



Comprehensive Assessment Center  
Psychological Evaluations, Consultations, and Interventions

---

6625 Miami Lakes Drive, Suite 328 ❖ Miami Lakes, FL 33014 ❖ Tel: 305-779-8565 ❖ Fax: 305-779-8564

---

### INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre del Niño \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Teléfono de la Escuela \_\_\_\_\_

Dirección (donde reside el niño) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Padre que tiene la Custodia \_\_\_\_\_

Si los padres viven separados, indicar el Número de Teléfono del Domicilio del padre que no vive con el niño \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN FAMILIAR

#### Madre

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Educación \_\_\_\_\_

Teléfono de su Trabajo \_\_\_\_\_ Pager/Celular \_\_\_\_\_

A que edad se casó \_\_\_\_\_ A que edad se divorció (si aplica ) \_\_\_\_\_

Padre

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Educación \_\_\_\_\_

Teléfono de su Trabajo \_\_\_\_\_ Pager/Celular \_\_\_\_\_

A que edad se casó \_\_\_\_\_ A que edad se divorció (si aplica ) \_\_\_\_\_

Hermanos y/o Hermanas

Nombre	Sexo	Edad	Escuela/Ocupación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Otras personas que viven en el hogar

Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Como es la relación del niño con:

Madre? \_\_\_\_\_ Padre? \_\_\_\_\_

Hermana(s)? \_\_\_\_\_ Hermano(s)? \_\_\_\_\_

El niño vive con ambos padres biológicos? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si respondió No, explique por favor \_\_\_\_\_

Quien se ocupa regularmente de la disciplina del niño? \_\_\_\_\_

Como? \_\_\_\_\_

Ante que situaciones mas frecuentes? \_\_\_\_\_

Los padres discrepan acerca de la disciplina? No \_\_\_ Si \_\_\_ Si respondió afirmativamente, explique \_\_\_\_\_

## INFORMACION SOBRE SALUD Y DESARROLLO

Nombre del Pediatra \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Está tomando alguna medicación? (si respondió afirmativo, indique cual)

Alergias? \_\_\_\_\_

Cómo es la salud del niño actualmente? Excelente \_\_\_ Buena \_\_\_ Aceptable \_\_\_

Si respondió aceptable, explíquese \_\_\_\_\_

Peso aproximado al nacer \_\_\_\_\_ Meses de embarazo \_\_\_\_\_ Tipo de alumbramiento: parto \_\_\_ cesárea \_\_\_

Indique la edad de la madre al tiempo del parto: \_\_\_\_\_ Salud durante el embarazo:

Describa si existió algún tipo de complicación durante el embarazo o el parto:

Describa la salud del niño durante el parto y posterior a él: \_\_\_\_\_

Por favor indique a que edad aproximadamente el niño:

Se sentó \_\_\_\_\_ Caminó \_\_\_\_\_ Dejó de usar el biberón/pecho \_\_\_\_\_ Adquirió hábitos de higiene \_\_\_\_\_ Dejó de usar chupete \_\_\_\_\_ Dijo su primera palabra \_\_\_\_\_ Se expresó en oraciones completas \_\_\_\_\_

Por favor indique aquellas áreas en las que el niño tiene dificultades:

Alimentación \_\_\_ Sueño \_\_\_ Pesadillas \_\_\_ Chupeteo de su dedo Pulgar \_\_\_ Muerde sus uñas \_\_\_ Orina la cama (enuresis nocturna) \_\_\_ Orina en la ropa (enuresis diurna) \_\_\_ Defeca en la cama (encopresis nocturna) \_\_\_ Defeca en la ropa (encopresis diurna) \_\_\_ Relación con amigos \_\_\_ Habilidades para desempeñarse en actividades cotidianas en forma autónoma (vestirse, bañarse, etc)

Miedos inusuales (describa) \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN ESCOLAR Y EDUCACIONAL

Quién estaba a cargo del cuidado del niño en su temprana infancia durante el día?

A qué edad comenzó el niño a concurrir a nursery/cuidado diurno, o al Preescolar?

\_\_\_\_\_ A qué edad comenzó el Jardín de Infantes? \_\_\_\_\_

Indique en una lista las escuelas a las que concurrió su niño (incluyendo nursery/cuidado diurno):

Nombre	Ciudad	Grado(s)	Causa por la que dejó de concurrir
--------	--------	----------	------------------------------------

---

---

---

Su hijo asiste a clases especiales? No\_\_\_ Si\_\_\_ Si respondió afirmativo explique

Alguna vez el niño repitió el grado escolar? No\_\_\_ Si\_\_\_ Cual grado?\_\_\_\_\_

Hay algún miembro de la familia (hermano/a, padres, abuelos, etc) que actualmente o en el pasado hallan presentado problemas de aprendizaje o requirieron clases especiales? No\_\_\_ Si\_\_\_ Si respondió afirmativamente indique quien y de que tipo?\_\_\_\_\_

Como se siente el niño respecto a la escuela?\_\_\_\_\_

Que opina usted acerca de el programa escolar asignado a su niño? \_\_\_\_\_

---

### INFORMACIÓN SOCIAL Y EMOCIONAL

Indique cuales son los intereses y hobbies más relevantes del niño: \_\_\_\_\_

El niño participa en actividades extracurriculares? No\_\_\_ Si\_\_\_ (de qué tipo?)

El niño tiene dificultades para hacer amigos o relacionarse con sus pares? No\_\_\_ Si\_\_\_ (explique por favor)\_\_\_\_\_

Ud. siente que el niño tiene dificultades en la escuela?\_\_\_\_\_ En la casa?\_\_\_\_\_ De ser así, cual considera que sea el problema y cuando y cómo comenzó? \_\_\_\_\_

Existen pasadas o presentes circunstancias que Ud. Considere relacionadas a la actual dificultad de su niño? \_\_\_\_\_

Su niño alguna vez experimentó algún suceso traumático (muerte de un familiar cercano o amigo, accidente, trauma en la cabeza etc.)? No\_\_\_ Si\_\_\_ Si respondió afirmativamente, por favor describa el suceso \_\_\_\_\_

El niño ha estado alguna vez en consejería, psicoterapia, o ha sido sujeto a alguna evaluación psicológica o psiquiátrica? No\_\_\_ Si\_\_\_ Si respondió afirmativamente, indique la(s) fecha(s)\_\_\_\_\_ Agencia o nombre del terapeuta\_\_\_\_\_ Algún familiar sufre (o ha sufrido) de algún desorden psicológico? No\_\_\_ Si\_\_\_

Si respondió afirmativamente, indique quién y que tipo de desorden psicológico \_\_\_\_\_

Por favor agregue cualquier tipo de información o comentario que pueda ayudarme a comprender mejor a su niño \_\_\_\_\_

Cuales son las preocupaciones o dificultades que le han llevado actualmente a la búsqueda de ayuda profesional? \_\_\_\_\_

Qué ha hecho usted para solucionar este problema? \_\_\_\_\_

---

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

Yo voluntariamente acuerdo y doy mi consentimiento para recibir tratamiento a mi persona y/o miembros de mi familia.

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

---

## Responsabilidad de Pago del Paciente

---

Yo habiendo discutido la responsabilidad por el pago del tratamiento, asumo la total responsabilidad financiera por mí mismo y/o miembros de mi familia. Yo soy el responsable de cumplir con los costos de deducible, co-pago, así como con los costos de aquellos servicios de tratamiento que no estén cubiertos por mi seguro médico. En la eventualidad de que mi seguro se negara a cubrir los costos por los servicios, yo acepto la responsabilidad del pago con prontitud de cualquier tratamiento y servicio suministrado a mi persona y/o a miembros de mi familia. Adicionalmente, si mi compañía de seguro médico me enviara en forma directa el importe correspondiente al pago por los servicios recibidos, yo, en forma inmediata (con un plazo máximo de 5 días) haré efectivo dicho pago a la Dra. Tania Díaz.

Habiendo sido agenda da una cita exclusiva para mi y/o miembros de mi familia, quedo en conocimiento de que en el caso de imposibilidad de asistir a la cita concertada, deberé comunicarlo con 24 horas de antelación. En la eventualidad de no cumplir con las 24 horas de antelación mencionadas, será mi responsabilidad, hacer efectivo el pago de honorarios por dicha cita fijada que no fuera cancelada. Así mismo, quedo en conocimiento que los cargos por otros servicios profesionales recibidos serán agregados a los cargos de mi cuenta. (teléfono, contactos, horario de corte, etc.)

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

### Firma Registrada

Amablemente acepte una fotocopia de esta autorización como si fuera la autorización original. Yo autorizo que se pueda divulgar información médica o referente a pagos requerida para procesar mis reclamos y/o los reclamos de miembros de mi familia así como otros reclamos relacionados..

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

### Acuerdo de Asignación de Beneficios

Yo, por la presente autorizo se paguen los beneficios del seguro en forma directa a la Dra. Tania Diaz Psy D, o por mi intermedio, por el valor equivalente a la totalidad de los servicios profesionales.,

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

## **Política de no cancelación, citas perdidas, no presentarse a la cita**

Comprehensive Assessment Center, Inc. es un grupo de profesionales dedicados cuya misión es asegurar que cada uno de nuestros clientes alcance su máximo potencial. En un esfuerzo por alcanzar las metas terapéuticas, le pedimos que se comprometa a cumplir con sus citas. Si por alguna razón Ud. no pudiera atender a su cita le pedimos que notifique a la oficina con un mínimo de 24 horas antes de la fecha fijada para su cita. Esta política es necesaria para asegurar un adecuado funcionamiento de la oficina.

Si Ud. fallara en notificar a la oficina dentro de las 24 horas de su cita, Ud. será responsable de pagar \$50 por costo de cancelación. Esta cifra es solo un mínimo cargo que hemos fijado por citas perdidas, no presentarse a las citas o por no cancelar a tiempo su cita. Nosotros no podemos cobrar a su seguro medico por citas que han sido perdidas de manera que Ud. será responsable de este pago.

Yo \_\_\_\_\_ autorizo a “Comprehensive Assessment Center, Inc” a cobrar a mi tarjeta de crédito la cantidad de \$50 en el caso de que yo no llame para cancelar mi cita 24 horas antes de la cita establecida o sin aviso previo.

### **INFORMACION DE LA TARJETA DE CREDITO:**

Número de Tarjeta de Crédito

\_\_\_\_\_

Fecha de Expiración: \_\_\_\_/\_\_\_\_ Código VID: \_\_\_\_\_

#### **Dirección**

Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

País: (si no es USA) \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Como dueño de esta tarjeta, autorizo por la presente esta transacción.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DESEMINAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Cuando yo le examino, diagnostico, trato o le refiero obtengo aquello a lo que la ley se refiere como Información Médica Protegida (PHI por sus siglas en Ingles). Yo necesito esta información para decidir cual es el mejor tratamiento para usted y para proveer dicho tratamiento. Además puedo compartir esta información con otros que le proveen tratamiento, aquellos que puedan necesitarla para coordinar el pago de su tratamiento y en otros asuntos administrativos o gubernamentales. Al firmar este documento usted me esta dando su consentimiento para el uso de su información en mi oficina y para compartirla según sea necesario. **Si usted no firma este formulario de consentimiento afirmando su acuerdo con lo estipulado en el Aviso de Practicas de Privacidad, yo no puedo proveer su tratamiento.** En el futuro yo puedo variar como uso y comparto su información, al igual que el Aviso de Prácticas de Privacidad puede cambiar. Si yo elijo cambiar la forma en que uso su información usted puede obtener una copia de la nueva práctica llamándome al 305-779-8565. Si a usted le preocupa parte de su Información, usted tiene el derecho de pedirme que no use o comparta dicha información para efectos de su tratamiento o para obtener el pago por dicho tratamiento o en otros asuntos administrativos. Usted tendrá que pedirme esto por escrito. Aunque no me encuentre obligada a aceptar estas limitaciones trataré de respetar sus deseos. En el caso de que yo le participe mi acuerdo con su solicitud me comprometo a acatar sus deseos.

### Confidencialidad

La información que Ud. comparte conmigo, tanto escrita (cuestionarios de admisión) como verbalmente, es parte de la “Información de salud protegida” y es considerada confidencial. Yo no compartiré esta información con nadie, incluyendo a ningún familiar suyo o proveedor medico sin su autorización escrita. Si Ud. es menor de edad, sus padres tienen el derecho legal a tener acceso a la información que nosotros compartimos en sesión. Yo analizare con cada cliente menor de edad y sus padres/ guardianes legales las expectativas de intercambio de información entre padres/ hijos, terapeuta/ menor, y terapeuta/ padres según su situación particular. Es importante que Ud. comprenda las limitaciones legales relacionadas con la confidencialidad que incluyen pero no se limitan a:

1. Cuando las personas expresan intención de hacerse daño a sí mismos o a otras personas, el terapeuta deberá quebrar dicha confidencialidad para asegurar la salud y la seguridad de todos los involucrados.
2. Los terapeutas deben, por ley, reportar toda información documentando abuso o negligencia hacia un niño o anciano a las autoridades del estado pertinentes.
3. Cuando un juez ordena que la información sea divulgada, yo no podre garantizar que la apelación sea confirmada, pero si hare todo lo que esté a mi alcance para no divulgar su información confidencial.
4. EL Acta Patriot de 2001 requiere en determinadas circunstancias que yo provea sus documentos, papeles, archivo a agentes federales de la ley cuando ellos los requieran y prohíbe que yo divulgue a mi cliente que el FBI este buscando u obteniendo estos documentos bajo este Acta.



5. Yo divulgaré su información protegida de salud cuando Ud. lo autorice firmando una Autorización para divulgar la información. Solo yo, su terapeuta, y/o la Dra. Tania Díaz tienen acceso a su información. Los asistentes de la administración solo tienen acceso a la parte administrativa de su record, como su información o historia de pago y no sus reportes o notas medicas.

### **Renuncia a derecho de cita judicial**

De manera de protegerlo a Ud. y la información que Ud. y/o su hijo/s me provee durante nuestras sesiones le pido a cada cliente que renuncien a su derecho de llamarme como testigo para la corte por cualquier razón. La comunicación que UD. / su hijo/s proveen durante las sesiones es considerada privilegiada y confidencial. Si Ud. anticipa la necesidad de que yo como su terapeuta me envuelva en alguna actividad con la corte, yo la referiré con gusto a otro profesional que se ajuste mejor a sus necesidades.

El cliente que firma aquí ha leído, discutido y comprende este acuerdo y políticas expresadas.

---

Nombre

---

Firma

## Anuncio de acuerdo de no participar en los foros legales

Este formulario es un acuerdo entre usted, \_\_\_\_\_ y yo,

(Nombre del cliente)

\_\_\_\_\_. Cuándo utilizo la palabra "Ud." abajo, hablamos de su hijo, pariente

(Nombre del médico)

u otra persona cuyo nombre aparezca aquí \_\_\_\_\_.

Al examinar, diagnosticar, tratar o derivarlo a otro profesional, proporciono servicios relacionados con la evaluación psicológica o el tratamiento. No voy a servir como su representante en ningún asunto legal que pueda surgir, ni apareceré en la Corte para representarlo a usted o a su tutor o guardia legal. Las conclusiones de la evaluación o el tratamiento pueden ser proporcionados, independiente de mi comparecencia en la Corte.

Al firmar este formulario usted acuerda con lo aquí mencionado. Por favor lea esto antes de firmar este formulario de consentimiento.

**Si Ud. no está de acuerdo y no firma este formulario de consentimiento acordando que no participare en los foros legales, no puedo tratarlo.**

\_\_\_\_\_

**Firma de cliente o su representante personal**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre impreso de cliente o representante personal  
cliente**

\_\_\_\_\_  
**Relación con el**

\_\_\_\_\_  
**Firma del representante autorizado de esta práctica**

**Fecha notificación de prácticas de privacidad se le dio al representante personal de padre  
de cliente** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_