

Estimado Padre / Tutor,

Gracias por elegirme como el psicólogo de su hijo. Como psicólogo clínico bilingüe - Inglés / Español, con nivel de Ph.D., con más de 20 años de experiencia en el diagnóstico psicológico, doy tratamiento a una variedad de pacientes, con edades desde la infancia hasta la edad adulta.

A continuación encontrará una descripción general de lo que usted y su hijo pueden esperar. Por favor lea y ponga sus iniciales en cada punto.

____ Su hijo será programado para tres citas. Tenga en cuenta que las dos primeras citas tienen el potencial de durar de dos (2) a cuatro (4) horas.

____ **Primera Cita:**

Consulta Inicial y Evaluación, Diagnóstico y Plan de Tratamiento

***NOTA: Los pacientes que primero completen su documentación serán vistos de primero.**

____ **Segunda Cita:**

Las Pruebas Psicológicas

La prueba consiste en lo siguiente: Inteligencia, Logro y pruebas de su estado y realidad emocional. Estas pruebas ayudan a determinar el diagnóstico diferencial; como el Trastorno de Hiperactividad y Déficit de Atención, depresión clínica e ingreso académico. Una prueba de detección también se puede administrar para descartar factores emocionales que pueden estar contribuyendo a un comportamiento negativo.

____ **Tercera Cita:**

Los Resultados de las Pruebas Psicológicas y de la Prueba de Detección

Usted recibirá un informe psicológico completo y detallado en este momento. Resultados verbales sólo están disponibles para la prueba de detección. Además, se les dará referencias sobre la base de su diagnóstico.


____ **Teléfono/Política de Aparatos Electrónicos:**

Por respeto a nuestros clientes, tenemos una política de no uso de teléfono celular. Si necesita utilizar su teléfono, por favor salga al pasillo. Si desea escuchar videos de música / reloj en su dispositivo electrónico, se requiere el uso de audífonos. Para la privacidad de los pacientes, no se permite tomar fotos en nuestra oficina. Gracias por respetar a todos nuestros clientes.

____ Una vez más, las citas pueden durar entre dos (2) a cuatro (4) horas. Durante su visita, no se permite comer en nuestra sala de espera. Apreciamos su paciencia y respetar nuestra política de no alimentos.

Mi personal y yo esperamos poder ayudarle.

Sinceramente,


Dr. Charles E. Gutierrez, Ph.D.

Dr. Charles E. Gutierrez, Ph.D.

Consentimiento Fundamentado

Nombre del Paciente

Para servir mejor a nuestros pacientes, hemos puesto en práctica importantes políticas y procedimientos de oficina respecto a su tratamiento con el Dr. Charles E. Gutiérrez. Por favor, lea detenidamente. Si usted tiene alguna pregunta, por favor, consulte con su médico o el personal de la oficina.

Citas: Los pacientes son atendidos sólo con cita previa. La puntualidad es importante! Si usted tiene más de 15 minutos de retraso, el Dr. Gutiérrez no lo verá y su cita será reprogramada. En cada cita usted tendrá que presentar su tarjeta / Medicaid de seguro. Los pacientes que han presentado su documentación completa, antes de su cita, serán vistos por primera vez. Las dos primeras citas pueden durar entre dos (2) a cuatro (4) horas. Las políticas de planificación de desarrollo y procedimientos se pueden encontrar en su Paquete de Nuevo paciente.

Pago de Honorarios: Se apreciará el pago en cada visita. Le ayudaremos a completar su reclamación de seguro de salud; Sin embargo, el cliente, no el seguro es responsable del pago de la factura. Si se necesita otro arreglo, por favor consulte con nuestro personal. Se harán todos los esfuerzos para establecer un método aceptable de pago. Si el cliente no cumple con intentos de negociar el pago, la oficina del Dr. Gutiérrez utilizará una agencia externa de cobros externa para las cuentas en mora.

Condiciones de Cancelación: Si necesita cancelar una cita, por favor notifique a nuestra oficina tan pronto como sea posible. Una cita perdida sin previo aviso de 24 horas se cobrará como una sesión ordinaria y se le cobrará una multa de \$ 25.00 por no haberse presentado.

Política de No Haberse Presentado: Como una cortesía a nuestros pacientes y la oficina, es importante que mantenga sus citas programadas. No asistir a una cita significa una pérdida para nosotros y para otro paciente para recibir tratamiento. Por lo tanto, si no se presenta a tres citas consecutivas, después de tres (3) no consecutivos, muestra, lo referiremos a otros lugares para sus necesidades de salud mental.

Servicios de llamadas de Emergencia: En caso de una emergencia, por favor vaya al hospital más cercano o llame al 911, ya que el Dr. Gutiérrez no ofrece servicio las 24 horas.

Al firmar a continuación, estoy de acuerdo con el Consentimiento Fundamentado, establecido por la oficina del Dr. Gutiérrez.

En letra de molde

Paciente / Primera del Representante Personal y Apellido

Relación con el Paciente

Firma

Nombre y Apellido del Paciente / Representante Personal

Fecha

Firma Electrónica (Si Aplica)

Entiendo que marcar esta casilla constituye mi firma legal confirmando que RECONOZCO y ACEPTO la veracidad de la información anterior.

Dr. Charles E. Gutierrez, Ph.D.

Políticas de Programación de Citas y Procedimientos

1. El día hábil antes de su cita, le llamaremos para confirmar su cita.
*Esto se hará de lunes a jueves entre las 9:00 a.m. y las 11:30 a.m. y viernes de 9:00 a.m. y las 12:00 p.m.
2. Si llamamos y no responde ninguno vamos a dejar un correo de voz explicando:
**Si no recibimos una confirmación de su cita para las 2:00 p.m.,
esa misma tarde, cancelaremos su cita.**
3. Si dejamos un mensaje de voz en nuestro 1er intento para confirmar su cita y no hemos recibido respuesta de usted, vamos a llamar una segunda vez entre las 2:00 p.m. y 3:00 p.m.
4. Si no podemos encontrarlo directamente a usted en el segundo intento, vamos a dejar un mensaje de voz que le recomienda que llame a nuestra oficina para reprogramar una nueva cita, ya que su cita original ha sido cancelado.

Si su número de contacto ha cambiado o el servicio telefónico ha sido interrumpido, es su responsabilidad ponerse en contacto con nuestra oficina y facilitarnos un nuevo número de contacto.

Debido al gran número de pacientes con citas programadas en esta oficina, estas políticas se cumplirán y no se harán excepciones.

Al firmar a continuación, estoy de acuerdo con las políticas y procedimientos de programación, establecidos por la oficina del Dr. Gutiérrez.

Nombre impreso	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Paciente / representante personal nombre y apellido	Relación con el paciente
Firma	<input type="text"/>	Fecha de hoy <input type="text"/>
	Paciente / representante personal nombre y apellido	

Firma electrónica (si aplica)

Entiendo que marcar esta casilla constituye mi firma legal confirmando que RECONOZCO y ACEPTO la veracidad de la información anterior.

AUTORIZACIÓN DEL FORMULARIO DE PRIVACIDAD HIPAA

**** Autorización para el uso o divulgación de la información médica protegida (Requerido por la Ley de Responsabilidad, 45 C.F.R. Partes 160 y 164 y Portabilidad del Seguro de Salud)****

****1. AUTORIZACIÓN****

Autorizo al Dr. Charles E. Gutiérrez, Ph.D. (Profesional de cuidados de la salud) para usar y divulgar la información protegida de salud mental se describe a continuación a:

Persona (s) en busca de la información
(Médicos, escuelas, abogados, miembros de la familia, etc.)

****2. PERÍODO DE VIGENCIA****

Esta autorización para la divulgación de la información abarca el período de cuidado de la salud a partir de:

a. Fecha a Fecha

****O****

b. todos los períodos pasados, presentes y futuros (por un año solamente)

3. Esta información médica puede ser utilizada por la persona que autorizo para recibir esta información para el tratamiento o consulta médica, pago de facturas o reclamaciones u otros fines que yo ordene.

4. Esta autorización tendrá efecto (1) un año a partir de la fecha de hoy , momento en el que expira esta autorización.

5. Entiendo que en cualquier momento tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito. Entiendo que una anulación no es efectiva en la medida en que cualquier persona o entidad que haya actuado en consonancia con mi autorización o es obtenida con mi autorización como una condición para obtener la cobertura del seguro y el asegurador tiene derecho a oponerse a la demanda.

6. Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a que yo firme esta autorización.

7. Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede ser revelada por el recipiente y pueda no estar protegida por la ley federal o estatal.

Firma

Escriba su nombre y apellido

Paciente / Representante Personal

Paciente / Representante Personal

Fecha

Relación con el Paciente

Firma Electrónica (Si Aplica)

Entiendo que marcar esta casilla constituye mi firma legal confirmando que RECONOZCO y ACEPTO la veracidad de la información anterior.

Si usted decide enviar sus documentos por correo electrónico, es sometido a una dirección de correo electrónico protegida por la HIPAA.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre Segundo nombre Apellido(s)
SSN Fecha de nacimiento Edad Sexo
Dirección Ciudad Estado Código postal
Estatus del estudiante Colegio actual
Consejero de la escuela Profesor
Médico de atención primaria Número de teléfono principal
Dirección del médico
Ciudad Estado Código postal
Podemos llamar a su médico para que este proveedor esté bien informado y podamos coordinar su tratamiento? Sí No
Referido por

PADRE / TUTOR (RESPONSABLE) INFORMACIÓN:

Nombre Segundo nombre Apellido(s)
SSN Fecha de nacimiento Edad Estado civil
Licencia de conducir # Estado Relación con el paciente
Estatus de empleo Empleador Puesto de trabajo
Teléfono de casa Teléfono móvil Número de teléfono principal
Correo electrónico Correo electrónico del trabajo

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO:

Titular de la póliza Empleador
SSN Relación con el paciente Nombre aseguradora
Teléfono aseguradora I.D. # Grupo #

INFORMACION DE SEGURO SECUNDARIO:

Titular de la póliza Empleador
SSN Relación con el paciente Nombre aseguradora
Teléfono aseguradora I.D. # Grupo #

Dr. Charles E. Gutierrez, Ph.D.

NIÑO / ADOLESCENTE - PACIENTE / INFORMACION DEL SEGURO

¿Como se Enteró de Nosotros?

- Médico de referencia Compañía de seguros Revista/artículo de noticias Páginas amarillas
 Amigo/pariente Internet/sitio web Televisión Otro

Por este medio autorizo al Dr. Charles Gutierrez, Ph.D. para que le entreguen toda la información necesaria para procesar los reclamos de seguros médicos para autorizar los pagos de beneficios a él por los servicios prestados.

Firma

Nombre impreso

PACIENTE / REPRESENTANTE PERSONAL

PACIENTE / REPRESENTANTE PERSONAL

El día de hoy

Relación con el paciente

FIRMA ELECTRÓNICA (SI APLICA)

Entiendo que marcar esta casilla constituye mi firma legal confirmando que RECONOZCO y ACEPTO la veracidad de la información anterior.

Si usted decide enviar sus documentos por correo electrónico, es sometido a una dirección de correo electrónico protegida por la HIPAA.

Dr. Charles E. Gutierrez, Ph.D.
CUESTIONARIO PARA NIÑO/ADOLESCENTE

INSTRUCCIONES: Para ser completado por el padre / tutor. Por favor, complete este formulario con referencia al niño / adolescente por quien usted está buscando ayuda.

El día de hoy

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

El niño / adolescente es adoptado? Sí No

Es usted el padre biológico? Sí No

(Si el niño / adolescente que fuera adoptado, los papeles de adopción se requieren en las cita)

Dirección

Ciudad

Estado

Texas

Código postal

Correo electrónico del padre / tutor

Idiomas hablados en el hogar

Padre/Tutor (Relación con el paciente)	Primer nombre y apellido	Estado civil	Teléfono móvil
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	

Si es otro, especificar

(¿Dónde reside el paciente) Hermanos / nombre de otros miembros del hogar	Edad	Relación con el paciente

Si está divorciado / separado, ¿hay una orden de custodia?

Si su respuesta es sí y sólo uno de los padres está presente para la admisión, se le pedirá que presente una copia de la orden de custodia antes de cualquier visitas posteriores

Si está separados / divorciados, ¿quién tiene la custodia legal del niño?

¿La cita del niño es con el padre sin custodia?

¿Quién ha sido el encargado de los cuidados principales del niño

¿Ha habido alguna separación significativa durante los tres primeros años

Historia Familiar

Marque lo que corresponda (historial médico familiar)

- | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Huesos | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Renal | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Cardíaco | <input type="checkbox"/> Función hepática | <input type="checkbox"/> Cirugía | <input type="checkbox"/> Ninguno enumerado |

Otro

Marque lo que corresponda (antecedentes familiares de psiquiatría)

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Bipolar | <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> Trastorno por adicción | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Trastorno obsesivo compulsivo | |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio | <input type="checkbox"/> Trastorno de personalidad | |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Trastorno de control de impulsos | <input type="checkbox"/> Trastorno posttraumático de estrés | |

Otro

Lista de cualquier hospital psiquiátrico que haya sido internado

Información del paciente

¿Por qué buscan tratamiento para su hijo / motivo de consulta

¿Cómo calificaría la gravedad de los problemas en estos momentos? (0 - Leve ...10 - Grave)

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿En qué edad aparecieron los síntomas, problemas y progresión de los problemas

Dr. Charles E. Gutierrez, Ph.D.
CUESTIONARIO PARA NIÑO/ADOLESCENTE

Historia del desarrollo del paciente

El embarazo fue planeado? Durante el embarazo, ¿usted fumo? Bebidas alcohólicas?
Usaste drogas ilegales? La duración del embarazo? ¿Tipo de parto?

Complicaciones con el embarazo/parto?

Peso de nacimiento Período de tiempo en el hospital después del parto?
Comenzó a caminar (meses) Empezó a hablar (meses) Ir al baño solo (meses)
Cuando era un bebé, ¿el niño dormía y tenía hábitos alimentarios regulares?

Algo inusual en el desarrollo del habla

Cualquier enfermedad / lesiones significativas durante primer año de vida

Listar un regresión en el desarrollo en los primeros tres (3) años de vida

Historia clínica del paciente

Médico de atención primaria Psiquiatra

Marque todo lo que corresponda

- | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Huesos | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Renal | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Ninguno de los indicados |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Cardíaco | <input type="checkbox"/> Función hepática | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | |

Otro

Favor indicar todas las condiciones y / o enfermedades médicas para las que está recibiendo tratamiento o han sido tratados en el pasado. Dar fechas de tratamiento

Listar cualquier cirugía previa / hospitalizaciones (incluir fechas)

Dr. Charles E. Gutierrez, Ph.D.

CUESTIONARIO PARA NIÑO/A DOLESCENTE

Historia psiquiátrica

Marque lo que corresponda - (Historia psiquiátrica del paciente)

- ADHD
- Bipolar
- Discapacidad de aprendizaje
- Esquizofrenia
- Trastorno por adicción
- Depresión
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Ansiedad
- Desorden alimenticio
- Desorden de personalidad
- Autismo
- Trastorno de control de impulsos
- Trastorno postraumático de estrés

Otro

¿Su hijo vio a un psiquiatra / terapeuta antes de hoy? Sí No

Si es así cuándo fue el tratamiento?

¿Por cuánto tiempo?

Su hijo ha sido ingresado en un hospital psiquiátrico? Sí No

Si es así cuándo y por cuánto tiempo?

Alguna vez le ha prescrito medicinas un psiquiatra / médico de atención primaria / otro proveedor (obstetra, enfermera practicante) para cualquier enfermedad psiquiátrica u otros problemas médicos? Sí No

Si es así, qué medicamentos / dosis fueron prescritas?

Fechas (de / a)	Medicación / dosis	Cómo respondió el paciente

Si así fuera, porqué su niño dejó de tomar la medicación, si lo hicieron?

¿Toma su hijo algunos medicamentos sin receta médica / vitaminas / suplementos (incluya dosis y frecuencia)?

Dr. Charles E. Gutierrez, Ph.D.

CUESTIONARIO PARA NIÑO/A DOLESCENTE

¿Cómo se relaciona el niño junto con (marcar la escala de 1 - 10 y explique por qué

Madre Biológica: Se lleva muy mal

Se lleva muy bien

N/A 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Detalles

Padre Biológico: Se lleva muy mal

Se lleva muy bien

N/A 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Detalles

Madre Adoptiva: Se lleva muy mal

Se lleva muy bien

N/A 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Detalles

Padre Adoptivo: Se lleva muy mal

Se lleva muy bien

N/A 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Detalles

Hermanos: Se lleva muy mal

Se lleva muy bien

N/A 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Detalles

Otro: Se lleva muy mal

Se lleva muy bien

N/A 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Detalles

Dr. Charles E. Gutierrez, Ph.D.
CUESTIONARIO PARA NIÑO/ADOLESCENTE

La violencia ha sido una parte del matrimonio o en otra relación importante en la vida de su hijo?

Si es así, describa

Actualmente existe algún abuso físico o verbal en su casa?

Su hijo ha sido víctima de abuso sexual, físico, emocional o verbal?

Eventos significativos en la vida del niño

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. La muerte de un padre..... | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | 8. El embarazo..... | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| 2. El divorcio de los padres..... | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | 9. Problemas sexuales..... | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| 3. La separación de los padres..... | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | 10. La muerte de un amigo cercano..... | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| 4. La muerte de un familiar cercano..... | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | 11. Problemas de relación graves..... | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| 5. Lesiones personales importantes/enfermedad | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | 12. Hermanos se fueron de la casa..... | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| 6. La enfermedad de un familiar..... | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | 13. Cambio frecuente de domicilio..... | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| 7. Cambio de escuela..... | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | 14. Cualquier padre encarcelado..... | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |

Por favor, dar el # de alguno artículo marcado si y explicar

Dr. Charles E. Gutierrez, Ph.D.
CUESTIONARIO PARA NIÑO/ADOLESCENTE

Historia de la escuela

Colegio actual

Profesor

Grado

Consejero de la escuela

Seleccione sí o no para todas las respuestas sobre las experiencias escolares de su hijo

No hay problemas significativos..... Sí No

Dificultades de aprendizaje..... Sí No

Problemas de rendimiento académico..... Sí No

Rechazo de la escuela / fobia..... Sí No

Ausentismo escolar..... Sí No

Problemas de comportamiento..... Sí No

Problemas con los compañeros..... Sí No

IEP..... Sí No

504 PLAN..... Sí No

Otro

Siente que su su hijo ha logrado los resultados que usted espera de el / ella? Sí No

Que describe mejor los resultados generale alcanzados por el / ella?

Muy por encima de la media Algo por debajo de la media

Ligeramente encima del promedio Muy por debajo de la media

Promedio

¿Qué tipo de calificaciones siente que su hijo es capaz de conseguir?

En promedio, la cantidad de tiempo dedica su hijo en las tareas cada noche?

Participa suhijo en actividades extracurriculares? Si es sí, qué actividades?

En promedio, la cantidad de tiempo que su hijo dedica a día en dispositivos electrónicos?

Dr. Charles E. Gutierrez, Ph.D.

CUESTIONARIO PARA NIÑO/ADOLESCENTE

Alguna vez su hijo ha sido evaluado para el ADHD / otros problemas de aprendizaje? Si es así cuando, dónde y por quién?
¿Por qué se hizo la evaluación?

--	--

Historia de drogas / alcohol

La historia pasada o presente de abuso de drogas / alcohol?

En caso afirmativo, describa

--	--

Su hijo ha sido involucrado con la policía / asuntos legal?

En caso afirmativo, describa

--	--

Dr. Charles E. Gutierrez, Ph.D.
CUESTIONARIO PARA NIÑO/ADOLESCENTE

Lista de comprobación de problemas

¿Cuáles son los problemas que están molestando al niño en este momento

0 - Ninguna.....1 - Templado.....2 - Moderar.....3 - Grave.....4- Grave

Pensamientos suicidas / comportamientos.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	Oye voces.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Autolesiones.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	Ver cosas que no existen.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Se siente sin esperanzas.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	Ataques de rabia.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Siente que no vale nada.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	Excesivamente sospechoso.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Irritable.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	Pocos amigos.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Triste / con lagrimas.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	Excesivamente tímido.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Temperamental.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	Mandón.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Intimidador.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	Demasiado sensible.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Falta de sueño.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	Se burla de los demás.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Exceso de sueño.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	Los demás se burlan de el / ella.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Pesadillas.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	Cruel con otros/animales.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Concentración pobre.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	Acostado.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Preocupaciones excesivas / miedos...	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	Robando.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Pánico.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	Piromanía.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Hábitos alimenticios irregulares.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	Huye.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Preocupación por el peso.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	Agresión.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Morderse las uñas.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	Ausentismo escolar.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Comportamientos repetitivos.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	Comportamiento sexual.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Chuparse el dedo.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	Problemas legales.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Ensuciarse los pantalones.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	Conflictos de autoridad.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Mojar la cama.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	Tics o manías.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Búsqueda de atención.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	Propenso a los accidentes.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Tartamudeo.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	Quejas físicas excesivas.....	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

Si usted decide enviar sus documentos por correo electrónico, es sometido a una dirección de correo electrónico protegida por la HIPAA.

