

FAMILY COUNSELING SERVICE

email: appointments@fcscb.org

Family Counseling Service  
3833 S. Staples, Suite S203  
Corpus Christi, TX 78411  
361-852-9665

Family Counseling Service  
603 E Kleberg  
Corpus Christi, TX 78411  
361-592-6058

Apreciamos la confianza que usted ha mostrado en escoger esta oficina para sus necesidades de terapia. Estamos cometidos a proporcionar el mejor cuidado posible.

Family Counseling Service es una agencia sin fines lucrativos. Probablemente, usted pagara un honorario que es considerablemente menos que el costo que la agencia contrae para proporcionar ese servicio. Podemos poner la diferencia por la asignación de United Way, por becas de fundaciones, y por contribuciones de individuos.

Para ayudar en este honorario subvencionado y proporciona a usted con una escala que desliza, Family Counseling Service (servicios de aconsejar la familia) aceptará su seguro de enfermedad. Por favor pregunte a al secretaria por instrucciones para asistir en archivar sus documentos. Usted puede usar Visa, MasterCard, American Express o Discover para cargar sus honorarios.

Cada esfuerzo será hecho para fijar una cita de terapia a un tiempo que es conveniente para usted. Las horas de oficina de la agencia son:

**Corpus Christi:** 8:30 de la mañana (a.m.), hasta las 8 de la tarde (p.m.) de lunes a jueves.  
8:30 de la mañana (a.m.), hasta las 5 p.m. el viernes.

**Kingsville:** 8:30 de la mañana (a.m.), hasta las 5:30 de la tarde (p.m.) de lunes a viernes.

Su cita esta reservado para su uso exclusivo. Para recibir beneficio repleto de su terapia, es importante que usted llegue a tiempo para su cita o si no puede cumplir con la cita, debe cancelar temprano. Esto lo hace posible darle su tiempo de terapia a un cliente que puede estar esperando una cita. Debe llamar a cancelar su cita temprano o sera cargado honorarios. Sus sesiones durarán aproximadamente 50 minutos.

Si usted encuentra nuestros servicios insatisfactorios en cualquier manera, le puede pedir a la secretaria una copia del procedimiento de quejas de la agencia.

Family Counseling Service está disponible ayudar a personas sin discriminación raza, color, origen nacional, religión, sexo, edad, o por incapacidad. Family Counseling Service puede proporcionar servicios de lenguaje en señas y asistencia en comunicar para personas con impedimento del discurso si se necesita. Los servicios pueden ser discontinuados si un cliente está drogado o en alcohol, usa lenguaje abusivo o se conducta abusivo, o rechaza participar en metas de tratamiento previamente convenidas.

Los servicios de la terapia son voluntarios. Usted puede negarse cualquier servicio ofreció. Mientras Family Counseling Service no tiene consecuencias legales por servicios negados, (pero) si esta por mandamiento de la corte o de su empleado, la agencia que lo refiere puede tener consecuencias.

Pedimos que todas personas que servimos (y/o su guardián legal) tomen parte en las decisiones con respecto a metas de tratamiento y servicios proporcionados. Su consejero le preguntara acerca de sus metas de terapias y escribirá éstos en un "plan del tratamiento" y le pidera a usted que firme que usta en acuerdo.

Si la persona cual servimos es muy agresivo, amenezador, suicida, destruye propiedad, rechaza irse o es bastante borracho, la agencia puede llamar a 911 por asistencia de la policia. No se usa restricción manual.

Los servicios son confidenciales menos tal como esta delienado en la hoja azul conectada. Si tiene cualquier pregunta, por favor solicite una conferencia.

\_\_\_\_\_  
Firma de Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Su Consejero es

**FAMILY COUNSELING SERVICE**

Fecha: \_\_\_\_\_

Cuota: \_\_\_\_\_  
Consejero: \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ M/F  
Primer Nombre \_\_\_\_\_ G nero

Apellido \_\_\_\_\_ M/F  
Primer Nombre \_\_\_\_\_ G nero

Direccion \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_ Postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_ Postal \_\_\_\_\_

Telefono (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_

Telefono (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_

Cellular \_\_\_\_\_

Cellular \_\_\_\_\_

Podemos llamar y dejar mensaje? Si / No \_\_\_\_\_

Podemos llamar y dejar mensaje? Si / No \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Educacion \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Educacion \_\_\_\_\_

Compania de Seguro \_\_\_\_\_ Religion \_\_\_\_\_

Compania de Seguro \_\_\_\_\_ Religion \_\_\_\_\_

Empleo \_\_\_\_\_ Nombre de Empleado \_\_\_\_\_

Empleo \_\_\_\_\_ Nombre de Empleado \_\_\_\_\_

 Est buscando servicios debido a un crimen?  
Si / No \_\_\_\_\_

 Est buscando servicios debido a un crimen?  
Si / No \_\_\_\_\_

 En que oficina prefiere ser visto?

Corpus Christi Kingsville (Cicule Uno)

 En que oficina prefiere ser visto?

Corpus Christi Kingsville (Cicule Uno)

Ha recibido servicios de consejo antes? \_\_\_\_\_

Ha recibido servicios de consejo antes? \_\_\_\_\_

 Referido por quien? \_\_\_\_\_

 Referido por quien? \_\_\_\_\_

Estado Civil  
(Circule Uno)

Ingreso Anual  
(Circule Uno)

Casado  
Separado  
Divorciado  
Soltero  
Union Libre  
Viudo  
Etnicidad  
(Circule Uno)  
Caucasio  
Asiatico  
Negro  
Hispano  
Otro

Under 15,000  
15,001 to 20,000  
20,001 to 25,000  
25,001 to 30,000  
30,001 to 35,000  
35,001 to 40,000  
40,001 to 45,000  
45,001 to 50,000  
50,001 to 55,000  
55,001 to 60,000  
60,001 to 70,000  
70,001 to 80,000  
80,001 to 90,000  
90,001 to 100,000  
100,001 & over

Hijos/Hijas  
Nombre Fecha de Nacimiento G nero

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otras personas que vivan en el hogar:

Nombre Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso de una emergencia, nombre y telefono para contacto:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FAMILY COUNSELING SERVICE

Yo/nosotros) \_\_\_\_\_ entendemos que el precio a Family Counseling Service por una hora de terapia es \$110 por sesion de cincuenta minutos.

Causa de el subsidio de United Way y fundaciones privadas, mi honorario sera \_\_\_\_\_.

Si estoy usando mi seguro, yo entiendo que soy responsable por el deducible, si no se completa por otras maneras. Tambien soy responsable por el costo del honorario que el seguro no cobre. A ningun tiempo sera esto mas que mi honorario subsidio de la agencia basado en una escala de desliza.

Yo entiendo que soy obligado a pagar por cual quier cita que no atiendo o que es cancelada menos de 24 horas antes de la hora de la cita.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

DECLARACION DE PRIVACIDAD

Yo reconozco que he recibido una copia del Aviso de Privacidad de Practica. Family Counseling Service administrara mi/nuestros documentos de paciente en una manera confidencial y en conformidad con el Acto de Seguro de Salud Portatilabilidad y Responsabilidad. Una autorizacion separada se debe ejecutar para la liberacion de Informacion Protegida de Salud que no es rutinaria.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Solamente Para Uso de la Oficina

\*\*\*\*\*

Atentamos obtener reconocimiento escrito que recibio Aviso de Privacidad de Practicas, pero reconocimiento no se pudo obtener porque:

- ( ) El individuo rechazo firmar
- ( ) Sucedio una situacion de emergencia que nos prevenio obtener reconocimiento
- ( ) Otro (Favor de explicar)

**FAMILY COUNSELING SERVICE**  
**Lisa de Comprobacion del Cliente Primera Parte**

**Padres:** Si su hijo se verá responda las preguntas de usted mismo. (Habrá una forma separada para su hijo.)

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Por Favor Marque**

1. ¿Ha tenido asesoramiento anterior?	Si	No
2. ¿Vives solo(a)?	Si	No
3. ¿Ha cambiado de trabajo / escuela en los últimos dos años?	Si	No
4. ¿Está teniendo problemas financieros?	Si	No
5. ¿Estás aquí con respecto a cuestiones legales?	Si	No
6. ¿Le gusta ir al trabajo / escuela?	Si	No
7. ¿Tiene preocupaciones sexuales?	Si	No
8. ¿Ha usted o otros estado preocupados por su consumo de alcohol o drogas?	Si	No
9. ¿Alguno de los miembros de su familia tienen problemas de alcohol o drogas?	Si	No
10. ¿Usted se priva de comer o se hace vomitar?	Si	No
11. ¿Siente que usted está en peligro?	Si	No
12. ¿Tiene pensamientos de hacerle daño a los demás?	Si	No
13. ¿Le resulta difícil hablar de problemas personales con otras personas?	Si	No
14. ¿Ha perdido la esperanza de que su problema (s) se pueda solucionar?	Si	No
15. ¿Tiene la motivación para trabajar en sus problemas?	Si	No
16. ¿Tiene fe en un poder superior?	Si	No

	Nunca	Ligero	Leve	Moderado	Severo
Por favor marque la casilla para cada pregunta para indicar la cantidad (o la frecuencia) que le han molestado los siguientes problemas en las <b>últimas 2 semanas</b> .	De ningún modo	Rara, menos de un día o dos	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. ¿Duerme menos de lo habitual, pero todavía tiene mucha energía?					
2. ¿Comenzando más proyectos de lo normal o hacer las cosas más arriesgadas de lo habitual?					
3. ¿Dolores inexplicables y dolores de cabeza (por ejemplo, la espalda, articulaciones, abdomen, piernas)?					
4. ¿Oír cosas que otras personas no podían escuchar, como voces, incluso cuando no había nadie alrededor?					
5. ¿La sensación de que alguien pudiera escuchar sus pensamientos, o que podía oír lo que otra persona estaba pensando?					
6. ¿Problemas de memoria?					
7. ¿Pensamientos desagradables, impulsos o imágenes que entran en repetidas ocasiones a su mente?					
8. ¿Sentirse impulsada a realizar ciertos comportamientos o actos mentales una y otra vez?					
9. ¿Sensación de indiferencia o distante de sí mismo, su cuerpo, su alrededores, o sus recuerdos?					
10. ¿Bebiendo 4 bebidas de cualquier tipo de alcohol en un solo día?					
11. ¿Fumar cigarrillos, un puro o una pipa, o el uso de tabaco, tabaco de mascar o cualquier otra forma de nicotina?					
12. El uso de cualquiera de los siguientes medicamentos por su cuenta, es decir, sin la prescripción de un médico, en cantidades mayores o más largo que prescrito: analgésicos (como Vicodin), estimulantes (como Ritalin o Adderall), sedantes o tranquilizantes (como pastillas para dormir o Valium), o drogas como la marihuana, cocaína o crack, drogas de diseño (como el éxtasis), alucinógenos como el LSD, heroína, inhalantes o solventes, o metanfetamina?					

**FAMILY COUNSELING SERVICE**  
**Lista de Verificación Para el Cliente -Parte Dos**

Padres: Si su hijo será visto, puede omitir este cuestionario.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**GAD-7**

Durante las <b>últimas dos semanas</b> , ¿con que frecuencia ha sentido molestias por los siguiente problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días	
1. Sentirse nervioso/a, intranquilo/a o con los nervios de punta	0	1	2	3	
2. No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación	0	1	2	3	
3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas	0	1	2	3	
4. Dificultad para relajarse	0	1	2	3	
5. Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente	0	1	2	3	
6. Molestarse o ponerse irritable fácilmente	0	1	2	3	
7. Sentir miedo como si algo terrible	0	1	2	3	<b>Puntaje Total:</b>
<b>Total</b>					

Si usted marco cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?	Para nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Sumamente Difícil
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	-----------------	-------------	-------------------

**PHQ-9**

Durante las <b>últimas dos semanas</b> , ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas?	Para nada	Varios Días	Más de la mitad de los días	Casi todo los días	
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3	
2. Se ha sentido decaído/a, deprimido/a, o sin esperanzas	0	1	2	3	
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido/a, o ha dormido demasiado	0	1	2	3	
4. Se ha sentido/a o con poca energía	0	1	2	3	
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3	
6. Se ha sentido mal con usted mismo/a- o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo/a o con su familia	0	1	2	3	
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3	
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario- ha estado tan inquieto/a o agitado/a, que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3	
9. Ha pensado que estaría mejor muerto o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3	<b>Puntaje Total:</b>
<b>Total</b>					

Si usted marco cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?	Para nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Sumamente Difícil
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	-----------------	-------------	-------------------

*Developed by Drs. Robert L. Spitzer, Jane B.W. Williams, Kurt Kroenke and colleagues, with an educational grant from Pfizer, Inc.*

## FAMILY COUNSELING SERVICE Historial Médico del Cliente

**Padres:** Si su hijo será visto por favor responder esto de usted mismo (Hay una forma separada para su hijo.)

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

<b>1. Información de su médico primario</b>			
Nombre: _____		Teléfono: _____	
Dirección: _____			
¿Le gustaría coordinar su cuidado con su médico de atención primaria?		Sí	No
¿En caso que sí, estaría dispuesto a firmar una autorización para liberar información?		Sí	No
<b>2. Información del Psiquiatra (si es aplicable)</b>			
Nombre: _____		Teléfono: _____	
Dirección: _____			
¿Le gustaría coordinar su cuidado con su psiquiatra?		Sí	No
¿En caso que si, estaría dispuesto a firmar una autorización para liberar información?		Sí	No
3. ¿Tiene un historial de problemas médicos; accidentes, enfermedades, lesiones, cirugías, enfermedades contagiosas?			Sí
4. ¿Tiene alguna condición médica actual o enfermedades que son una preocupación para usted?			No
5. Indique lista de cualquier alergia a medicamentos, alimentos o material aéreo:			Sí
6. Alguna vez ha sido diagnosticado con un trastorno mental? Si es así, por favor indique:			No
7. ¿Ha tenido una lesión en la cabeza?			Sí

**Si usted está tomando medicamentos, proporcione la mayor cantidad de información posible.**

Medicamento	Dosis	¿Con qué frecuencia se toma este medicamento?	Médico que receto este medicamento	Usado para

Family Counseling Service  
**Información y Cuotas Testimonio Judicial**

3833 S. Staples, Suite S203, Corpus Christi, TX 78411  
Phone: (361) 852-9665 Fax: (361) 852-2794

603 E Kleberg, Kingsville, TX 78363  
Phone: (361) 592-6058 Fax: (361) 592-7843

Family Counseling Service se especializa en la prestación de servicios de terapia para los clientes. Como una agencia no especializamos en la prestación de testimonio judicial o involucrarse en acuerdos de custodia o evaluaciones para el hogar.

Si razonablemente espera que su terapia se traducirá en cuestiones relacionadas con la corte, es muy recomendable que busque un terapeuta familiarizado y cómodo con el trabajo de testificar en la corte. Por favor, hable con su terapeuta.

Si se pregunta a un terapeuta con el servicio de orientación familiar a declarar o sea citada por el abogado del cliente para aparecer en la corte y se requiere que el terapeuta para cancelar o bloquear de tiempo, entonces la carga es de \$ 150.00 por hora. Se requerirá un retenedor de \$ 300.00 por testimonio de la corte antes de comenzar cualquier trabajo de corte. Cualquier cargo posterior una vez transcurrido el retén \$ 300.00 serán facturados al cliente o el abogado del cliente. Si el terapeuta es notificado(a) dentro de las 24 horas anteriores a la fecha en que la corte se ha pospuesto o retrasado la Agencia podrá renunciar al cargo para cualquier hora que puedan llenar. Si se requiere que el terapeuta viaje, todos los gastos correrán a cargo del cliente o del abogado del cliente.

Si se solicita el terapeuta para dar opiniones o resúmenes de los recursos judiciales profesionales escritos a continuaciones, las tarifas normales se aplicarán para la escritura de cartas o disposición de registros. Dicha solicitud debe ser por escrito en el forma *Solicitud del Cliente Para Sus Registros*.

**Escritura de la Carta**

\$20.00 - Carta con sólo fechas de las visitas

\$50.00 - Carta con fechas de las visitas, los objetivos del tratamiento, el progreso (o falta de).

\$65.00 – Carta con las fechas de visita, los objetivos del tratamiento, el progreso (o falta de), revisión de archivos y recomendaciones. (Por ejemplo: Evaluación Bariátrica)

**Liberación de Registros**

\$30.00 – Solo un cliente: revisión de archivos y copia de las notas de evaluación y progreso (\$.50 por cada página adicional más allá de 5 hojas.)

\$40.00 – Registro para más de un cliente: revisión del archivo y eliminar la información que pertenece a otra persona en la evaluación, notas de progreso, etc... no incluidos en la autorización firmada del cliente. (\$.50 por cada página adicional más allá de 5 hojas.) *Nota: Cada persona tiene que firmar una liberación individual o tener a sus padres/tutor firmar la autorización para liberar información.*

Las consultas con su abogado o abogado de la oposición, llamadas o correos electrónicos relacionados con su caso o conflicto, así como la preparación para la corte se facturarán a \$ 100.00 por hora basándose en incrementos trimestrales.

Si usted tiene preguntas relacionadas con testimonio de la corte por favor; consulte con su terapeuta.

---

(Firma de Cliente/Representante Autorizado legalmente)      (Fecha de Hoy)      (Nombre en letra molde)

---

(Relación al cliente)

**FAMILY COUNSELING SERVICE**  
**Historial del Desarrollo del Niño(a)/ Adolescente**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>1. Información de su médico primario</b>		
Nombre:	Teléfono:	
Dirección:		
¿Gustaría coordinar su cuidado con el medico de su hijo?    Sí      No		
¿En el caso que si, estaría dispuesto a firmar una autorización para liberar información?    Sí      No		
<b>2. Información del Psiquiatra (si es aplicable)</b>		
Nombre:	Teléfono:	
Dirección:		
¿Gustaría coordinar su cuidado con el psiquiatra de su hijo?    Sí      No		
¿En el caso que si, estaría dispuesto a firmar una autorización para liberar información?    Sí      No		
<b>3. ¿Cómo describiría, en general el estado de animo de su hijo? (Elija uno)</b>		
<b>Positivo(feliz, alegre, optimista, esperanzado)</b>		<b>Negativo(deprimido, irritable, enojado, hostil)</b>
<b>Mezclado pero más positive que negativo</b>		<b>Mezclado pero más negativo que positivo</b>
3. ¿Experimento la madre biológica algún problema físico o emocional durante el embarazo? En caso que sí, especifique:	Si	No
4. ¿Consumió la madre biológica alguna bebida alcohólica o abuso alguna droga durante el embarazo? En caso que sí, especifique:	Si	No
5. ¿Existe alguna historia de abuso físico, sexual o emocional? En caso que sí, especifique:	Si	No
6. ¿Existe alguna historia de separación o de acontecimientos traumáticos prolongados? En caso que sí, especifique:	Si	No
7. ¿Ha sido su hijo diagnosticado con un trastorno mental?? En caso que sí, especifique:	Si	No
8. ¿Está el niño que actualmente recibiendo servicios especiales en la escuela? En caso que sí, especifique:	Si	No
9. ¿Su hijo alguna vez fracasado una clase o ha sido retenido(a) por razones académicas?	Si	No
10. ¿Su hijo ha tenido el asesoramiento anterior?	Si	No
11. ¿Su hijo tiene fe en un poder superior? Si es así, indique la preferencia religiosa:	Si	No

**Si su hijo está tomando medicamentos, proporcione la mayor cantidad de información posible.**

Medicamento	Dosis	¿Con qué frecuencia su hijo tome este medicamento?	Médico que receto este medicamento	Uso para



# DSM-5 Nivel 1 Padre/Guardián Clasificación de Síntomas Medida- Niños Edad 6-17

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el Niño: \_\_\_\_\_

**Instrucciones (al padre o guardián del niño):** Las siguientes preguntas indagan sobre cosas que podrían haber molestado a su hijo. Para cada pregunta, encierre en un círculo el número que mejor describe la cantidad (o la frecuencia) que su hijo ha sido molestado por cada problema durante las últimas **DOS (2) SEMANAS**.

		Nunca De ningún modo	Ligero Raro, menos de un día o dos	Leve Varios días	Moderado Más de la mitad de los días	Severo Casi todos los días	Highest Domain Score (clínician)
<b>Durante las últimas DOS (2) semanas, cuanto (o con qué frecuencia) su hijo ha...</b>							
I.	1. Se ha quejado de dolores de estómago, dolores de cabeza u otros dolores y molestias?	0	1	2	3	4	
	2. Dijo que él/ella estaba preocupado por su/su salud o acerca de enfermarse?	0	1	2	3	4	
II.	3. Tenido problemas para dormir- es decir, problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o despertarse demasiado temprano?	0	1	2	3	4	
III.	4. Tenido problemas prestando atención cuando él/ella estaba en clase o haciendo su/sus deberes o leyendo un libro o jugando un juego?	0	1	2	3	4	
IV.	5. Disfruta menos haciendo cosas que solía hacer?	0	1	2	3	4	
	6. Parecía triste o deprimido por varias horas?	0	1	2	3	4	
V. & VI.	7. Parecía más irritado o se molesta más fácil de lo habitual?	0	1	2	3	4	
	8. Parecía enojado o perdido su temperamento?	0	1	2	3	4	
VII.	9. Comenzado muchos más proyectos de lo habitual o ha estado haciendo cosas más arriesgadas de lo habitual?	0	1	2	3	4	
	10. Duerme menos de lo habitual para él/ella, pero todavía tenía mucha energía.	0	1	2	3	4	
VIII.	11. Dijo que él/ella se sentía nervioso, ansioso o asustado?	0	1	2	3	4	
	12. No ha sido capaz de dejar de preocuparse?	0	1	2	3	4	
	13. Dijo que él/ella no podía hacer las cosas que él/ella quería o debería haber hecho, porque lo hacen sentirse nervioso?	0	1	2	3	4	
IX.	14. Dijo que él/ella escuchó voces -cuando no había nadie allí- hablándole sobre él/ella o diciéndole a él/ella lo que debe hacer o diciendo cosas malas a él/ella?	0	1	2	3	4	
	15. Dijo que él/ella tenía una visión cuando él/ella estaba completamente despierto, es decir, vio algo o alguien que nadie más podía ver?	0	1	2	3	4	
X.	16. Dijo que él/ella tenía pensamientos que seguían llegando a su mente que él/ella haría algo malo o que algo malo le pasaría a él/ella o a otra persona?	0	1	2	3	4	
	17. Dijo que él/ella sentía la necesidad de comprobar ciertas cosas una y otra vez, como si una puerta estaba cerrada o si la estufa se apagó?	0	1	2	3	4	
	18. Parecía preocuparse mucho si las cosas que había tocado estaban sucias o que tenían gérmenes o estaban envenenadas?	0	1	2	3	4	
	19. Dijo que él / ella tenía que hacer las cosas de cierta manera, como contar o decir cosas especiales en voz alta, con el fin de evitar que algo malo suceda?	0	1	2	3	4	

## DSM-5 Nivel 1 Padre/Guardián Clasificación de Síntomas Medida- Niños Edad 6-17

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el Niño: \_\_\_\_\_

		En los últimos dos (2) semanas, tiene a su hijo ha ...			
XI.	20.	Tomado una bebida alcohólica (cerveza, vino, licor, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
	21.	Fumado un cigarrillo, un puro o una pipa, tabaco o usado o tabaco de mascar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
	22.	Consumido drogas que se utilizan como la marihuana, cocaína o crack, drogas de diseño (como el éxtasis), alucinógenos (como el LSD), heroína, inhalantes o solventes (como el pegamento), o metanfetamina (como la velocidad)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
	23.	Utilizado un medicamento sin receta médica (por ejemplo, los analgésicos como Vicodin, [estimulantes como Ritalin o Adderall], [sedantes o tranquilizantes como el Valium o pastillas para dormir], o esteroides)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
XII.	24.	En las últimas dos (2) semanas, él/ella habló sobre el deseo de matarse /o sobre el deseo de suicidarse?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
	25.	Alguna vez ha tratado de suicidarse?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé

Copyright © 2013 American Psychiatric Association. All Rights Reserved. This material can be reproduced without permission by researchers and by clinicians for use with their patients.

Family Counseling Service  
**Consentimiento para el Tratamiento de Menores**

3833 S. Staples, Suite S203, Corpus Christi, TX 78411  
Phone: (361) 852-9665 Fax: (361) 852-2794

603 E Kleberg, Kingsville, TX 78363  
Phone: (361) 592-6058 Fax: (361) 592-7843

Family Counseling Service e dedica a las familias que sirven. Cuando es posible, es beneficioso para los padres participen en la terapia; por lo tanto, solicitamos que ambos padres firmen el consentimiento para que su hijo participe en la terapia.

Cuando hay una disputa de custodia activa o actual, Family Counseling Service requiere tener ambos padres firmar el consentimiento para los servicios. Family Counseling Service is also *required* to obtain a copy of the most current legal custody agreement or court order.

**Por favor escribe sus iniciales en la frase que mejor describe su situación:**

\_\_\_\_ (iniciales) Entiendo que Family Counseling Service solicita que ambos padres firmen el  
\_\_\_\_ (iniciales) consentimiento para los servicios y voy a hacer todo lo posible para cumplir con esta solicitud.  
Entiendo que es mi responsabilidad comunicarle al padre de mi hijo(a) con respecto este tema.

\_\_\_\_ (iniciales) Entiendo que Family Counseling Service solicita que ambos padres' firmen el  
\_\_\_\_ (iniciales) consentimiento para servicios, sin embargo no estoy en condiciones de cumplir con esta  
solicitud, por lo siguiente:

---

---

\_\_\_\_ (iniciales) Hay una disputa actual por la custodia que involucra a mi hijo y voy a asumir la responsabilidad  
\_\_\_\_ (iniciales) de comunicarme con el padre de mi hijo con respecto al consentimiento de los servicios.  
Entiendo que mi hijo no se le permitirá participar en los servicios de terapia si ambos padres no  
firman el consentimiento para los servicios.

\_\_\_\_ (iniciales) Entiendo que Family Counseling Service solicita que ambos padres' firmen el  
\_\_\_\_ (iniciales) consentimiento para servicios, sin embargo no estoy en condiciones de cumplir con esta  
solicitud, por lo siguiente:

---

---

\_\_\_\_ (iniciales) Hay un acuerdo de custodia legal actual o una orden judicial para mi hijo. Entiendo que tengo que  
\_\_\_\_ (iniciales) traer este acuerdo a la primera cita de terapia. También entiendo que mi hijo no se le permitirá  
participar en los servicios de terapia si no proporciono una copia de este acuerdo de custodia.

\_\_\_\_ (iniciales) Entiendo que Family Counseling Service solicita que ambos padres' firmen el  
\_\_\_\_ (iniciales) consentimiento para servicios, sin embargo no estoy en condiciones de cumplir con esta  
solicitud, por lo siguiente:

---

---

---

(Firma del Cliente/Representante Autorizado Legalmente) (Fecha) (Nombre en Letra de Molde)

---

(Firma del Cliente/Representante Autorizado Legalmente) (Fecha) (Nombre en Letra de Molde)

---

(Nombre/nombres de los niños)