



**PEDIDO DE CONSULTA PARA SERVICIOS DE ADMISIÓN,
NIVEL DE SERVICIOS MÁS ELEVADO**
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA NIÑOS, JÓVENES Y SUS FAMILIAS
DIVISIÓN DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y DE SALUD DE
COMPORTAMIENTO
1825 Faulkland Road Wilmington, DE 19805 (302) 633-2571 or (302) 633-2591

Por favor completar este formulario lo más posible y llamar si usted necesita ayuda.

Enviar este formulario via fax al (302) 622-4475 o enviarlo vía correo a la dirección en el encabezado o enviar via correo electrónico al: DSCYF_Intake_General@state.de.us

Fecha:	Nombre del Niño:	Fecha Nacimiento:	
Masculino: <input type="checkbox"/> Femenino: <input type="checkbox"/>	Raza:	Etnicidad:	
Dirección Actual del Niño:			
Ciudad/Pueblo:	Condado:	Estado:	Código Postal:
Educación: <input type="checkbox"/> Educación Regular <input type="checkbox"/> Educación Especial	Escuela:	Grado:	

**** Si no es el padre o la madre por favor adjuntar los documentos de tutela junto con su pedido de consulta – el no hacerlo resultaría en una demora o el posible cierre de su caso.**

Nombre de Padre o Guardián: _____
Albacea: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Trabajo): _____

Información de Seguro Medico

Medicaid Vigente: (Delaware Physicians Care, United Health Care, Diamond State Partners)?
 Sí No

Seguro Médico Privado: (Aetna, BCBS, etc.): Sí No

Si contesto que sí, cual es el nombre de la compañía portadora: _____

***Por favor adjuntar un resumen de los beneficios de salud mental/ abuso de sustancias disponible a través de la compañía de seguro médico privado de su niño/a.**

Entidades Involucradas Actualmente:

DYRS: Sí No Nombre del trabajador: _____

DFS: Sí No Nombre del trabajador: _____

DDDS: Sí No Nombre del trabajador: _____

Involucrado con los Tribunales: Si No

Tribunal de Familia: Tribunal de Salud Mental:

Tribunal de Drogas: Tribunal de Ausentismo Escolar

Información de Tratamiento

- ¿El niño/a se encuentra actualmente en tratamiento de salud mental? Sí No
 - Concurre: Semanalmente Semana de por medio
- ¿El niño/a se encuentra actualmente en tratamiento de abuso de sustancias? Sí No
 - Concurre: Semanalmente Semana de por medio

Si el niño/a no se encuentra actualmente in algún tipo de tratamiento de paciente externo o concurriendo a algún otro nivel, por favor explicar por qué:

Si ha contestado “Si” a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor llenar los casilleros a continuación para antecedentes de tratamiento anterior y corriente.

Antecedentes de Tratamiento (corriente y previo)				
Proveedor de Tratamiento de Salud Mental o de Abuso de Sustancias	Tipo de Tratamiento (si lo sabe)	Cuando comenzó el tratamiento?	Fecha de Terminación?	Fue de Ayuda?

Si su niño/a esta siendo enviado para una consulta sobre tratamiento de abuso, por favor realizar una evaluación de abuso de sustancias de paciente externo antes de llenar este pedido de consulta.

Información Clínica

Detallar todos los problemas médicos serios:

(Pueden llegar a solicitar documentación adicional)

--

Detallar los Médicos que atienden a su niño/a:

--

Medicamento actual	Dosis	Medico que lo receto

¿Cuáles son los puntos fuertes e intereses de su niño/a y de su familia?

--

¿Qué problemas/ comportamientos emocionales resultaron en este pedido de consulta para servicios más intensivos?

Nivel de cuidado sugerido:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ayudante de salud mental (en conjunto con tratamiento de paciente externo semanal) | <input type="checkbox"/> Hospital diurno |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de paciente externo | <input type="checkbox"/> Tratamiento residencial |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento diurno | <input type="checkbox"/> Tratamiento diurno parcial(SA únicamente) |

** El nivel de cuidado sugerido no es una garantía que ese nivel será autorizado**

Si lo sabe, cual es el diagnostico de su niño/a:

Usted cree que su niño/a tiene:

- | | |
|--|---|
| Discapacidad de Aprendizaje <input type="checkbox"/> | Atraso de Desarrollo <input type="checkbox"/> |
| Discapacidad Física <input type="checkbox"/> | Demora Intelectual <input type="checkbox"/> |

Si es así, detallar a continuación:

Completado por: _____ Teléfono _____

Firma : _____

Vínculo con el Niño/a _____

Entidad/Agencia _____ Puesto: _____

Padre/ Guardián:

Doy permiso para que se entregue a DPBHA la información contenida en este solicitud de servicios. Doy el permiso a DPBHS para que ellos puedan:

- 1. Contactarse con las personas o entidades detallado en este documento para obtener más información cuando sea necesario.**
- 2. Compartir la información con la Oficina de Medicaid si ello creen que mu niño/a puede obtener cobertura médica para niños discapacitados.**
- 3. Compartir esta información con proveedores de servicios autorizados si mi niño puede obtener servicios de DPBHS.**

Padre/ Guardián: _____ **Fecha:** _____



**CONSENTIMIENTO PARA LA ENTREGA DE INFORMACION
CONFIDENCIAL DE SALUD MENTAL
DIVISION DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y DE SALUD DE
COMPORTAMIENTO**

Nombre del Cliente, _____, Fecha de Nacimiento: _____

Yo, (Padres/Guardián/Tutor/DFS) _____ por la presente autorizo a la División de Servicios de Prevención y de Salud de Comportamiento a Divulgar Información Escrita/ Oral y para recibir información oral y escrito de:

Nombre de la Entidad o Escuela: _____

Nombre de la persona de contacto de la entidad o escuela (si se conoce): _____

Información verbal y escrito a ser divulgado por DPBHS: (tildar los casilleros apropiados)

- Resumen Admisión/ Alta de servicios de DPBHS de los últimos 2 años
- Formulario de Admisión de Servicio (incluye Demográfico, Plan de Servicio CSM, Antecedentes de tratamiento de DPBHS, Historial de Medicación, Factores de Riesgo)
- Evaluación Psicosocial de DPBHS Evaluación Psicológico de DPBHS Evaluación Psiquiátrico de DPBHS
- Antecedentes Educativos Progreso/ Resumen de Tratamiento
- Examine físico más reciente (no debe contener información de embarazo, STD, HIV)
- Otro: _____

El propósito de la divulgación de esta información por DPBHS es para (tildar los casilleros apropiados)

- Realizar una referencia/ proveer tratamiento por la entidad de tratamiento clínico o la persona nombrado anteriormente
- Ayudar en la finalización de la evaluación de PBHS
- Proveer información clínica a la entidad o persona nombrado anteriormente

Información verbal y escrito a ser divulgado a DPBHS: (tildar los casilleros apropiados)

- Evaluación Inicial Plan de Tratamiento Comprensivo Resumen de Alta
- Resumen de Progreso de Tratamiento Examen Físico Evaluación de Habla y Lenguaje
- Evaluación Neurológico Antecedentes de Medicamentos Evaluación Psiquiátrico
- Los antecedentes educativos más recientes incluyendo exámenes educativos y evaluación psicológico escolar, documentación de IEP/ IRPD, asistencia a la escuela, y antecedentes de comportamiento/disciplina
- Otro: _____

El propósito de la divulgación de esta información por la entidad/ escuela nombrado anteriormente es para (tildar los casilleros apropiados)

- Permitir PBHS a Planear, Monitorear, Autorizar el Pago, Coordinar el Tratamiento con el Proveedor
- Permitir PBHS a utilizar materiales educativos en la planificación del tratamiento
- Permitir a PBHS a colaborar con el escuela en la planificación y provisión de servicios
- Ayudar en la terminación de la/las evaluaciones de PBHS

Entiendo que este formulario no puede ser utilizado para divulgar información sobre el tratamiento para drogas y alcohol, embarazo, condición de HIV y enfermedades transmitidos sexualmente.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentarlo ante el Director de Mejoramiento de Calidad de la División de Servicios de Prevención y de Salud de Comportamiento. Entiendo que la revocación no se aplicara a información que ya ha sido divulgado en respuesta a esta autorización.

Entiendo que la autorización para divulgar esta información es voluntaria. Puedo rehusar a firmar este consentimiento. No necesito firmar este consentimiento para asegurar recibir tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información utilizado o divulgado como se provee en 45 C.F.R. 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información lleva en si la potencial para una segunda divulgación sin autorización y que la información posiblemente no sea protegida por las normas de confidencialidad federales. Si tengo alguna pregunta con respecto a la divulgación de mi información de salud, puedo contactar al Director de Mejoramiento de Calidad de la División de Servicios de Prevención y de Salud de Comportamiento.

Este Consentimiento de Entrega de Información cumple con la Ley de Contratación y Responsabilidad en los Seguros de Salud (HIPPA-siglas en ingles), Estándares para la Privacidad de Información de Salud Identificando a Individuos (Practicas de Privacidad), 45 C.F.R. pts. 160 y 164, y todos los reglamentos federales y guías de interpretación promulgados afines. Una vez que la Información de Salud Personal (PHI) es divulgado, el recipiente puede volver a divulgarlo, por lo tanto los reglamentos de privacidad puede ya no proteger la información.

Este consentimiento vence al año de la fecha de la firma a no ser que sea revocado.

Firma del Padre/ Guardián/DFS (Colocar un circulo en el que corresponde)

Escribir el Nombre/ Fecha

Firma del Representante de DSCYF

Escribir el Nombre/ Fecha

INSTRUCCIONES

Por favor tenga en consideración los problemas que padece su niño/a cuando está completando el formulario a continuación. Por favor tenga en consideración la edad y el nivel de desarrollo de su niño/a al contestar las preguntas. Si es problema se puede aplicar a su niño/a, por favor ponga una "X" en el casillero más adecuado. En algunos casos sería apropiado poner una "X" en ambos casilleros. Esto está bien. Si el problema nunca ha ocurrido, por favor dejar el casillero en blanco.

ANTECEDENTES DEL NIÑO/A	Dentro de los últimos 30 días	Alguna Vez
1. Pensamientos/ amenazas de suicidio		
2. Gestos de suicidio		
3. Intentos de suicidio que requerían internación en un hospital		
4. Lesiona a el/ ella misma, ej: cortándose, golpeando la cabeza, quemándose, quitándose la piel		
5. Ganas de matar a alguien – Declaraciones de matar a alguien		
6. Físicamente violento – Lastimando a otros físicamente		
7. Amenazas verbales – Amenazas de lastimar a otros		
8. Berrinches frecuentes, intensos, incontrolables		
9. Alucinaciones (ve o escucha cosas que no se encuentran presentes)		
10. Delirios (tiene fuertes creencias que no tienen fundamentos en la realidad)		
11. Cruel a animales		
12. Destrucción intencional de propiedad		
13. Prende fuego a cosas		
14. Víctima de abuso físico confirmado o sospechado		
15. Víctima de abuso sexual confirmado o sospechado		
16. Víctima de abuso emocional confirmado o sospechado		
17. Víctima de negligencia sospechado o confirmado de parte del tutor/ guardián, ej. no provee alimentos, vivienda o ropa		
18. Supervisión y/o disciplina inadecuado o no apropiado de parte de los padres		
19. Estar expuesto a violencia domestica		
20. Se moja o se ensucia (después de haber aprendido a utilizar el baño)		
21. Demasiado sensible al ambiente(ruidos, tacto) que causa angustia		
22. Dificultad con la separación de los padres, rehúsa concurrir a la escuela		
23. Pensamientos recurrentes intrusivos o comportamientos repetitivos, tales como lavando de manos, chequear las cerraduras, organización de objetos		
24. Preocupación persistente no realista sobre su salud físico		
25. Evita personas, lugares o cosas		
26. Parece siempre sobresaltado o miedoso		
27. Se altera cuando recuerda cosas feas que le ha ocurrido a él o a ella		
28. Muchas pesadillas		
29. El niño/a ha pasado por un evento traumático. Ej. una inundación, un huracán, un procedimiento medico aterrador, siendo o viendo alguien seriamente lastimado (por accidente o agresión), viendo un cuerpo o a alguien perder la vida		
30. Estresor psicosocial, ejemplo, la muerte, ausencia o perdida de una persona importante en la vida del niño/a y/o múltiples cambios en la vida, enfermedad seria en la familia, problemas económicas		
31. Inestabilidad arreglos de vivienda, ejemplo, falta de un hogar,		

ubicaciones múltiples, reubicaciones frecuentes.		
32. Problemas con niños/as de su misma edad		
33. Problemas con relaciones familiares o relaciones con personas de autoridad.		
34. Incapacidad de dar o recibir el cariño apropiado a los personas quienes lo cuidan		
35. Arrestado, detenido o en libertad condicional (probatoria)		
36. Juegos de azar		
37. Actividad sexual no apropiado		
38. Huye de la casa		
39. Abuso de alcohol u otros drogas/ sustancias sospechado o confirmado		
40. Demoras en el desarrollo o intelectual sospechadas o confirmadas		
41. Problemas en la escuela/ actividades vocacionales (asistencia, comportamiento, rendimiento)		
42. Dificultad al concentrar		
43. Tristeza, llanto o retraído excesivo		
44. Se enoja fácilmente o excesivamente		
45. Excesivo irritabilidad		
46. Miedos o preocupación excesivos		
47. Patrones de alimentación o apetito irregulares o problemáticos		
48. Condición médica complicado por un trastorno emocional o no cumplimiento médico		

ANTECEDENTES FAMILIARES						
PROBLEMA	Padre	Madr e	Guardián	Hermanos/a s	Abuelos	Otro
1. Antecedente de Lastimar a sí mismo –ej. Cortarse, Quemarse.						
2. Intento de Suicidio						
3. Suicidio Realizado						
4. Antecedentes de Temas de Salud Mental						
5. Temas de Salud Mental Actuales						
6. Antecedentes de Abuso de Sustancias						
7. Abuso de Sustancias Actual						
8. Antecedentes de Encarcelamiento						
9. Encarcelamiento Actual						
10. Violencia Domestica						

La entrega de este formulario no se considera un informe de abuso formal. Los informantes con autorización legal se encuentran obligados por ley a informar de abuso o negligencia de menores sospechado a DFS al 1-800-292-9582.

Cualquier otro problema no mencionado anteriormente:

Completado por: _____ **Fecha** _____

Entidad/ Puesto _____ **Teléfono** _____

Por favor tomar nota, admisión de DPBHS lo llamara para la recepción dentro de un día laboral de la recepción del pedido de consulta. Si no lo contactamos, por favor llamarnos al 633-2571 o verifique que la información fue enviada al número de fax/ dirección indicada en la primera página del pedido de consulta.