**Menor (menos de 18 años)**

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

**Nombre de la(s) persona(s) llenando este formulario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Relación con el/la menor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del niño(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**No. de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Persona a contactar en caso de emergencia**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**No. de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Relación con el/la menor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cómo se enteró de estos servicios?**

**Página de internet “Psychology Today” \_\_\_\_ Amigo(a) \_\_\_\_**

**Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Este centro de consejería ofrece grupos de terapia (ansiedad, depresión, Etc.). ¿Está interesado en unirse a un grupo? Sí o no**

**Raza/Etnicidad (por favor circule):**

**Africano-Americano/Negro Indio Americano/Nativo de Alaska**

**Asiático Americano/Asiático Hispano/Latino(a)**

**Nativo de Hawaii o Islas Pacíficas Multiracial Blanco**

**Se identifica como (por favor especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Preferencia religiosa o espiritual:**

**Agnóstico Ateo Budista Judeo**

**Cristiano Hindu Musulmán Prefíere no contestar**

**Se identifica como (por favor especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Por favor describa la(s) condición(es) presente del/la menor por la(s) cual(es) busca servicios.**

**¿En qué fecha comenzó su condición(es)/enfermedad?**

* **¿Bajo que circumstancias empezó a experimentar el problema?**

**¿Quién vive en la casa con el menor - hermanos(as), otro pariente?**

**Por favor liste enfermedades graves que haya tenido el niño(a)**

**Enfermedad/Edad/ Tratamiento administrado(incluya cirugía)/ Reacción o effectos**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Tiene el/la menor algún impedimento físico?**

**[ ] No [ ] Sí ¿Cuáles son?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Por favor liste todos los medicamentos que el/la menor está tomando actualmente:**

**Medicamento Fecha cuando empezo Razón**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Ha el/la menor, en cualquier momento, abusado algún tipo de sustancia?**

**[ ] No [ ] Sí**

* **¿Qué substancia ha abusado?**
* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **¿Qué tratamiento ha recibido para el abuso de sustancias?**

**Fecha de tratamiento ¿Cómo respondió al tratamiento?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Tiene el/la menor amistades fuera de las que tiene en el hogar?**

**¿Tiene dificultad el/la menor para empatizar con las personas?**

**¿El/la menor tiene dificultad para mostrar remordimiento cuando hace algo mal?**

**¿Qué le gusta al niño(a) hacer como diversión?**

**¿A qué escuela atiende el niño(a) y en qué grado escolar está?**

**¿Recibe el menor educación especial como ESE?**

**¿Son sus grados satisfactorios?**

**[ ] Sí [ ] No ¿Por qué?**

**¿Ha repetido o saltado el niño(a) algún grado escolar?**

**[ ] No [ ] Sí ¿Cuál?**

**¿Existen presentemente algunos problemas de conducta en el hogar ó en la escuela? Por favor, explique.**

**¿Ha recibido previamente el/la menor alguna evaluación ó tratamiento por problemas psicológicos?**

**[ ] No [ ] Sí Liste fechas y lugares donde recibió tratamiento**

**Fecha de tratamiento Lugar de tratamiento ¿Cómo respondió al tratamiento?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Ha sido el/la menor hospitalizado a causa de problemas psicológicos? Por favor indique cuando y lugar de tratamiento:**

**Fecha de tratamiento Lugar de tratamiento ¿Cómo respondió al tratamiento?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿En algún momento ha experimentado el niño(a) un evento traumático que le causó sentir un miedo intenso, horror, ó que estaba desamparado? ¿Cuántas veces y cuán frecuente? Por favor circule todos los que aplican:**

**Abuso infantil físico Abuso infantil sexual Abuso infantil emocional**

**Ataque físico Violencia sexual Fuerzas armadas/combate/Guerra**

**Sequestrado/tomado como rehén Accidente serio ataque terrorista**

**A punto de ahogarse Diagnosticado con una enfermedad mortal**

**Desastre natural encarcelamiento/tortura ataque animal**

**Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Está usted consciente si alguna vez el niño(a) ha visto ó escuchado cosas que otras personas no han visto o escuchado? Por favor, explique.**

**¿Le ha comentado el niño(a) alguna vez que se quiere herir asimismo o matar?**

**[ ] No [ ] Sí Por favor indique las fechas:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Le ha comentado el niño(a) alguna vez que quiere herir ó matar a otra persona?**

**[ ] No [ ] Sí Por favor indique las fechas:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Por favor provea una explicación breve de cualquier problema médico, psicológico, ó de aprendizaje significativo y que este presente en la familia immediata. Describa la relación de esa persona con el/la menor (ejemplo: madre, padre, abuelo(a), etc).**

**¿Tiene el niño(a) algún historial de problemas con la ley (acciones legales contra él ó ella, arrestos, DUIs, etc.)? Por favor, explique:**

**Metas concerniente al desarroyo del niño(a)-¿Existieron algunos retrazos en el habla, aprendiendo a caminar y como usar el baño solo(a) dejando los pañales, u otras areas de desarrollo?**

**¿Cómo describiría el hábito de dormir del niño(a)?**

**¿Cómo describiría el apetito del niño(a)?**

**¿Ha experimentado/participado el menor en lo siguiente? Circule todos los que apliquen:**

**comiendo menos comiendo más atracones de comida purga/vomita**

**usa purgantes usa medicamentos para bajar de peso usa diuréticos**

**aumento de peso drástico en los últimos dos (2) meses**

**pérdida de peso drástica en los últimos dos (2) meses**

**¿Cómo maneja el niño(a) las actividades del diaro vivir (vestirse, bañarse, cepillarse los dientes) y del cuidado general de sí mismo?**

**ROBINSON-KYLES COUNSELING AND TESTING SERVICES LLC**

**Formulario De Consentimiento y Acuerdo para pruebas psicológicas, evaluación y asesoramiento**

Yo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, acepta permitir que los servicios de asesoramiento y pruebas de Robinson-Kyles realicen los siguientes servicios de psicoterapia, pruebas, redacción de informes y consultas con otros profesionales:

Este acuerdo concierne: ❑ yo mismo ; o ❑ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entiendo que estos servicios pueden incluir contacto directo, cara a cara, entrevistas o pruebas. También pueden incluir el tiempo requerido por el profesional para la lectura de registros, consultas con otros psicólogos y profesionales, calificación de exámenes, interpretación de los resultados y cualquier otra actividad para respaldar estos servicios. Aunque mi seguro de salud puede pagarme algunas de estas tarifas, entiendo que soy totalmente responsable del pago de estos servicios.

También entiendo que el practicante acepta lo siguiente:

1. Los procedimientos para seleccionar, dar y calificar las pruebas, interpretar los resultados y mantener mi privacidad se llevarán a cabo de acuerdo con las reglas y pautas de la Asociación Americana de Psicología y otras organizaciones profesionales.

2. Se elegirán pruebas que sean adecuadas para los fines descritos anteriormente. Estas pruebas se darán y calificarán de acuerdo con las instrucciones en los manuales de las pruebas, de modo que se obtendrán puntajes válidos. Estos puntajes se interpretarán de acuerdo con los hallazgos científicos y las pautas de la literatura científica y profesional.

3. Las pruebas y los resultados de las pruebas se guardarán en un lugar seguro para mantener su confidencialidad.

Estoy de acuerdo en ayudar lo más que pueda, proporcionando respuestas completas, proporcionando registros, haciendo un esfuerzo honesto y trabajando lo mejor que pueda para asegurarme de que los resultados sean precisos y que el asesoramiento sea útil.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del cliente (o padre / tutor) Fecha

Robinson-Kyles Counseling and Testing Services LLC

Jeanene Robinson Kyles, PhD

Psicóloga supervisora

863-398-6748 (Oficina principal de Lakeland)

Sus derechos con respecto a su información de salud:

1. Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera o en un lugar determinado que sea más privado para usted. Por ejemplo, puede solicitar recibir llamadas en casa, y no en el trabajo, para programar o cancelar una cita.
2. Puede solicitar limitar lo que se le dice a las personas involucradas en su atención o el pago de su atención, como familiares o amigos.
3. Tiene derecho a consultar su información de salud, como sus registros médicos y de facturación. Puede obtener una copia de estos registros, pero se le cobrará por ello.
4. Si cree que la información en sus registros es incorrecta o le falta algo importante, puede solicitar que se agreguen a sus registros para corregir la situación. Debe realizar esta solicitud por escrito y también debe analizar las razones por las que desea realizar los cambios.
5. Tiene derecho a una copia de este aviso. Si se modifica este aviso, recibirá una nueva versión.
6. Tiene derecho a presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad. Además, es posible que tenga otros derechos que le otorgan las leyes de nuestro estado y estos pueden ser los mismos o diferentes de los derechos descritos anteriormente. Estas situaciones se pueden discutir con usted ahora o a medida que surjan.

EN CASO DE EMERGENCIA

1. EN CASO DE EMERGENCIA, LLAME AL 911 O VAYA A LA SALA DE EMERGENCIA MÁS CERCANA.
2. TAMBIÉN PUEDE LLAMAR A LA LÍNEA DIRECTA DE SUICIDIO 1-877-822-5205
3. Línea de vida nacional para la prevención del suicidio 1-800- 273-8255