



VCU

Center for Psychological Services and Development

Department of Psychology | College of Humanities and Sciences
612 N Lombardy St | Box 843033 | Richmond, VA 23284-3033
804 828-8069 | fax: 804 827-1269 | cpsd@vcu.edu | www.cpsd.vcu.edu

SOLICITUD DE SERVICIOS PARA NIÑOS/AS

NIÑO/A

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Apellido, Nombre

¿Registrado en la escuela? Sí (distrito: _____) No

Nivel más alto de educación completada: Ninguna todavía Escuela primaria Escuela secundaria _____

Raza / Etnicidad: Asiático/a Indio Americano/a / Nativo/a de Alaska Moreno/a / Afroamericano/a Hispano/a / Latino/a Multi-racial Nativo/a de Hawai/Islas del Pacífico Blanco/a _____

Sexo: Mujer Hombre Intersex _____

Identidad de género: Mujer Hombre Género no-conformista/no binario Transgénero/a _____

Pronombres de género: Ella El Ellos Les _____

Orientación sexual: Hetero/Heterosexual Lesbiana/Gay Bisexual Queer no lo sé _____

Composición del hogar (hogar del niño/a): Familia (padres e hijos/as) Familia extendida
 Familia con papa/mama soltero/a _____

GUARDIÁN A (necesario)

Relación con hijo/a Padre Guardián legal Representante legal _____

¿Responsable de las decisiones médicas para el niño/a? Sí No

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Apellido, Nombre

Dirección: _____
Número/ Calle, Apt# Ciudad Estado Código postal

Teléfono #: _____ Teléfono alternativo #: _____

Raza / Etnicidad: Asiático/a Indio Americano/a / Nativo/a de Alaska Moreno/a / Afroamericano/a Hispano/a / Latino/a Multi-racial Nativo/a de Hawai/Islas del Pacífico Blanco/a _____

Sexo: Mujer Hombre Intersex _____

Identidad de género: Mujer Hombre Género no-conformista/no binario Transgénero/a _____

Pronombres de género: Ella El Ellos Les _____

Orientación sexual: Hetero/Heterosexual Lesbiana/Gay Bisexual Queer no lo sé _____

Estado del estudiante: Estudiante a tiempo completo (escuela: _____)

Estudiante de medio tiempo no un estudiante

Center for Psychological Services and Development

Nivel de educación/título más alto completado: Ninguno todavía Escuela primaria Escuela secundaria
 Escuela/universidad comercial/técnica Licenciatura (dos años) Licenciatura (cuatro años) Maestría
 Médico / Doctorado _____

Estado de Empleo: Estudiante Empleado de tiempo completo (ocupación: _____)
 Empleado a medio tiempo Desempleado Discapacitado Retirado _____

Estado civil: Soltero/a Divorciado/a Casado/a Juntado/a Separado/a Viudo/a _____

¿Esta involucrado con el sistema legal? No

Sí (describir) _____

¿Esta involucrado con los Servicios de Protección Infantil? No

Sí (describir) _____

¿Alguna vez ha perdido la custodia de sus hijos/as? No

Sí (describir) _____

GUARDIÁN B (opcional)

Relación con hijo/a Padre Guardián legal Representante legal _____

¿Responsable de las decisiones médicas para el niño/a? Sí No

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Apellido, Nombre

Dirección: _____
Número / Calle, Apt# Ciudad Estado Código postal

Teléfono #: _____ Teléfono alternativo #: _____

Raza / Etnicidad: Asiático/a Indio Americano/a / Nativo/a de Alaska Moreno/a / Afroamericano/a Hispano/a / Latino/a Multi-racial Nativo/a de Hawái/Islands del Pacífico Blanco/a _____

Sexo: Mujer Hombre Intersex _____

Identidad de género: Mujer Hombre Género no-conformista/no binario Transgénero/a _____

Pronombres de género: Ella El Ellos Les _____

Orientación sexual: Hetero/Heterosexual Lesbiana/Gay Bisexual Queer no lo sé _____

Estado del estudiante: Estudiante a tiempo completo (escuela: _____)
 Estudiante de medio tiempo no un estudiante

Nivel de educación/título más alto completado: Ninguno todavía Escuela primaria Escuela secundaria
 Escuela/universidad comercial/técnica Licenciatura (dos años) Licenciatura (cuatro años) Maestría
 Médico / Doctorado _____

Estado de Empleo: Estudiante Empleado de tiempo completo (ocupación: _____)
 Empleado a medio tiempo Desempleado Discapacitado Retirado _____

Estado civil: Soltero/a Divorciado/a Casado/a Juntado/a Separado/a Viudo/a _____

¿Esta involucrado con el sistema legal? No

Sí (describir) _____

¿Esta involucrado con los Servicios de Protección Infantil? No

Sí (describir) _____

¿Alguna vez ha perdido la custodia de sus hijos/as? No

Sí (describir) _____

Padres / Guardianes (A&B) Relación: Nunca Casado Casado Pareja Separado Divorciado ((A) vuelto a casar (B) vuelto a casar) _____

SERVICIOS SOLICITADOS

Servicios que buscas:

- Terapia individual (sesiones regulares y semanales con un terapeuta)
- Terapia grupal (sesiones regulares y semanales con otros clientes y terapeutas)
- Terapia (terapia individual y / o grupal)
- Evaluación (examen con un informe de comentarios)
- Evaluación y Terapia

¿Fue referido? Sí, ¿desde dónde? (nombre de la agencia o proveedor: _____)

No, ¿cómo nos has encontrado? _____

¿Los servicios son obligatorios por la corte? Sí No *CPSD no proporciona evaluaciones de custodia.*

¿Necesita recibir servicios para una fecha determinada? Sí (fecha: _____) No

Nombre de la persona responsable del pago de tarifas (persona responsable): _____

El teléfono de la persona responsable #: _____

La relación de la persona responsable con el aplicante: El/la aplicante Padre Guardián legal

Representante autorizado _____

Ingreso anual total: *Ingresos totales de todos los miembros adultos en el hogar inmediato más cualquier ingreso adicional de manutención infantil u otras fuentes.*

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 0 to 10,000 | <input type="checkbox"/> 10,001–20,000 | <input type="checkbox"/> 20,001–30,000 | <input type="checkbox"/> 30,001–40,000 | <input type="checkbox"/> 40,001–50,000 |
| <input type="checkbox"/> 50,001–60,000 | <input type="checkbox"/> 60,001–70,000 | <input type="checkbox"/> 70,001–85,000 | <input type="checkbox"/> 85,001 o mas | |

Número total de dependientes: _____ *Cuente a los miembros de la familia que no trabajan en el hogar inmediato de la persona responsable.*

¿La persona responsable está trabajando con cualquier universidad, escuela o agencia comunitaria que pagará matrícula? Sí No

Seguro: Privado VA VCC Medicaid Medicare Ninguno *CPSD tampoco presenta reclamaciones ni acepta el pago del seguro.*

HISTORIA NIÑO/A

¿La salud emocional del niño/a? Bueno Satisfactorio Pobre

¿Ha recibido su hijo/a asesoramiento o psicoterapia en el pasado? No

Sí (¿Cuándo? ¿Por cuánto tiempo?): _____

¿Su hijo/a ha sido evaluado por un psicólogo en el pasado? No

Sí (¿Cuándo?): _____

¿Su hijo/a ha sido hospitalizado por razones emocionales o psiquiátricas? No

Sí (¿Qué? ¿Cuándo?): _____

¿Qué está experimentando su hijo/a actualmente? (marque todo lo que corresponda): agresión furia/enojo
 ansiedad / pánico confusión llanto / llorando depresión sustos / temores síntomas de abstinencia
 problemas para dormir problemas para comer problemas de relaciones románticas problemas de abuso de sustancias
 problemas sociales problemas de adaptación a la vida

Si has marcado uno, por cuánto tiempo: _____

¿Ha experimentado su hijo/a alguno de los siguientes en la escuela? (marque todo lo que corresponda): peleas

falta de amigo/as detención / suspensión influencia pandillera problemas de comportamiento
 poca asistencia bajo rendimiento académico/profesional discapacidades de aprendizaje

Si has marcado uno, por cuánto tiempo: _____

Describe los problemas que su hijo/a está experimentando actualmente. _____

¿Su hijo/a se ha lastimado a propósito? No

Sí (Por favor describa): _____

¿Su hijo/a ha herido deliberadamente a otra persona? No

Sí (Por favor describa): _____

¿Su hijo/a ha experimentado abuso físico? Sí No Inseguro

¿Su hijo/a ha experimentado abuso sexual? Sí No Inseguro

¿Su hijo/a ha experimentado abuso emocional o verbal? Sí No Inseguro

¿La salud física del niño/a? Bueno Satisfactorio Pobre

¿Tiene su hijo/a problemas médicos o físicos serios o crónicos? No

Sí (¿Qué?): _____

¿Su hijo/a está tomando algún medicamento actualmente? No

Sí (¿Nombres? ¿Dosis?): _____

Nombre del médico de atención primaria: _____ # de teléfono: _____

¿Qué más necesitamos saber sobre su hijo/a? _____



VCU

Center for Psychological Services and Development

Department of Psychology | College of Humanities and Sciences
612 N Lombardy St | Box 843033 | Richmond, VA 23284-3033
804 828-8069 | F: 804 827-1269 | cpsd@vcu.edu | www.cpsd.vcu.edu

CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRÓNICO Y PÓLIZAS DE LOS MEDIOS SOCIALES

Este formulario contiene información importante sobre nuestras pólizas relacionadas con las comunicaciones por correo electrónico y las redes sociales. Léalo cuidadosamente, ya que representa un acuerdo entre usted (yo, su) y el Centro de Servicios Psicológicos y Desarrollo (CPSD, nosotros, nuestro). Nuestro personal y su terapeuta pueden responder sus preguntas.

CPSD usa el correo electrónico para programar citas, pero este uso limitado conlleva algunos riesgos, tales como:

- El correo electrónico puede ser transmitido inmediatamente por todo el mundo y recibido por muchos usuarios intencionados y no deseados.
- Los remitentes de correo electrónico pueden fácilmente ingresar la dirección incorrecta en un correo electrónico.
- Pueden existir copias de seguridad del correo electrónico incluso después de que el remitente o el destinatario hayan eliminado el original.
- Los empleadores y los servicios en línea tienen el derecho de archivar e inspeccionar el correo electrónico dentro de sus sistemas.
- El correo electrónico puede ser interceptado, alterado, reenviado o utilizado sin autorización o detección.
- El correo electrónico se puede usar para introducir virus informáticos del sistema.
- El correo electrónico se puede usar como evidencia en la corte.

CÓMO EL CPSD MANEJARÁ LA COMUNICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO

- Incluiremos todos los mensajes de correo electrónico, que no sean los de fijar una cita, en su registro clínico.
- Podemos reenviar correos electrónicos a miembros del personal de CPSD, como la recepcionista.
- Miembros del personal de CPSD, puede enviarle correos electrónicos sobre asuntos administrativos, incluida su cuenta y su información de contacto.
- No re-enviaremos correos electrónicos a terceros independientes sin su permiso dado por escrito, salvo que lo autorice o lo exija la ley.
- No podemos garantizar que el correo electrónico sea leído y respondido dentro de un período de tiempo en particular.
- No aceptamos correos electrónicos para emergencias u otros asuntos urgentes.
- No incluiremos información confidencial en los correos electrónicos y le pediremos que no nos envíe información confidencial.
- Recomendamos encarecidamente el uso de correo electrónico cifrado. Nuestro personal puede explicar las opciones disponibles.
- No podemos asumir la responsabilidad de la protección de las cuentas de correo electrónico personales.
- No participaremos en comunicaciones ilegales por correo electrónico.
- Solicitamos que nos informe si cambia su dirección de correo electrónico.

CLIENTES MENORES

El personal y los terapeutas de CPSD no se comunican por correo electrónico con clientes menores de 18 años.

Si usted es un padre / tutor que acepta enviar por correo electrónico la comunicación relacionada con su hijo, firme como padre / tutor y proporcione su dirección de correo electrónico.

Requerimos un formulario de consentimiento por separado de cada padre / tutor que desee intercambiar correos electrónicos con el CPSD con respecto a un cliente menor.

POLIZA DE LAS REDES SOCIALES

Mensajes de texto: El personal y los terapeutas de CPSD no enviarán mensajes de texto ni responderán a mensajes de texto de usted.

Redes sociales: El personal y los terapeutas de CPSD no se comunican con ninguno de nuestros clientes a través de las redes sociales como Twitter y Facebook. Si el personal o los terapeutas descubren que accidentalmente han establecido una relación en línea con usted, se les exige que disuelvan esa relación de inmediato.

Sitios web: El CPSD tiene un sitio web al que se le anima a acceder. Si tiene preguntas sobre cualquier información en el sitio web, discútalas con su terapeuta.

Búsquedas en la web: El personal y los terapeutas de CPSD no usarán búsquedas en la web para recopilar información sobre usted sin su permiso. Si encuentra información sobre su terapeuta a través de búsquedas en la web, o de cualquier otra manera, infórmeselo para que se pueda analizar cualquier posible impacto en su tratamiento.

CONSENTIMIENTO

Nombre del cliente (imprimir) _____

Nombre del padre / guardián o representante autorizado (imprimir) _____

Relación con el cliente (imprimir) _____

_____ (inicial) He leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos de usar el correo electrónico y acepto las condiciones descritas anteriormente. Entiendo que el CPSD no acepta mensajes de correo electrónico como notificación de emergencia y no garantiza una respuesta oportuna ni ninguna respuesta al correo electrónico.

_____ (inicial) Entiendo que el personal y los terapeutas de CPSD no responderán a mis mensajes de texto (ni a mi hijo) y no se comunicarán conmigo (o con mi hijo) a través de las redes sociales.

_____ (inicial) Entiendo que el personal y los terapeutas de CPSD no realizarán búsquedas en la web para recopilar información sobre mí (o mi hijo).

_____ (inicial) Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre las declaraciones anteriores y mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Marque uno para dar o denegar permiso:

_____ Doy permiso para la comunicación por correo electrónico -

Email (imprimir): _____

_____ No doy permiso para la comunicación por correo electrónico.

Firma del cliente o padre / Guardián / Representante

Fecha