



Reconocer el Recibo del Aviso de Practicas Privadas

El Aviso de Practicas Privadas describir como Roy Maas' Youth Alternatives usa y revela informacion privada de usted. No es posible de describir cada situación. A nosotros se requiere de proveer este aviso de nuestras practicas de privacidad con el propósito de proteger su información privada.

Yo, _____ (nombre del cliente o en un caso de menores, el nombre del Padre o Representante Legal), recibi una copia del Aviso de Practicas Privadas de Roy Maas' Youth Alternatives.

Nombre del Cliente

Fecha

Nombre del Padre o Representante Legal

Fecha

Este aviso entra en efecto en: Abril 14, 2003



Información de cliente

La información en esta forma es utilizada a valorar la situación de la familia y nos ayudará proporcionar el mejor servicio posible para usted y su familia.

Fecha: _____

INFORMACION DEMOGRAFICA

❖ **INFORMACION DEL CLIENTE/JOVEN** (Por favor sólo escriba el nombre del joven que necesita servicios)

Nombre del niño mayor: _____
(Apellido) (Nombre)

El Genero: _____ Masculino _____ Femenino Fecha de Nacimiento _____

Numero de seguro social _____ - _____ - _____ Edad _____

Nombre de su otro niño: _____
(Apellido) (Nombre)

El Genero: _____ Masculino _____ Femenino Fecha de Nacimiento _____

Numero de seguro social _____ - _____ - _____ Edad _____

Nombre de su otro niño: _____
(Apellido) (Nombre)

El Genero: _____ Masculino _____ Femenino Fecha de Nacimiento _____

Numero de seguro social _____ - _____ - _____ Edad _____

❖ **DOMICILIO y NUMEROS DE TELÉFONOS:**

(Número y Nombre de la Calle) (Ciudad) (Condado) (Estado) (Código postal)

Teléfono Casero: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

El idioma que usan más en el hogar: Inglés Español Otro

En este momento, el niño vive con: Padres Biológicos o Adoptivos Guardián Legal
 Hogar de Parientes Amigos En la Calle Otro Hogar: _____

El Origen Étnico: Yo soy Hispano No soy Hispano
 Asiático/Oriental Africano-Americano Caucásico Hispano Otro Étnico

Referidos por: Uno mismo Corte Policía BCJP CPS/DFPS Otro: _____

INFORMACION DEL CUIDADOR PRIMARIO (Escribe por favor la información del Cuidador Primario)

❖ **EL NOMBRE DEL CUIDADOR PRIMARIO:**

_____ (Apellido) _____ (Nombre)

El Genero: _____ Masculino _____ Femenino Su Fecha de Nacimiento _____

Numero de seguro social _____ Su Edad _____

❖ **Domicilio:**

_____ (Número y Nombre de la Calle) _____ (Ciudad) _____ (Condado) _____ (Estado) _____ (Zona Postal)

❖ **E-MAIL (Correo Electrónico):**

❖ **Su Relación al Joven:** Padre Madre Hermano Hermana Madrastra Padrastro Primo/Prima
 Padre Substitutos/Crianza Temporal Abuelo/Abuela Tío/Tía Otro

❖ **¿Qué es el estado civil de los padres biológicos?** Casados Separado Divorciado Nunca casado
 Fallecido Viuda o Viudo Adopto el niño

❖ **¿Cual es el último grado de la escuela que usted completo?**

Primero Grado Segundo Grado Tercer Grado Cuarto Grado Quinto Grado Grado Sexto
 Séptimo grado Octavo Grado Noveno Grado Décimo Grado No se graduó Graduó/GED
 Un poco de colegio Completo el Colegio

Su Empleo: _____

COMUNICACIÓN DE LA FAMILIA

Entiendo que Roy Maas' Youth Alternatives, Inc. me contactaran 30 días después de la ultima sesión para hacer un seguimiento de los servicios.

¿Cuándo es la mejor tiempo del día para llamarle y completar el seguimiento de nuestros servicios?

En la mañana En la tarde En la noche

¿Para completar el seguimiento de nuestros servicios proporcionados, cuál es el mejor método de contactarle?

Teléfono Fax Correo Electrónico (Email)

Si no podemos localizarlos, provea por favor el nombre y número de teléfono de alguien que nosotros podemos llamarles para ver cómo está haciendo la familia después de que los servicios hayan terminado.

Nombre: _____

Relación al cliente: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

Número del teléfono: _____

Firma del Padre o Guardián Legal

Fecha

Gracias, por su cooperación y el tiempo a proporcionar esta información. Nos ayudara a proporcionar los mejores servicios posibles.

Revised April 2015



El Consentimiento para Nuestros Servicios

Yo, _____, solicito Roy Maas' Youth Alternatives, Inc. a proporcionar los servicios de consejería para mi y mi familia. Trabajando juntos podemos alcanzar las metas que definiremos con nuestro consejero/a.

El Consentimiento Informado

Entiendo que **las sesiones son aproximadamente 45 a 50 minutos**. Entiendo que profesionales con maestrías e internos clínicos proporcionaran los servicios. Entiendo que las consultas pueden ser revisadas y discutidas por estos profesionales e internos durante reuniones semanales con el propósito de estudiar varias soluciones para mi y mi familia.

Acuerdo Financiero

Las familias que reciben ciertos planes de Medicaid para Niños y/o el Programa de Seguro Medico para Niños (CHIP) son elegibles para nuestros servicios. Community First, Medicaid Tradicional e IMHS. Antes de cada sesión, nosotros verificaremos elegibilidad para determinar si servicios pueden ser proporcionados.

Limites de la Confidencialidad

Entiendo que el contenido de las sesiones es confidencial. Entiendo también que los limites de confidencialidad son los siguientes 1) los documentos pueden ser solicitados oficialmente por los tribunales, 2) las alegaciones de abuso fisico, sexual o descuido serán reportado al Departamento de Protección y Regulación de Menores del Estado de Texas, 3) en caso que el joven sea un peligro para el mismo o para otras personas 4) si el joven describe participación en actividades ilegales y 5) en caso donde conducta alto riesgo, como uso de drogas o actividad sexual pone el joven en peligro.

Aviso de las Prácticas Privadas de RMYA

Por favor de referirse al Aviso de Practicas Privadas para saber como su información privada puede ser obtenida y revelada y como usted puede tener el acceso a su información privada.

Seguimiento Después de que los Servicios se Han Terminado

Entiendo que Roy Maas' Youth Alternatives, Inc. me avisaran después que la consejería se termine. El aviso será por teléfono o por correo. La razón para este aviso es para saber cómo la situación en el hogar ha cambiado después de la última sesión de consejería. Le llamaremos en o cerca de los 30 días después de la última sesión.

Servicios de Consejería

- Consejería para Jóvenes y Familias
- Aconsejar en Tiempos de Crisis

Los Documentos del Cliente

Los documentos del cliente son la propiedad de Roy Maas' Youth Alternatives, Inc.

Referido por un Agencia

Para verificar que atendió las sesiones, necesitamos que llene una forma que nos da la autorización para revelar su información privada.

Las Cancelaciones

Las cancelaciones necesitan hacerse 24 horas antes de su cita. Si usted no se presenta en su próxima cita ni llama antes de su próxima cita, entonces todas las otras citas serán canceladas automáticamente.

Sugerencias/Quejas/Opiniones

Roy Maas' Youth Alternatives reconoce que las sugerencias, quejas y opiniones de nuestros clientes son una de las mejores formas de mejorar nuestros servicios. Los clientes pueden llamar al número 340-7971 y hablar con la directora de la agencia. También, pueden escribir sus comentarios y mandarlos por correo.

La Persona Autorizada a Acompañar el Joven a la Sesión

Otra persona que es autorizada a traer mi niño a la sesión en caso que el guardián legal no puede asistir a la próxima sesión.

Nombre: _____

Relación al Joven: _____

Nombre: _____

Relación al Joven: _____

Para Verificar la Tutela y la Petición para Servicios Profesionales

Verifico que soy el Cuidador Primario y tengo el derecho de consentir para los servicios. También, verifico que lee esta forma:

Firma del Joven

Fecha

Firma del Joven

Fecha

Firma del Joven

Fecha

Firma del Guarda Legal

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Somos requeridos por las reglas que gobiernan el LPC (Licencia para Consejeros Profesionales) a proveerle una lista de honorarios para algún servicio adicional proporcionado a usted. ¡Lea por favor la declaración siguiente!

Los reembolsos (los copagos y deducibles) pagados por la compañía de seguridad solo son para servicios de consejería. A veces, los clientes solicitan servicios adicionales que no son cubiertos por su compañía de seguros. El siguiente es una lista de honorarios para varios servicios solicitados.

Se incluye un horario si falta de asistir a su cita y fallo en llamar 24 horas antes de su cita.

- La copia de los Registros para Propósitos de Incapacidad: Gratis
- La copia de los Registros para otros propósitos: \$30.00 Por favor de notar: Nosotros no mantenemos las notas de terapia en el historial médico. Por lo tanto, las notas no son una parte del historial médico.
- Llenando el papeleo siguiente - Incapacidad, FMLA o las Notas de Progreso: \$25.00 por cada 15 minutos
- Preparar un reporte del tribunal o preparando para el tribunal: \$300.00 por cada hora
- Aparecer en el tribunal: \$300.00 por cada hora y gastos adicionales
- Solicitado por el cliente para hablar o corresponder con: abogados, los maestros, oficiales de libertad condicional, reuniones de ARD...: \$25.00 los primeros 15 minutos (\$25.00 cada 15 minutos después)

Note por favor que los honorarios deben ser pagados antes que servicios sean proporcionados.

Fallo en llamar 24 horas antes de su cita para cancelarla y no se presento al la sesión: \$40.00 (Se debe pagar antes de las próxima sesión). Si hay una cantidad excesiva de sesiones que falla de asistir, la relación puede ser terminada.

Si usted es la persona responsable en pagar por los servicios, le pedimos que usted pague a la hora de la sesión: \$50.00 por cada sesión

Si su compañía de seguro no nos paga por los servicios, nosotros estaremos forzados a obtener un pago personal de su parte. Por favor mantenga su tarjeta de seguro e información mas reciente y asegúrese de que lo tenemos.

Yo, he leído y entendido esta póliza financiera y estoy de acuerdo a respetar sus términos.

Firma del Cliente

Fecha



Evaluación del Cliente

Nombre del Joven: _____

Fecha: _____

La razón (razones) usted está buscando servicios: (marque por favor todas las declaraciones que aplican a su niño) Relación con los padres u otros adultos en el hogar Relación con otros niños en el hogar Problemas de la escuela Problemas con el sistema juvenil (BCJP o Corte) Crisis familiar (por ejemplo, violencia doméstica, muerte de un miembro de la familia, segundo casamiento o divorcio) Otra razón: _____

Factores que contribuyen a la situación: (marque por favor todas las declaraciones que aplican a su niño):
 Conflicto severo en la familia Faltando o Llegando tarde a las clases Falta de respeto a los maestros o adultos de autoridad Calificaciones bajos Un caso con la corte o probación Uso de drogas o alcohol Cambio de la custodia Conflictos emocionales entre familiares Abuso físico, sexual o el descuido en el hogar

Composición Familiar

❖ **Escribe el nombre de cada persona que vive en la casa con el joven, la fecha de nacimiento, la edad y la relación entre ellos. Por ejemplo – hermanos, abuelos, parientes, y/o amigos.**

<u>Nombre:</u>	<u>FDN & Edad</u>	<u>Relación al cliente:</u>	<u>(P) Positivo</u>	<u>(N) Negativa</u>
_____	_____	_____	P	N
_____	_____	_____	P	N
_____	_____	_____	P	N
_____	_____	_____	P	N
_____	_____	_____	P	N
_____	_____	_____	P	N

¿Ha habido algunos cambios significativos en la familia? Sí No
 (Por ejemplo, alguien falleció, la encarcelación, el miembro de la familia siendo despedido, el miembro de la familia que se va del hogar.

¿¿ Con quién habla usted en un tiempo de crisis? (por favor marque todas las declaraciones que aplican)
 Tíos Tías Abuelos Primos Otros Parientes Amigos de la Familia Otros: _____

¿¿Cuál es su creencia religiosa? Católico Cristiano Bautista Metodista Ateo Musulmán Pentecostal Otro: _____

EDUCACION

❖ El Nombre de la Escuela _____ ¿En Qué Grado Esta? _____

❖ ¿Está recibiendo servicios especiales en la escuela?

INFORMACION FINANCIERA

❖ ¿Los ingresos anuales de la familia: menos de \$10,000 10,000-14,999 15,000 – 29,999 30,000-49,999 50,000 – 62,000 más de \$63,000

❖ ¿Solicita la familia ayuda financiera? Sí No

❖ ¿El cliente tiene seguro médico?

Sí, (por favor de marcar todo que se aplica): Medicaid CHIP CARE LINK Privada
 No

INFORMACION ACERCA DEL ALBERGUE DE LA FAMILIA

❖ ¿Cuánto tiempo ha estado usted en su residencial? 0 – 6 meses 7 meses – un año un año – tres años
 Más de tres años

❖ ¿Posee usted su propio hogar o alquila usted?

Alquilar/Rentar Viviendo con un Pariente Su Propio Hogar/Comprando Casa Sin Hogar

INFORMACION MÉDICA

❖ ¿Tiene el joven alguna alergia conocida? Sí No

Si, por favor lista: _____

❖ Indique medicamentos que el cliente está tomando: _____

Cualquier otro problema médico: _____

SALUD MENTAL/ABUSO DE LAS DROGAS

❖ ¿Hay una historia de ser diagnosticado con cualquiera de los desórdenes siguientes?

Desorden	Cliente	Padre	Hermanos	Abuelos	Parientes	
TDAH (ADHD)	<input type="checkbox"/>					quien: _____
Trastorno Bipolar	<input type="checkbox"/>					quien: _____
Depresión						quien: _____
Ansiedad						quien: _____
Esquizofrenia						quien: _____

❖ ¿Hay cualquier historia del peligro al ser o a otros por el cliente?

- Los pensamientos del Suicidio Sí, cuando: _____ No
- Intento del suicidio Sí, cuando: _____ No
- Mutilación de uno mismo Sí, cuando: _____ No

❖ ¿Hay cualquier historia de hospitalizaciones por razón mental de la salud del cliente o un miembro de la familia? Sí Cuando y Razón: _____

No

❖ ¿Hay cualquier historia del uso de las sustancias en su familia?

	Cliente	Padre	Hermanos	Abuelos	Parientes
Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éxtasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

❖ ¿El cliente o un miembro de la familia han participado en el tratamiento de drogas?

Sí. ¿Cuándo? _____
 No

❖ ¿Hay cualquier historia de un miembro de la familia que abusa fármacos? Sí No

LA HISTORIA DEL ABUSO Y DESCUIDO

❖ ¿Hay un caso del abuso o descuido abierto en el hogar?

Sí ¿Cuál es la naturaleza de las alegaciones? _____
 No

❖ ¿Hay cualquier historia con CPS? Sí, cuando: _____ No

❖ ¿El caso está cerrado? Sí, ¿Cuándo? _____
 No, Quién es el Asistente Social asignado al caso: _____

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

LA PARTICIPACION CON OTRAS AGENCIAS

❖ ¿El joven tiene un Caso con las Cortes/Tribunales, Oficial de la Comisión de Libertad Condicional de Menores (Probación de Jóvenes) u Oficial de la Comisión de Menores de Texas (TYC)?

Sí ¿Cuál es la ofensa citada del joven? _____
Nombre de la Agencia o Corte: _____
Nombre del Juez u Oficial: _____
 No

❖ ¿Ha recibido usted los servicios de nuestra agencia en el pasado?

Sí. ¿Cuándo? _____
 No

❖ Liste por favor otras agencias que usted ha recibido servicios en el pasado:

Para uso de la oficina:

Service(s) Recommended:

Individual/Family Counseling

Referral Date: ___/___/___ Date Offered: ___/___/___ Appt. Date: ___/___/___

Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas)

Por favor, ponga una cruz en el cuadro que usted cree que corresponde a cada una de las preguntas: No es cierto, Un tanto cierto, Absolutamente cierto. Nos sería de gran ayuda si respondiese a todas las preguntas lo mejor que pudiera, aunque no esté completamente seguro/a de la respuesta, o le parezca una pregunta rara. Por favor, responda a las preguntas basándose en el comportamiento del niño/a durante los últimos seis meses o durante el presente curso escolar.

Nombre del niño/a

Varón/Mujer

Fecha de nacimiento.....

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está continuamente moviéndose y es revoltoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general cae bien a los otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trata bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo miente o engaña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los otros niños/as se meten con él/ella o se burlan de él/ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños/as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piensa las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termina lo que empieza, tiene buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma

Fecha

Madre/padre/maestro/otros (indique, por favor:)

Muchas gracias por su ayuda