



CHILDREN'S THERAPY SOLUTIONS, INC
3823 East State Rd 64
Bradenton, FL 34208
(941) 745-5111

IDENTIFYING INFORMATION/INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

Name of Child/*Nombre del niño/niña*: _____ Sex/*Genero*: _____

Birth date/*Fecha de Nacimiento*: _____ Place of birth/*Lugar de Nacimiento*: _____ Age/*Edad*: _____

Mother's Name/*Nombre de la Madre*: _____ Date of Birth/*Fecha de Nacimiento*: _____

Biological mother/*Madre Biologica*: _____ Adoptive mother/*Madre Adoptiva*: _____

Relative/*Pariente*: _____ Step mother/*Madrastra*: _____

Father's Name/*Nombre del Padre*: _____ Date of Birth/*Fecha de Nacimiento*: _____

Biological Father/*Padre Biologico*: _____ Adoptive father/*Padre adoptivo*: _____

Relative/*Pariente*: _____ Step father/*Padrastra*: _____

Home address/*Dirección de hogar*: _____

City/*Cuidad*: _____ State/*Estado*: _____ Zip code/*Código Postal*: _____

Home Phone/ *Teléfono de hogar*: _____

Teléfono celular de la Mama(Mom's cell): _____ *Telefono celular del papa*(Dad's cell): _____

Teléfono del trabajo de la Mama(Mom's Work#): _____ *Telefono del trabajo del papa*(Dad's work#) _____

E-mail/*Correo Electrónico*: _____

Emergency contact/*Contacto de emergencia*: _____

Emergency Contact phone number/*Número de teléfono de contacto de Emergencia*: _____

Primary Care Physician/*Doctor Primario*: _____

Primacy Care Physician Address/*Dirección de su médico primario*:

Insurance Provider/*Proveedor de Seguro de Salud*: _____

Social Security/*Seguro social del paciente*: _____

Reason why you are seeking help today/*Razón por la que está buscando ayuda hoy*:

MEDICAL HISTORY/INFORMACION DE SALUD DEL NINO

Has the child ever been hospitalized for either physical, emotional problems, or both?/¿Alguna vez el niño ha sido hospitalizado por problemas físicos, emocionales o ambos?

Yes/Si _____

No/No _____

If yes, please explain where, when and what for/ Si respondió si por favor explique, donde, cuando y para que: _____

Does the child ever taken, or is he/she currently taking any medications?/ Alguna vez el niño a tomado medicaciones o está tomando medicaciones en el presente?

Yes/Si _____

No/No _____

Does the child have allergies that you are aware of?/El niño tiene alguna alergia? (Ejemplo. latex, soya, cacaguate/mani, etc.) _____

LIVING ARRANGEMENTS/ARREGLOS DE VIVIENDA

Number of moves in the child's life/ Numero de mudanzas en la vida del niño/a: _____

Present home/Vivienda actual:

renting/alquilando _____

owner/dueño: _____

apartment/apartamento _____

house/casa: _____

Was the child ever placed, boarded, or lived away from the family? ¿El niño alguna vez ha sido colocado en un hogar de crianza, asistió una escuela internada, vivió fuera de la casa, o lejos de la familia?

Yes/Si _____

No/No _____

If answered yes, please explain/Si respondió si, por favor explique: _____

Please list all members in your household presently and indicate their relation to the child/Liste todos los miembros viviendo en su hogar al momento e indique la relación con el niño:

Are you interested in counseling services for any of your family members? ¿Está usted interesado en servicios de consejería para algún miembro de su familia?

Yes/Si _____

No/No _____

DEVELOPMENTAL HISTORY/ HISTORIA DEL DESARROLLO

Did mother have any illness or complications during pregnancy? / *La madre tuvo alguna enfermedad o complicación durante el embarazo?* Yes/ Si _____ No/No _____

If yes, please explain/ *Si la madre estaba enferma o tuvo complicaciones durante el embarazo, por favor explique:*

Did mother abuse alcohol or drugs during pregnancy?/ *¿La madre abuso de alcohol o drogas durante el embarazo?* Yes/Si _____ No/No _____

Length of pregnancy/*Duración del embarazo:* _____ Birth weight/*Peso al nacer:* _____

Were there complications at birth/*Hubieron algunas complicaciones en el parto?* Yes/Si _____ No/No _____

If Yes, please explain/ *Si la madre tuvo complicaciones en el parto, por favor explique.*

EDUCATIONAL HISTORY/ HISTORIA EDUCACIONAL

Name of school or day care/*Nombre de la escuela o guardería:* _____

Types of classes/*Tipo de clases:*

Regular/*Regular* _____ Opportunity/*Oportunidad* _____
Learning disability/*Discapacidad o problemas de aprendizaje* _____
Emotionally handicapped/*Emocionalmente discapacitados* _____ Other/*Otro* _____

Does the child receive special services at school?/ *¿El niño recibe servicios especiales en la escuela?*

Yes/Si _____ No/No _____

If yes, which services does he/she receive and what is the frequency of each?/ *Si su niño/a recibe servicios especiales, que servicios recibe y cuál es la frecuencia?*

Physical Therapy/*Terapia física:* Yes/Si _____ No/No _____
Occupational Therapy/*Terapia ocupacional:* Yes/Si _____ No/No _____
Speech and Language Therapy/ *Terapia de lenguaje y habla:* Yes/Si _____ No/No _____
Counseling/*Consejería:* Yes/Si _____ No/No _____

SOCIAL HISTORY

Does child attend extracurricular activities?/ *¿Participa el niño/a en actividades extracurriculares?* Yes/Si _____ No/No _____

If yes, what activities and how often?/ *Si su niño/a participa en actividades extracurriculares, que actividades y con que frecuencia?* _____

In school, how many friends does child have?/*¿Cuántos amigos tiene su hijo/a en la escuela?* _____

Other information/*Información adicional:* _____

Name of person filling out this information/*Nombre de la persona que está llenando esta información:*

Date/ *Fecha:* _____

Relationship to child/*Relación con el niño/a:* _____

EYEBERG CHILD BEHAVIOR INVENTORY/ EYEBERG INVENTARIO DE CONDUCTA DE NIÑO

Child's Name/Nombre del niño/a: _____

Child's age/Edad del niño/a: _____

Directions/Instrucciones:

Below is a series of phrases that describe a child's behavior. Please: / Abajo hay unas series de frases que describen el compartamiento de los niños. Por favor:

- (1) Circle the number describing how often the behavior occurs with your child and, / Circule el número que describe la frecuencia de los comportamientos de su hijo/a
- (2) Circle either yes or no to indicate whether the behavior is currently a problem/ Circule si o no para indicar si los comportamientos es un problema actualmente.

(1) never/nunca (2) almost never/casi nunca (3) seldom/rara vez (4) sometimes/ algunas veces
(5) often/seguido (6) almost always/casi siempre (7) always/siempre

(1) dawdles in getting dressed/ <i>es lento para vestirse</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(2) dawdles or lingers at mealtime/ <i>es lento o se demora cuando es hora de comer</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(3) has poor table manners/ <i>malos modales en la mesa</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(4) refuses to eat food presented/ <i>niega comer las comidas presentadas</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(5) refuses to do chores when asked/ <i>niega hacer los quehaceres cuando se le pide</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(6) slow in getting ready for bed/ <i>lento en prepararse para dormir</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(7) refuses to go to bed on time/ <i>se niega acostarse al horario predeterminado</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(8) does not obey house rules on his own/ <i>no obedece las reglas de la casa</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(9) refuses to obey until threatend with punishment/ <i>se niega obedecer hasta que haya amenaza de castigo</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(10) Acts defiant when told to do something/ <i>actos desafiantes cuando le exigen hacer algo.</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(11) Argues with parents about rules/ <i>discute con los padres sobre las reglas</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(12) Gets angry when doesn't get own way/ <i>Se enoja cuando no se sale con la suya</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(13) Has temper tantrums/ <i>Tiene berrinches</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(14) Sasses adults/ <i>Irrespetuoso con los adultos</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(15) Whines/ <i>Quejoso</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(16) Cries easily/ <i>Llora facilmente</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(17) Yells or screams/ <i>Grita</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(18) Hits parents/ <i>Golpea a sus padres</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(19) Destroys toys or other objects/ <i>Destruye juguetes u otros objetos</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(20) Is careless with toys and other objects/ <i>Descuidado con juguetes u otros objetos</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(21) Steals/ <i>Roba</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(22) Lies/ <i>Miente</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(23) Teases or provokes other children/ <i>Molesta o provoca a otros ninos</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(24) Verbally fights with friends his own age/ <i>Pelea verbalmente con ninos de su edad</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(25) Verbally fights with brothers and sisters/ <i>Pelea verbalmente con sus hermanos y hermanas</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(26) Physically fights with friends/ <i>Pelea fisicamente con ninos de su edad</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(27) Physically fights with brothers and sisters/ <i>Pelea fisicamente con sus hermanos y hermanas</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(28) Constantly seeks attention/ <i>Constantemente busca atencion</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(29) Interrupts/ <i>Interrumpe</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(30) Is easily distracted/ <i>Se distrae facilmente</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(31) Has short attention span/ <i>Tiene un lapso de atencion corto</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(32) Fails to finish tasks or projects/ <i>Falla de terminar proyectos o tareas</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(33) Has difficulty entertaining himself alone/ <i>Tiene dificultad de entretenerse solo/a</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(34) Has difficulty concentrating on one thing/ <i>Tiene dificultad de concentrarse en una cosa</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(35) Is overactive or restless/ <i>Es muy activo e inquieto</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no
(36) Wets the bed/ <i>Moja la cama</i>	1	2	3	4	5	6	7	yes/si	no

LIBERACION DE INFORMACION

Usted puede consentir para que la información personal contenida dentro de su registro clínico tenido por Children's Therapy Solutions, Inc. sea revelado a las personas y/o agencias identificadas abajo por las razones siguientes:

- Planeando y vigilando tratamiento apropiado.
- Revisión del caso y/o consulta con sus proveedores médicos y/o asistencia médica.
- Apoyo y/o la participación de miembros de la familia u otro significativo en tratamiento.
- Información que es requerida para archivar un reclamar con su compañía de seguros o la compañía manejada del cuidado.
- Información necesaria por su empleador si es referido al tratamiento por su supervisor.

Su firma indica que usted autoriza Children's Therapy Solutions, Inc. de liberal/recibir información a los partidos nombrados abajo. Puede revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito Refiérase por favor a las pautas de HIPAA para cualquier información adicional.

1. Nombre de la persona que la refirió para los servicios: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

2. Nombre de médico primario (si diferente de arriba): _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

3. Cualquier otros partidos (es decir abogado, el empleador, agencia de comunidad) que usted autoriza Children's Therapy Solutions, Inc. de dar información con respecto a su tratamiento:

4. Miembro(s) de la familia u otro significativo que pudiera tomar parte en su terapia. Indique por favor la relación con el cliente.

Imprima el Nombre de Cliente: _____

Firma de cliente o tutor legal: _____

Presenciado por: _____

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Nuestro compromiso aquí en Children's Therapy Solutions es servir a nuestros clientes con Profesionalismo y cuidado. Nosotros queremos proteger la privacidad y seguridad de toda información de salud protegida.

En el transcurso de servir a sus intereses, puede ser necesario compartir información con otros proveedores de salud y negocios asociados. Lo siguiente son ejemplos de casos donde la información puede ser compartida:

- Durante el tratamiento, podemos encontrarlo necesario para adquirir un estudio más especializado (por ejemplo, en un estudio de la golondrina).
- Para propósitos de pago, podemos utilizar los servicios de un servicio de pago y/o facturación de paquete de software.
- Durante las operaciones de cuidado de salud, nosotros podemos necesitar alguna evaluación especializada y/o consultar los servicios necesarios.

En Children's Therapy Solutions, Inc. estamos comprometidos a obedecer todas las leyes federales, estatales, y locales y las regulaciones sobre las prácticas de privacidad. Si se necesitan otros usos o revelaciones distintas de las mencionadas anteriormente, solo se entregará información con su autorización por escrito (padre o tutor legal de un menor). Esta autorización por escrito podrá ser revocada en cualquier momento por el individuo (padre o tutor legal de un menor) según lo dispuesto por la ley.

Si tiene alguna pregunta o comentario con respecto a su información de salud protegida, siéntase libre de ponerse en contacto con nuestro oficial de cumplimiento, Lena Thoresen, al número (941) 745-5111.

Nombre del cliente: _____

Firma de cliente o el padre o tutor legal: _____

DECLARACION DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE PACIENTES DE FLORIDA

Me presentaron y revisamos la declaración de derechos y privacidad de pacientes de Florida. Soy consciente que puede pedir una copia un cualquier momento.

Nombre del cliente: _____

Firma de cliente o el padre o tutor legal: _____

Children's Therapy Solutions, Inc.
Consentimiento Informado

PROCESO DE LA TERAPIA:

El objetivo del tratamiento es facilitar el cambio a fin de lograr los objetivos. Si acepta participar en la terapia, constará de las siguientes partes y se dan más detalles sobre cada parte:

- Un examen--Evaluación y análisis.
- Desarrollo de condiciones mutuamente convenidas plan de tratamiento y objetivos.
- Tratamiento individualizado.
- Cumpla con el tratamiento clínico y / o programas de hogar, según sea necesario.
- Enseñanza de la familia o cuidadores y / o participación, según sea necesario.
- Después del tratamiento cuestionarios de satisfacción de los consumidores acerca de la terapia disposiciones y resultados.

LIBERACION DE INFORMACION:

Es importante que usted sepa que usted no tiene que responder a cualquier pregunta en la entrevista o cuestionarios. Preguntas son usadas para obtener información para la evaluación y para propósitos de tratamiento. Y nunca es nuestra intención el hacerle sentir incómodo. Si por alguna razón se siente incómodo, por favor hable con su terapeuta de sus sentimientos. _____ INICIALES

SEGURO DE SALUD Y ARCHIVOS CONFIDENCIALES

Liberación de información confidencial puede ser requerida por su seguro de salud u otro pagador con el propósito del procesar reclamaciones. Solo la mínima información necesaria será proveída. Soy consciente que, si mi seguro de salud niega los reclamos y falla de pagar, yo soy responsable de mis pagos. _____ INICIALES

CONFIDENCIALIDAD

Su identidad será confidencial en la medida en que prevé la ley. Toda la información que usted nos da durante la terapia, todo lo que nos dice durante entrevistas de evaluación o tratamiento y cualquier información que usted proporcione en cuestionarios y otras pruebas, es confidencial. Esto significa que no se diremos o daremos a nadie ninguna información sobre usted sin su permiso escrito, a menos que nos dé información que nos indique que usted o alguien de su familia puede ser un peligro para sí mismo o a otros, incluida la información que sugiere abuso infantil. _____ INICIALES

REVELACION QUE ES REQUERIDA POR LA LEY

Profesionales que trabajan con familias deben informar esta información a las autoridades para proteger a usted y su familia. CTS tiene una política de "Cero tolerancias" con respecto a cualquier forma de abuso, hemos publicado el abuso, números de teléfono de abandono y explotación en el tablón de anuncios en el área de espera de la Oficina de CTS. _____ INICIALES

Acuerdo:

He leído el procedimiento descrito arriba. Estoy de acuerdo voluntariamente participar en la terapia y he recibido una copia de esta descripción.

Participante: _____ Fecha: _____

Children's Therapy Solutions, Inc.

Permiso para usar fotos/videos

Yo _____, (nombre del padre/guardián) permito a Children's Therapy Solutions, Inc. que tome fotos o videos de mi hijo/a _____ (nombre del hijo/a) durante las sesiones de terapia. Yo entiendo que al dar mi consentimiento, también estoy dando el permiso a Children's Therapy Solutions, Inc. para utilizar estas imágenes y videos en cualquiera de las siguientes formas, incluyendo, pero no limitadas, a la página web, Facebook, recursos educativos, materiales de noticias/artículos, y materiales promocionales para Children's Therapy Solutions, Inc. y Manatee Hope, Inc. También entiendo que las imágenes y videos de mi hijo/a nunca se utilizarán conjuntamente con el nombre de él/ella.

Firma de Padre/Guardian

Fecha

Children's Therapy Solutions, Inc.
POLITICA DE CANCELACION

Política de cancelación, cambio de cita, y pagos de las terapias físicas, del habla y lenguaje, ocupacional, y de la salud mental.

Desde 2004, Children's Therapy Solutions a servido con orgullo a los niños y familias de Manatee County y áreas cercanas. Nuestros terapeutas están dedicados a proveer los posibles mejores programas y servicios para ayudar que los individuos logren los máximos progresos.

Nuestros terapeutas son altamente entrenados y trabajan muy fuerte para ayudarte a usted, a sus niños, y su familia. Nos preocupamos profundamente y apasionadamente en proveer un servicio de calidad para los niños y las familias con las que trabajamos. Nosotros comprendemos que las personas se enferman y que siempre es posible notificar. Sin embargo, lo más temprano que nos pueda informar de una cancelación, lo más conveniente es para nosotros para poder usar ese espacio y ayudar a otro niño o paciente que necesite cambiar su cita.

POLITICA DE PROGRAMACION:

Citas iniciales son usualmente programadas entre las primeras 2-4 semanas del contacto inicial. Si usted no puede atender una de las citas que usted programo, nosotros requerimos por lo menos 24 horas de aviso para evadir una posible cuota de cancelación. Por favor ponga su nombre en nuestro sistema con nuestra recepcionista cuando llegue a su cita. Todos los pagos se deben pagar antes que las sesiones comiencen.

_____ INITIAL

POLITICA DE CANCELACION:

Cualquier cancelación de se haga en menos de 24 horas de aviso estará sujeta a 35 dólares de cuota de cancelación. Las citas de los Lunes tienen que ser canceladas antes de las 7:00 a.m. del Lunes para evadir la cuota de cancelación. Las cancelaciones pueden ser dejadas como mensaje de voz en la máquina de mensajes de Children's Therapy Solutions antes de las 7:00 a.m., o texteadas, si fuera necesario. Las únicas excepciones de esta política de cancelación serán si se da una emergencia como hospitalización o una muerte en la familia. Por favor note que nuestra localización está localizada convenientemente a lado de una parada de autobús publico si que usted necesite acceso de transportación público. Si usted necesita cancelar, por favor llame a nuestra oficina al (941)745-5111. Si se da que nadie está disponible para contestar el teléfono, por favor deje mensaje en nuestra contestadora. La máquina de mensajes será chequeada varias veces al día.

Le pedimos que cuando este cancele, cambie su cita para esa misma semana. Cancelar por cualquier razón (a excepción de muerte de familia o hospitalización) sin recuperar esa cita en la misma semana podría resultar en que usted pierda ese espacio que usted prefiere.

Si usted cancela más de una vez en un periodo de 30 días, su espacio preferido no será garantizado. Esta política aplica a cancelaciones de cualquier razón. **Por favor recuerde que cuando usted cancela, usted no está siguiendo el plan de tratamiento dado por la terapeuta.**

Si su niño está enfermo, usted también nos podría traer una nota del doctor y nosotros le quitaremos cualquier cuota de cancelación que usted pueda tener.

_____ INICIALES

CONDICIONES CLIMATOLOGICAS:

CTS no sigue el horario del clima dado por los distritos escolares. Si cerramos nuestra oficina temprano o su terapeuta cancela por razones del clima, usted será contactado por nuestra oficina. Si tomamos la decisión de cerrar nuestra oficina por el día completo por razones de clima, usted será contactado por nuestra oficina.

De lo contrario, nuestra oficina estará abierta. Nosotros nunca querríamos que nadie viaje cuándo no están cómodos con las condiciones climatológicas. Consecuencias de cancelación pueden ser solucionadas por CTS dado a condiciones climatológicas. Pero usted tiene que llamar a nuestra oficina y cancelar antes de su cita. Una cuota de 50 dólares puede ser dada si usted pierde su cita y no nos llama a cancelar.

_____ INICIALES

AUTORIZACIONES DE SEGURO DE SALUD:

Si una cita tiene que ser cancelada por razones que no hemos recibido autorización del seguro de salud, no cuotas serán cargadas. Si las autorizaciones del seguro de salud no son recibidas en un tiempo oportuno, nosotros nos reservamos el derecho de usar su espacio para otros clientes.

_____ INICIALES

COPAGOS y PAGOS DE SEGURO:

Cualquier copago o balances de seguro de salud tienen que ser pagados al tiempo de su cita. Usted debe pagar su copago que usted es responsable cuando anote su nombre en la ventana de la recepcionista ANTES de su cita.

Nosotros aceptamos todas las formas de pago incluyendo las tarjetas de crédito más principales. También ofrecemos un plan de pago donde usted podría recibir un descuento si paga de antemano por citas futuras. Por favor contacte nuestra ventana de recepción si usted está interesado en aprender más de alguna de estas opciones. Nosotros nos reservamos el derecho de parar el tratamiento si usted no hace ningún intento de resolver sus saldos pasados.

_____ INICIALES

Nombre del Cliente: _____

Firma-Padre o tutor responsable: _____ Fecha: _____

Representante de la Clínica: _____ Fecha: _____

Children's Therapy Solutions, Inc.

Queridas Familias servidas por Children's Therapy Solutions,

Primero, Nos gustaría tomar esta oportunidad para expresarles lo agradecidos que estamos de poder proveer servicios a su niño y a su familia. Nosotros estamos acá para asistirle a usted en cualquier manera que podamos. Si usted necesita servicios adicionales o tiene algunas preguntas o ideas para ayudarnos a mejorar su servicio, por favor siéntase libre de contactarnos.

Para poder proveer los mejores servicios, es muy importante que atienda cada una de sus citas programadas.