

SECCIÓN 2: PROVEEDORES DE SERVICIOS/ APOYOS

Compruebe todos los servicios que el niño recibe actualmente o ha recibido en el último año.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abogado | <input type="checkbox"/> Enlace Escuela de la Corte |
| <input type="checkbox"/> BHIS | <input type="checkbox"/> PMCI |
| <input type="checkbox"/> Intervención basada en la corte | <input type="checkbox"/> Manejo de Medicamento |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento Diurno/Hospitalización Parcial | <input type="checkbox"/> Médico Atención Primaria |
| <input type="checkbox"/> Trabajador DHS | <input type="checkbox"/> (PCP) Psiquiatra |
| <input type="checkbox"/> Detención | <input type="checkbox"/> Pruebas Psicológicas |
| <input type="checkbox"/> Proyecto de Servicio Temprano | <input type="checkbox"/> Tratamiento Residencial |
| <input type="checkbox"/> Orfanato | <input type="checkbox"/> Refugio |
| <input type="checkbox"/> Programa de Salud Integral | <input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias |
| <input type="checkbox"/> Guardián Ad Litem para pacientes | <input type="checkbox"/> Rastreador |
| <input type="checkbox"/> Hospitalización | <input type="checkbox"/> Terapia |
| <input type="checkbox"/> Examen Coeficiente Intelectual | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Oficial de Juzgado Juvenil (JCO) u Oficial de Libertad Condicional | |

Describe Otros Servicios: _____

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Custodio Legal del Niño: _____

¿Con quién vive normalmente el niño?: _____

¿Dónde vive el niño ahora?: _____

Si está fuera de casa, indique fecha de inicio en esta ubicación: _____ Última fecha en que el niño vivió en casa: _____

Para los adultos con los que vive el niño por favor proporcione la siguiente información:

Nombre Adulto: _____ **Relación con el cliente:** _____

Tel. Trabajo: _____ Tel. Casa: _____ Cel: _____

E-mail: _____ Método preferido de contacto: Casa Cel Trabajo E-mail

Nombre Adulto: _____ **Relación con el cliente:** _____

Tel. Trabajo: _____ Tel. Casa: _____ Cel: _____

E-mail: _____ Método preferido de contacto: Casa Cel Trabajo E-mail

Si el niño no está viviendo con padres biológicos, por favor proporcione en la siguiente información sobre padres biológicos.

Nombre Adulto: _____ **Relación con el cliente:** _____

Tel. Trabajo: _____ Tel. Casa: _____ Cel: _____

E-mail: _____ Método preferido de contacto: ___ Casa ___ Cel ___ Trabajo ___ E-mail

Nombre Adulto: _____ **Relación con el cliente:** _____

Tel. Trabajo: _____ Tel. Casa: _____ Cel: _____

E-mail: _____ Método preferido de contacto: ___ Casa ___ Cel ___ Trabajo ___ E-mail

¿Es su niño adoptado? ___¿Si ___No Si la respuesta es Sí, a qué edad? _____

Liste información importante sobre la familia de nacimiento: _____

¿Quién está cerca del niño de la familia inmediata y de la familia extendida? _____

Historia de Salud Mental y estresantes en la familia: (seleccione todas las que aplique)

___ Abandono

___ Violencia Doméstica

___ Mudanzas numerosas

___ Abuso

___ Educacional

___ Enfermedad Física

___ Investigación de abuso infantil actual o anterior

___ Empleo

___ Separación/divorcio

___ Disputa de custodia/visita del niño

___ Financiero

___ Rivalidad con hermanos

___ Ciudadanía

___ Enfermedad

___ Abuso de sustancias

___ Participación en la Corte

___ Encarcelamiento

___ Intentos de suicidio en la familia

___ Participación DHS

___ Desorden de salud mental

___ Suicidios en la familia

___ Muerte

___ Vecindario

___ Transportación

___ Discapacidad

___ Transportación

___ Otro (explique abajo)

SECCIÓN 5: MEDICAMENTOS, DIAGNÓSTICO Y USO DE / HISTORIA DE RESTRICCIÓN O AISLAMIENTO

Por favor liste el diagnóstico psiquiátrico actual de su niño:

Por favor, indique el diagnóstico psiquiátrico previo de su niño:

¿Actualmente, el niño toma medicamento psiquiátrico? Sí No Enumere la medicina psiquiátrica actual y la respuesta a la medicina:

¿Su niño ha tomado medicamentos psiquiátricos anteriormente? Sí No

En caso afirmativo, mencione la medicina psiquiátrica anterior, la respuesta a la medicina y el motivo de la suspensión:

¿Ha sido retenido su niño en un hospital, en una unidad de estabilización de crisis, en la escuela en casa u otro entorno? Sí No
Si es SI, Describa:

¿Está usted al tanto de cualquier condición médica o cualquier discapacidad física que pueda causar problemas durante una restricción física?

SECCIÓN 5: VIDA LA HABILIDAD Y CONDUCTUAL LA INFORMACIÓN

Revise todas las actividades de la vida diaria que su niño pueda realizar independientemente.

Bañarse Cocinar Conducir Usar el teléfono Otro

Cepillar dientes Lavar ropa Arreglarse Despertarse por su cuenta

Limpiar Vestirse Apropriadamente Administrar medicinas Lavarse el cabello

Por favor, anote cualquier preocupación que tenga acerca de las destrezas o destrezas de la vida de su niño o que necesita su niño:

¿Alguna preocupación por mojarse o ensuciarse durante el día o la noche? ___ Sí ___ No Si es SI, describa abajo:

Historia y Preocupaciones del Comportamiento: (Seleccione todas las que apliquen)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Comportamientos Adictivos | <input type="checkbox"/> Escuchar voces/ ver visiones | <input type="checkbox"/> autoridad Jalarse las pestañas |
| <input type="checkbox"/> Agresión hacia otro | <input type="checkbox"/> Lastima animales o a otros | <input type="checkbox"/> Rehúsa a seguir indicaciones |
| <input type="checkbox"/> Agresión hacia propiedad | <input type="checkbox"/> Hiperactivo | <input type="checkbox"/> Comportamientos Repetitivos |
| <input type="checkbox"/> Intentos de suicidio | <input type="checkbox"/> Impulsivo | <input type="checkbox"/> balanceo/golpearse |
| <input type="checkbox"/> Intentos de matar a otros | <input type="checkbox"/> Incapacidad para planificar, organizar o | <input type="checkbox"/> Huír |
| <input type="checkbox"/> Ataques de ansiedad o pánico | <input type="checkbox"/> secuenciar Desatento | <input type="checkbox"/> Autolastimarse |
| <input type="checkbox"/> Pensamiento confuso / inflexible | <input type="checkbox"/> Irritabilidad / temperamento | <input type="checkbox"/> Problemas de memoria a corto y largo plazo |
| <input type="checkbox"/> Confusión de fantasía y realidad | <input type="checkbox"/> Problemas de lenguaje / habla | <input type="checkbox"/> Robar |
| <input type="checkbox"/> Disgustando | <input type="checkbox"/> Miente (excepto los menores) | <input type="checkbox"/> Hablar solo |
| <input type="checkbox"/> Declaraciones Depresivas | <input type="checkbox"/> Estallidos | <input type="checkbox"/> Lanzar cosas |
| <input type="checkbox"/> Desorientado | <input type="checkbox"/> Paranoia o temores inusuales | <input type="checkbox"/> Pensamiento inusual ejem.
Ideas raras fuera de razón |
| <input type="checkbox"/> Fácilmente distraído | <input type="checkbox"/> Se crea llagas | <input type="checkbox"/> Gritar |
| <input type="checkbox"/> Fácilmente Frustrado | <input type="checkbox"/> Juega con objetos | <input type="checkbox"/> Otro (explique abajo) |
| <input type="checkbox"/> Incendiario | <input type="checkbox"/> extrañamente Problemas con la | |

Descripción del historial y preocupaciones del comportamiento:

Si su niño tiene una historia de huir: ¿Cuántas veces ha huido? Describa ¿Qué detona _____
que el niño huya? Cuanto tiempo se ha ido: _____

Cualquier historia que indique que el niño necesita una habitación individual como: comportamiento sexual, agresión, problemas de socialización (Tenga en cuenta que los niños que necesitan habitaciones individuales pueden tener que esperar más tiempo para ser admitidos)

Otras Preocupaciones o comentarios

SECCIÓN 7: HISTORIA EDUCATIVA

Nombre de la actual o más reciente escuela:

Dirección: Grado

¿Plan de Educación Individualizado actual (IEP)? Si No

¿Plan actual 504?)? Si No

¿Ha sido suspendido su niño de la escuela?)? Si No

Si es SI, ¿qué grado(s)? _____

¿Qué comportamientos le llevaron a ser suspendido?

Describa los problemas que los profesores le han planteado:

SECCIÓN 8: HISTORIA / INFORMACIÓN SEXUAL

(Seleccione todas las que apliquen)

Empezo Citas

Exceso de Ansiedad

Sexualmente Activo

Comenzó Pubertad

Coqueteo Excesivo

Comportamiento sexual reactivo

Control Natalidad

Identidad de genero

Enfermedades transmitidas sexualmente

Actualmente Embarazada

Embarazo Prematuro

Otro (explique abajo)

Dificultades con la Orientación Sexual

Descripción de Historia Sexual/ Preocupaciones:

SECCIÓN 9: HISTORIA DE TRAUMA

Marque todo lo que corresponda y describa a

- continuación Accidentes, ejem. accidentes de cuidado
- Asalto
- Atacado por un animal
- Enfermedad Metal del cuidador
- Violencia en la Comunidad
- Contacto con un agresor sexual
- Muerte de alguien importante para el niño
- Violencia Doméstica
- Abuso emocional
- Explotación
- Enfermedad
- Encarcelamiento
- Desastres Naturales
- Abuso Físico
- Abusador Físico
- Violación
- Separación del cuidador/padre
- Víctima de Abuso Sexual
- Agresor Sexual
- Sexualmente inapropiado con otra persona
- Suicidio / intentos
- Abuso verbal, ejem. forma de nombrarlo etc.
- Testigo de abuso físico o sexual
- Otro (explique abajo)

Descripción del trauma Historia y preocupaciones:

Si el niño tiene algún abuso físico, o sexual, por favor indique por quién ocurrió el abuso

Si el niño tiene contacto con una persona que es un delincuente sexual, escriba el nombre de la persona

SECCIÓN 10: HISTORIA LEGAL

Estado Jurídico Actual: (Marque todo lo que corresponda)

- CINA
- Libertad cond. informal
- Desconocido
- Decreto de consentimiento
- Otra participación policial
- Libertad Condicional Formal
- No hay participación legal

¿Está el niño bajo orden judicial? Si No

Fecha de Adjudicación: _____

SECCIÓN 11: HISTORIAL / EXPOSICIÓN DEL NIÑO AL USO DE SUSTANCIAS

¿El niño tiene una historia de uso de sustancias Si No Desconocido

¿Exposición temprana de la niñez al uso de la sustancia? Si No Desconocido

¿Anterior Servicios de Abuso de Si No Desconocido

Sustancias? Uso de Sustancia: (Si se indica un historial de uso de sustancias - marque todo lo que corresponda)

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Club Drogas/alucinógenos | <input type="checkbox"/> Marihuana | <input type="checkbox"/> Estimulantes |
| <input type="checkbox"/> Barbitúricos | <input type="checkbox"/> Cocaína/Crack | <input type="checkbox"/> Metanfetaminas | <input type="checkbox"/> Marihuana Sintética |
| <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas (Xanax,Klonopin) | <input type="checkbox"/> Heroína | <input type="checkbox"/> Opiáceos | <input type="checkbox"/> Tabaco/Nicotina |
| <input type="checkbox"/> Cafeína | <input type="checkbox"/> Inhalantes | <input type="checkbox"/> Venta libre mostrador | <input type="checkbox"/> Otro(explique abajo) |

Descripción de los servicios de uso de sustancias y / o de abuso de sustancias (incluyendo otras formas de involucramiento con drogas, venta de drogas):

¿Ha sufrido su niño consecuencias legales, conductuales o sociales por el uso de alcohol o drogas? En caso afirmativo, explique.

SECCIÓN 12: EXPECTATIVAS FAMILIARES (SOLO FAMILIAS CAMPUS ORCHARD PLACE)

¿Qué espera que Orchard Place Campus haga por usted y su familia?

¿Cuáles son las fortalezas de su niño?

¿Qué cree que deberían incluir los objetivos del tratamiento familiar?

¿Qué piensa usted que las metas de tratamiento de su niño deben incluir?

¿Qué tiene que hacer él /ella para regresar a casa?

SECCIÓN 13: REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA

Cuando un miembro de una familia llega al Campus Orchard Place, toda la familia comparte preocupaciones, inquietudes y el malestar de la separación. Usted y el terapeuta de su familia planificarán regularmente sesiones de terapia familiar y visitas programadas. Las sesiones de la familia serán programadas regularmente y usted puede establecer visitas con su niño a través de su terapeuta de la familia.

Las sesiones de terapia familiar son requeridas. Como mínimo, dos veces al mes se requieren sesiones en persona y sesiones por teléfono o Skype en las semanas opuestas. Siempre que sea posible, se prefieren todas las sesiones en persona. La terapia familiar ocurre entre las horas de 8am-5pm de lunes a viernes

¿Será capaz de participar semanalmente? Si No Día y hora preferidos de la sesión: _____

¿Tienes las capacidades para las sesiones de Skype? Si No

¿Tiene medios para llegar a sus citas en el Campus Orchard Place? Si No

¿Podrá visitar a su niño regularmente en el campus? Si No

¿Cuándo su niño (a) ha progresado en el tratamiento, podrá hacer que su niño (a) regrese a casa para visitas?? Si No

Además de la terapia familiar, también pedimos a los padres / tutores que asistan a las Sesiones Planificadas de Revisión / Planificación del Tratamiento, como parte del equipo de tratamiento. La dotación de personal brinda la oportunidad de escuchar los informes de progreso de la unidad, la escuela, el terapeuta y el psiquiatra, así como participar en la planificación y revisión del tratamiento. Estos se celebran alrededor de 30 días después de la admisión y cada trimestre a partir de entonces. La dotación de personal se lleva a cabo durante las horas de oficina normales para acomodar los horarios del psiquiatra y cualquier otro profesional involucrado en el tratamiento de su niño

¿Sería capaz de asistir a juntas de personal regularmente programadas? Si No

¿Podría usted asistir a entrenamientos informativos / clases para padres / grupos de apoyo? Si No

Acorde a mi conocimiento, la información anterior es completa y precisa. Entiendo que el no proporcionar información podría resultar en un tratamiento fracasado.
