

Agencias contratadas de DCFS: Illinois Department of Children & Families (DCFS)

Le animamos a que se ponga en contacto con las siguientes agencias, que están contratadas por el Departamento de Niños y Familias (DCFS) para proporcionarle atención terapéutica a usted y a su familia. También puede hacer un seguimiento con las agencias contratadas por el DCFS que le han sido asignadas.

También puede ponerse en contacto con la agencia local del DCFS para obtener apoyo adicional.

- Oficina DCFS Elgin: 847-888-7620
- Oficina DCFS Aurora: 630-801-3400
- Oficina DCFS Dekalb: 815-787-5300

Puede presentar el cuestionario completado; sin embargo, en este momento, FSA no puede proporcionar tratamiento. Si usted está experimentando una crisis de salud mental, por favor póngase en contacto con:

- 9-8-8
- 1-800-345-9049, para que CARES determine la elegibilidad de SASS.

3. Por favor proporcione información de los padres.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ El niño vive en el mismo hogar que los padres/tutores?
 Sí No

Lenguaje Primario del Guardian _____ Si no, escriba la dirección de los padres en el cuadro:

Teléfono Residencial: _____ Teléfono Móvil: _____

Correo Electrónico: _____ Método de contacto preferido:
 Teléfono Móvil Teléfono Residencial
 Correo electrónico

4. Información de contacto de emergencia.

Nombre de contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____

5. Va a utilizar seguro médico para cubrir el costo de tratamiento?

- Sí
- No

6. Por favor proporcione su información de seguro médico:

Compañía de seguros primarios _____ ID de Miembro/ # de póliza (RIN) _____

7. Necesita ayuda financiera (escala de tarifa) para cubrir el costo del tratamiento?

- Si
- No

Información sobre la Escala de Tarifas: Sliding Scale Fee

Información sobre la Escala de Tarifas

Por favor, continúe llenando los formularios de elegibilidad

De acuerdo con la póliza de la agencia, proporcionamos servicios independientemente de la capacidad de pago. Por lo tanto, ofrecemos un descuento en la tarifa según los ingresos anuales y el tamaño de la familia. Las familias y los clientes que necesitan acceso a una escala de tarifa, deben documentar sus ingresos brutos ajustados presentando su formulario 1040 más reciente (impuestos); o de 2 a 4 comprobantes de pago.

Para aquellas personas que reciben beneficios (SSI, SSDI, o SNAP), una copia de su carta de adjudicación también tendrá que ser presentada con la solicitud para una escala de tarifa.

El descuento se aplicará a todos los servicios prestados por Family Service Association of Greater Elgin Area. No se aplicará a ningún servicio que podamos referirlo, incluidos, entre otros, el servicio de atención primaria, las actividades prosociales, otras evaluaciones, el tratamiento por abuso de sustancias, etc.

Para su información, la siguiente es nuestra lista de honorarios y póliza de cobro de honorarios.

Honorarios: los honorarios de la agencia son los siguientes:

- Servicios de Manejo de Caso \$155.00 por hora
 - Servicios de Manejo de Caso Centrada En El
 - Cliente Servicios de Manejo de Caso
 - Servicios de Apoyo Familiar y Comunitario
- Servicios De Terapia \$175.00 por hora
 - Evaluación Integrada y Planificación del Tratamiento
 - Salud Mental Individual / Pareja / Familiar Intervención de Crisis
 - Grupo (\$60 por hora)
- Servicios Psiquiátricos \$300.00 por hora
 - Servicios de Evaluación Psiquiátricos
 - Servicios de Monitoreo De Medicamentos

8. Tenga su tarjeta disponible para las siguientes preguntas. Por favor proporcione la información de su seguro con respecto a su póliza privada PPO/seguro TPL

Compañía de Seguro Primario	ID de Miembro /# de Póliza	Numero de Grupo
_____	_____	_____

Relacion con el cliente
 Yo Esposa/o Hija/o Otro

Nombre del asegurado	# de telefono del asegurado	Fecha de Nacimiento del asegurado	Direccion del asegurado
_____	_____	_____	_____

Ciudad del asegurado Estado del asegurado Codigo Postal

Compañía del Seguro Secundario ID de Miembro /# de Poliza

Numero de Grupo

Relacion con el cliente
 Yo Esposa/o Hija/o Otro

Nombre del asegurado # de telefono del asegurado

Fecha de Nacimiento del asegurado Direccion del asegurado

Ciudad del asegurado Estado del asegurado
 AK AL AZ AR
 CA CO CT DC
 DE FL GA HI
 ID IL IN IA
 KS KY LA ME
 MD MA MI MN
 MS MO MT NE
 NV NH NJ NM
 NY NC ND OH
 OK OR PA RI
 SC SD TN TX
 UT VT VA WA
 WV WI WY

Codigo Postal

9. Por favor proporcione una copia de su seguro/tarjeta medica. Por favor tome una foto de la parte delantera y del reverso de la tarjeta.

10. Proporcione cualquier proveedor medico que vea actualmente. Esto puede incluir a su medico primario y cualquier consejero.

Proveedores Medicos	Nombre del proveedor	Tratamiento	Medicacion (Dosis, frecuencia)
Medico de Atencion Primaria			
Medico Especialista			
Consejero			
Otro			

11. Cual es el idioma deseado para los servicios de consejeria? Si responde a una pregunta para un niño, cual es el lenguaje deseado para los servicios de consejería?

Inglés

Español

otro

12. Lista de todas las personas que viven actualmente en su hogar:

	Nombre	Edad	Sexo	Relacion a usted	Esta persona necesita terapia?
1					
2					
3					
4					
5					

13. Para ayudar a la colaboracion y mejorar el tratamiento, algun miembro de su familia esta actualmente en tratamiento con el personal de FSA?

Si

No

14. Por favor describa lo que lo ha llevado a buscar consejeria ahora y cuanto tiempo ha sido esto una preocupacion para usted y su familia?

15. En los ultimos seis meses, usted o su hijo han lidiado con alguno de los siguientes problemas emocionales/conductuales? Marque todo lo que corresponda:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Contesta mal a los padres, maestros, otros adultos
_____ | <input type="checkbox"/> Se niega a seguir adelante a peticion de los padres, maestros, otras figuras de autoridad
_____ | <input type="checkbox"/> Intimida o amenaza a otros
_____ |
| <input type="checkbox"/> Culpa a otros por sus propios errores y comportamientos
_____ | <input type="checkbox"/> Agresivo hacia otras personas y propiedades
_____ | <input type="checkbox"/> Carece de remordimiento o culpa
_____ |
| <input type="checkbox"/> Se niega a aceptar las consecuencias de su comportamiento
_____ | <input type="checkbox"/> Inicia peleas
_____ | <input type="checkbox"/> Luchas con robar y/o mentir
_____ |
| <input type="checkbox"/> Se niega a asistir a la escuela
_____ | <input type="checkbox"/> Tiene pensamientos de querer lastimar a otros o lastimar a los animales
_____ | <input type="checkbox"/> Huida excesiva de casa y no volver durante horas
_____ |
| <input type="checkbox"/> Se involucra en comportamientos de riesgo que puede poner en peligro al niño o a los demas
_____ | <input type="checkbox"/> Temperamento violento / dificultades para controlar la ira
_____ | <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas
_____ |
| <input type="checkbox"/> Depresion / tristeza / llanto excesivo
_____ | <input type="checkbox"/> Sin esperanza y/o inutilidad
_____ | <input type="checkbox"/> Irritabilidad
_____ |
| <input type="checkbox"/> Cambios de humor
_____ | <input type="checkbox"/> Aislamiento / Retirado de amigos, familiares, actividades
_____ | <input type="checkbox"/> No esta interesado en actividades
_____ |
| <input type="checkbox"/> Dormir demasiado / muy poco
_____ | <input type="checkbox"/> Preocupaciones alimentarias / perdida de peso significativa / aumento de peso
_____ | <input type="checkbox"/> Fatiga / perdida de energia
_____ |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos acelerados
_____ | <input type="checkbox"/> Baja autoestima
_____ | <input type="checkbox"/> Flashbacks sobre experiencias traumaticas pasadas
_____ |
| <input type="checkbox"/> dificultades para comunicar necesidades/sentimientos
_____ | <input type="checkbox"/> Panico / Ansiedad / Preocupacion
_____ | <input type="checkbox"/> Otro(s)
_____ |

Si "otros", por favor especifique

16. Que le gustaria obtener de la Consejeria ahora? Como serian las cosas diferentes si se resolvieran las dificultades?

17. Como has estado lidiando con este problema hasta ahora?

18. Durante las ultimas 2 semanas, con que frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

PHQ-9	Para Nada	Varios dias	Mas de la mitad de los dias	Casi todos los dias
Sientes interes o placer en hacer algo?	0	1	2	3
Sentirse deprimido, sin esperanza	0	1	2	3
Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado	0	1	2	3
Mala apetencia o comer en exceso	0	1	2	3
Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracaso o que se ha decepcionado a si mismo o a su familia	0	1	2	3
Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periodico o ver la television	0	1	2	3
Moverse o hablar tan despacio que otras personas podrian haberse dado cuenta. O lo contrario: estar tan inquieto que te has estado moviendo mucho mas de lo habitual	0	1	2	3

19. Si marco algun problema, que tan dificil le ha resultado hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en casa o en la escuela, o llevarse bien con otras personas?

- No es dificil en absoluto
- Algo dificil
- Muy dificil
- Extremadamente dificil

20. Durante las ultimas 2 semanas, con que frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

GAD-7	Para nada	Varios dias	Mas de la mitad de los dias	Casi todos los dias
Sentirse nervioso o ansioso	0	1	2	3
No poder detener o controlar la preocupacion	0	1	2	3
Preocuparse demasiado por cosas diferentes	0	1	2	3
Problemas para relajarse	0	1	2	3
Estar tan inquieto que es dificil quedarse quieto	0	1	2	3
Molestarse o irritarse facilmente	0	1	2	3
Sentir miedo como si algo horrible pudiera suceder	0	1	2	3

21. Si marco algun problema, que tan dificil le ha resultado hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en casa o en la escuela, o llevarse bien con otras personas?

No es dificil en absoluto

Algo dificil

Muy dificil

Extremadamente dificil