



CARIBBEAN PSYCHOLOGY CENTER

Autorización para Recibir Tratamiento

Yo, _____, mayor de edad, con número de seguro social (últimos cuatro números), XXX-XX-_____, autorizo a Caribbean Psychology Center a brinde el tratamiento requerido a mi hijo/a _____, de acuerdo a su necesidad. Certifico, además, que la información suministrada en los distintos documentos que comprende mi expediente es fiel y exacta y la misma fue solicitada por el personal de la oficina a mi persona.

Firma del Tutor Legal

Fecha



CARIBBEAN PSYCHOLOGY CENTER

COMPROMISO DE PAGO

Fecha: _____

Yo, _____ al consentir que mi hijo/a reciba servicios de psicoterapia en Caribbean Psychology Center Inc. me comprometo a pagar de la siguiente manera: (marcar con X el que aplique)

El pago será hecho en su totalidad, ya que no tengo plan médico o el mismo no es aceptado.

Solicito recibo de pago de servicios psicológicos prestados para enviarlo a mi aseguradora para que esta me reembolse la aportación acordada en el contrato.

***Toda Evaluación, ya sea Psicométrica, Psicológica, Neuropsicológica o Forense no está cubierta por ningún plan médico.

De NO poder asistir a mi cita, me comprometo a cancelar con 24 horas de anticipación, ya que este espacio es reservado para mí.

Caribbean Psychology Center se compromete a confirmar con llamada telefónica o mensaje de texto su cita el día antes de la misma. Si yo luego de confirmar no asisto ni cancelo me comprometo a pagar en su TOTALIDAD la misma.

Firma del paciente o encargado

Firma del Testigo (CPC)



CARIBBEAN PSYCHOLOGY CENTER

Consentimiento de Tratamiento:

Límites del Derecho a la Confidencialidad

El Consentimiento de Tratamiento es un documento que está basado en la libertad que tiene el paciente de escoger el tratamiento y al derecho que tiene de ser informado de su diagnóstico y el tratamiento a seguir. Se refiere, además, al derecho que tiene el paciente de abandonar el tratamiento cuando entienda que ya éste no puede ayudarle.

El paciente tiene el derecho a la confidencialidad, es decir la información que el paciente ofrezca al terapeuta durante la relación terapeuta - paciente no será revelada sin su previa autorización escrita.

La confidencialidad tiene sus límites y éstos son los siguientes:

- Cuando el paciente representa un peligro para sí u otra persona
- Paciente renuncia al derecho de la confidencialidad por escrito
- Por orden de un tribunal
- Cuando el paciente inicia un pleito en contra del profesional
- Cuando se trata de un menor víctima de un crimen
- Cuando un profesional determine que el paciente necesita ser hospitalizado debido a un desorden mental.

Yo, _____, vecino de _____, consciente y voluntariamente, sin estar bajo ningún tipo de presión, ni amenazas, ni haber recibido a cambio promesa alguna, declaro que he leído todos los incisos de este acuerdo y acepto sin reserva alguna.

Firma del/la Paciente o Tutor Legal

Fecha

Firma del/la Psicólogo/a

Fecha



CARIBBEAN PSYCHOLOGY CENTER

Conducta en:	Adecuado	No adecuado	Explique:	
Escuela				
Hogar				
Situación adicional:				
I. Historial pre-peri y post natal				
Hijo		Biológico		Adoptivo
Parto:		Vaginal		Cesárea
				Crianza
				Prematuro
Núm. embarazos		Vivos :	Muertos:	
Este embarazo fue:		Planificado		No planificado, bien recibido
				Mal momento
¿Durante este embarazo usted recibió cuidado prenatal? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				
Durante el embarazo, marque aquellas que apliquen:				
<input type="checkbox"/> Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Preclamsia	<input type="checkbox"/> Enfermedades	
<input type="checkbox"/> Caídas	<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Síntomas aborto	<input type="checkbox"/> Alcohol	
<input type="checkbox"/> Uso de sustancias controladas		<input type="checkbox"/> Uso cigarrillos	<input type="checkbox"/> Medicamentos	
Explique:				
Complicaciones durante el parto: _____				
Al nacer: Pesó _____ libras _____ onzas Midió _____ Pulg.				
Complicaciones durante o posterior al parto: _____				
<input type="checkbox"/> Prematuro	<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Cianótico	
<input type="checkbox"/> Incubadora	<input type="checkbox"/> Necesitó oxígeno	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Fiebres	
<input type="checkbox"/> Uso de forceps	<input type="checkbox"/> Pies primero	<input type="checkbox"/> No lloró al nacer		
<input type="checkbox"/> Hospitalización	Razón y tiempo requerido			
<input type="checkbox"/> Pérdida sangre	<input type="checkbox"/> Problemas al chupar	Otra:		
Explique:				
Medicamento	Propósito		Medicamento	Propósito



CARIBBEAN PSYCHOLOGY CENTER

I. Historial médico							
Condiciones médicas o enfermedades relevantes Marque con una X		Etapa del desarrollo o trayectoria en el desarrollo en donde esta enfermedad, condición, diagnóstico está presente Marque con X aquellas que apliquen					
		Bebés 0-12 meses	Infante 1 a 2	Preescolar 3 a 5	Escolar 5-12	Adolescente 13-18	Adulto joven 18-21
Condición	Comentarios:						
Alergias							
Asma							
Fiebres altas							
Pulmonía							
Convulsiones							
Habla y lenguaje							
Audición							
Visión							
Anemia							
Varicelas							
Golpes en la cabeza							
Dolores de cabeza							
Infecciones							
Hospitalizaciones							
Dolores abdominales							
Otros:							
Abunde de ser necesario/comentarios							



CARIBBEAN PSYCHOLOGY CENTER

I. Historial de desarrollo (DLN-dentro de los límites normales)				
Lenguaje	DLN	Lento	Rápido	Comentario
Balbucear (0-6 meses)				
Reacción al sonido				
Palabras sin sentido				
Palabras con significado				
Frases/oraciones				
Producción del sonido				
Comprensión				
Otro:				
Comentarios:				
Desarrollo motor	DLN	Lento	Rápido	Comentario
Sostener la cabeza/virarse				
Sentarse solo				
Gatear				
Primeros pasos				
Caminar/correr				
Subir escaleras				
Patear				
Correr triciclo o bicicleta				
Agarrar cosas con sus manos				
Agarrar crayolas y lápices				
Cachar/tirar bolas				
Alimentarse solo				
Vestirse solo				
Bañarse solo				
En comparación con pares entiende usted que su hijo/a ha presentado debilidad en destrezas:				
Motor finas (dibujar, abriendo botones, amarrándose zapatos,...)				
Motor grueso (gatear, caminar, subir escaleras,..-)				
Otro:				



CARIBBEAN PSYCHOLOGY CENTER

Comentarios:

II. Desarrollo social-emocional	SI	NO	Comentario
Sonreír			
Observar interacciones sociales			
Compartir con pares			
Compartir con adultos			
Expresar emociones			
Identificar emociones			
Imitar a otros			
Dificultad al separarse de sus padres			
Separación de padres o divorcio			
Manejo de sus emociones			
Otro:			

Comentarios adicionales:

Pérdidas significativas (familiar, mascota, amigo)

Reacción del niño, manejo familiar:

Durante el desarrollo, cómo describiría a su niño al compararlo con pares (marque con una X)

Conducta	DLN	Bajo	Alto	Conducta	DLN	Bajo	- Alto
Actividad				Agresividad			
Habla				Distracción			
Estado de ánimo				Agresivo			
Llanto				Comportamiento			
Timidez				Empatía			

Comentarios:

Patrones sueño y alimentación	SI	NO	Comentarios
Duerme solo/a			
Patrones de sueño			
Pesadillas recurrentes			
Se alimenta bien			
Come en exceso o muy poco			



CARIBBEAN PSYCHOLOGY CENTER

Presenta dificultad con sabores o texturas de alimentos			
Otro:			
Comentarios adicionales:			

1. ¿En que el niño invierte su tiempo cuando no está en la escuela? (jugando, viendo TV o tableta, pintando,...)
2. ¿Con quienes juega en su tiempo libre? (hermanos, vecinos, amigos, parientes,..)
3. ¿Cómo fue su adaptación a cuidado o escuela?
4. Mencione cuales entiende son las fortalezas de su hijo.
5. Mencione áreas a reforzar de su hijo.

III. Historial académico

Comenzó su primera experiencia social-escolar en _____ a los ____ años de edad.

Cuido- Preescolar-Kínder

Grado actual _____ Fracazos, si alguno _____

Cambios frecuentes escuela _____

Trayectoria académica

Grado	Escuela	Comentarios
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Marque con X si ha presentado dificultades en alguno de los siguientes ámbitos **(pasado)**

Ámbito	Comentarios	Ámbito	Comentarios
<input type="checkbox"/> Lectura		<input type="checkbox"/> Atención	
<input type="checkbox"/> Escritura		<input type="checkbox"/> Memoria	
<input type="checkbox"/> Deletreo		<input type="checkbox"/> Integración social	
<input type="checkbox"/> Ortografía		<input type="checkbox"/> Organización	
<input type="checkbox"/> Matemáticas		<input type="checkbox"/> Autoestima	
<input type="checkbox"/> Conducta		<input type="checkbox"/> Autoconcepto	



CARIBBEAN PSYCHOLOGY CENTER

1. Recibe su hijo algún servicio de educación especial (terapias, asistente 1, salón recurso/contenido, ...) <i>Explique, si padre tiene conocimiento pregunte la frecuencia</i>

IV. Historial Familiar

1. ¿Con quién vive el niño? Si padres están separados explique relación entre padres.
2. ¿Quién disciplina mayormente al niño? ¿Qué estrategias de disciplina utilizan?
3. Si tiene hermanos/as como se relaciona.
4. Según percibe, como son las relaciones en el hogar. (positivas, conflictivas, negativas).

Composición Familiar inmediata

Nombre	Relación	Edad	Alguna condición de salud, necesidad académica, situación conductual.	Derecho o zurdo.

Marque con X si al **presente** refleja necesidad de refuerzo en alguna de estos ámbitos

Ámbito	Comentarios	Ámbito	Comentarios
<input type="checkbox"/> Miedos		<input type="checkbox"/> Tristeza	
<input type="checkbox"/> Retraimiento		<input type="checkbox"/> Autoconcepto	
<input type="checkbox"/> Agresividad		<input type="checkbox"/> Autoestima	
<input type="checkbox"/> Irritabilidad		<input type="checkbox"/> Se come uñas	
<input type="checkbox"/> Tics nerviosos		<input type="checkbox"/> Enuresis	
<input type="checkbox"/> Autoagresión		<input type="checkbox"/> Encopresis	

V. Salud actual

Marque las que aplican	Comentarios	Marque las que aplican	Comentarios
<input type="checkbox"/> Buena		<input type="checkbox"/> Necesidades visuales	
<input type="checkbox"/> Bajo tratamiento		<input type="checkbox"/> Uso espejuelos	
<input type="checkbox"/> Uso medicamentos		<input type="checkbox"/> Necesidades auditivas	



CARIBBEAN PSYCHOLOGY CENTER

Problemas motores		Salud física	
Tratamiento Psicológico/Psiquiátrico		Otro:	
Comentarios adicionales:			
Información adicional:			
¿Participante ha sido evaluado anteriormente? De contestar si, favor indicar cuando y tipo evaluación.			
Escuela actual de participante:			
Si está de acuerdo con que se realice contacto con escuela para obtener mayor información favor de facilitar la siguiente información.			
Nombre persona a contactar	Función	Contacto	
Comentarios adicionales:			

Nombre padre/encargado

Firma padre/encargado

Nombre madre/encargada

Firma madre/encargada

Nombre del/la Psicologa/o Escolar

Firma del/la Psicologa/o Escolar



CARTA DE DERECHOS DE LA PERSONA QUE RECIBE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Núm. de Caso: _____

La Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción garantiza a través de la implantación de la Carta de Derechos de la Persona que Recibe Servicios de Salud Mental, ya sea adulto o menor, que se proteja y promueva la dignidad del ser humano, reconociendo sus entre otros su derecho a recibir tratamiento sin ningún tipo de discriminación social, religiosa, étnica, cultural, nacional, por sexo, edad, incapacidad mental o física, por orientación sexual, información genética o fuente del pago.

Derechos:

1. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a disfrutar de sus derechos, beneficios y de los privilegios garantizados por la Constitución de los Estados Unidos de América, la Constitución del Estado Libre de Puerto Rico, la leyes estatales y federales.
2. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a ser considerado mentalmente competente, salvo que medie una determinación del tribunal disponiendo lo contrario.
3. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a que se mantenga la presunción de su potencial de recuperación o rehabilitación a través de servicios adecuados a su diagnóstico y severidad de los signos y síntomas de su condición.
4. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a que se apliquen todos sus derechos independientemente la institución donde se encuentre recibiendo servicios siempre que estos no conflijan con las medidas de seguridad propias de la institución.
5. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a recibir atención médica, psiquiátrica y psicológica en su fase preventiva, clínica, recuperación y rehabilitación para la protección de su salud y su bienestar general.
6. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a desempeñar una profesión, ocupación conforme a sus conocimientos ya sus capacidades, considerando su trastorno mental y nivel de funcionamiento.
7. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a solicitar y obtener empleo libre de discrimen por razón de trastorno mental, participar en talleres y recibir la orientación y la ayuda técnica o profesional que el permita desarrollar su potencial.
8. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a tener acceso a los beneficios y servicios públicos en el área de vivienda, bienestar social, salud, alimentación, transportación, educación y empleo.
9. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a actuar de manera individual o colectiva en la búsqueda de soluciones a sus agravios y problemas.
10. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a ser escuchado, atendido y consultado en todos los asuntos que afecten su condición y progreso.
11. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a recibir servicios ambulatorios médico-hospitalarios por razón de su condición mental.
12. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a recibir servicios de salud mental a tono con las sub-especialidades por etapa de vida, trastorno, edad, nivel de cuidado, a tenor con su diagnóstico y su severidad de su condición.
13. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a recibir servicios sin discriminación, prejuicio o distinción por diagnóstico o severidad de su condición mental o impedimento o condición física o cualquier otra condición médica.



CARIBBEAN PSYCHOLOGY CENTER

14. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a recibir servicios de farmacoterapia, psicoterapia u otros de acuerdo a su diagnóstico, signos, síntomas y condición bajo los más altos estándares de calidad.
15. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a recibir servicios dentro de un período de tiempo razonable, considerando la complejidad y emergencia de su condición.
16. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a no ser identificado como paciente, ni ex paciente de salud mental, excepto por solicitud propia.
17. La persona que recibe servicios de salud mental, su representante o tutor legal tiene derecho a ser notificado de forma verbal y escrita sobre sus derechos desde el momento de su admisión a una institución hospitalaria, de hospitalización parcial o residencial incluyendo:
 - a. El ser dado de alta de la institución dentro del término de tiempo más corto posible.
 - b. Las normas de funcionamiento institucional, entre las cuales se incluirán los procedimientos para tomar decisiones de ubicación.
 - c. Las normas y procedimientos para someter quejas o querellas.
 - d. Limitaciones que pudiera sufrir como resultado de una determinación médica justificada y considerada por el equipo multidisciplinario.
 - e. Limitaciones admisibles a familiares, tutor o representante legal.
18. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a que se le diseñe un plan individualizado de tratamiento, recuperación y rehabilitación dentro de un ambiente que sea lo menos restrictivo posible de acuerdo a su condición.
19. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a participar en la formulación y revisión del plan de tratamiento en la medida que sea posible. Además de que se considere la participación del familiar más cercano en el desarrollo y revisión de su plan de tratamiento.
20. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a recibir y autorizar un consentimiento informado sobre todo lo relacionado con los servicios o tratamientos propuestos en su plan individualizado que deberá incluir como mínimo:
 - a. Diagnóstico y descripción de su condición de salud.
 - b. Tratamiento recomendado.
 - c. Riesgos y consecuencias de aceptar o rechazar el tratamiento.
 - d. Otras alternativas de tratamiento.
 - e. Beneficios, riesgos y consecuencia de las alternativas de tratamiento.
 - f. Pronóstico correspondiente.
 - g. Efectos secundarios y daños irreversibles como resultado del tratamiento o medicamentos.
21. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a rehusar recibir tratamiento de cualquier tipo de servicios, dentro de su plan de tratamiento, recuperación o rehabilitación.
22. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a comunicarse en privado, sin censura y sin impedimento con las personas seleccionadas ya sea vía telefónica, por correo o mediante visitas. Además, tiene derecho a que se le provean los materiales y medios necesarios para cuando no cuenten con los recursos para procurárselos por sí mismos.
23. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a conservar, usar y mantener sus efectos personales y a que se le asigne un lugar seguro para estos.
24. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a manejar sus bienes, incluyendo sus pertenencias de valor mientras reciba servicios en una institución de salud mental. Esto incluirá el derecho a solicitar el depósito de sus fondos o pertenencias en cualquier institución financiera de Puerto Rico.
25. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a consentir llevar a cabo labores o tareas de mantenimiento de su habitación y cualquier otra que sea parte de su plan de tratamiento, recuperación o rehabilitación sin que medie compensación alguna.



CARIBBEAN PSYCHOLOGY CENTER

26. La persona que recibe servicios de salud mental o su tutor legal tienen derecho de presentar quejas o querrelas con relación a la violación de sus derechos. y que las mismas sean dilucidadas y atendidas en un término de tiempo razonable.
27. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a no ser sometido a procedimientos experimentales si estos no cumplen con los organismos estatales y federales pertinentes y sin su debida aprobación y consentimiento.
28. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a conocer y ser informado sobre todo lo relacionado con su evaluación, tratamiento, recuperación y rehabilitación en el lenguaje que este comprenda y permita la comunicación efectiva.
29. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a solicitar la participación de cualquier grupo de apoyo bien sea religioso o relacionado con la condición diagnosticada. A recibir apoyo de sus familiares, tutor y las agencias protectoras de los derechos humanos.
30. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a ser transportado en vehículos adecuados, incluyendo ambulancias que estén debidamente certificadas por el Departamento de Salud y la Comisión de Servicios Públicos.
31. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a recibir el apoyo consanguíneo o moral para solicitar y recibir servicios de salud que promuevan su recuperación de acuerdo a su nivel de capacidad.
32. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a representación legal por parte de un abogado ya sea privado o designado por el tribunal.
33. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a recibir tratamiento adecuado de acuerdo a su diagnóstico y nivel de cuidado.
34. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a seleccionar libremente los servicios y proveedores que le ofrecerán atención a sus problemas de salud mental, alcoholismo o drogadicción.
35. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a recibir servicios de emergencia en el momento y lugar que los necesite sin limitaciones de acceso o servicios.
36. La persona que recibe servicios de salud mental tiene derecho a recibir servicios de salud de forma considerada y respetuosa por parte de todos miembros del sistema del cuidado de la salud. En un ambiente del respeto mutuo y con los más altos estándares de calidad.

Responsabilidades de La persona que recibe servicios de salud mental

Toda persona que reciba servicios de salud mental deberá cumplir con las siguientes responsabilidades:

1. Asumir responsabilidad sobre su recuperación en la medida de sus capacidades.
2. Participar en las actividades y programas de autosuficiencia de apoyo en la comunicad.
3. Los tutores o encargados de la persona que recibe servicios de salud mental tienen la responsabilidad de llevar a la persona a sus tratamientos, participar en aquellas actividades, consejería y terapias familiares que le recomienden para el progreso de la persona que recibe servicios de salud mental.
4. Informar al personal a cargo de su cuidado si anticipa problemas con algún tratamiento prescrito.
5. Discutir las diferencias de opinión que usted tenga con su equipo interdisciplinario.
6. Colaborar con mantener las normas diseñadas para mantener su seguridad, la de los demás pacientes y del personal.
7. Mantener una conducta que promueva el respeto hacia la persona y hacia otros pacientes.

Firma del Cliente y/o Encargado

Fecha

Firma de el/la psicólogo/a