



## **Psicología Pediátrica**

Bienvenido a Psicología Pediátrica de CHOC Children's. Sírvase leer esta información con atención y apunte cualesquier pregunta que tenga para que podamos hablar sobre ella.

### **SERVICIOS PSICOLÓGICOS:**

La salud psicológica de un niño afecta directamente cada aspecto de su vida: el éxito escolar, las relaciones con sus amigos y familiares, y su desarrollo en general. Nuestro objetivo es el de fomentar el bienestar total del niño y de su familia al orientarnos a sus necesidades únicas, tanto emocionales como del desarrollo.

Por favor traiga cualquier documento pertinente a su primera cita. Estos podrían incluir informes escolares, registros médicos o evaluaciones psicológicas realizadas en el pasado, ya que ayudarán al proveedor a determinar cuál es el mejor tratamiento para su hijo.

### **Tratamiento Psicológico:**

Se llevará a cabo una evaluación de las necesidades de su niño durante su primera sesión. Al terminar dicha evaluación, su proveedor podrá ofrecerle sus primeras impresiones sobre lo que su terapia puede incluir y un plan de tratamiento inicial, si usted opta por continuar la terapia. Debe evaluar esta información junto con sus propias opiniones y hablar sobre cualquier preocupación o pregunta que pueda tener.

Durante las primeras sesiones de terapia, tanto usted como su proveedor pueden decidir si él es la persona más idónea para proporcionarle los servicios que usted necesita para lograr sus metas de tratamiento. Cada vez que tenga alguna pregunta sobre los procedimientos de la terapia es importante que hable con su proveedor. Con gusto le ayudaremos a concertar una reunión con otro profesional de salud mental para obtener una segunda opinión.

El tratamiento psicológico ayuda a los niños y a sus familias a entender mejor un problema para poder lograr un cambio. La psicoterapia puede conllevar beneficios y riesgos. Ya que la terapia incluye conversar sobre aspectos desagradables de su vida, el paciente puede sentir emociones incómodas tales como tristeza, vergüenza, ira, frustración, soledad e impotencia. También, el hacer cambios en sus creencias y comportamientos puede resultar atemorizante pero, por otra parte, se ha demostrado que la psicoterapia beneficia a las personas que la experimentan. Muy a menudo, la terapia conduce a mejores relaciones, a la solución de problemas específicos y una considerable menor ansiedad. No obstante, no hay garantía sobre cuál será su propia experiencia.

Las sesiones de terapia generalmente duran 40-45 minutos y frecuentemente se programan de forma semanal o bisemanal, pero pueden programarse más o menos frecuentemente dependiendo de las necesidades de su niño. El tratamiento psicológico requiere un esfuerzo activo por parte de usted y de su hijo. Para lograr el máximo beneficio de su tratamiento, a usted y a su hijo se les puede pedir participar activamente durante las sesiones y realizar algunas tareas en su casa. Tenga en cuenta que las citas psicológicas son puntuales. Le pedimos que llame al 714 509 8481 si va a llegar más de 15 minutos tarde, porque puede ser necesario volver a concertar su cita. Si necesita cancelar una cita, por favor llame con 24 horas de antelación.

### **Evaluación psicológica, neuropsicológica y del desarrollo:**

Las sesiones de evaluación durarán de una hora hasta varias horas dependiendo de las necesidades de su hijo y el horario de su proveedor. Por favor traiga cualquier cosa (lentes, audífonos, refrigerios), que su hijo necesite para pasar varias horas contestando preguntas y haciendo tareas para resolver problemas. Las evaluaciones muy a menudo requieren de varias sesiones para completarlas. Se programará una sesión de retroalimentación poco después del último día de las evaluaciones para poder explicarle los resultados y para contestar sus preguntas.

### **CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS:**

En la mayoría de los casos, cuando el paciente es menor de 18 años, un padre o tutor legal tiene que estar presente durante la primera cita para poder proporcionar información y dar su consentimiento por escrito para los servicios. Si procede, sírvase traer documentos del tribunal o cualesquier acuerdo que traten la patria potestad del paciente. Además, pedimos que los niños mayores de 12 años firmen el consentimiento escrito para hacer constar que aceptan los servicios.

### **CONFIDENCIALIDAD:**

En general, la confidencialidad de toda comunicación entre un paciente y su psicólogo/proveedor queda protegida ante la ley, y el proveedor sólo puede divulgar a otras personas información acerca de su trabajo si tiene autorización de usted por escrito. Pero existen algunas excepciones, y la mayoría de éstas se vinculan a leyes que obligan a que los profesionales de la salud médica protejan a los demás del daño.

#### **No se puede mantener la confidencialidad cuando:**

- Un paciente le indica al proveedor que planea causarse daño grave a sí mismo o suicidarse, y el proveedor cree que el paciente tiene la intención y la capacidad de llevar a cabo dicha amenaza en un futuro próximo. El proveedor debe adoptar medidas para proteger al paciente, lo que incluye el informar a los padres/tutor legal de lo que el paciente ha dicho y cuán serio se cree es la amenaza para poder ayudar a proporcionar protección y dichas medidas pueden incluir la hospitalización por la seguridad del paciente para evitar que se haga daño a sí mismo.
- El proveedor ha determinado que su paciente representa un serio peligro de violencia contra otra persona. El proveedor deberá tomar medidas para proteger a la víctima potencial incluyendo: informar a los padres del paciente, hospitalizar al paciente, informar a la víctima potencial y/o informar a los agentes del orden público.
- El paciente hace cosas cuyos resultados podrían ocasionarle daño grave al mismo paciente o a otra persona, aunque no tenga la *intención* de causarse daño a sí mismo o causarle daño a otra persona. En tales situaciones, el proveedor tendrá que valerse de su juicio profesional para decidir si a los padres o al tutor legal se les debe informar.
- El proveedor cree que a un niño menor, a una persona de tercera edad o a una persona discapacitada se le está abusando o que se le ha abusado en el pasado (por ejemplo, el abuso físico, sexual o emocional). Al proveedor se le puede obligar asentar un informe con el Departamento de Servicios Sociales del Estado de California.
- El paciente se encuentra involucrado en un caso judicial y se ha expedido una petición para divulgar información sobre su asesoramiento o terapia. En tal caso, el proveedor no divulgará información sin autorización escrita por parte de los padres del paciente *a menos* que el juez le ordene hacerlo. El proveedor hará todo lo posible en el marco de la ley para proteger la confidencialidad del paciente y si se le obliga divulgar información al juez, el proveedor le informará al paciente sobre lo que está pasando.

**EMERGENCIAS:**

Para los problemas psicológicos urgentes (que no amenazan la vida) usted puede llamar a su proveedor durante las horas regulares de su consultorio al 714 509 8481. En caso de que tenga alguna inquietud urgente (que no amenaza la vida) después de las horas regulares del consultorio, un psicólogo de guardia está disponible por teléfono las 24 horas al día al 714 997 3000. Por favor espere para hacer sus preguntas no urgentes y concertar citas hasta el próximo día hábil. En caso de suceder alguna emergencia o evento que amenaza la vida, por favor llame al 911 o diríjase a la sala de urgencias más cercana.

**SATISFACCIÓN DEL CONSUMIDOR:**

Un psicólogo o psiquiatra licenciado de personal médico del hospital CHOC Children's llevará a cabo o supervisará todo servicio psicológico. La Directora de psicología pediátrica, Julie Moghal, Ph.D agradecerá sus comentarios acerca de su satisfacción con estos servicios. Puede comunicarse con ella llamando al (714) 509-8481. Tengan en cuenta que pueden retirarse del tratamiento en cualquier momento. Además, su proveedor le informará si él cree que una remisión a otro proveedor satisfará mejor las necesidades de su hijo.

**FACTURACIÓN/SEGURO MÉDICO:**

Muchos planes de seguro médico requieren pre-autorización para los servicios de salud mental y la mayoría de estos planes sólo autorizan los servicios que sean "medicamente necesarios." Haremos todo lo posible para colaborar con su asegurador para obtener pre-autorización para los servicios que sean necesarios y completaremos todos los formularios necesarios para ayudarle a recibir los beneficios a los que usted tiene derecho. Sin embargo, usted es finalmente responsable de saldar completamente los costos de servicio, de modo que es sumamente importante que usted hable con su asegurador para informarse sobre exactamente cuáles son los servicios de salud mental cubiertos por su póliza. Y es de igual importancia entender si usted deberá pagar algún deducible, co-pago o seguro compartido. Si el grupo de Psicología de CHOC no se encuentra en su panel de proveedores, usted tiene la opción de recibir nuestros servicios al nivel de cobertura fuera de la red, o puede pagar a cuenta de usted. .

Sírvase tratar con su proveedor cualquier inquietud financiera que pudiera tener durante su primera cita. Tenga en cuenta que CHOC Children's contrata a agencias de cobranza de deudas si no se recibe su pago en el tiempo establecido, de modo que si usted tiene dificultades para saldar su cobro por servicios, sírvase comunicarse con la oficina de negocios de CHOC al 714 509 8711 para poder establecer un plan de pagos.

**EL USO DE CORREO ELECTRÓNICO:**

Valoramos la privacidad y la confidencialidad de su familia. Aunque muchas personas utilizan el correo electrónico para comunicarse, no se puede siempre garantizar la confidencialidad y, por ende el personal y los proveedor del grupo de Psicología Pediátrica de CHOC tienen la política de no comunicarse con sus pacientes y sus familiares por correo electrónico, y también les aconsejamos que los pacientes y sus familiares no les envíen correo electrónico a nuestros proveedor y personal. Sin embargo si usted decide enviarles correo electrónico, debe tomar en cuenta las limitaciones de la confidencialidad al enviar correo electrónico no cifrado. Además, por favor tenga presente que se nos requiere guardar el correo electrónico relacionado con los pacientes; y que podría ser necesario divulgar tal correo si quedara citado como parte de un proceso judicial. Finalmente, si usted opta por enviar correo electrónico a los proveedor/personal del departamento, **no** suponga que su correo ha sido recibido o leído. Para asegurarse que su proveedor recibió su mensaje, use el teléfono. Tenga en cuenta que por reglamento del Departamento, nuestro proveedor y nuestro personal no se comunicarán con los paciente/familiares por medio de tecnología de red social.

## Historia del paciente y familiar

### I. Información del paciente

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Estado civil del padre o madre: Casado(a) \_\_\_\_\_ Pareja por unión libre de hecho \_\_\_\_\_ Soltero(a) \_\_\_\_\_  
Divorciado(a) \_\_\_\_\_ Separado(a) \_\_\_\_\_ Viudo(a) \_\_\_\_\_

Hermanos y hermanas (que vivan en el hogar con el paciente):

Nombre	Sexo (marque una casilla)	Edad
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

¿Cuál es la principal inquietud que le trajo a usted y a su niño(a) aquí hoy?

---

---

### II. Historia del desarrollo del paciente

¿Nació prematuro o antes de término?  No  Sí    Si su respuesta fue **SÍ**, ¿cuántas semanas antes? \_\_\_\_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Estatura al nacer: \_\_\_\_\_

¿Estuvo expuesto al tabaco, drogas o alcohol en útero?  No  Sí    Si su respuesta fue **SÍ**, ¿a qué tipo(s)? \_\_\_\_\_

¿Existieron problemas durante el embarazo o el parto?  No  Sí    Explique: \_\_\_\_\_

---

Escriba la edad a la cual el paciente comenzó a:

\_\_\_\_\_ Decir palabras                      \_\_\_\_\_ Gatear                      \_\_\_\_\_ aprendió a ir solo al baño durante el día  
\_\_\_\_\_ Hablar en frases                      \_\_\_\_\_ Caminar                      \_\_\_\_\_ aprendió a ir solo al baño durante la noche



Children's Hospital of Orange County  
1201 West La Veta  
Orange, CA 92868-3874

PATIENT I.D.

¿Ha recibido o ha estado el paciente involucrado en alguno de los siguientes servicios?

Servicios de protección infantil <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Terapia de lenguaje <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tratamiento por alcohol o drogas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Fisioterapia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Centro regional <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Si respondió afirmativamente a alguna de las preguntas hechas arriba, por favor explique: \_\_\_\_\_

### III. Historia clínica adicional del paciente

Marque los estudios que se le han realizado al paciente:

	Estudio	¿En dónde se realizó?	Resultados
	EEG (Electroencefalografía)		
	TC o IRM (Tomografía o resonancia magnética)		
	EKG (Electrocardiografía)		
	Examen Neuropsicológico		Favor de traer una copia del reporte a su primera consulta.

Enliste todos los medicamentos que el paciente está tomando actualmente:

Nombre del medicamento	Dosis	Horario	Motivo del uso

**IV. Síntomas e historia psiquiátrica del paciente** ¿Cuáles de los siguientes síntomas ha presentado el paciente?

	Actualmente	En el pasado	Comentarios
Moja la cama			
Berrinches			
Pesadillas			
Cansado o duerme demasiado			
Triste o deprimido			
Irritable o malhumorado			
Conducta peligrosa			
Falta de atención			
Hiperactivo			



Children's Hospital of Orange County  
1201 West La Veta  
Orange, CA 92868-3874

PATIENT I.D.

Impulsivo (temerario)			
Tics nerviosos			
Preocupación por su imagen corporal			
Dolor crónico			
Agresivo o violento			
Roba			
Huye o se fuga			
Falta a clases			
Miente			
Usa drogas o alcohol			
Suspensión o expulsión de la escuela			
Periodos prolongados de tristeza			
Llora fácilmente			
Dificultad con la separación			
Baja tolerancia a la frustración			
Mucha ansiedad			
Retraído			
Baja autoestima			
Dificultad con amistades			
Pensamientos obsesivos (desagradables)			
Actitudes compulsivas (repetitivas)			
Cambios en hábitos alimenticios			
Quejas o dolencias físicas			
Daño a sí mismo o automutilación			
Paranoia			
Comportamiento extraño			
Escucha voces			
Causa daño a otros			
Pensamientos o atentados suicidas			

**V. Historia académica del paciente y del familiar**

Año escolar del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_



Children's Hospital of Orange County  
 1201 West La Veta  
 Orange, CA 92868-3874

PATIENT I.D.

¿Tiene el paciente un Plan Individual de Educación (IEP) o un Plan 504? No Sí

¿Ha recibido el paciente algún servicio de educación especial? No Sí Si contestó **Sí**, explique:

Máximo nivel de estudios: Madre: \_\_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_\_

Empleo o puesto laboral actual: Madre: \_\_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_\_

¿Tiene el paciente alguno de los siguientes antecedentes?:

	Años escolares (o edades)	Describa
Dificultades de aprendizaje		
Problemas de lectura		
Problemas con matemáticas		
Problemas de escritura		

### VI. Historia clínica familiar

	Paciente	Madre	Padre	Hermanos(as)	Otros (enliste):
TDAH/TDA (Trastorno por déficit de la atención e hiperactividad)					
Ansiedad					
Bipolar o cambios de humor					
Esquizofrenia					
Otros problemas de salud mental (describa)					
Lesión en la cabeza					
Convulsiones					
Tics					
Dificultades o problemas de aprendizaje					
SIDA o VIH					
Alergias (incluyendo a medicamentos)					
Asma					
Cáncer					
Diabetes					
Problemas de ojos o de la vista					
Pérdida de audición					
Enfermedad cardíaca					



Children's Hospital of Orange County  
1201 West La Veta  
Orange, CA 92868-3874

PATIENT I.D.

Presión arterial alta o baja					
Migrañas					
Problemas estomacales					
Accidente cerebro-vascular					
Problemas de la tiroides					
Trastorno hemorrágico o anemia de células falciformes					
Otro:					

**Firma del padre o tutor:** \_\_\_\_\_

Fecha y hora: \_\_\_\_\_



Children's Hospital of Orange County  
 1201 West La Veta  
 Orange, CA 92868-3874

PATIENT I.D.