



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. encuentren su experiencia con Tahoe Youth & Family Services muy agradable, positiva 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 de 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*

Línea de Crisis (800) 870-8937

www.tahoeyouth.org



IMPRIME PORFAVOR

Nombre del cliente: _____ Sexo: M F Edad: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Lugar de Nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

¿Tiene su niño(a) seguro médico? Sí No

¿Si la respuesta es “Sí” cuál es el nombre de la compañía? _____

Estado de Salud: Excelente Bueno Favorable Pobre

¿Fue el niño(a) nacido prematuro? Sí No ¿De cuantas semanas? _____

Por favor marque abajo problemas de salud que ha tenido su niño(a), en el pasado o presente.

Nerviosismo/Ansiedad Insomnio Depresión

Por favor indique cualquier tratamiento psiquiátrico/psicológico:

Ninguno

Paciente externo (Fecha: ____ / ____ / ____) Donde: _____

Paciente internado (Fecha: ____ / ____ / ____) Donde: _____

Por favor liste hospitalizaciones (incluyendo hospitalizaciones psiquiátricas):

EDAD	ENFERMEDAD/HERIDA/CIRUGÍA	RESULTADO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Ha tenido su hijo intentos de suicidio? Sí No

¿Intentos sin hospitalizaciones? Sí No

Si la respuesta es “sí”, por favor explique: _____

¿Ha tenido su niño(a) problemas comiendo o de peso, tal como bulimia, anorexia, comiendo demasiado o no comiendo? Sí No

¿Tiene su niño(a) algún historia de cortarse o automutilación? Sí No

¿Ha sido su niño(a) abusado sexualmente o asaltado? Sí No

¿Su niño(a) ha sido tratado por un médico? Sí No

Si la respuesta es "sí", ¿cuándo? _____ / _____ / _____

Por favor marque abajo cualquier problema de salud que le aplique a su niño(a), en el pasado o presente. Si ninguno, no marque nada.

PROBLEMA/ SÍNTOMA	EDAD	P=PASADO/ T=PRESENTE	PROBLEMA/ SÍNTOMA	EDAD	P=PASADO/ T=PRESENTE
Quito amígdalas	_____	_____	Dificultad escuchando	_____	_____
Alergias/Asma	_____	_____	Problemas Dentales	_____	_____
Enfisema	_____	_____	Desórdenes de comer	_____	_____
Bronquitis	_____	_____	Dolores de cabeza frecuentes	_____	_____
Neumonía/Pulmonía	_____	_____	Depresión/Pensamientos de suicidio	_____	_____
Tuberculosis	_____	_____	Fatiga excesiva	_____	_____
Anemia	_____	_____	Diarrea persistente (por semanas o meses)	_____	_____
Coagulación de Sangre	_____	_____	Problemas con Riñones/Vejiga	_____	_____
Presión Alta	_____	_____	Polio	_____	_____
Problemas de Corazón	_____	_____	Fiebre Reumática	_____	_____
Diabetes	_____	_____	Malaria	_____	_____
Cáncer o Tumor	_____	_____	Mononucleosis infecciosa	_____	_____
Epilepsia	_____	_____	Encefalitis	_____	_____
Ictericia Amarilla	_____	_____	Meningitis	_____	_____
Úlceras	_____	_____	Problemas de la piel	_____	_____
Artritis/Gota	_____	_____	Manchas blancas en la boca persistentes	_____	_____
Enfermedad de Tiroideo	_____	_____	Pérdida excesiva de peso inexplicable	_____	_____
Enfermedad del Hígado	_____	_____	Hiperactividad	_____	_____
Varicela	_____	_____	Accidente Propenso	_____	_____
Sarampión	_____	_____	Lesión a la Cabeza	_____	_____
Dolores de Oído	_____	_____			
Problemas de Visión	_____	_____			

Otros problemas: _____

Por favor escriba detalles sobre respuestas: _____

¿Está tomando su niño(a) algún medicamento? Si la respuesta es "sí" por favor liste:

MEDICINA:

SE TOMA PARA:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Alguna vez su niño(a) ha tomado medicina para estado de humor (depresión, ansiedad) o para su conducta (hiperactividad), tales como Paxil, Prozac, Zoloft, Ritalin, etc.? Sí No Inseguro(a)

Si la respuesta es "sí", liste: _____

¿Hay alguien en tu familia inmediata que está tomando uno de estos medicamentos? Sí No

Si la respuesta es "sí", ¿quién, y qué está tomando? _____

¿Cuántas bebidas de cafeína (sodas, café, té, té helado) toma su niño(a) cada día? _____

¿Están las inmunizaciones (vacunas) al día de su niño(a)? Sí No

Fecha de tu última vacuna de Tétano ____ / ____ / ____

Al presente, ¿Tiene su niño(a) algún problema médico que puede interferir con su participación en un programa de consejería? Sí No

Si la respuesta es "sí", por favor explique: _____

¿De dónde obtiene su niño(a) servicios médicos? Departamento de Salud Doctor Privado(a)

¿Quién es su doctor? _____



Llenado por Padres/Guardián

Fecha de hoy: ____ / ____ / ____

Client # Uso De Oficina: _____

IMPRIME PORFAVOR

Nombre del Cliente (Niño/a): _____ Sexo: M F Edad: _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Nombre de Escuela: _____ Grado: _____

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

No. Casa: (_____) _____ - _____ No. Celular: (_____) _____ - _____

¿Podemos dejar mensaje? Casa Celular

Estado Civil: Soltera Casada 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 o P.O. Box Ciudad Estado Código Postal

No. Casa: (_____) _____ - _____ No. Celular: (_____) _____ - _____

¿Podemos dejar mensaje? Casa Celular

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Libre

Ocupación: _____ Etnicidad/Raza: _____ Discapitado: _____

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

Al contestar honestamente nos ayudara a asistirle mejor.

Por favor explique algunos de los problemas usted encuentra siendo padres.

¿Cuáles son algunas de las conductas de sus niños que le preocupan más?

¿De qué maneras intentó resolver estos problemas?

¿Cuáles acontecimientos pasados piensa que contribuyeron a los problemas/preocupaciones de hoy?

Por Favor explique tres metas que usted quisiera lograr para sí mismo, sus niños, o su familia.

1. _____
2. _____
3. _____

¿Específicamente, que piensa usted que nosotros podríamos hacer para ayudarle a usted y a su hijo/s lograr estas metas?

Por favor marque todos los síntomas o comportamientos que ha tenido su niño/a

- Llora mucho
- No se puede calmar o consolar fácilmente
- Problemas durmiendo
- Camina en el medio de la noche
- Habla o llora cuando dormido(a)
- Es muy tímido
- Dificultades con cambios
- Retirado
- Miedoso y ansioso
- Enfermo frecuentemente
- Se mueve de un lado al otro
- Se pega la cabeza
- Muy pegado e inapropiadamente demandante
- Evita mirar a otros en el ojo
- No puede poner atención por largo tiempo
- Se pierde en su pensamiento, distraído
- No le gusta que nada este fuera de su lugar
- No le gusta esperar, quiere todo inmediatamente
- Problemas al comer (escoge mucho su comida)
- Miedo a ciertos animales, situaciones, o lugares otros aparte (explique)
- Se frustra fácilmente
- No se sienta quitamente
- Dificultad siguiendo direcciones
- Muy celoso(a)
- Sin motivación, no quiere jugar solo
- Sin miedo
- No muy activo, se mueve despacio, no tiene energía
- Cambios rápidos de humor, o de sentimientos Vomita (sin causa médica)
- Problemas de conducta en la escuela o guardería
- Dificultades llevándose bien con otros
- Disturba a otros niños
- Quejarse mucho
- Control de impulso
- Desafía las reglas
- Dificultades con lo que es correcto e incorrecto
- Resiste irse a dormir
- Actúa muy pequeño para su edad
- No sabe cómo divertirse, actúa como un “pequeño adulto”
- Pega y/o muerde a otros, es agresivo
- Novillero de la escuela antes de tener 13 años
- Hiperactivo
- Rabieta, berrinches
- Conducta sexual inapropiada
- problemas con eliminación (orinarse o ensuciar la cama)

Observaciones del Padre:

	SI	NO
1. ¿El niño o niña responde sonríe o se le saluda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Comparte objetos cuando juega?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Toma su turno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Participa en juegos de pretender con otros niños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Sigue las reglas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Usa palabras o gestos para comunicar necesidades o sentimientos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Demuestra curiosidad acerca de su ambiente (gente y cosas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Usando palabras o gestos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Está cómodo(a) con experiencias nuevas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Está cómodo(a) al despedirse de su cuidador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Se pone excitado cuando lo recoge de la guardería o del cuidador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Consejero (a) Privado(a) Nombre: _____ Fecha: _____

Otro lugar _____ Fecha: _____

¿Quién los recomendó aquí?

¿Alguna de las siguientes situaciones se han presentado en su familia? Si la respuesta es “sí,

¿Fecha de 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"/> Hospitalización del niño(a)	_____
<input type="checkbox"/> Pérdida de amigos	_____
<input type="checkbox"/> Muerte de animal doméstico	_____
<input type="checkbox"/> Partida de una persona significativa (¿Quién? _____)	_____
<input type="checkbox"/> Moviada de casa o escuela	_____
<input type="checkbox"/> Hospitalización de los padres	_____
<input type="checkbox"/> Padres en la cárcel o partida de la casa (¿Quién? _____)	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad seria en familia (mental o física)	_____
<input type="checkbox"/> Testigo o víctima de un crimen	_____
<input type="checkbox"/> Adopción (¿Quién? _____)	_____
<input type="checkbox"/> En cuidado de Foster	_____
<input type="checkbox"/> Niño/a esta vive con amigo o parientes	_____

¿Ha sufrido su hijo/a algún trauma o algo que le cause estrés?

- Accidente
- Enfermedad severa
- Abuso físico, sexual, o emocional
- Sin donde vivir Pasado Presente
- Miembro de la familia usando drogas o alcohol Pasado Presente
- Cambios frecuentes en guardería o cuidador
- Incapacidad de aprender (¿Ha sido su hijo/a arrestado? ¿Cuál era el tratamiento?)
- Separación de los padres o del cuidador primario

Por favor liste todos los consejeros, terapeutas, psicólogos, psiquiatras, y doctores que usted o su hijo/a han visto (evaluaciones, exámenes)

Niño	Fecha de servicios	Padre	Fecha de servicios



DETERMINACION FINANCIERA

Gracias por elegir a Tahoe Youth & Family Services.

Le solicitamos que proporcione información básica importante para evaluar su situación y financiero adecuada para sus servicios. Si no podemos ayudarlo, ofreceremos otras referencias apropiadas en la comunidad.

Las sesiones individuales / familiares son de 45-50 minutos.

Las sesiones de grupo son de 80 minutos en California y 50 minutos en Nevada.

Las sesiones del programa intensivas grupo son 180 minutos en Nevada.

No se proporcionarán los servicios, ni se proporcionará la verificación de los servicios hasta que toda la información financiera solicitada sea recibida, firmada y procesada. TYFS requiere el pago antes del inicio de una sesión. Los pagos se pueden hacer directamente antes de comenzar.

Si No **CLIENTE TIENE SEGURO DE SALUD (MEDICAID, MEDÍ-CAL, SEGURO PRIVADO: _____)**

Proporcione una copia de la tarjeta de seguro de salud y el número de seguro social del asegurado principal.

¿Copago Requerido? Si No Cantidad de Copago: Individual \$ _____ Grupo \$ _____

¿Segundo Seguro de Salud? Si No Seguro Segundo Porcentaje: _____%

Si No **EL CLIENTE CALIFICA POR OTRO FINANCIAMIENTO? (TRYS, OC, _____)**

¿Se requiere referencia? Si No ¿Autorización necesaria? Si No

Si No **EL CLIENTE DESEA PAGAR EN EFECTIVO POR LOS SERVICIOS (efectivo o tarjeta solamente, debe ser el cambio exacto) NO INCLUYE el programa intensivo**

\$125.00 por la primera cita; \$95 por sesión individuales; O 10 sesiones de grupos por \$250.00

Si No **EL CLIENTE ESTÁ SOLICITANDO UN REPORTE SEA ENVIADO A LA CORTE LOS RESULTADOS DE UNA EVALUACIÓN DE DROGAS Y ALCOHOL debido a una ofensa de DUI, debe tener una orden judicial; el cargo es de \$100 y ser pagado antes de programar la cita para la evaluación.**

Si No **EL CLIENTE ESTÁ SOLICITANDO UN REPORTE SEA ENVIADO A LA CORTE LOS RESULTADOS DE UNA EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL debido a una orden judicial o cualquier otra razón; el cargo es de \$315.00 por 3-sesiones. Pago de \$157.50 (mitad del pago complete) también se acepta antes de programar la cita.**

Si No **PROGRAMA INTENSIVO PARA PACIENTES (requiere 4 sesiones individuales y 12 sesiones de grupo per-mes)**

\$1,490.00 por mes; o \$395.00 primera semana; \$365.00 segunda, tercera y cuarta semana.

\$125.00 por la primera cita; \$90.00 por cada grupo; \$95.00 por individual.

Descuento- si se paga por adelantado, 25% de descuento = \$1,117.50 y se debe pagar antes de programar la cita.

Firma: _____ Fecha: _____

Informacion del Seguro

Nombre: _____ **Estado Civil:** Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)
Direction: _____ **Raza/Etnicidad:** _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____ **1er Idioma:** Ingles Español Otro _____
Fecha de nacimiento _____ **Cliente es menor** (18 y menos) M F **2do Idioma:** Ingles Español Otro _____
Seguro Social# _____
Teléfono de casa: _____ **Teléfono del cel.:** _____ **Podemos dejar un mensaje?** Casa Cel.
Empleador: _____ **Telefono de trabajo:** _____
Agencia de referencia _____ **Teléfono de la agencia de referencia:** _____

INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN

Nombre: _____ **Estado Civil:** Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)
Direction: _____ **Raza/Etnicidad:** _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____ **1er Idioma:** Ingles Español Otro _____
Fecha de nacimiento _____ **Cliente es menor** (18 y menos) M F **2do Idioma:** Ingles Español Otro _____
Seguro Social# _____
Teléfono de casa: _____ **Teléfono del cel.:** _____ **Podemos dejar un mensaje?** Casa Cel.
Empleador: _____ **Telefono de trabajo:** _____

INFORMATION DEL SEGURO

Compania de seguro primaria: _____ **Telefono de seguro:** _____
Nombre de la persona con el seguro: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ M F
Seguro Social# _____ **Empleador:** _____ **Relacion del cliente:** Yo Hijo o Hija Hijasto Esposo(a) Otro _____
Direction De Seguro: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____
ID de politica# _____ **Grupo #** _____ **Nombre de Grupo** _____
Tipo de cobertura: Groupo Individual Es un plan de jubilacion? Si No
Compania de seguro secundaria: _____ **Telefono de seguro:** _____
Nombre de la persona con el seguro: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ M F
Seguro Social# _____ **Empleador:** _____ **Relacion del cliente:** Yo Hijo o Hija Hijasto Esposo(a) Otro _____
Direction De Seguro: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____
ID de politica# _____ **Grupo #** _____ **Nombre de Grupo** _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS

Entiendo que soy financiero responsable de todos los cargos, ya sean o no pagados por el seguro, y de todos los servicios prestados para mí o para mis dependientes. Autorizo a TYFS, al terapeuta y / o a cualquier proveedor o proveedor de servicios en esta oficina a divulgar la información requerida para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo que este documento se utilice para crear una excelente. He leído y acepto lo anterior.

X _____ **Date:** _____
 Firma del paciente (Si el paciente es menor de edad (menor de 18 años), el padre/guardian es responsable debe firmar arriba y completar la información a continuación).
Nombre del Padre/Guardian _____ **Relacion del cliente:** _____



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: _____ **Fecha:** _____

TYFS Personal que asiste al cliente: _____ **Fecha:** _____