\_\_\_ Discapitada: \_\_\_\_\_

**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/P.O. Box Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltera  Casada  Separada  Divorciada  Viuda  Unión Libre

Ocupación: \_\_\_\_\_ Etnicidad/Raza: \_\_\_\_\_ Discapitada: \_\_\_\_\_

**Si no vives con las personas de las preguntas anteriormente ¿con quién vives?**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Separado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Unión Libre

Ocupación: \_\_\_\_\_ Etnicidad/Raza: \_\_\_\_\_ Discapacitado(a): \_\_\_\_\_

**¿Quiénes vive en su hogar?**

	<u>NOMBRE</u>	<u>EDAD</u>	<u>FECHA DE NACIMIENTO</u>	<u>DISCAPACITADO</u>
Hermanas:	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
Hermanos:	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
Otros:	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

**¿Algunas de las situaciones han pasado en tu familia? ¿Y si cuándo?**

<b>Situación</b>	<b>Año Cuando Ocurrió</b>
<input type="checkbox"/> Divorcio de los padres	_____
<input type="checkbox"/> Arreglos de custodia ¿Es actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
<input type="checkbox"/> Padre con custodia primaria: _____	_____
<input type="checkbox"/> Muerte en la familia (¿Quién? _____ )	_____
<input type="checkbox"/> Partida de una persona significativa (¿Quién? _____ )	_____
<input type="checkbox"/> Arresto (¿Quién? _____ )	_____
<input type="checkbox"/> Accidente o golpe serio (¿Quién? _____ )	_____
<input type="checkbox"/> Abuso físico o sexual	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad seria (mental o física)	_____
<input type="checkbox"/> Reciente mudanza	_____
<input type="checkbox"/> Padre en la cárcel (pasado <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> )	_____
<input type="checkbox"/> Embarazo usted o sus padres	_____
<input type="checkbox"/> Expulsión o suspensión de la escuela	_____
<input type="checkbox"/> Ser testigo o víctima de un crimen	_____
<input type="checkbox"/> Familiares usando alcohol o drogas (pasado <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> )	_____
<input type="checkbox"/> Adopción o Servicios de Foster	_____
<input type="checkbox"/> Otra situación: _____	_____
<input type="checkbox"/> ¿Ha tenido historia de cortarte o dañarte a sí mismo?    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> ¿Ha intentado suicidarse?    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> ¿Algún intento fue sin hospitalización?    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> ¿Tiene algún pariente familiar que ha tenido serios problemas mentales o emocionales?    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____

Si la respuesta es “sí” por favor explique \_\_\_\_\_

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

Consejero(a) o Privado(a) Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de servicios: \_\_\_\_\_

Otro lugar \_\_\_\_\_ Fecha de servicios: \_\_\_\_\_

**¿Quién le recomendó aquí?**

Usted Mismo(a)

Otro persona o agencia: \_\_\_\_\_

¿Alguien se ha preocupado por su uso de Alcoholo o Drogas?

Sí  No

¿Está preocupado(a) por su uso?

Sí  No

¿La mayoría de tus amigos toman o usan?

Sí  No

¿Alguna vez has tenido sobredosis de alcohol o drogas?

Sí  No

¿Alguna vez has estado el cuarto de emergencia/hospital?

Sí  No

¿El uso de alcohol o drogas te ha causado problemas en la escuela, en casa, en relaciones con otros, o en su trabajo? Si la respuesta es "sí" por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Ha usado drogas para calmar sentimientos incómodos?  
(aburrimiento, tristeza, ansiedad, insomnia)

Sí  No

¿Ha recibido tratamiento por uso de alcohol o drogas?

Sí  No

Si la respuesta es "sí", ¿cuándo y dónde? Incluir TYFS, TREC, y programa de SAP el Centro de Tratamiento de Menores \_\_\_\_\_

¿Existe alguien en la familia que ha sido tratado(a) por uso de alcohol o drogas?

Sí

No

Si la respuesta es "sí", ¿cuándo y dónde? \_\_\_\_\_

**¿Ha experimentado con las siguientes drogas? Por favor contesta honestamente.**

**(ESTO ES CONFIDENCIAL)**

**Alcohol**       Sí     No      ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_ Edad que comenzaste: \_\_\_\_\_

**Marihuana**     Sí     No      ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_ Edad que comenzaste: \_\_\_\_\_

**Spice**         Sí     No      ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_ Edad que comenzaste: \_\_\_\_\_

**Alucinógenos (ácido, hongos, etc.)**  
 Sí     No      ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_ Edad que comenzaste: \_\_\_\_\_

**Cocaína (Ice)**  Sí     No      ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_ Edad que comenzaste: \_\_\_\_\_

**Crack**         Sí     No      ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_ Edad que comenzaste: \_\_\_\_\_

**Metanfetaminas (crank , speed)**  
 Sí     No      ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_ Edad que comenzaste: \_\_\_\_\_

**Éxtasi (“E”)**  Sí     No      ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_ Edad que comenzaste: \_\_\_\_\_

**Depresivos (“downers” Codeine, Oxycotin, Vicodin, valium, Xanax, etc.)**  
 Sí     No      ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_ Edad que comenzaste: \_\_\_\_\_

**Inhaladores (nitro oxido)**  
 Sí     No      ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_ Edad que comenzaste: \_\_\_\_\_

**Heroína, Morfina, Metadona**  
 Sí     No      ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_ Edad que comenzaste: \_\_\_\_\_

**Medicina sin Receta**  
 Sí     No      ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_ Edad que comenzaste: \_\_\_\_\_

**¿Fumas cigarros regularmente?**  
 Sí     No      ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_ Edad que comenzaste: \_\_\_\_\_

**¿Te gustaría ayuda para terminar de fumar?**     Sí     No

**Pasado Presente**

- Falta de energía
- Sentir tristeza o depresión
- Irritación
- Insomnio
- Distraído(a)
- Cambios en rutina de comer
- Bajo Autoestima
- Sentir desesperado
- Pensar en suicidio
- Indiferencia
- Perfeccionismo
- Comer muy poco o ayunar
- Hacer ejercicio frecuentemente
- Comer demasiado
- Vomitar después de comer
- Problemas dentales
- Sentirse hiperactivo
- Dificultades prestando atención
- Estar inquieto(a) o desasosegado(a)
- Problemas de aprendizaje
- Problemas relacionando con otros
- Perder la paciencia fácilmente
- Discutir con adultos o no obedecer
- Culpar a otros por tus propios errores
- Ser sensible, susceptible, vengativo(a)
- Iniciar peleas
- Cruel con animales o personas
- Robar/Robar
- Deliberadamente quemar o destruir propiedad ajena
- Mentir o manipular a otros
- Salir furtivamente de la casa por la noche antes de los 13 años de edad
- Huir de la casa ¿Cuántas veces? (\_\_\_\_)
- Novillero(a) de la escuela antes de los 13 años
- Expresar repugnancia o asco hacia otros
- Tener pesadillas o memorias sobre ser abusado(a)
- Aumento en conducta agresiva
- Aumento/decrecimiento en interés en el otro sexo

**Pasado Presente**

- Aislamiento o problemas haciendo amigos
- Intento de suicidio
- Sentirse inquieto(a) o nervioso(a)
- Tener pensamientos rápidos
- Preocuparse excesivamente
- Pensamientos confundidos
- Evitar ciertas situaciones o personas
- Ataques de pánico
- Imagen baja de tu propio cuerpo
- Enojo, rabia o miedo hacia ciertas personas
- Chupar el dedo
- Hablar como bebé
- Orinarse en la cama
- Problemas con los padres
- Problemas con los hermanos
- Problemas con otras personas significativas
- Problemas académicos
- Atracción al mismo sexo
- Problemas de adaptación cultural
- Cambios rápidos de humor
- Cambios frecuentes en amigos
- Bajar las calificaciones, y/o ausencias extensivas de la escuela
- Imagen baja de sí mismo(a) (“perdedor”)
- Energía baja, durmiendo más
- Aislamiento de familia y amigos cercanos
- Oyendo voces sin estar bajo la influencia de alcohol o drogas
- Tener alucinaciones sin estar bajo la influencia de alcohol o drogas
- Golpe a la cabeza Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Abuso sexual
- Abuso físico
- Abuso emocional
- Pesadillas
- Irritable
- Dificultad para acordarse de ciertos eventos
- Acceso a armas de fuego o otras armas



¿Alguna vez ha sido arrestado(a)?  Sí  No Fecha\_\_\_\_\_

¿En los últimos 24 meses?  Sí  No

¿Qué edad tenías cuando fuiste arrestado(a), por primera vez y explique por qué? \_\_\_\_\_

---

---

---

En el presente, ¿estás en probación?  Sí  No ¿Es tu primera vez?  Sí  No

¿Estabas bajo la influencia de alcohol o drogas?  Sí  No

¿Qué situación o problema te lleva a buscar nuestros servicios ahora? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





Fecha de hoy: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Client # Uso de Oficina: \_\_\_\_\_

**IMPRIME PORFAVOR**

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

***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

Teléfono de Casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltera  Casada  Divorciada  Separada  Viuda  Unión Libre

Ocupación: \_\_\_\_\_ Etnicidad/Raza: \_\_\_\_\_ Discapitada: \_\_\_\_\_

***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 Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Separado  Viudo  Unión Libre

Ocupación: \_\_\_\_\_ Etnicidad/Raza: \_\_\_\_\_ Discapitado: \_\_\_\_\_

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

***Al contestar honestamente nos ayudará a asistirle mejor.***

Por favor haga una lista de los problemas que Ud. está confrontando como padre/madre. \_\_\_\_\_

---

---

---

¿Cuáles son algunas de las conductas de su hijo(a) que le preocupa más? \_\_\_\_\_

---

---

---

¿Cómo ha Ud. intentado de resolver estos problemas? \_\_\_\_\_

---

---

---

Según sus sentimientos ¿cuáles acontecimientos en el pasado han contribuido a los problemas del presente? \_\_\_\_\_

---

---

---

Por favor haz una lista de tres metas que Ud. quiere alcanzar para sí mismo(a), para su hijo(a), y para su familia.

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

Especifique que podríamos hacer para ayudarlo(a) a lograr estas metas. \_\_\_\_\_

---

---

---

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

- Consejero(a) Privado(a) Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de servicios: \_\_\_\_\_
- Otro lugar \_\_\_\_\_ Fecha de servicios: \_\_\_\_\_

***¿Quién le recomendó aquí?***

- Usted mismo(a)
- Otro persona o agencia: \_\_\_\_\_

**Por favor liste nombre de hijos o padres que han visitado consejeros, terapeutas, psicólogos, psiquiatras, o doctores. (Para evaluaciones o exámenes)**

Nombre de hijo(a)	Fecha de servicios	Nombre de padre	Fecha de servicios

**¿Alguna de las siguientes situaciones se han presentado en su familia?**

**Si la respuesta es “sí”, ¿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"/> Partida de una persona significativa (¿Quién? _____)	_____
<input type="checkbox"/> Arresto (¿Quién? _____)	_____
<input type="checkbox"/> Accidente o herida seria (¿Quién? _____)	_____
<input type="checkbox"/> Abuso físico o sexual	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad seria (mental o física)	_____
<input type="checkbox"/> Mudanza reciente	_____
<input type="checkbox"/> Pariente en la cárcel (pasado <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> )	_____
<input type="checkbox"/> Embarazo	_____
<input type="checkbox"/> Expulsión o suspensión de la escuela	_____
<input type="checkbox"/> Ser testigo o víctima de un crimen	_____
<input type="checkbox"/> Familiar usando alcohol o drogas (pasado <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> )	_____
<input type="checkbox"/> Servicio de adopción	_____
<input type="checkbox"/> Otra situación: _____	_____
<input type="checkbox"/> ¿Historia de cortarse o dañarse a sí mismo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ha intentado su hijo(a) de cometer suicidio	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Algún intento fue sin hospitalización	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Tiene algún familiar que ha tenido serio problemas metal o emocional?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Si contesto “Si” por favor le liste quien: \_\_\_\_\_

**¿Ha tenido su hijo algún trauma o tensión? Marque todos los que apliquen.**

- Accidente
- Enfermedad severa
- Abuso físico, sexual o emocional
- Sin hogar (pasado  presente)
- Miembro de la familia usando drogas o alcohol (pasado  presente)
- Frecuentes cambios de cuidado del niño Si  No
- Incapacidad de aprender (¿Ha sido su hijo examinado? Sí  No

¿Cuál es su tratamiento?) \_\_\_\_\_

- ¿Separación de sus padres o de su cuidador primario? Sí  No

¿Tiene su hijo historia de cortarse o hacerse otro daño a él o ella mismo? Sí  No

¿Ha intentado su hijo de cometer suicidio? Si  No  Fechas: \_\_\_\_\_

¿Algún intento fue sin hospitalización? Si  No  Fechas: \_\_\_\_\_

**Por favor marque todos los síntomas que Ud. cree su hijo(a) ha experimentado.**

***Presente Pasado***

- Falta de energía
- Sentir tristeza o depresión
- Irritación
- Insomnio
- Distraído(a)
- Cambios en rutina de comer
- Autoestima baja
- Sentir desesperanza o culpabilidad
- Pensar en suicidio
- Indiferencia
- Aislamiento, problemas haciendo amigo(a)s
- Intentar el suicidio
- Sentirse inquieto(a) o nervioso(a)
- Tener pensamientos rápidos
- Preocuparse excesivamente
- Pensamientos confundidos
- Evitar ciertas situaciones o personas
- Ataques de pánico
- Imagen baja de su propio cuerpo
- Perfeccionismo
- Comer muy poco o ayunar
- Hacer ejercicio frecuentemente
- Comer demasiado
- Vomitar después de comer
- Problemas dentales
- Sentirse hiperactivo
- Dificultades prestando atención
- Orinarse en la cama
- Problemas con los padres
- Problemas con los hermanos
- Problemas con otra persona significativa
- Problemas académicos
- Atracción al mismo sexo
- Problemas de adaptación cultural
- Cambiarse rápido de humor
- Cambio en amigos
- Dejar caer las calificaciones
- Imagen baja de sí mismo(a) (“perdedor”)
- Energía baja, durmiendo más
- Retirarse de familia y amigos cercanos
- Oyendo voces cuando no está bajo la influencia
- Tener alucinaciones cuando no está bajo la influencia de alcohol o drogas

***Presente Pasado***

- Estar inquieto(a) o desasosegado(a)
- Problemas de aprendizaje
- Problemas asociando bien con otros
- Perder la paciencia fácilmente
- Discutir con adultos y/o rehusar a obedecer figuras de autoridad
- Culpar a otros por sus propios errores
- Ser sensible, susceptible, vengativo(a)
- Iniciar peleas
- Cruel a animales o personas
- Robar/Robar
- Deliberadamente quemar o destrozar la propiedad de otros
- Mentir o manipular a otros
- Salir furtivamente de la casa por la entera noche antes de los 13 años de edad
- Huir de la casa  
(¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_)
- Novillero(a) de la escuela antes de los 13 años
- Expresar repugnancia o asco hacia otros
- Tener pesadillas o memorias sobre ser abusado(a)
- Aumento en conducta agresiva
- Aumento/decrecimiento en interés en el otro sexo
- Enojo, rabia o miedo hacia ciertas
- Irritable
- Incapaz de acordarse de ciertos eventos
- Tener acceso a armas de fuego u otras armas personas
- Chupar el pulgar
- Hablar como bebé
- Herida a la cabeza  
( Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ )
- Abuso sexual
- Abuso físico
- Abuso emocional
- Fue testigo a o ha sido víctima de un trauma (accidente automovilístico, terremoto, etc.)
- Pesadillas
- Sentirse insensible o destacado(a)

***Por favor utiliza el espacio abajo para pensamientos o preocupaciones adicionales que Ud. tiene sobre su hijo(a) o hijos.***

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Las formas que siguen son en Ingles, asistencia en llenando las formas está 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** as a result 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 Cliente:* \_\_\_\_\_ *Fecha:* \_\_\_\_\_

*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

**POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE NO CUMPLIMIENTO Y / O**  
**DESPUÉS DE LA CITA**

Llame a la oficina por lo menos 24 horas antes de su cita programada para hacer un cambio. Independientemente de la determinación de su tarifa, se aplicarán las siguientes tarifas:

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 (solo efectivo) serán cargados a usted si no asisto una cita 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.**

Al firmar a continuación, acepto la determinación de tarifas, la política y las tarifas indicadas anteriormente.

*Firma del Padres o Guardián del Cliente:* \_\_\_\_\_ *Fecha:* \_\_\_\_\_

*TYFS Personal que asiste al cliente:* \_\_\_\_\_ *Fecha:* \_\_\_\_\_

*TYFS Staff: Make a copy of this completed form for the client.*