



Kids deserve the best.

## **Children's Wisconsin Behavioral Health Services: Out of Home Care**

The following is a checklist of paperwork which is to be submitted to the Intake team prior to a client being placed on the waitlist to be scheduled for an appointment. Forms are to be completed fully and signed by a parent or legal guardian, as noted on the form. Incomplete forms will result in a delay in scheduling service(s) requested.

General paperwork required for all services (therapy, psychiatry/medication evaluation, psychological evaluation, bonding assessment, preschool mental health assessment, and infant mental health assessment).

\_\_\_\_\_ Service Referral Form

\_\_\_\_\_ Therapy Family History Form

\_\_\_\_\_ Consent for Mental Health Care

\_\_\_\_\_ Consent for Treatment

\_\_\_\_\_ Information for Clients

\_\_\_\_\_ Any collateral paperwork as appropriate (Previous psychological evaluation, IEP, etc)

All Intake documents may be faxed to 414-266-3735 or emailed to [Intake@chw.org](mailto:Intake@chw.org). The Intake team can be reached at 414-266-3339 with any questions.

We look forward to working with you.



Kids deserve the best.

### Out of Home Care – Service Referral Form

**Referring Provider Information:**

Referral Person: \_\_\_\_\_ Relationship to Client: \_\_\_\_\_

Agency: CHWCS: \_\_\_\_\_ SaintA: \_\_\_\_\_ TFC: \_\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Foster Parents: \_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_

Phone number(s): \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Gender: \_\_\_\_\_

Legal Guardian(s): \_\_\_\_\_

What is the primary problem for which you are seeking help? Specify symptoms, problem behaviors, emotional concerns, etc): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Service(s) Requested:** (Circle all requested services)

Therapy                      Psychiatry/Medication Evaluation                      Psychological Evaluation

Bonding Assessment      Preschool Mental Health Assessment (3-5yo)

Infant Mental Health Assessment (0-2yo)

Location Preference: \_\_\_\_\_

Were any of the services court ordered? Yes: \_\_\_ No: \_\_\_      If yes, which services: \_\_\_\_\_

Specific Provider Requested? Yes: \_\_\_ No: \_\_\_      If yes, name: \_\_\_\_\_

**Previous/Current Services:**

Has the child received treatment prior to this referral? Yes: \_\_\_ No: \_\_\_

If yes, Please complete the following, indicating when and where services were/are received:

Therapy: \_\_\_\_\_

Psychiatry/Medication Management: \_\_\_\_\_

Psychological/Neuropsychological Evaluation (please include the evaluation with the packet): \_\_\_\_\_

**Please fax or email all referrals to: 414-266-3735 or Intake@CHW.org**

**I. Información del paciente**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad actual: \_\_\_\_\_

Nombre de los padres o tutores legales: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo (mamá) \_\_\_\_\_ (papá) \_\_\_\_\_  
Teléfono celular (mamá) \_\_\_\_\_ (papá) \_\_\_\_\_

Raza u origen étnico del paciente \_\_\_\_\_

Idioma(s) hablado(s) en el hogar: \_\_\_\_\_

¿Qué nos sería de utilidad saber respecto a la religión o vida espiritual de su familia? \_\_\_\_\_

**Estado civil de los padres:**

Madre: \_\_\_\_\_ Casada \_\_\_\_\_ Unión libre \_\_\_\_\_ Soltera \_\_\_\_\_ Divorciada \_\_\_\_\_ Separada \_\_\_\_\_ Viuda

Número de matrimonios: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Unión libre \_\_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Separado \_\_\_\_\_ Viudo

Número de matrimonios: \_\_\_\_\_

¿Quién tiene la custodia legal del paciente actualmente? \_\_\_\_\_

¿Es adoptado el paciente? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí, si es así, ¿a que edad fue adoptado el paciente? \_\_\_\_\_

¿Sabe el paciente que es adoptado? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí

Hermanos y hermanas (que vivan en la misma casa que el paciente):

Nombre	Sexo (marque uno)	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	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

Díganos las fortalezas de su hijo.

**II. Historial de desarrollo**

¿Nació prematuramente el paciente (antes)? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí, ¿cuántas semanas antes?: \_\_\_\_\_

Peso del paciente al nacer: \_\_\_\_\_ Estatura del paciente al nacer: \_\_\_\_\_

¿Hubo algún problema durante el embarazo o el parto? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí explique: \_\_\_\_\_

Escriba la edad en la cual el paciente comenzó a:

\_\_\_\_\_ decir palabras \_\_\_\_\_ gatear \_\_\_\_\_ enseñarse a ir al baño durante el día  
\_\_\_\_\_ decir oraciones \_\_\_\_\_ caminar \_\_\_\_\_ enseñarse a ir al baño durante la noche.

¿Ha recibido el paciente alguna de las siguientes?

\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí Terapia física \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí Tratamiento por abuso de alcohol o drogas  
\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí Terapia ocupacional (ergoterapia) \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí Servicios de protección al menor (Child Protective Services)  
\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí Terapia del habla y del lenguaje \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí Otros recursos de la comunidad (p.e., FISS, Del nacimiento a los 3 años, terapia para el autismo, etc.)

Si contestó sí a alguna de las preguntas anteriores, por favor explique: \_\_\_\_\_



**III. Historial de salud mental**

¿Ha sido tratado el paciente por problemas de salud mental anteriormente? \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Sí Si es así, escriba las fechas y los proveedores a continuación (por ejemplo, terapeutas, psicólogos, psiquiatras, pruebas psicológicas, hospitalizaciones, etc.)

**IV. Otros antecedentes clínicos**

Marque cualquiera de las siguientes pruebas que el paciente haya tenido y llene la información:

X	Prueba	Lugar dónde se hizo la prueba	Resultados
	Electroencefalografía, (EEG)		
	Tomografía (TAC) o Resonancia magnética, (MRI)		
	Electrocardiograma (ECG)		
	Pruebas neurofisiológicas		Favor de traer una copia del reporte a la primera visita.

¿Hay alguna enfermedad, padecimiento o cualquier otro procedimiento que el paciente haya tenido? Por favor describallo:

Escriba todos los proveedores de salud, doctores o especialistas que el paciente vea actualmente:

Nombre	Motivo	Fecha de la última vez que lo vio

Escriba todos los medicamentos que el paciente tome actualmente (favor de traer los frascos de las píldoras a la primera visita):

Nombre del medicamento	Dosis	Hora	Motivo

**V. Síntomas e historial psiquiátrico**

¿De los siguientes síntomas, cuáles ha demostrado el paciente?

	Actualmente	Antes	Comentarios
Se orina en la cama			
Berrinches o pataletas			
Terrores nocturnos			
Despierta bastante por la noche			
Cansado todo el tiempo			
Siente poca necesidad de dormir			
Duerme demasiado			
molesto o gruñón			
Comportamientos riesgosos			
Habla demasiado o muy rápido			
Lapsos de atención escasos o limitados			
Comportamiento sexual			
Hiperactivo			
Impulsivo (imprudente)			
Tics			
Mudo (no hablará)			
Vista fija			
Agresivo o violento			
Inicia incendios			
Roba			

**V. Síntomas e historial psiquiátrico (continuación)**

	Actualmente	Antes	Comentarios
Daño a propiedad			
No siente culpa			
Se escapa			
No va a la escuela			
Miente			
Toma drogas o alcohol			
Crueldad con los animales			
Expulsado o suspendido de la escuela			
Feliz sin razón alguna			
Largos periodos de tristeza			
Llora fácilmente			
Dificultad para separarse			
Escasa tolerancia a la frustración			
Bastante ansiedad			
Retraído o encerrado en sí mismo			
Envalentonado, demasiada seguridad en sí mismo			
Bajo autoestima			
Demasiada culpa			
Dificultad con las amistades			
Pensamientos obsesivos (desagradables)			
Comportamiento compulsivo (repetitivo)			
Cambios en los hábitos alimenticios			
Molestias físicas			
Se hace daño o se corta a sí mismo			
Pensamientos paranoicos			
Comportamiento extraño			
Escucha voces			
Lastima a otros			
Pensamiento o intentos de suicidio			

**VI. Historial de escolaridad del paciente y la familia**

Grado de escolaridad del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

¿Tiene el paciente una evaluación individualizada de educación (IEP, por sus siglas en inglés)?  Sí  No

¿Ha recibido el paciente algún servicio de educación especial?  Sí  No Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

Último grado de escolaridad de la madre: \_\_\_\_\_ Último grado de escolaridad del padre: \_\_\_\_\_

El paciente tiene antecedentes de:

	Que grado (o edades)	Describe:
Discapacidad de aprendizaje		
Problemas de lectura		
Problemas con matemáticas		
Problemas con la escritura		



DT311

**VII. Estatus laboral del paciente y la familia**

Empleador y ocupación actual de la madre: \_\_\_\_\_

Empleador y ocupación actual del padre: \_\_\_\_\_

¿Ha trabajado alguna vez el paciente?  No  Sí Si es así describa \_\_\_\_\_

¿Está el paciente inscrito en la milicia o el ejército?  No  Sí Si es así describa \_\_\_\_\_

**VIII. Antecedentes sociales**

Favor de describir las actividades sociales del paciente: \_\_\_\_\_

¿Cuántos amigos cercanos diría usted que tiene el paciente? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo pasa el paciente al día con los amigos? \_\_\_\_\_

Por favor describa las habilidades, pasatiempos o talentos que el paciente tenga: \_\_\_\_\_

**IX. Antecedentes legales**

Favor de describir cualquier asunto legal que el paciente tenga.: \_\_\_\_\_

**X. Historial familiar de salud**

Por favor marque las casillas para los miembros de la familia que hayan tenido alguna de estas enfermedades:

	Paciente	Madre	Padre	Hermanos(as)	Otro (anótelo)
Trastorno de hiperactividad y déficit de atención o Trastorno de déficit de atención. (ADHD o ADD)					
Ansiedad					
Bipolar o cambios en el estado de ánimo					
Depresión					
Esquizofrenia					
Otros problemas de salud mental (describalos):					
Hérída en la cabeza					
Convulsiones					
Tics					
Problemas de aprendizaje o discapacidades					
SIDA o VIH					
Alergias (incluidas aquellas a los medicamentos)					
Asma					
Cáncer					
Diabetes					
Problemas con la vista y los ojos					
Pérdida de la audición					
Enfermedad del corazón					
Presión arterial alta o baja					
Migrañas					
Enfermedades de transmisión sexual					
Problemas estomacales					
Derrame cerebral o accidente cerebro vascular					
Problemas de la tiroides					
Otro:					

Preguntas u otra información (si no tiene más que decir, deje esta sección en blanco, firme y feche al final de esta página)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Consentimiento para la atención de la salud mental

- Favor de leer este formulario.
- Haga preguntas sobre todo lo que no entienda antes de firmar este formulario.
- Al firmarlo, nos autoriza atenderle a usted o a su hijo.

Entiendo y acepto que formar parte de la atención de salud mental en Children's Hospital of Wisconsin (CHW) es porque yo así lo elijo.

Para ayudarme a entender los cuidados, recibiré información sobre lo siguiente:

- La clase de cuidado de salud mental que mi hijo o yo recibiremos en esta clínica.
- Las recomendaciones y beneficios del cuidado así como los posibles resultados y efectos secundarios.
- La posible duración de los cuidados y los resultados esperados según mi plan de tratamiento.
- Mis derechos y responsabilidades en esta clínica, que incluyen mi participación en los cuidados y en el desarrollo y la revisión continua de mi plan de tratamiento.
- Otras alternativas para de atención.
- Cómo reportar un problema. Esto se llama proceso de quejas y agravios.

Se me ha ofrecido un folleto de "Los derechos de los clientes y el proceso de quejas y agravios para los servicios comunitarios".

Las tarifas se basan en la duración y el tipo de la atención. Soy responsable por cualquier saldo que el seguro médico no cubra. Los co-pagos y los deducibles no los paga el seguro médico. Puedo pedir una lista de tarifas en cualquier momento.

La información de cada visita se mantiene en el expediente médico de CHW suyo o de su hijo. Mis expedientes médicos o los de mi hijo podrían compartirse entre los proveedores de salud, compañías de seguro médico y Children's Hospital and Health System para el tratamiento, el pago y las operaciones de la atención de la salud.

Entiendo que el cuidado se llevará a cabo en la clínica y me darán de alta si:

- El tratamiento se acaba o si solicito suspenderlo.
- Falto a las citas, no llamo al proveedor o no devuelvo una llamada después de haber faltado a muchas citas.
- Se me deriva a otra agencia para una atención diferente.
- No sigo el cuidado recomendado o causamos problemas o disturbios en la clínica.

Tengo derecho a retirar mi consentimiento para la atención de la salud mental en cualquier momento; para lo cual necesito entregar una petición por escrito. El consentimiento estará vigente durante 15 meses a partir de la fecha de la firma.

He leído esta información. Estoy habilitado legalmente para dar el consentimiento para la atención de mi hijo.

Firma: **X** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o cliente 14 años o mayor: **X** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: **X** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora (Requerida): \_\_\_\_\_

## Autorización de tratamiento

**Favor de leer este formulario.**

**Pregunte sobre todo lo que no entiende antes de firmar.**

### Tratamiento:

- Autorizo a los doctores, a otros proveedores y a los empleados de Children's Hospital of Wisconsin (CHW) para que evalúen y traten a mi hijo. Esto puede incluir, pero no está limitado a todos los servicios de rutina del hospital, exámenes físicos, rayos-X, análisis de laboratorio, administración o prescripción de medicamentos incluidas las inmunizaciones y realizar u ordenar otras pruebas o procedimientos. Tengo el derecho de discutir las opciones de tratamiento para mi hijo. Se me dará la oportunidad de hacer preguntas conforme sea necesario.
- Es posible que se asigne un médico internista o especialista para tratar a mi hijo. Entiendo que la mayoría de los doctores que atienden a mi hijo no son empleados de CHW. CHW no es responsable de sus acciones.
- Mi hijo podría irse a casa o a otras instalaciones antes de que todos los problemas médicos sean conocidos o tratados. Acepto hacer las citas para los cuidados de seguimiento.
- CHW es un hospital de enseñanza y apoya la capacitación y la enseñanza de los profesionales de atención de salud. Podría haber estudiantes involucrados en brindar atención a mi hijo.
- CHW podría usar o deshacerse adecuadamente de cualquier tipo de muestra o tejido tomado del cuerpo de mi hijo.

### Derechos y privacidad del paciente

- La información referente a los derechos y responsabilidades del paciente y a la familia está publicada a través de CHW. Yo puedo solicitar una copia. También está disponible en CHW.org.
- Recibí el Aviso de las Prácticas de Privacidad, el cual explica cómo se puede manejar la información de salud de mi hijo. También se menciona que el Aviso se publica a través de CHW y que está disponible en CHW.org.
- CHW podría tomar fotografías o grabar con el propósito de brindar atención, capacitación, educación o por razones de seguridad. No se me permite tomar fotos ni videos de otros pacientes o del personal cuando estén brindando atención a mi hijo.
- Los expedientes médicos podrían compartirse con los proveedores de salud, compañías de seguro y con Children's Hospital and Health System para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención de salud.
- CHW no es responsable de mis pertenencias de valor. Comprendo que debo llevarme todo lo valioso a casa.

### Acuerdo financiero

- Recibiré más de una factura por las citas ambulatorias o como paciente interno. Todos los pagos del seguro por la atención a mi hijo son pagados a CHW y a los proveedores que atiendan a mi hijo. Entiendo que soy responsable por los cargos no cubiertos por el seguro.

### Comunicación

- Usted podría tener que llamarme, enviarme un correo electrónico o un texto con las citas, tratamientos, facturas y cobranzas. Se pueden usar mensajes grabados y la marcación automática para ponerse en contacto conmigo. Yo doy permiso para que se comuniquen conmigo a todos los números telefónicos o direcciones de correo electrónico previstas sé que eso podría resultar en cargos para mí.



He leído la información. Legalmente tengo la capacidad de dar autorización para mi hijo. Al firmar este formulario, doy permiso para el tratamiento y acepto los términos mencionados anteriormente.

Firma: X \_\_\_\_\_  
Paciente, padre o tutor legal

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

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

Autorización verbal:  Sí \_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo de CHHS

\_\_\_\_\_  
Segundo testigo de CHHS de la autorización verbal

Identificación verificada del padre o tutor legal (sólo para pacientes internos o de cirugía ambulatoria) por: \_\_\_\_\_

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

---

**Verificación cuando mi hijo se vaya a casa de una Unidad del Hospital o de Cirugía Ambulatoria**

Firma: X \_\_\_\_\_  
Paciente, padre o tutor legal

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

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

Autorización verbal:  Sí \_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo de CHHS

\_\_\_\_\_  
Segundo testigo de CHHS de la autorización verbal

Identificación verificada del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_

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



## INFORMACIÓN PARA LOS CLIENTES

La misión de Children's Service Society of Wisconsin es crear, sostener y mejorar el ambiente de formación de los niños de Wisconsin. CSSW es una agencia de asistencia social privada, sin fines de lucro, no sectaria, que provee consejería y psicoterapia con el fin de fortalecer a las familias. Esta hoja contiene información importante acerca de nuestras políticas y procedimientos. Por favor léala cuidadosamente. Pídale a su terapeuta que responda las preguntas que usted tenga.

**Elegibilidad:** La elegibilidad para los programas de consejería de CSSW se basa en la existencia de un problema actual. A nadie se le puede negar servicios por la incapacidad de pagar. Usted puede ser referido a otro recurso de la comunidad si (1) no llena los requisitos de elegibilidad; (2) el personal no cuenta con el tiempo necesario para ayudarlo; o (3) hay un proveedor de servicios más apropiado en otra parte de la comunidad o su compañía de seguros tiene otro recurso de consejería disponible para usted.

Una vez que usted haya iniciado los servicios con CSSW, se pueden continuar: (1) a condición de que existan metas de tratamiento identificadas que aún no se hayan logrado; y (2) exista evidencia de que usted tenga interés en lograr estas metas.

La agencia puede suspender los servicios si: (1) todas las metas de tratamientos se han logrado; (2) usted no demuestra interés en formar una parte activa de la consecución de las metas de tratamiento, por ejemplo, al mostrar un patrón de continuas faltas a las citas; (3) usted falta pagar por los servicios acordados en el Acuerdo de Honorarios; o (4) bajo la recomendación profesional de su terapeuta.

**Citas:** Las citas se programan con terapeutas en individual. Una hora de consejería o psicoterapia consiste de una entrevista de 45-60 minutos con su terapeuta. Si usted necesita cancelar una cita, por favor hágalo con al menos 24 horas de anticipación. Las citas faltadas se le cobran a usted, no al seguro.

**Horario:** La agencia está abierta de lunes a viernes, desde las 8:30 a.m. hasta las 5 p.m. Horas de la noche están disponibles solamente con cita.

**Consultores:** Su terapeuta colabora con otros terapeutas licenciados en su trabajo clínico. Su terapeuta también tiene un supervisor que puede ser contactado si usted tiene preguntas o inquietudes. El supervisor se reunirá con usted cuando sea necesario o a su solicitud. Los consultores de la agencia son \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_.

**Confidencialidad:** Todos los contactos entre el personal y los clientes son estrictamente confidenciales y no se divulgarán a ninguna persona o agencia fuera de Children's Service Society sin su consentimiento por escrito. La primera excepción a esta regla son aquellas situaciones en que el informar es obligatorio bajo la ley de Wisconsin (Ej., abuso infantil, negligencia infantil, abuso sexual, etc.) Además, por favor advierta que su firma en el acuerdo de honorarios autoriza a la agencia a divulgar la información necesaria para procesar reclamos para el pago de los servicios.

**Emergencias:** En una emergencia, usted puede llamar a la oficina las 24 horas, los 7 días de la semana al (poner número de la oficina) para hablar con su/un terapeuta. Durante las horas no laborables nuestro servicio de mensajes telefónicos toma mensajes para no emergencias, y a su solicitud su/un terapeuta le devolverá su llamada inmediatamente en caso de emergencia. A continuación encontrará una lista de números adicionales a llamar en caso de emergencia:

---

### **Consentimiento Informado:**

Es la política de Children's Service Society que cada paciente, o individuo actuando en representación del paciente, reciba información específica, completa y precisa con respecto a la psicoterapia y otros tratamientos que reciban por medio de la agencia. Se le pedirá que pregunte, lea y firme el formulario de Política del Consentimiento Informado antes de iniciar el trabajo con su terapeuta. A aquellos pacientes que reciben medicamentos de un consultor de la agencia se les pedirá que firmen un Consentimiento Informado específico a los medicamentos utilizados.

## Procedimiento

### Conciliatorio:

Children's Service Society of Wisconsin podrá, como parte del proceso de ingreso, compartir información con clientes concerniente a los métodos informales de resolver las inquietudes del cliente y los procedimientos formales por medio de los cuales los clientes puedan buscar una resolución conciliatoria. En cualquier momento que se presente una queja, le proveerán al cliente u otro reclamante una copia de la Política y el Procedimiento del Procedimiento Conciliatorio del Cliente y la Petición de Revisión Administrativa (Client Grievance and Requests for Administrative Review Policies and Procedures) de la agencia. El personal del programa estará familiarizado con los derechos del cliente y con estos procedimientos de la agencia. El personal del programa y su supervisor enviarán la queja al Especialista en los Derechos del Cliente del área local. Si un cliente o padre quiere contactar al especialista directamente, puede comunicarse con:

#### Área del Norte & Oeste

Marnie Hersrud  
2004 Highland Avenue Ste N  
Eau Claire, WI 54701

#### El contacto para las siguientes oficinas:

- Fox Valley
- Marshfield
- Oshkosh
- Eau Claire
- Sheboygan
- Stevens Point
- Wausau
- Barron

#### Área de Sureste

Langston Verdín-Williams  
620 S. 76th Street Ste 120  
Milwaukee, WI 53214

#### El contacto para las siguientes oficinas:

- Kenosha
- Madison
- Sun Prairie
- Milwaukee
- Racine
- Waukesha

No se le amenazará ni le impondrán sanciones en contra de ningún cliente que presente una queja o en contra de ninguna persona incluyendo un empleado de la agencia, el departamento, o el departamento del condado, o un proveedor de servicios que asista a un cliente a poner una queja o participe en o testifique en el procedimiento conciliatorio o en cualquier acción para llegar a algún recurso autorizado por la ley.

Si usted tiene alguna inquietud acerca de los servicios que recibe, le aconsejamos discutirlo con su terapeuta. Si esto no resuelve el problema, usted puede presentar una queja por escrito al Supervisor del Programa o al Director Regional. Si todavía no se siente satisfecho, por favor solicite una copia escrita del Procedimiento Conciliatorio.

### **Acceso del Cliente**

**a los Expedientes:** Bajo la ley de Wisconsin, usted tiene el derecho de revisar su expediente de tratamiento. Pregúntele a su terapeuta sobre los procedimientos usados con el fin de que se comparta con usted la información de su expediente. Si cree que el expediente contiene información errónea, pregúntele a su terapeuta sobre el procedimiento usado para solicitar un cambio de la información del expediente.

**Política de Honorarios:** Se cobra un honorario por los servicios profesionales provistos por los terapeutas de Children's Service Society of Wisconsin (por favor véase la Política de Honorarios y el Acuerdo de Honorarios). Si usted tiene seguro privado o asistencia médica, cobraremos por los servicios según la tarifa de honorario establecida. Si no tiene seguro, o si su seguro no paga por completo, usted será responsable de pagar la tarifa establecida en su Acuerdo de Honorarios. Usted también es responsable por el pago continuo de la tarifa acordada una vez que haya llegado al máximo de los beneficios de su seguro.

Si recibe servicios a través de atención médica administrada, seguro médico, asistencia médica, o un programa de asistencia al empleado (EAP, por sus siglas en inglés), la agencia necesita obtener información acerca de los servicios cubiertos, co-pagos y deducibles, etc. La agencia obtendrá la información específica necesaria o le pedirá que usted la obtenga. Su firma en este formulario autoriza a Children's Service Society of Wisconsin a divulgar la información necesaria para procesar reclamos al seguro.

Mi firma abajo indica que me han dado una copia de esta hoja de información, el panfleto "Derechos del Cliente y el Procedimiento Conciliatorio para Servicios de la Comunidad" y el "Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad de CSSW". Para clientes entre 12 y 17 años, me han brindado una copia de los "Derechos de niños y adolescentes en tratamiento como paciente externo de salud mental"

**Firma del Cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Terapeuta:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## Sus derechos y responsabilidades y la política de agravios



### Su especialista en los derechos del cliente:

Children's Hospital of Wisconsin  
Relaciones con el paciente  
PO Box 1997, MS 939  
Milwaukee, WI 53201  
(414) 266-7848 o (800) 556-8090  
TTY (414) 266-2465  
Fax (414) 266-6669  
PatientRelations@chw.org

La información se tomó de los derechos  
de los Estatutos de Wisconsin sec. 51.30  
y 51.6(1) y HFS 92 y 94 del Código  
Administrativo de Wisconsin.

Community Services y Mental Health

[chw.org/communityservices](http://chw.org/communityservices)



Children's Hospital of Wisconsin cumple con las leyes federales sobre  
derechos civiles. No discriminamos debido a raza, color, nacionalidad, edad,  
discapacidad o sexo. Si no habla inglés, se programarán servicios de idiomas  
en forma gratuita. Llame al (414) 266-7848 (TTY: 414-266-2465).

© 2016 Children's Hospital of Wisconsin. All rights reserved.  
CS07-GEN '016



Kids deserve the best.

## Usted o su hijo tiene el derecho a:

- Atención justa, puntual y adecuada.
- Atención que respete su edad o la de su hijo además de sus necesidades culturales, emocionales, sociales y de desarrollo.
- Atención en un entorno libre de prejuicios, acoso, negligencia o abuso.
- Ser tratado de la manera menos restringida y en el entorno necesario.
- Participar en su atención, la planificación y la autorización de ésta.
- Para los niños que reciben servicios de salud mental:
  - Si eres menor de 14 años, uno de tus padres o el tutor legal debe aceptar por escrito el tratamiento que recibes.
  - Si tienes 14 años o mayor:
    - Tú y uno de tus padres o tutor legal deben estar de acuerdo con tu obtención de tratamiento ambulatorio.
    - Si quieres el tratamiento pero uno de tus padres o tutor legal no está de acuerdo, puedes solicitar una revisión del Mental Health Review Officer (MHRO, (Agente de revisiones de salud mental)).
    - Si no quieres el tratamiento pero uno de tus padres o tutor legal sí lo quiere, el director de tratamiento en la clínica que recibes tu tratamiento debe solicitar una revisión al agente de revisiones de salud mental, (MHRO).
    - Si deseas más información sobre el agente de revisiones de salud mental (MHRO), díselo a un miembro del personal.
  - Participar en el control de medicamentos según sea necesario.
  - Información sobre el tratamiento y la atención, incluyendo las alternativas o los posibles efectos secundarios del tratamiento.
  - Dar consentimiento informado y por escrito a todo tratamiento o medicamento al menos que sean necesarios en una emergencia para evitar daños físicos severos a usted o a otros o si hubiese una orden judicial.

## Investigación del agravio - revisión por parte de la organización

- Presentar un agravio dentro de 45 días del momento en que se da cuenta del problema. Podemos autorizar una extensión.
- Investigaremos su agravio e intentaremos resolverlo.
- Le entregaremos una comunicación por escrito dentro de los 30 días de la fecha en que presentó el agravio formal.
- Si no se ha resuelto su inquietud puede elevarla con el fin de realizar una revisión administrativa final.

## Revisión por parte del Condado

- Si recibe servicios por medio del apoyo del Condado, puede apelar la decisión de la organización con el director de la agencia del Condado. Debe apelar dentro de 14 días del día en que recibe la decisión de la organización.
- El director de la agencia del Condado debe emitir su decisión por escrito dentro de 30 días después de haberse solicitado esta apelación.

## Revisión por parte del Estado

- Puede apelar la revisión de la organización y el Condado al investigador de agravios estatales.
- Debe presentar la apelación al investigador de agravios estatales dentro de 14 días de haber recibido la decisión del nivel de apelación anterior.

State Grievance Examiner, DSL  
P.O. Box 7851, Madison, WI 53707-7851  
(608) 266-9369

[dhs.wisconsin.gov/clientrights/contacts.htm](https://dhs.wisconsin.gov/clientrights/contacts.htm)

## Revisión final estatal

- Toda entidad tiene 14 días después de haber recibido la decisión por escrito del investigador de agravios estatales para pedir una revisión final estatal por el administrador de la División de vivienda asistida o a la persona nombrada.

DSL Administrator, DSL  
P.O. Box 7851, Madison, WI 53707-7851  
(608) 266-9369

[dhs.wisconsin.gov/clientrights/contacts.htm](https://dhs.wisconsin.gov/clientrights/contacts.htm)

- Ser grabado por video o audio o fotografiado únicamente si usted está de acuerdo.
- Información por escrito sobre el costo de su atención y tratamiento por los que podría tener que pagar.
- Privacidad sobre su atención excepto si la ley permite que sea divulgada.
- Consentimiento para los expedientes que serán revelados excepto cuando sea específicamente permitido por la ley.
- Ver su expediente. El personal puede limitar lo que puede ver mientras que recibe servicios. Se le debe informar sobre los motivos de cualquier restricción. Ver su expediente completo cuando lo solicite después del alta.
- Cuestionar la precisión de su expediente por medio de la política de agravios.
- Ser informado sobre sus derechos y cómo utilizar la política de agravios.
- Presentar un agravio formal sin amenazas o multas.

## Usted o su hijo son responsables de:

- Dar información de salud verdadera y completa.
- Informar al proveedor si no comprende alguna parte de su atención o la de su hijo.
- Ayudar con sus cuidados o los de su hijo como habla acordado hacerlo.
- Seguir el plan de atención y las instrucciones.
- Pagar las facturas por la atención brindada.
- Cumplir con las normas.
- Respetar los derechos de otros incluyendo al personal y la propiedad.
- No sacar fotografías ni videos de su hijo, otras personas o el personal.
- Saber que está prohibido el uso del tabaco, drogas ilegales, alcohol y pistolas o armas de todo tipo.

## Las etapas de la resolución de los agravios

### Conversación informal (opcional)

- Si le parece que se han violado sus derechos, se le anima a hablar primero con el personal o la gerencia sobre cualquier inquietud que pueda tener.