



SALESMANSHIP CLUB
YOUTH AND FAMILY CENTERS

NOTIFICACIÓN DE NUESTRO PROCESO DE PROTECCIÓN A SU PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN ACERCA DE SU SALUD PUEDE SER EMPLEADA Y DIVULGADA, Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LE SUPPLICAMOS LEERLO CUIDADOSAMENTE YA QUE NOS INTERESA PROTEGER LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN PERSONAL.

NUESTRA OBLIGACIÓN LEGAL

Las leyes federales y estatales aplicables, requieren que nosotros protejamos la privacidad de su información de salud. También se nos requiere que le brindemos esta notificación describiendo el proceso que seguimos para proteger su privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos relacionados a la información de su salud. Respetaremos el proceso aquí descrito mientras esta notificación esté vigente. Esta notificación entra en efecto el día 14 de abril de 2003, y estará vigente hasta que la reemplazemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar en cualquier momento este proceso de privacidad y los términos de esta notificación, siempre y cuando la ley aplicable permita estos cambios. Antes de hacer algún cambio relevante a este proceso, haremos los cambios en esta notificación y la nueva notificación estará a la disposición de las personas que lo soliciten.

USO Y DIVULGACIÓN DE ACTIVIDADES PARA EL TRATAMIENTO, PAGO Y CUIDADO DE LA SALUD

Podremos usar o dar a conocer su información de salud no divulgable, conocida por sus siglas en inglés como “PHI” (Protected Health Information), para el **tratamiento, pago y cuidado de la salud**. Para aclarar estos términos, a continuación se brindan algunas definiciones.

- “PHI” se refiere a la información que lo identifica a usted y que está en su expediente clínico.
- “Tratamiento, pago y cuidado de la salud”
 - Tratamiento es cuando nosotros brindamos, coordinamos o administramos el cuidado de su salud y otros servicios relacionados a éste. Un ejemplo de dicho tratamiento es cuando consultemos con otro proveedor del cuidado de la salud, tal como su doctor familiar u otro médico.
 - Pago es cuando obtenemos reembolso por el cuidado de su salud. Ejemplos de este pago, es cuando demos a conocer su PHI a su proveedor de seguro médico para obtener pago por su cuidado o para determinar si está protegido bajo determinado seguro.
 - Cuidado de la Salud son actividades relacionadas al manejo administrativo de nuestra práctica. Ejemplos de actividades del cuidado de la salud son evaluaciones de calidad y actividades para brindar un mejor servicio, asuntos relacionados a trámites de negocios, tales como auditorías y servicios administrativos, manejo de casos clínicos y coordinación del cuidado de la salud.
- “Uso” se aplica sólo a las actividades dentro de Salesmanship Club Youth and Family Centers, tales como el compartir, usar, aplicar, emplear, examinar y analizar información que lo identifique a usted.
- “Divulgación de Información” se refiere a las actividades fuera de Salesmanship Club Youth and Family Centers, tales como divulgar, transferir, o brindar acceso a otras personas o identidades acerca de su información.

DIVULGACIÓN Y USOS DE INFORMACIÓN QUE REQUIERE AUTORIZACIÓN

Si no existen propósitos de tratamiento, pago o actividades del cuidado de la salud, emplearemos o daremos a conocer su PHI, sólo cuando su autorización haya sido debidamente obtenida. Una “autorización” es un permiso por escrito que va más allá de la aprobación general que permite sólo la divulgación de información específica. En esos casos, cuando se nos solicite información no relevante a tratamiento, pago, o actividades del cuidado de la salud, obtendremos su autorización antes de darla a conocer. También nos será necesario obtener una autorización antes de dar a conocer sus notas de psicoterapia. “Notas de psicoterapia” son notas que hemos hecho durante nuestras conversaciones durante una sesión de terapia individual, de grupo, en conjunto o familiar, las cuales mantenemos separadas del resto de su expediente clínico. A estas notas se le dan un mayor grado de protección que a PHI.

Usted puede anular en cualquier momento tales autorizaciones (referentes a PHI o notas de psicoterapia), siempre y cuando lo haga por escrito. Usted no puede anular tal autorización a tal grado que 1) nosotros hayamos contado con esa autorización; ó 2) si la autorización fué obtenida como condición para obtener seguro médico, y la ley brinda a la compañía de seguros el derecho de contener el reclamo bajo la póliza de seguro.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SIN CONSENTIMIENTO NI AUTORIZACIÓN

Podremos emplear o divulgar su PHI sin su consentimiento ni autorización en las siguientes circunstancias:

- **Abuso del Menor:** Si consideramos que un menor ha sido, o puede ser sujeto de abuso, negligencia, o de abuso sexual, tendremos que reportarlo en menos de un lapso de 48 horas a los Departamentos estatales de Texas Department of Protective and Regulatory Services, a Texas Youth Commission o a cualquier otro departamento local o estatal con jurisdicción legal.
- **Abuso a Personas Adultas:** Si consideramos que una persona de edad avanzada o discapacitada está siendo sujeta de abuso, negligencia o explotación, lo reportaremos inmediatamente al departamento estatal, Texas Department of Protective and Regulatory Services.
- **Descuido Médico/de la Salud:** Si se presentará en contra de nosotros una queja al State Board of Examiners, esta agencia tiene la autoridad de solicitarnos la información confidencial de salud mental relevante a dicha queja.
- **Actos Judiciales y Administrativos:** Si usted se ve envuelto en un acto judicial y se nos ha solicitado información acerca de su diagnóstico y tratamiento, y por consiguiente de la información correspondiente, dicha información es considerada no divulgable de acuerdo a las leyes estatales, y nosotros no la divulgaremos sin su autorización o sin la autorización de su representante legal o de un orden judicial. Esta excepción no se aplica cuando usted está siendo evaluado por una tercera entidad, o cuando la evaluación haya sido solicitada por el juzgado. En este caso se le notificará de antemano.
- **Amenaza Seria para la salud o la seguridad:** Si nosotros determinamos que existe la probabilidad de una posible lesión física, de usted contra otros, o que existe la probabilidad de una posible lesión mental o emocional dirigida a usted, nosotros podremos revelar al personal médico o judicial la información relevante.
- **Compensación al Trabajador:** Si usted hace un reclamo de compensación al trabajador, nosotros podremos divulgar a la compañía de seguros de su patrón la información referente a su diagnóstico y tratamiento.

DERECHOS DEL PACIENTE

- **Derecho a Solicitar Restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en ciertos usos y divulgaciones de su PHI. Sin embargo, podremos rehusarnos a determinada restricción que usted solicite.
- **Derecho a Recibir Comunicación Confidencial por Medios Alternativos o en Sitios Alternativos:** Usted tiene el derecho a solicitar y recibir comunicación de PHI por medios alternativos y en sitios alternativos.
- **Derecho a Revisar y Copiar:** Usted tiene el derecho a obtener una copia o inspeccionar, (o ambas cosas) su PHI, localizado en nuestro expediente de salud mental y de pagos, empleado para tomar decisiones acerca de usted, durante el tiempo que su PHI se encuentre en el expediente. Podemos, bajo ciertas circunstancias, negar su acceso a PHI, pero en la mayoría de los casos, usted tendrá el derecho de que esta decisión sea considerada de nuevo. En su petición, discutiremos con usted y con detalle, el proceso de petición y de negación de la misma.
- **Derecho a Revisar:** Usted tiene el derecho de solicitar una revisión de PHI, durante el tiempo que esta información se encuentre en el expediente. Si lo consideramos necesario, podremos negarnos a su petición. En su petición, discutiremos detalladamente con usted el proceso revisión.
- **Derecho de Revisión de Cuentas:** Generalmente usted cuenta con el derecho de recibir una rendición de cuentas de divulgaciones de su PHI, por las que usted no ha brindado autorización ni consentimiento (previamente descrito). En su petición, discutiremos detalladamente con usted el proceso de revisión de cuentas.

PREGUNTAS O QUEJAS

Si usted desea más información acerca de nuestro proceso para proteger su privacidad o tiene alguna pregunta, le suplicamos se ponga en contacto con nosotros. Si usted considera que hemos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con alguna decisión que nosotros hemos tomado acerca del acceso de su información, usted puede quejarse directamente con nosotros, dirigiéndose a la persona abajo indicada. También usted puede enviar una queja formal al Departamento de Salud y Servicios Humanos de la Secretaría de los Estados Unidos. Si usted así lo requiere, le brindaremos la dirección para que usted haga su queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Jim Jackson

Representante Oficial

Teléfono: 214-915-4751

Email: jjackson@salesmanshipclub.org

Dirección: 106 E. Tenth St., Dallas, TX, 75203



SALESMANSHIP CLUB

YOUTH AND FAMILY CENTERS

106 EAST TENTH ST. • DALLAS, TEXAS 75203
Teléfono 214-915-4700 • Fax 214-915-4748

WWW.SALESMANSHIPCLUB.ORG

9705 Harry Hines Blvd. • Dallas, Texas 75220
Teléfono 214-916-4000 • Fax 214-916-4001

SERVICIOS TERAPÉUTICOS- INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Bienvenido a Salesmanship Club Youth and Family Centers. Es muy importante para nosotros que usted se entere de los servicios que ofrecemos en nuestro programa. Por esta razón, le suplicamos que lea la información que a continuación le proporcionamos, ya que en ella se explican varios de los aspectos de nuestro trabajo. Si hay algo que no le es claro, le sugerimos que nos lo haga saber de inmediato y con mucho gusto le proporcionaremos más detalles.

Salesmanship Club Youth and Family Centers, Inc., es una organización privada, sin fines de lucro que siente un gran compromiso de brindar servicios excelentes para todas familias. Profesionales con licencias en el campo de la salud mental, especialistas en educación tanto de padres como de menores, pasantes profesionales y personal especialmente designado, llevan a cabo terapia, evaluaciones, grupos de tratamiento y programas de entrenamiento para los padres de familia.

RIESGOS Y BENEFICIOS DE LAS EVALUACIONES O TERAPIA FAMILIAR. El participar en nuestros programas tiene tanto beneficios como riesgos. Existe el riesgo de que ésta no sea la solución a su problema. Puede que usted se sienta incómodo al discutir ciertos detalles o al enfrentarse a algún cambio en su vida. Por otro lado, estos servicios han demostrado tener muchos beneficios. De manera frecuente ayudan a las personas a mejorar sus relaciones personales, solucionan problemas específicos y reducen la angustia de manera significativa. Obviamente, no se garantizan los mismos resultados en todos los casos. Durante sus primeras visitas, nuestro personal colaborará con el objetivo de desarrollar un mejor entendimiento de sus necesidades, informándole de lo que se requerirá en su trabajo mutuo. Ya que nuestros programas requieren de su tiempo y esfuerzo, usted deberá de evaluar la información que nuestro personal le brinde para que junto con sus opiniones, usted determine si se siente confiado a participar en nuestros programas. Si nuestro personal o usted considera que no le podemos ayudar, le brindaremos información para que se ponga en contacto con otras organizaciones u otro consejero si así lo desea.

Le suplicamos que tome en cuenta que nuestros servicios no son como sus visitas al médico, ya que se requiere que usted desempeñe un papel muy activo en su tratamiento. Para que nuestra colaboración sea exitosa, necesitamos que usted participe activamente tanto en casa como en nuestras oficinas. Usted puede en cualquier momento, preguntarle a nuestro personal el objetivo de cierto método o el porqué se requiere de determinada información. Nosotros estaremos encantados de explicarle las razones por las que adoptamos cierta metodología o plan de acción.

Su relación con el personal de *Salesmanship Club Youth and Family Centers* es una relación profesional. Con el fin de preservarla, los miembros de nuestro personal no pueden tener otro tipo de relación con usted, ya sea personal o de negocio. Nosotros haremos todo lo posible por tratarle a usted y a su familia profesionalmente, con dignidad y respeto, y si por alguna razón no lo hacemos, le agradeceremos que nos lo haga saber de inmediato.

PRIVACIDAD. La ley protege la privacidad de todo lo que se comunica entre usted y su consejero o su líder de grupo. En la mayoría de los casos, su consejero o su líder de grupo puede revelar información relacionada a usted, sólo cuando usted haya brindado su autorización en la forma Autorización para el Uso y la Divulgación de Información de Salud. Existen otras situaciones en las que se requiere su consentimiento con anticipación y por escrito. Estas actividades se definen como tratamiento, pago y operaciones del cuidado de la salud y se explican en detalle en el documento adjunto titulado Notificación de Nuestro Proceso para la Protección a su Privacidad. Al firmar la Información y Autorización de Servicios Terapéuticos, usted nos otorga su autorización para llevar a cabo dichas actividades.

Si participa en sesiones de terapia matrimoniales o conjuntas, usted da autorización a *Salesmanship Club Youth and Family Centers, Inc.*, a mantener un solo expediente con las notas de las sesiones de los participantes y de brindar información a cualquier adulto participante en estas sesiones, si así lo solicita.

Nosotros creemos que supervisar y consultar con otros profesionales de nuestro equipo ayuda a mejorar los servicios que nosotros le ofrecemos. Al firmar, usted nos autoriza a discutir los detalles de su situación con otros colegas que trabajan aquí mismo de una manera respetuosa, cuidadosa y privada; con el único propósito de supervisar y consultar.

Existen algunas excepciones en donde el derecho a su privacidad no se aplica. Algunos de estos ejemplos son los siguientes: a) abuso de menores; b) abuso de ancianos; c) explotación sexual; d) situaciones en las que su consejero o su líder de grupo, por criterio propio o legalmente, se ve obligado a revelar, divulgar o notificar ciertas situaciones. Estas situaciones se especifican en el adjunto

Notificación de Nuestras Normas a la Privacidad de su Información. Le sugerimos que lea cuidadosamente este documento y que nos haga saber si existe alguna objeción de su parte referente a la privacidad de su información.

DISPUTAS DE CUSTODIA DE MENORES. Cuando se presenta un caso de padres de familia que estén contemplando la idea de divorcio, divorciados o de parejas en conflicto, nuestro equipo terapéutico se adhiere al método de cooperación entre padres de familia. Por consiguiente, no haremos evaluaciones para determinar cual de los padres sea el más indicado para responsabilizarse de la custodia de los hijos, ni tampoco recomendaremos a uno u otro padre de familia. Al firmar la Información y Autorización de Servicios Terapéuticos, usted acepta que no llamará a ningún miembro de nuestro personal para que testifique en caso de que haya una disputa de este tipo.

CITAS. Le suplicamos de la manera más atenta que haga todo lo posible por asistir a tiempo a todas y cada una de sus citas. Si por alguna razón no le es posible asistir, le agradeceremos infinitamente que notifique a su consejero o a la recepcionista, por lo menos con 24 horas de anticipo.

INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO. Usted puede decidir no participar en nuestros servicios en cualquier momento. Si usted no está satisfecho con su tratamiento o sus resultados, discútalos con su consejero, con el líder de grupo o con sus supervisores. Podemos dar por terminados los servicios que se le brindan ya sea verbalmente o por escrito. Las razones pueden ser las siguientes: a) no presentarse a su cita en 2 ocasiones consecutivas sin previo notificación; b) por comportamiento amenazante o abusivo hacia cualquier miembro de nuestro personal; c) por no llevar a cabo importantes recomendaciones, tales como hacer citas médicas, intervenciones para evitar el suicidio, contratos para la seguridad personal, etc.

OBSERVACIÓN, SUPERVISIÓN Y GRABACIÓN DE VIDEO. La observación, supervisión y grabación de video puede ser muy útil en su tratamiento ya que ayuda al entrenamiento y permite recibir información, la cual puede asegurar resultados de la mejor calidad posible. Este sistema se empleará durante evaluaciones y le puede ayudar a su consejero o a su líder de grupo a clarificar lo que él considera mejor para su tratamiento ayudándole a producir nuevas ideas para solucionar sus problemas. En ningún momento estos procedimientos se emplearán sin su conocimiento o aprobación. Si su consejero o líder de grupo considera el empleo de estos procedimientos beneficioso para su tratamiento, él le explicará con más detalles este sistema y le aclarará cualquier duda que tenga al respecto.

LLAMADAS TELEFÓNICAS Y LLAMADAS DE EMERGENCIA. Debido a los diferentes horarios para citas, le puede tomar a su consejero o a su líder de grupo varias horas para regresarle su llamada. Las llamadas que se reciban al final del día, se regresarán al día siguiente. Por lo general las llamadas que se reciban los fines de semana, se regresan los lunes. En caso de emergencia favor de llamar al 911 ó a CONTACT al teléfono 972/233-2233. También puede dirigirse directamente a la sala de emergencias del hospital más cercano.

CUOTAS. *Salesmanship Club Youth and Family Centers* es una organización sin fines de lucro, que tiene el cometido de servir a la niñez y a sus familias, brindando servicios de calidad a precios económicos. La cuota de cada uno de los programas varía y se discutirá con usted al iniciarse los servicios. Para las familias que necesiten ayuda, nuestra organización brinda ayuda para cubrir el costo de los servicios. En la forma de Arreglos de Pago, se determinará su cuota, la cual se basará en sus posibilidades económicas.

Le agradecemos su atención a esta importante información. Nos interesa de sobremanera que usted sienta que en nuestra organización se le respeta y se le brinda toda la información necesaria. Al firmar la Información y Autorización de los Servicios Terapéuticos usted declara que se da por enterado de los lineamientos y que está de acuerdo con las condiciones que se imponen en esta forma.

Valoramos la oportunidad que nos brinda al solicitar nuestros servicios y esperamos que siempre se sienta en libertad de discutir con nosotros cualquier asunto, o aclarar alguna duda que tenga respecto de nuestro programa.

Office Use

Client Code:

**Salesmanship Club Youth and Family Centers
Servicios Terapéuticos
Autorización y Acuerdo**

He recibido una copia del documento titulado Servicios Terapéuticos -- Información y Autorización de *Salesmanship Club Youth and Family Centers* y me doy por enterado de su contenido. También he recibido una copia de Notificación de Nuestro Proceso para la Privacidad de su Información. Me doy por enterado que puedo hacerle preguntas a mi consejero o líder de grupo acerca de esta información. Por medio de mi firma en la parte inferior de este documento, otorgo mi total consentimiento a recibir servicios, los cuales pueden incluir supervisión, consulta y con notificación anticipada, observación y grabación audiovisual.

Firma Del Adulto

Firma Del Adulto

Nombre

Nombre

Fecha

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO Y EVALUACIÓN DE MENORES DE EDAD

Yo soy el tutor legal del menor o menores que se listan en la solicitud adjunta y por medio de mi firma, presente en este documento, yo otorgo mi permiso y mi autorización al personal de *Salesmanship Club Youth and Family Centers* para que brinde los servicios pertinentes al menor o menores antes mencionados. *(Si usted no es el tutor legal del menor(es), le suplicamos discutirlo con su consejero o líder de grupo, antes de que se inicie la sesión).*

Firma del Tutor Legal

Firma del padre, madre o tutor.

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN INVESTIGACIÓN ACADÉMICA O TERAPÉUTICA, PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO PROFESIONAL Y PROGRAMAS PARA VOLUNTARIOS

Nuestros servicios se ofrecen en base a una escala de cuotas que ponemos a la disposición de la comunidad. A cambio, les pedimos a nuestros clientes que participen en nuestro programa de investigación.

Salesmanship Club Youth and Family Centers (SCYFC) es una comunidad activa en la investigación académica y en el aprendizaje. Nuestro personal esta comprometido a identificar las estrategias que las familias consideran más útiles para reducir la severidad de sus problemas. Además, compartimos con otras instituciones a través de los Estados Unidos las lecciones que aprendemos, siempre protegiendo la privacidad de su información.

Su opinión es muy importante para nosotros; por eso mismo durante el transcurso de su participación en nuestro programa, al igual que al finalizar su servicio, usted reportará de la manera más honesta su situación actual. Queremos saber qué le fue útil, qué no le fue útil y cómo nosotros podemos mejorar nuestros servicios. Con el fin de evaluar el resultado total de la efectividad de nuestros programas terapéuticos, los miembros de nuestro equipo de investigadores analizará sus respuestas. Les suplicamos que se tome el tiempo necesario para contestar a estos cuestionarios cuando los reciba. Esto nos ayudará a mejorar nuestro trabajo, beneficiando en turno, a otros niños y a sus familias.

Además, contamos con programas de preparación para pasantes de maestría y doctorado, quienes están tratando de obtener sus licencias. Los programas de nuestra organización brindan de manera directa experiencias de aprendizaje a estas personas. Como se determina en la forma de Autorización y Acuerdo, todos los pasantes están bajo la supervisión directa de un profesional y se les identificarán como personal en entrenamiento que recibe supervisión.

Finalmente, nos es posible ofrecer nuestros servicios a las familias por una cuota mínima, debido al generoso apoyo de *Salesmanship Club of Dallas, United Way of Metropolitan Dallas*, y a los patrocinadores de nuestro mayor benefactor, *HP Byron Nelson Championship*. Con el fin de ayudar a nuestros patrocinadores y benefactores a que comprendan y valoren los importantes servicios que ofrecemos, los invitamos de ocasionalmente a ellos y a otros voluntarios a que participen. Estas actividades incluyen recorridos de nuestras instalaciones, presentaciones de diferentes casos, grupos de observación y en algunas ocasiones, les permitimos participar en determinadas actividades. Al firmar este acuerdo, usted permite a usted mismo y a su niño a estar en contacto con voluntarios en una ambiente no terapéutico, tomando en cuenta que aunque nosotros trataremos su información personal de manera confidencial, es posible que algunos datos se compartan de manera informal en conversaciones con otros participantes.

Con mi firma, confirmo que estoy de acuerdo en participar en el programa de investigación académica de SCYFC, con pasantes profesionales y con voluntarios en los diferentes programas.

Firma

Fecha

Deseamos brindar nuestros servicios a otras familias en la ciudad de Dallas y áreas circunvecinas que se pudieran beneficiar con nuestros servicios. Sea tan amable de decirnos como se enteró de nuestra organización. Si es necesario marque todas las opciones que apliquen y bríndenos detalles específicos.

___ Miembro del personal de otro programa de *Salesmanship*. Nombre: _____

___ Juzgados (Juzgados para Menores, abogados, CPS, Probation Officer. Nombre: _____

___ Organización Comunitaria. Nombre: _____

___ Amistad o pariente. Nombre: _____

___ Periódico, artículo de revista. Nombre de la publicación: _____

___ Folleto, boletín o reporte anual de SCYFC.

___ Hospital o médico. Nombre: _____

___ Consejero escolar o maestro: Nombre _____ Escuela: _____

___ Internet - Sitio: _____

___ Directorio Telefónico.

___ Compañía de Seguros Médicos/Medicaid.

___ Consejero Familiar- Terapéuta. Nombre: _____

___ TV o radio.

___ Otra fuente: Nombre _____

¿Que sugerencias nos puede dar para dar a conocer nuestros servicios a la comunidad? _____



Office Use
Location: FT FW
Program: FT EC TASP
Clinician:
IP Client Code:

Fecha: _____

SOLICITUD PARA SERVICIOS TERAPÉUTICOS

¡Bienvenidos a nuestra organización! Esperamos complacidos servirle a usted y a su familia.

FAVOR DE ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA INFORMACIÓN QUE USTED NO DESEA QUE NOSOTROS USEMOS PARA PONERNOS EN CONTACTO CON USTED.

Nombre de usted: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Mes Día Año

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

	Teléfono/Hogar: _____ Teléfono/Trabajo: _____ Celular: _____
	Lugar de Empleo: _____ Correo electrónico (email): _____
	Raza: <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Afro-Americana/Negra <input type="checkbox"/> Anglo-Sajón <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Otra _____

Nombre de su esposa(a) o compañero(a): _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Mes Día Año

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

	Teléfono/Hogar: _____ Teléfono/Trabajo: _____ Celular: _____
	Lugar de Empleo: _____ Correo electrónico (email): _____
	Raza: <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Afro-Americana/Negra <input type="checkbox"/> Anglo-Sajón <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Otra _____

¿Qué idioma prefiere hablar? Inglés Español

INFORMACIÓN DEL MENOR POR EL CUAL ESTÁ SOLICITANDO SERVICIOS:

Nombre: _____ Sexo: M ___ F ___ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____
Mes Día Año

	Raza: <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Afro-Americana/Negra <input type="checkbox"/> Anglo-Sajón <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Otra _____
	¿Quién tiene la custodia legal de este menor? _____ ¿Cuál es su parentesco o relación? _____
	Encierre en un círculo el estado civil de los padres de este menor: Casados Separados Divorciados Viudo(a) Nunca se han casado el uno con le otro.
	¿Ambos padres o tutores viven en el hogar? _____

Nombre e información de este padre o tutor: _____

OTROS MENORES VIVIENDO EN EL HOGAR:

Nombre: _____ **Sexo:** M ___ F ___ **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___ **Edad:** _____
Mes Día Año

Raza: Asiática Afro-Americana/Negra Anglo-Sajón Hispano/Latino Indio Americano Otra _____

¿Quién tiene la custodia legal de este menor? _____ ¿Cuál es su parentesco o relación? _____

Encierre en un círculo el estado civil de los padres de este menor:

Casados Separados Divorciados Viudo(a) Nunca se han casado el uno con le otro.

¿Ambos padres o tutores viven en el hogar? _____

Nombre e información de este padre o tutor: _____

Nombre: _____ **Sexo:** M ___ F ___ **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___ **Edad:** _____
Mes Día Año

Raza: Asiática Afro-Americana/Negra Anglo-Sajón Hispano/Latino Indio Americano Otra _____

¿Quién tiene la custodia legal de este menor? _____ ¿Cuál es su parentesco o relación? _____

Encierre en un círculo el estado civil de los padres de este menor:

Casados Separados Divorciados Viudo(a) Nunca se han casado el uno con le otro.

¿Ambos padres o tutores viven en el hogar? _____

Nombre e información de este padre o tutor: _____

Nombre: _____ **Sexo:** M ___ F ___ **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___ **Edad:** _____
Mes Día Año

Raza: Asiática Afro-Americana/Negra Anglo-Sajón Hispano/Latino Indio Americano Otra _____

¿Quién tiene la custodia legal de este menor? _____ ¿Cuál es su parentesco o relación? _____

Encierre en un círculo el estado civil de los padres de este menor:

Casados Separados Divorciados Viudo(a) Nunca se han casado el uno con le otro.

¿Ambos padres o tutores viven en el hogar? _____

Nombre e información de este padre o tutor: _____

Nombre: _____ **Sexo:** M ___ F ___ **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___ **Edad:** _____
Mes Día Año

Raza: Asiática Afro-Americana/Negra Anglo-Sajón Hispano/Latino Indio Americano Otra _____

¿Quién tiene la custodia legal de este menor? _____ ¿Cuál es su parentesco o relación? _____

Encierre en un círculo el estado civil de los padres de este menor:

Casados Separados Divorciados Viudo(a) Nunca se han casado el uno con le otro.

¿Ambos padres o tutores viven en el hogar? _____

Nombre e información de este padre o tutor: _____

OTROS ADULTOS QUE VIVAN EN EL HOGAR: ___ **Nadie más**

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Parentesco: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Parentesco: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Parentesco: _____

¿Tiene otros hijos que no viven en su hogar? **No** ___ **Sí** ___ Favor de brindar la siguiente información:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ ¿Con quién vive?: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ ¿Con quién vive?: _____

Nombre de la persona con la que nos podemos poner en contacto en caso de emergencia: _____

Parentesco/Relación con usted: _____ **Domicilio:** _____

Teléfono: _____

ANOTE LOS NOMBRES DE LAS PERSONAS Y DE OTRAS ORGANIZACIONES O PROVEEDORES DE SERVICIOS DE LAS CUALES USTED HA RECIBIDO SERVICIOS:

Nombre: _____ **Organización:** _____

Nombre: _____ **Organización:** _____

Nombre: _____ **Organización:** _____

Le estamos muy agradecidos por compartir esta información con nosotros.

Para el propósito de la investigación académica, favor de indicar sus respuestas:

¿USTED O ALGUNO DE LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA ...	
1. ...a asistido a terapia familiar anteriormente?	SÍ NO
2. ...ha sido hospitalizado o internado en un programa para personas con problemas emocionales o de la conducta?	SÍ NO
3. ...le han hecho evaluaciones psicológicas completas?	SÍ NO
4. ...han reprobado en la escuela?	SÍ NO
5. ...ha tenido problemas de la conducta en la escuela?	SÍ NO
6. ... ha tenido problemas académicos o de aprendizaje en la escuela?	SÍ NO
7. ...le han hecho exámenes de tipo educativo para determinar si tiene problemas de aprendizaje o de la conducta en la escuela?	SÍ NO
8. ...se a visto en el pasado involucrado en el sistema judicial (crimen, divorcio, juzgado civil, custodia de menores, etc.)	SÍ NO
9. ... está en la actualidad involucrado en el sistema judicial?	SÍ NO
10. ... está tomando medicamento para el tratamiento de problemas emocionales o de la conducta?	SÍ NO
11. ¿Existen antecedentes en su familia de enfermedades mentales o emocionales?	SÍ NO
¿USTED O ALGÚN OTRO MIEMBRO DE SU FAMILIA HA TENIDO PROBLEMAS CON LO SIGUIENTE?:	
1. Padecimientos mentales	SÍ NO
2. Depresión	SÍ NO
3. Abandono/descuido	SÍ NO
4. Delito sexual	SÍ NO
5. Dificultades económicas	SÍ NO
6. Abuso emocional	SÍ NO
7. Abuso físico	SÍ NO
8. Abuso sexual	SÍ NO
9. Alcoholismo	SÍ NO
10. Drogadicción	SÍ NO

Para el propósito de la investigación académica, favor de indicar su ingreso anual:

INGRESO ANUAL	√	INGRESO ANUAL	√
Under 10,000		45,001-55,000	
10,000-25,000		55,001-70,000	
25,001-35,000		70,001-80,000	
35,001-45,000		80,000 +	