

**FORMULARIO DE INGRESO A LA CLÍNICA PARA LA EVALUACIÓN DEL NIÑO**  
*Child Evaluation Clinic Intake Form*

**FAVOR DE ENVIAR POR FAX AL 919-966-9315**  
*SI TIENE PREGUNTAS, POR FAVOR LLAME A BEACON AL (919) 966-9314.*  
**ESTE FORMULARIO DEBE COMPLETARSE ANTES DE PROGRAMAR UNA CITA.**

**REMITIDO POR**

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

Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección (para enviar el reporte por correo):

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

Núm. de teléfono de la oficina:

\_\_\_\_\_

Núm. de teléfono adicional: \_\_\_\_\_

Núm. de Fax: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE EL CASO**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Nombre de los adultos que viven actualmente en la casa del niño y su relación con él:

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

Dirección actual del niño: \_\_\_\_\_

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

**FORMULARIO DE INGRESO A LA CLÍNICA PARA LA EVALUACIÓN DEL NIÑO**  
*Child Evaluation Clinic Intake Form*

Preocupaciones (Marque todo lo que aplique):

abuso sexual    abuso físico    abandono    abuso emocional    otro: \_\_\_\_\_

SI APLICA: Fecha en la que ocurrió el incidente: \_\_\_\_\_

**\*\*Si ocurrió hace menos de 72 horas por favor comuníquese con la persona que esté de turno en Beacon CPT y no haga una cita. Puede contactar al proveedor de turno de Beacon al (919) 966-4131, a través de la operadora del hospital. Durante horas laborables la oficina de Beacon puede ayudarle a ponerse en contacto al (919) 966-9314.**

Resuma por favor el reporte de DSS/CPS. Si el Departamento de Servicios Sociales no está involucrado, por favor resuma el reporte y / o las preocupaciones \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Fecha en la que se involucró la policía / el DSS: \_\_\_\_\_

¿Quién entrevistó al niño? (Marque uno)

CAC    LE    DSS    Nadie

¿Ha estado el niño involucrado con DSS en el pasado?

Sí    No

Si la respuesta es sí, ¿cuántas veces se ha confirmado? \_\_\_\_\_

¿Se le hizo al niño un examen médico antes de la cita?

Sí    No    (marque uno)

*Si este fue un examen médico por preocupación por maltrato, por favor obtenga una copia del expediente médico para la cita.*

Favor de notar que cada niño estará con el equipo médico por aproximadamente una hora y media. Esto incluye alrededor de 45 minutos para una breve entrevista con el proveedor de salud mental de la clínica. **Por favor llegue 30 minutos antes de la hora de su cita** para que tenga tiempo de estacionarse y registrarse.

**FORMULARIO DE INGRESO A LA CLÍNICA PARA LA EVALUACIÓN DEL NIÑO**  
*Child Evaluation Clinic Intake Form*

¿Quién acompañará al niño por parte de su agencia?

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

Circunstancias especiales del niño:

Retraso en el desarrollo  Sí  No \_\_\_\_\_  
(como retrasos del habla, del desarrollo motor o cognitivos)

Preverbal  Sí  No \_\_\_\_\_  
(Como un niño con menos de 2 años de edad)

Otro idioma:  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Se necesita intérprete para el niño?  Sí  No \_\_\_\_\_ (idioma)

¿Se necesita intérprete para el padre?  Sí  No \_\_\_\_\_ (idioma)

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

NOMBRE Y EDAD DE LOS PADRES:

Madre: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_

Favor de proporcionar la información de contacto de los padres del niño si no son los encargados actuales y diga cuál es la razón por la cual no viven con los padres:

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Razón por la cual no vive con los padres:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

HERMANOS

Nombre	Edad	¿Antecedentes de maltrato?
--------	------	----------------------------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

**FORMULARIO DE INGRESO A LA CLÍNICA PARA LA EVALUACIÓN DEL NIÑO**  
*Child Evaluation Clinic Intake Form*

**Modo de pago:**

CMEP (sólo si es una remisión de CPS / DSS y se paga sin Medicaid)

Medicad: \_\_\_\_\_ (Indique el número)

Otros: (por ejemplo: seguro médico privado, fondos de recaudación para víctimas de crímenes, paga por sí mismo)

¿HA SIDO EL NIÑO PACIENTE DE UNC EN EL PASADO? (Marque uno con un círculo)  
SÍ      NO

SI CONTESTA QUE SÍ, INDÍQUE EL NÚMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO DE UNC:

\_\_\_\_\_

**FOR UNC BEACON OFFICE TO COMPLETE:**

UNC patient in past? Yes    No \_\_\_\_\_ (idioma)  
(If no, please obtain medical record number)

UNC Medical Record Number #: \_\_\_\_\_

**Date of Appointment:** \_\_\_\_\_

**Time of Appointment:** \_\_\_\_\_

**Provider for Appointment:** \_\_\_\_\_

**Faxes to Pediatric Clinic with Pre-Appointment Form:**

\_\_\_\_\_ (List Date)