



Departamento de Servicios para Niños, la Juventud & Sus Familias
División de Servicio de Admisión de la Salud Mental del Niño
 1825 Calle de Faulkland, Wilmington, DE 19805 (302) 633-2571 o (302) 633-2591

Llene por favor esta formulamo completamente como le es posible y llame si usted necesita ayuda

Telecopie esta forma a (302) 633-2614

La fecha:	El nombre del cliente:	La fecha de nacimiento:	
El género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Grupo etnico:	RAZA:
Dirección actual del Niño:			
Ciudad/pueblo:	El condado:	El estado:	Codigo postal:
Clasificación educacional:	La escuela:	Grado:	
Con quien el niño vive:		La relación:	

Nombre de la madre: _____ **La dirección :** _____

La ciudad: _____ **El estado:** _____ **Codigo Postal:** _____ **Empleador:** _____

Telefono: (Hogar) _____ **(Trabajo)** _____

Nombre del padre: _____ **La dirección:** _____

La Ciudad: _____ **El estado:** _____ **Codigo Postal:** _____ **Empleador:** _____

Telefone: (Hogar) _____ **(Trabajo)** _____

El nombre del custodio: _____ **La dirección :** _____

La Ciudad: _____ **El estado:** _____ **Codigo Postal:** _____ **Empleador:** _____

Telefono: (Hogar) _____ **(Trabajo)** _____

Seguro privado?: Sí No **El nombre de la compañía:** _____

Es el seguro agotado? Sí No No se

¿Si el seguro fue negado, fue apelado? Sí No No se

Si Usted tiene copias de las cartas de la compania de seguros o de la apelacion por favor incluyalos.

¿El MEDICAID actual?: Sí No No se

Implicaciones de corte: ¿Delitos pendientes?: Sí No **Incluir por favor los mandatos judiciales.**

Cuándo registros de tratamiento y evaluaciones recientes son incluidos “vea lo incluido” es una respuesta aceptable a las preguntas siguientes.

La historia más Reciente del Tratamiento:

Proveedor de la salud mental o tratamiento del abuso de drogas	¿Paciente de consulta externa/residencial o hospitalizado?	Fecha de admision	Fecha de Salida

El Terapeuta actual, la agencia, el número de sesiones del mes pasado

¿Qué problemas de salud mental o de abuso de drogas desea que sean tratado?

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

¿Ha amenazado el niño de herirse a él/ella misma o actualmente él/ella se hiere? ¿Se ha puesto él/ella misma en peligro? ¿Hay una historia familiar del auto-daño?

Describa la conducta agresiva present y pasada o la conducta de violencia en la escuela, en casa or en la comunidad:

Describa cualquier otro uso de drogas o alcohol por niño y la familia .

¿Ha sido el niño físicamente o sexualmente abusado?

¿Ha sido implicado el niño en violencia o ha presenciado actos serios de situaciones que amenazaron las vidas?

Liste todos los problemas médicos graves y las incapacidades significativas.

Departamento de Servicios para Niños, la Juventud & Sus Familias
Juventud de Delaware y Centro Familiar
1825 Calle de Faulkland, Wilmington, DE 19805

¿Quién es el médico de cabecera del Niño?

Sabe el telefono:

Liste otros médicos que el niño ve regularmente y porque:

Medicina actual	dosis	El médico que prescribió

¿Qué desafíos ha encarado la familia?

¿Cuales son las cualidades o intereses del niño y de la familia?

Sabes los Diagnósticos Recientes: Por Quien: La fecha:

El eje 1:

El eje 2:

El eje 3:

Imprima el Nombre del Solicitante _____ Telefono: _____

La relación: _____

Organización/agencia _____ Posición _____

Firma _____

Firma del guardián (required) _____

Si el padre no es el solicitante, incluye un consentimiento para la liberación de información firmada por los padres/guardian legal para que sepamos que la familia apoya la aplicación.



Departamento de Servicios para Niños, la Juventud & Sus Familias
Juventud de Delaware y Centro Familiar
1825 Calle de Faulkland, Wilmington, DE 19805

**PERMISO PARA LA LIBERACION de INFORMATION del
TRATAMIENTO CONFIDENCIAL de ALCOHOL O DROGA**

Yo, _____, autorizó
(Escriba el nombre del joven)

Por favor marque la caja:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> La división de Servicios Familiares (DFS) | <input type="checkbox"/> El departamento de la Educación (DOE) |
| <input type="checkbox"/> La división de Rehabilitación de Juventud (YRS) | <input type="checkbox"/> Multi el Equipo Disciplinario (MDT) |
| <input type="checkbox"/> Críe/Guardián | <input type="checkbox"/> Oficina de Fiscal general de diputado (DAG) |
| <input type="checkbox"/> Tribunal familiar | <input type="checkbox"/> El Defensor de oficio (PGDO) /Abogado Privado (PA) |
| <input type="checkbox"/> Tribunal superior | <input type="checkbox"/> Otro (especifica por favor) : _____ |

Para revelar Para recibir de la División de la Salud Mental del niño la siguiente información:

Toda información pertinente al abuso de la sustancia/drogas, inclusive comunicación verbal, el progreso del tratamiento y la evaluación, los informes de los resultados y el resumen de salida del tratamiento.

El propósito de revelar cota information que autorizó es para: participe en la evaluacion/recomendacion de tratamiento de salud mental o ser internado.

Comprendo que mis registros son protegidos bajo las regulaciones federales que gobiernan confidencialidad de Alcohol y Registros de Paciente de Dopaje, 42 Parte de CFR 2, y no pueden ser revelado sin mi consentimiento escrito, a menos que de otro modo previera en las regulaciones. Tengo el derecho de recibir una copia de esta forma después de completarlo. Yo también comprendo que puedo revocar este consentimiento en tiempo menos a la extensión que esa acción ha sido aceptada la dependencia en ello, y en eso en todo caso, este consentimiento expira automáticamente de la siguiente manera:

ESTA AUTORIZACION EXPIRARA SEIS (6) MESES DE la FECHA DE FIRMA

La firma del Joven
(obligatorio durante 14 años viejo y más viejo)

Escriba el Nombre del Joven

Fecha

La firma de Padre o Guardián
(obligatorio durante 14 años viejo y más viejo)

Escriba el Nombre de Padre o Guardián

Fecha

**La PROHIBICION EN REDISCLOSURE DE INFORMACION CON RESPECTO A CLIENTE
EN el TRATAMIENTO de ALCOHOL O DOPAJE**

Esta nota acompaña una revelación de información con respecto a un cliente en el tratamiento de alcohol/drogas, hecho a usted con consentimiento de tal cliente. Esta información ha sido revelada a usted de registros protegidos por reglas Federales de confidencialidad (42 Parte de CFR 2). Las reglas Federales le prohíben de hacer la revelación adicional de esta información a menos que la revelación adicional exprese es permitida por el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o como de otro modo permitido por 42 Parte de CFR 2. Una autorización general para la liberación de médico u otra información no es suficiente para este fin. Las reglas Federales restringen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o para procesar a cualquier paciente de alcohol o drogas.



**CONFIDENCIAL de INFORMACION
DE SERVICIOS DE SANIDAD de NIÑO MENTAL**

Envíe por favor al Condado en El que el cliente permanentemente reside

KENT

821 Lago de la Plata Blvd, la Serie 102
Dover, De 19903
Telephone: (302) 739-4194
Fax: (302) 739-5701

NEW CASTLE

1825 Calle de Faulkland
Wilmington, DE 19805
Telephone: (302) 633-2579
Fax: (302) 633-5116

SUSSEX

11-13 North Church St.
Milford, DE 19963
Telephone: (302) 422-1425
Fax: (302) 424-2960

El Nombre del cliente: _____ La fecha de nacimiento: _____

Yo _____ autorizó Servicios para la Salud Mental del Niño (CMHS)

Para dar información Verbal/Escrita a: Para Obtener información Verbal/Escrita de:

NOMBRE de LA AGENCIA: _____

DIRECCION: _____

El tipo de información para ser revelado es:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Admisión/Descarga del Resumen | <input type="checkbox"/> Evaluaciones del Lenguaje | <input type="checkbox"/> Informes de radiografía |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones psicosociales | <input type="checkbox"/> Resúmenes de progreso | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones psicológicas | <input type="checkbox"/> Historia de medicina | |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones psiquiátricas | <input type="checkbox"/> MRI/las Evaluaciones de la Neurología | |

El propósito de esta revelación de información es de participar en la terminación de la evaluación de La Salud Mental del niño (las evaluaciones), las recomendaciones del tratamiento, y/o la colaboración.

Esta autorización es válida hasta que: Seis meses de la fecha de firma.
El siguiente acontecimiento o la fecha, no exceder uno (1) año.

Este consentimiento puede ser revocado en tiempo, menos a la extensión que esa acción ha sido aceptada la dependencia en ello. La persona que completa esta forma tiene un derecho de recibir una copia. Esta forma es inválida a menos que todas secciones sean completadas. No firme esta forma a menos que una petición específica haya sido hecha y la petición está en su interés mejor de niño.

La firma del Joven(Si aplicable) Fecha

Escriba su nombre

El padre,el Guardián,el Custodio Firma(Rodea uno) la Fecha

Imprima de Nombre

Esta información ha sido revelada de los registros cuya confidencialidad es protegida por federal y la ley del estado. Más revelación es prohibida sin el consentimiento escrito específico de la persona a quien pertenece, o cuando de otro modo permitido por federal o las regulaciones del estado. Una autorización general para la liberación de médico u otra información no es suficiente para este fin.

ESTADO DE DELAWARE

**PROGRAMA DE EVALUACION ANTICIPADA y PERIODICA, DIGNOSIS y TRATAMIENTO (EPSDT)
EVALUACION ANTICIPADA de la SALUD MENTAL y del ABUSO de SUSTANCIAS**

Nombre de niño _____ fecha de nacimiento: _____

Fecha del Resultado de la Evaluacion _____ El nombre del Evaluador _____

Título _____ Agencia _____

La fuente de Información _____ La relación al Niño _____

El propósito de esta evaluación es de identificar a niños que pueden necesitar ayuda con problemas de conducta o emocionales y/o que tienen los factores de riesgos asociados con el desarrollo de problemas de conducta o emocionales. No todos los niños que son identificados en esta evaluación esta evaluación pueden requerir el tratamiento mental progresivo de la salud, sin embargo, si un niño es identificado, una referencia para una evaluación más exhaustiva puede ser hecha.

PARTE 1

1. ¿Es esta evaluación realizada como parte de la evaluación estándar de la salud mental (sin ningún problema específico que es claramente definido)?

SÍ NO

Si marco si, vaya directamente a la PARTE II

Si marco no, conteste las preguntas 2-3, antes de completar la PARTE II.

2. ¿Esta evaluación es realizada porque hay una emergencia de salud mental? (peligro inmediato o amenazas o gestos de suicidio por el/ella/homicida o en respuesta a la enfermedad mental o trastornos emocionales.

SÍ NO

¿Si marco si cual es la emergencia?

3. ¿Es esta evaluación realizada en respuesta a alguien del medio ambiente del niño o que conoce al niño, quien ha expresado, preocupación de el/ella de su desbalance mental actual o porque hay sospecha de abuso de sustancia/drogas?

SÍ NO

¿Si marco si, quién expreso preocupación? _____

La relación al Niño _____

¿Cual es la preocupación?

PARTE II – DIRECCION

El evaluador debe considerar la edad de un niño, el nivel de desarrollo e intelectual y el resultado de función en los problemas identificados. Marque la segunda columna si el problema ha sido observado dentro del mes pasado. Marque la tercera columna si el problema ha sido observado. Ambas columnas pueden ser marcadas o dejarlas en blanco.

PROBLEMAS del NIÑO	En el mes pasado	Jamás
1. Irritabilidad excesiva		
2. Excesivamente sensible al ambiente al ruido, al tacto cual causa angustia		
3. Tristeza excesiva, llanto, desanimo		
4. Demasiada preocupacion o temor, dificultad de separarse de los padres, reusa ir a la escuela		
5. Pensamientos sin razon, intrusos recurrentes o las conductas como lavarse las manos una u otra vez, revisar la cerradura un cierto numero de veces.		
6. Pensamientos de suicidio, amenazas, intento o gesto.		
7. Alucinaciones (ve o oye cosas que no están allí), alucinar (creencias anaigadas falsas que no tienen base en la realidad)		
8. Dificultad en la concentración		
9. Hábitos irregulares al dormir o problemáticos		
10. Muchas pesadillas		
11. Cambios en el apetito, irregular o problemático		
12. Problemas de cambio de actividad (my activo o menos activo)		
13. Herirse, por ejemplo, se corta, se golpea la cabeza		
14. La Enuresis o Encopresis (orinarse o se ensucia)		
15. Incapacidad para dar o recibir el cariño apropiado al principal cuidador		
16. Incapacidad para aceptar los límites apropiados		
17. Fácilmente se enoja o excesivamente se enoja u otra emoción fuerte.		
18. Rabietas frecuentes, intensas o incontrolable de genio		
19. Amenaza verbalmente.		
20. Físicamente violento		
21. Cruel con animales		
22. La destrucción voluntariosa de la propiedad		
23. Pone fuego		
24. Sexualmente preocupada o inadecuada actividad sexual		
25. Se escapa		
26. El abuso sospechado o confirmado de alcohol u otras drogas/sustancias		
27. El embarazo del adolescente fue/es relacionado a las dificultades de las conductas emocionales		
28. Cuidar de los hijos / la adolescente tiene dificultad como criar a su hijo(s)		
29. La condición médica complicada por trastorno emocional o incumplimiento médico		
30. La preocupación poco realista persistente sobre la salud física		
31. Los problemas en la actividad escolar/vocacional (asistencia, conducta, aprendizaje, desempeño)		
32. Sospecha o confirmada de victima de abuso físico, sexual o emocional		
33. Los problemas en relaciones interpersonales (respecto a la familia y/o la autoridad)		
34. Los problemas en relaciones interpersonales (amigos de la misma edad)		
35. Confirmada o sospechada demora del desarrollo		
36. Detenido, arrestado, o en la libertad condicional		
37. Homicida		
38. Apostar		
39. Evita a personas, los lugares o las cosas		
40. Siempre parece nervioso o atemorizado		
41. Se disgusta al recordar las cosas malas que a él/ella le han sucedido.		

Los PROBLEMAS en el AMBIENTE del NIÑO	Dentro del mes pasado	Jamás
1. Abuso de sustancia o la enfermedad mental del padre biológico (padres)		
2. Abuso de sustancia o la enfermedad mental del cuidador actual o los cuidadores		
3. Abuso de sustancia o enfermedad mental de un miembro actual que vive en casa (que no sean los padres)		
4. Encarcelación o registro de arresto del padre biológico (padres)		
5. Encarcelación o registro de arresto del cuidador actual (si no vive con sus padres)		
6. Violencia doméstica		
7. La inestabilidad del arreglo residencial, por ejemplo, la falta de vivienda, múltiples viviendas		
8. Problemas Psicosocial, por ejemplo, la muerte la ausencia o la pérdida de una persona significativa en la vida del niño o multiples cambios de vida, enfermedad en la familia, problemas económicos .		
9. Inadecuado o inapropiado supervision paternal o disciplina.		
10. Sospecha o confirmada victima del descuido del cuidador, por ejemplo insuficiencia o falta de proveer alimentos, vivienda, ropa.		
11. El niño ha experimentado un acontecimiento traumático, por ejemplo: inundación, huracán; un procedimiento médico espantoso; ver o ser herido severamente (accidente o asalto); ver un cadáver o alguien fue muerto/matadó. Explique por favor _____ _____		

La sumisión de esta forma no constituye un informe formal del abuso. Es un mandato reportar, un evaluador es obligado legalmente reportar a DFS a niños que son (sospechados de) negligencia o abuso de malos tratos.

Hay otros problemas que no son mencionados en esta evaluacion.

PARTE III Cheque uno de los Siguietes:

- A. El Niño _____ AHORA tiene por lo menos uno de los problemas de la lista de la parte II pero recibe actualmente los servicios para tratar con ellos.
- B. El Niño _____ AHORA tiene por lo menos uno de los problemas de la lista en la parte II y no recibe los servicios para tratar con ellos.
- C. El Niño _____ AHORA no tiene ninguno de los problemas de la lista en la parte II segun el evaluador.

PARTE IV Cheque de uno de los Siguietes:

- A. El Niño _____ EN EL PASADO ha tenido por lo menos uno de los problemas de la lista en la parte II y ha recibido los servicios para tratar con ellos.
- B. El Niño _____ EN EL PASADO ha tenido por lo menos uno de los problemas de la lista en en parte II pero nunca ha recibido los servicios para tratar con ellos.
- C. _____ EN EL PASADO, el niño no ha tenido ninguno de los problemas de la lista en la parte II segun el evaluador.

NOTA: El evaluador debe de referir servicios de paciente externo si en esta evaluacion se ha identificado un problema y el cliente no esta/ha recibido completamente un tratamiento para tartar el problema.

Firma de Evaluador _____ Fecha _____

Agencia/posición _____ Telefono: _____

Firma del padre/guardian legal _____ Fecha _____

Revised 7/1/06

Revised: 1/5/06