



## Harrisonburg-Rockingham CSB Servicios del niño/a

Gracias por expresar interés en recibir servicios de salud mental del CSB de Harrisonburg-Rockingham.

Por favor complete los siguientes formularios adjuntos:

- 1) Información inicial de admisión
- 2) Solicitud de servicio
- 3) Historial médico

Envíe los formularios completados a:

Harrisonburg-Rockingham CSB  
Attn: Same Day Access  
1241 North Main St.  
Harrisonburg, Virginia 22802

Las evaluaciones iniciales para niños se llevan a cabo los martes de 8:30am a 2:30pm y los jueves de 8:00 am a 2:30 pm. Una cita de evaluación inicial suele tardar entre 2 a 2.5 horas. Durante esta cita, se evaluará a su hijo para los siguientes servicios: terapia ambulatoria, administración de medicamentos y servicios de administración de casos. Los servicios son voluntarios y le animamos a su involucramiento en la identificación de los servicios más apropiados para su hijo y su familia.

Un tutor legal y el niño deben estar presentes durante el proceso de admisión/evaluación inicial. Si existen circunstancias que prohíben que esto ocurra, favor notifique al personal cuando programe la cita. Se debe completar un formulario de consentimiento y un permiso de divulgación de información antes de la cita de evaluación inicial para cualquier niño que no esté acompañado por un tutor legal.

Si necesita información adicional o tiene alguna pregunta, favor comuníquese con nosotros al 540-434-1941.

# Centro para Niños/as y Familias

## Información Inicial De Primera Cita



### Información de Identificación:

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Nombre anterior \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo nombre Apellido(s)

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Sexo (circulé) Masculino/ Femenino

Si su hija está buscando servicios por abuso de sustancias, ¿está ella embarazada?  Sí  No

### Información de Contacto:

Nombre de Madre/Padre: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ ¿Está bien llamar? (marque)  Sí  No

¿Quiere recibir recordatorios de citas por texto? \* (marque)  Sí  No

\* Sólo en inglés/ Se aplican las tarifas estándares de mensajería de texto

Compañía de Celular (marque): Alltel AT&T/Cingular Boost Mobile Cricket/AIO Wireless Nexttel Sprint  
Straight Talk (AT&T) Straight Talk (Verizon) T-Mobile US Cellular Verizon Virgin Mobile  
Otro: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ ¿Está bien llamar? (marque)  Sí  No

Teléfono de Trabajo/Otro: \_\_\_\_\_ ¿Está bien llamar? (marque)  Sí  No

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Esta bien enviar al correo electrónico?  
(marque)  Sí  No

Nombre de guardián legal (si no es madre/padre) \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Está bien llamar? (marque)  Sí  No

Nombre y dirección de alguien para contactar en caso de una emergencia:

Nombre Dirección

Teléfono Relación

Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

## Información Demográfica

Por favor marque la opción más apropiada para lo siguiente:

### Raza

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska  | <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano                      |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano   | <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano y Blanco             |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska y Blanco                 | <input type="checkbox"/> Blanco                                      |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska y Negro o Afro Americano | <input type="checkbox"/> Otro  |
| <input type="checkbox"/> Asiático  | <input type="checkbox"/> Otro Multirracial                           |
| <input type="checkbox"/> Asiático y Blanco   | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacifico |

### Origen Hispano

- Puertorriqueño
- Mexicano
- Cubano
- Otro Hispano
- No de Origen Hispano
- Hispano-Origen específico no identificado

### Estado Jurídico

- Voluntario (referido/a)
- Tratamiento Ordenado:
  - Condición de probatorio
  - Condición de libertad provisional (parole)
  - Condición de diversión
  - Libertad condicional (NGRI)
- Involuntario Civil (MOT, Exámenes de competencia)

### Referido por:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mi mismo/a                           | <input type="checkbox"/> Médico privado                                   |
| <input type="checkbox"/> Familiar o Amigo/a                   | <input type="checkbox"/> Proveedor privado de salud mental ambulatoria    |
| <input type="checkbox"/> Proveedor de Servicios de desarrollo | <input type="checkbox"/> Proveedor del estado de salud mental ambulatoria |
| <input type="checkbox"/> Escuela                              | <input type="checkbox"/> Hospital del estado                              |
| <input type="checkbox"/> Empleador/EAP                        | <input type="checkbox"/> Centro de entrenamiento del estado               |
| <input type="checkbox"/> ASAP o Programa de DUI               | <input type="checkbox"/> Proveedor de abuso de sustancias                 |
| <input type="checkbox"/> Policía o Alguacil                   | <input type="checkbox"/> Corte  |
| <input type="checkbox"/> Institución Correccional Local       | <input type="checkbox"/> Departamento de Salud                            |
| <input type="checkbox"/> Institución Correccional Estatal     | <input type="checkbox"/> Otro CSB   |
| <input type="checkbox"/> Probatorio                           | <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios de Rehabilitación      |
| <input type="checkbox"/> Libertad provisional (parole)        | <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Sociales -TANF         |
| <input type="checkbox"/> Otra referencia de la comunidad      | <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Sociales – no TANF     |
| <input type="checkbox"/> Hospital privado                     | <input type="checkbox"/> Departamento de Justicia Juvenil                 |

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor regrese este formulario a la Recepcionista cuando lo termine

# Solicitud De Servicios – Niño/a



Nombre del niño/a \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

## Información de Seguro Médico:

¿Tiene su hijo/a algún tipo de **Medicaid**? \_\_\_SÍ \_\_\_NO **Medicare**? \_\_\_SÍ \_\_\_NO

¿Tiene otro seguro médico? \_\_\_SÍ \_\_\_NO Si sí, ¿qué tipo? \_\_\_\_\_

Titular del seguro: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

# de grupo: \_\_\_\_\_ # de póliza: \_\_\_\_\_

Empleador del titular: \_\_\_\_\_

## Detalles Acerca de su Solicitud:

¿Ha sido referido/a al CSB? \_\_\_SÍ \_\_\_NO Si sí, ¿Por quién? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el problema principal con el cual su hijo/a necesita ayuda? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo/a servicios de salud mental o tratamiento por abuso de sustancias en el pasado? \_\_\_SÍ \_\_\_NO

Si marcó sí, ¿dónde y cuándo? \_\_\_\_\_

¿Ha venido antes su hijo/a al CSB (antes referido como McNulty)? \_\_\_SÍ \_\_\_NO Si marcó sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a está tomando medicamentos? \_\_\_SÍ \_\_\_NO Si marcó sí, por favor listar:

MEDICAMENTO	DOSIS	INICIO	DOCTOR/A

¿Tiene su hijo/a alergia a algún medicamento o comida? \_\_\_SÍ \_\_\_NO Si marcó sí, por favor listar:

Medicamento, comida, etc.	¿Es severo? SÍ o NO	Reacción

¿Su hijo/a ha usado alcohol o drogas alguna vez? \_\_\_SÍ \_\_\_NO Si marcó sí, por favor listar:

Tipo	Frecuencia	Cantidad	Fecha de último uso	Método de uso

(Continue al reverso)

## Información sobre su hijo/a:

Por favor marque una **X** a los temas que le preocupan.

### Problemas de Comportamiento:

- Hiperactividad, dificultad en concentrarse, o se distrae fácilmente
- Argumenta o desobedece las reglas en la escuela o casa, miente, roba
- Estallidos de enojo
- Otro (favor describa): \_\_\_\_\_

### Problemas de Humor:

- Sentirse triste o deprimido/a
- Sentirse nervioso/a o ansioso/a
- Cambios de estados de ánimo, irritabilidad
- Asuntos emocionales relacionados a trauma o abuso en el pasado

### Problemas en Relaciones:

- Conflicto con gente importante en su vida
- Sentirse solo/a o socialmente aislado/a
- Problemas con compañeros/as o maestros/as en la escuela
- Pérdida de una relación o muerte

### Problemas con el abuso de sustancias:

- Uso de alcohol y/o drogas
- Otra persona piensa que su hijo/a puede tener problemas con alcohol y/o drogas
- Su hijo/a necesita empezar un programa de alcohol/drogas

### Problemas de Seguridad:

- Escucha voces, ve cosas, pensamientos no usuales Si marcó, ¿cuándo? \_\_\_\_\_
- Autolesiones o intento de suicidarse Si marcó, ¿cuándo? \_\_\_\_\_
- Pensamientos de suicidio u homicidio Si marcó, ¿cuándo? \_\_\_\_\_
- Agresión física (pegando, pateando, empujando, etc.) Si marcó, ¿cuándo? \_\_\_\_\_
- Otra situación peligrosa o insalubre (favor describir) \_\_\_\_\_

### Problemas en la Vida Cotidiana:

- Problemas financieros
- Problemas de vivienda
- Conflicto familiar o violencia doméstica

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# Formulario de Historia Médica-Niño/a



Para ser llenado por el/la Guardián o Representante Legal Autorizado

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a un doctor de familia o pediatra? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO

Si contestó sí, por favor dé el nombre del doctor y su práctica médica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Su hijo/a es visto por otro doctor o proveedor médico? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO

Si contestó sí, por favor dé el nombre del doctor y su especialidad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha tenido recientemente, o tiene actualmente su hijo/a, alguna queja física? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO

Si contestó sí, por favor describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a alguna condición crónica como Diabetes, Presión Alta, Hepatitis C, etc...? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO

Si contestó sí, por favor listar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo/a alguna enfermedad o herida seria en el pasado; ó hospitalizaciones? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO

Si contestó sí, por favor describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Alguna vez su hijo/a ha estado alrededor de, o ha tenido síntomas de tuberculosis (TB) como una fiebre de largo plazo, pérdida de peso sin explicación, una mala tos que duró más de dos semanas, o escupía sangre? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO

¿Alguna vez su hijo/a ha tenido una prueba cutánea positiva de la tuberculosis (TB)? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO

¿Tiene su hijo/a una enfermedad contagiosa? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO

Si contestó sí, por favor listar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Continúa al reverso)

¿Tiene su hijo/a alguna incapacidad o restricciones de actividades físicas? \_\_\_ SI \_\_\_ NO

Si contestó sí, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a problemas significativos de comunicación? \_\_\_ SI \_\_\_ NO

Si contestó sí, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tienen los padres algunas enfermedades serias o condiciones crónicas? \_\_\_ SI \_\_\_ NO

Si contestó sí, describa: \_\_\_\_\_

¿Tienen los hermanos/as algunas enfermedades serias o condiciones crónicas? \_\_\_ SI \_\_\_ NO

Si contestó sí, describa: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguien más en la casa alguna enfermedad seria o condición crónica? \_\_\_ SI \_\_\_ NO

Si contestó sí, describa: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a historial de salud reproductiva o sexual relacionada con su petición de servicios? \_\_\_ SI \_\_\_ NO

Si contestó sí, describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma de Madre, Padre o Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Revisado por:

Firma del personal del CSB \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_