

Bienvenido a
Sun Valley Behavioral Medical Center, Inc.

Favor de proporcionar la siguiente información, para poder servirle mejor:

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Sexo: Masculino / Femenino Numero de Seguro Social _____ Ocupación _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo Nombre del Conyugue _____

Domicilio _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____ Número de Teléfono (____) _____

Dirección de Correo Electrónico _____

Contacto de emergencia y numero de teléfono _____

Si el paciente es menor de edad, Nombre de Padres/Tutor _____

*Menores de edad tienen que ser acompañados por alguien mayor de 18 años

*Para padres divorciados: Quien tiene custodia _____

Nombre de Seguro Medico _____

Nombre de Dueño de Póliza _____

Fecha de Nacimiento de Dueño de Póliza _____

Número de Seguro Social de Dueño de Póliza _____

Relation con el paciente _____

Reglas Internas del Consultorio

1. Toda la información es estrictamente confidencial. Sin embargo, se notifica a médicos, terapeutas, y agencias que lo(a) hayan referido. También estamos obligados por ley a reportar incidentes o sospechas de abuso infantil o de ancianos, así como amenazas de daño en contra de Usted u otros.
2. Por razones de confidencialidad, es responsabilidad del paciente hacer y cambiar citas, solicitar recetas, y contactarnos por teléfono directamente.
3. La forma de contacto preferida es el número de teléfono de nuestra oficina. Si su doctor/proveedor no esta disponible puede dejar un mensaje con nuestro personal o en nuestro buzón de voz confidencial. Si desea que su doctor/proveedor regrese su llamada, por favor deje su nombre, número(s) de teléfono y un mensaje corto referente a la naturaleza de su llamada. Aun si considera su llamada como urgente o muy importante, **por favor no trate de contactar a su doctor/proveedor por otros medios que no sean los números oficiales de Sun Valley Behavioral (por ejemplo, números telefónicos personales o celulares, correo electrónico, o algún otro medio electrónico de comunicación).**

4. En caso de una emergencia médica o una emergencia que sostenga amenaza para su seguridad o la de otras personas, por favor contacte el 911 para obtener ayuda de emergencia, o contacte las oficinas de seguridad pública locales (sheriff o policía). Las líneas de ayuda locales pueden proveer apoyo e intervenciones breves de ser requerido y sus servicios están disponibles 24/7. La línea de ayuda local es 760-352-SURE (7873).
5. En un esfuerzo por reducir los errores médicos y mejorar la seguridad del paciente, se tomará una fotografía como parte de nuestro proceso de identificación, también denominado "identificador positivo del paciente".

Acuerdo de Responsabilidad Financiera del Paciente

En Sun Valley Behavioral Medical Center, Inc. (SVBMCi) estamos comprometidos a brindar atención y servicio de calidad a todos nuestros pacientes. Su comprensión de nuestras políticas financieras es importante para nuestra relación profesional. Tómese un momento para leer este documento para comprender completamente su responsabilidad como paciente y firmar y fechar la parte inferior.

Información de Seguro: Usted es responsable de asegurarse de que tengamos toda la información actualizada sobre su aseguranza, incluidas las tarjetas de seguro actuales. Si no proporciona esta información de manera oportuna, es posible que se le facturen cargos. Le pedimos que actualice y verifique su registro en cada visita.

Deducibles y copagos del plan de salud: Si no ha alcanzado el deducible de su plan de salud en la fecha del servicio, cobraremos un monto estimado para su deducible antes de su visita. Tenga en cuenta que puede recibir una factura por cargos adicionales por los servicios prestados. Usted es responsable de cualquier copago requerido por su compañía de seguro en el momento del servicio. Los pagos recibidos en exceso de los cargos pueden aplicarse a servicios posteriores.

Referencias: Si su póliza de seguro requiere una referencia, usted es responsable de asegurarse de que haya una referencia actual y válida en el archivo antes de ser visto.

Pago por cuenta propia: Si no tiene seguro de salud, tiene un plan con el que no estamos contratados o si no podemos verificar su cobertura al momento del servicio, cobraremos un pago estimado antes de que lo vea un medico o proveedor. Es posible que existan cargos adicionales según los servicios prestados por los cuales puede recibir una factura.

Cheques devueltos: Cobramos una tarifa de \$ 35.00 por cualquier cheque devuelto.

Política de no presentarse: Si no puede asistir a su cita, le pedimos que la cancele con al menos 24 horas de anticipación. Si no cancela una cita de manera oportuna, se le cobrará una tarifa de \$ 50.00 de acuerdo con esta política. Después del tercer incidente (3 como máximo) de no presentarse a su cita, el paciente será dado de baja de nuestra oficina.

Menores: Para todos los servicios prestados a pacientes menores de edad, el padre, tutor o parte responsable que lleva al paciente a la cita es responsable de todos los pagos debidos al momento del servicio.

Cuentas atrasadas: Montos adicionales, incluyendo cobros por agencias de colección y cargos financieros, pueden ser agregados a cuentas que no han sido saldadas. Su cuenta puede ser enviada a una agencia de cobranza si el saldo tiene 90 días de antigüedad y no se ha realizado ningún pago parcial del saldo.

Contacto: Si tiene alguna pregunta sobre su factura, comuníquese con Mendez Billing Services al 760-355-8817.

He leído las políticas financieras anteriores de SVBMCi así como la política de la oficina y acepto cumplir con sus términos. También entiendo que SVBMCi tiene el derecho de modificar estas políticas en cualquier momento.

Firma del Paciente o Parte Responsable: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso del Paciente: _____

Nombre Impreso de Parte Responsable: _____ Relación al Paciente: _____

Número de Tel. de Parte Responsable: _____

PADRES DE NIÑOS O ADOLESCENTES, FAVOR DE RESPONDER A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

Describa el comportamiento de su hijo que más le preocupa:

Nombre del padre/guardian _____ Edad _____ Telefono _____

Nombre de la madre/guardian _____ Edad _____ Telefono _____

Nombre de la escuela a la que asiste su hijo _____ Grado _____

Maestro(a) _____ ¿Alguna vez le han recomendado a su hijo que repita año? SI NO

Nombre del Médico de su hijo _____ ¿Está tomando algun medicamento? SI NO

Por favor indique cuales: _____

¿Padece su hijo alguna alergia? SI NO Por favor indique cuales: _____

¿Ha padecido su hijo de mareos, convulsiones, golpes en la cabeza ó periodos de inconciencia? SI NO

¿Padece su hijo de alguna incapacidad fisica u otras limitaciones? SI NO

Accidentes y/o Hospitalizaciones:

a) _____ Edad _____

b) _____ Edad _____

¿Que edad tenia la madre al nacimiento del niño? _____

¿Hubo complicaciones durante el embarazo ó nacimiento? SI NO Por favor describa _____

¿Hubo problemas durante los primeros 6 meses de vida? SI NO Por favor describa _____

Indique la edad en la cual el niño: Caminó sólo _____ Habló su primera palabra _____ Dejó el biberón _____

Empezó a ir al baño sólo _____ Caminó en bicicleta de dos ruedas _____

Lugar de nacimiento del niño _____

¿Cuanto tiempo ha vivido en el Valle? _____ ¿Es el niño adoptado ó temporalmente con usted (foster)? SI NO

¿Con quién ha vivido el niño la mayor parte de su vida? _____

Si los padres se divorciaron o separaron, ¿que edad tenía el niño en ese tiempo? _____

Enliste a las personas que viven en la misma casa con el niño:

NOMBRE	RELACION	EDAD
--------	----------	------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PADRE O ADULTO MASCULINO:

¿Que relación con el niño tiene el adulto masculino? (ejem. Padre, Tio, Padrastro) _____

¿Vive el padre? SI NO ¿Está actualmente empleado? SI NO ¿Cuantos años de educacion tiene el adulto masculino? _____

MADRE O ADULTO FEMENINO:

¿ Que relación con el niño tiene el adulto femenino? (ejem. Madre, Tia, Madrastra) _____

¿Vive la madre? SI NO ¿Está actualmente empleada? SI NO ¿Cuantos años de educacion tiene el adulto femenino? _____

Ha habido periodos de una semana o más con cambios en: (circule todos los que apliquen)

Hábitos de dormir Hábitos de comer Nivel de actividad Nivel de energia Peso Corporal Animo (euphoria, depression, coraje)

Memoria Velocidad al hablar

¿Han habido comentarios, pensamientos ó intentos de suicidio ? SI NO

¿Alguna vez ha usado algo de los siguientes? (circule todos los que apliquen)

Alcohol Tabaco Marihuana Cristal/Cocaina Acidos/LSD Sedantes Heroína

¿Hay alcoholismo, abuso de drogas, depresión ó suicidios en la familia? SI NO

¿Tiene alguna pregunta especifica para mí? _____

Sintomas de Pediatra-35 Informe del Joven Nombre _____ Fecha de hoy _____

Mark under the heading that best describes you: <i>Indique cual sintoma mejor te describe:</i>	Never Nunca 0	Sometimes A Veces 1	Often Seguido 2
Complain of aches and pains <i>Sientes dolores y malestares</i>			
Spend more time alone <i>Pasas mucho tiempo solo(a)</i>			
Tire easily, little energy <i>Te cansas facilmente, poca energia</i>			
◆ Fidgety, can't sit still ◆ <i>Eres inquieto(a)</i>			
Have trouble with the teacher <i>Tienes problemas con los maestros</i>			
Less interested in school <i>Estas menos interesado(a) en la escuela</i>			
◆ Act as if driven by a motor, overly energetic ◆ <i>Eres incansable</i>			
◆ Daydream too much ◆ <i>Eres muy sonador(a)</i>			
◆ Distract easily ◆ <i>Te distraes facilmente</i>			
Feel afraid of new situations <i>Te sientes temeroso(a) en nuevas situaciones</i>			
* Feel sad, unhappy * <i>Te sientes triste, infeliz</i>			
Are irritable, angry <i>Eres irritable, te enojas mucho</i>			
* Feel hopeless * <i>Te sientes sin esperanzas</i>			
◆ Have trouble concentrating ◆ <i>Tienes problemas para concentrarte</i>			
Less interested in friends <i>Te sientes menos interesado(a) en tus amistades</i>			
☐ Fight with other kids ☐ <i>Te peleas con otros ninos(as)</i>			
Absent from school <i>Te ausentas de las escuela</i>			
School grades dropping <i>Las notas escolares estan bajando</i>			
* Down on yourself * <i>Te criticas a ti mismo(a)</i>			

Mark under the heading that best describes you <i>Indique cual sintoma mejor te describe</i>	Never Nunca 0	Sometimes A Veces 1	Often Seguido 2
Doctor visits and doctor finding nothing wrong <i>Consultas al doctor y no te encuentra nada malo</i>			
Have trouble sleeping <i>Tienes problemas para dormir</i>			
* Worry a lot <i>Te preocupas mucho</i>			
Want to be with parent more than before <i>Quieres estar con tus padres mas que antes</i>			
Feel that you are bad <i>Te sientes malo(a)</i>			
Take unnecessary risks <i>Tomas riesgos innecesarios</i>			
Frequent injuries <i>Te lastimas frecuentemente</i>			
* Seem to be having less fun <i>Parace que te diviertes menos</i>			
Act younger than children your age <i>Actuas mas chico que los ninos de to propia edad</i>			
<input type="checkbox"/> Do not listen to rules <i>No obedeces reglas</i>			
Do not show feelings <i>No demuestras tus sentimientos</i>			
<input type="checkbox"/> Do not understand other's feelings <i>No comprendes los sentimientos de otros</i>			
<input type="checkbox"/> Tease others <i>Se burla de otros</i>			
Blame others for your problems <i>Culpas a otros por tus problemas</i>			
<input type="checkbox"/> Take things that do not belong to you <i>Tomas cosas que no te pertenecen</i>			
<input type="checkbox"/> Refuse to share <i>Te rehusas a compartir</i>			

Total ◆ _____ Total _____ Total * _____ ◆++* _____ Grand Total _____

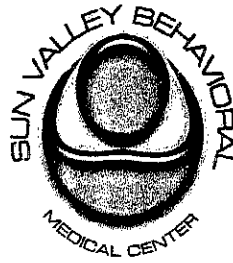
Does your child have any emotional or behavioral problems for which you want help?
Tiene algun problema emocional o de comportamiento por el cual quiere ayuda?

No Yes/Si

Is your child currently seeing a mental health counselor?

Por el momento se estas consultando con un profesional de salud mental ?

No Yes/Si



www.sunvalleyb.com

CONSENTIMIENTO PARA USO DE INFORMACIÓN CLÍNICA PARA INVESTIGACIÓN

En nuestra clínica, Sun Valley Behavioral Medical Center, realizamos proyectos de investigación para mejorar nuestro entendimiento de trastornos psiquiátricos y de la conducta; y así mejorar nuestros servicios. Lo hacemos presentando nuestros resultados en foros científicos.

Nos basamos en información clínica registrada en su expediente. Si decidimos extraer información de su expediente, le aseguramos la confidencialidad de su identidad, basado en regulaciones establecidas por el acta federal de confidencialidad (HIPAA).

Usted tiene derecho a no dar su consentimiento o a retirarlo en cualquier momento; sin que eso perjudique o interfiera con su tratamiento en esta clínica.

- Doy consentimiento para uso de información clínica en mi expediente para investigación.
- No doy consentimiento para uso de información clínica en mi expediente para investigación.

Nombre _____ (si es menor de edad, el padre o tutor debe firmar)

Firma _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍA O VIDEO PARA INVESTIGACIÓN O ENSEÑANZA

En nuestra clínica, Sun Valley Behavioral Medical Center, realizamos proyectos de investigación para mejorar nuestro entendimiento de trastornos psiquiátricos y de la conducta; y así mejorar nuestros servicios. Lo hacemos presentando nuestros resultados en foros científicos.

Solicitamos nos de su consentimiento en caso de que sea necesario o útil, que grabemos en video o tomemos fotografía de cualquier manifestación clínica de su enfermedad. Le aseguramos que este material será utilizado de acuerdo a regulaciones establecidas por el acta federal de confidencialidad (HIPAA) para proteger su confidencialidad.

Usted tiene derecho a no dar su consentimiento o a retirarlo en cualquier momento; sin que eso perjudique o interfiera con su tratamiento en esta clínica.

- Doy consentimiento para ser fotografiado o grabado en video.
- No doy consentimiento para ser fotografiado o grabado en video.

Nombre _____ (si es menor de edad, el padre o tutor debe firmar)

Firma _____ Fecha _____