Estimado paciente y familia:

Gracias por su interés en la Clínica para trastornos por el uso de medios interactivos e internet (Clinic for Interactive Media and Internet Disorders, (CIMAID)) en Boston Children's Hospital. **Lea toda la información de abajo con respecto a nuestra clínica.** Escriba sus iniciales en cada cuadro abajo de cada viñeta para decir que lo entendió.

1. CIMAID es una clínica de consulta a corto plazo, con el objetivo de establecer un plan de tratamiento que pueda implementar el proveedor actual de su hijo. Su hijo puede esperar tener una o varias citas en las que establecerá un entorno de tratamiento seguro y recibirá:
   1. Una evaluación exhaustiva para determinar si su hijo tiene un uso problemático de los medios interactivos (problematic interactive use, PIMU)
   2. Recomendaciones para el tratamiento, que pueden incluir medicamentos, terapia o consulta con los médicos/terapeutas actuales de su hijo
   3. Guía sobre como establecer reglas/expectativas claras en torno al uso de los medios de comunicación
   4. Guía sobre otros asuntos individuales y familiares que pueden estar afectando el uso que su hijo hace de los medios de comunicación

Leí y entendí lo escrito arriba:

1. Nuestra clínica atiende a nuevos pacientes los martes por la mañana y a pacientes que regresan los martes por la tarde.

Leí y entendí lo escrito arriba:

1. Si los términos del programa de arriba se adaptan a sus necesidades, complete el siguiente formulario de registro. Si está buscando otra cosa o tiene preguntas, no dude en llamarnos al 617-355-9447 o enviar un correo electrónico a [cimaid@childrens.harvard.edu](mailto:cimaid@childrens.harvard.edu)

Leí y entendí lo escrito arriba:

1. Boston Children's Hospital es un hospital universitario, y permitimos que los aprendices observen las interacciones entre el paciente y el médico. El propósito general de un observador es solo ver y escuchar sin tener contacto con el paciente y sin hacer actividad de investigación. Los observadores se comprometen únicamente a obtener conocimientos. Si en algún momento usted quiere que el observador se vaya, puede decirlo durante la cita, y el observador se irá inmediatamente. Indique si usted se sentiría cómodo con un observador presente durante su próxima cita en CIMAID.

Me siento cómodo:

Atentamente,

Clínica para trastornos por el uso de medios interactivos e internet

**Formulario de registro de la Clínica para trastornos por el uso de medios interactivos e internet de Boston Children's Hospital**

Instrucciones:

* Responda a todas las preguntas, sin dejar espacios en blanco. Escriba "N/A" si la pregunta no aplica.
* Si tiene alguna pregunta sobre este formulario de registro, envíe un correo electrónico a [cimaid@childrens.harvard.edu](mailto:cimaid@childrens.harvard.edu) o llame al 617-355-9447
* Si prefiere completar este registro por teléfono, llame al 617-355-9447. No imprima este formulario y escriba las respuestas a mano; solo podemos aceptar respuestas escritas.
* Envíe este formulario completo a [cimaid@childrens.harvard.edu](mailto:cimaid@childrens.harvard.edu) o mediante el portal del paciente de MyChildren's.

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de hoy | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |

**Información del paciente y datos demográficos**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del paciente | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Fecha de nacimiento | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Edad actual | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Si su hijo es mayor de 18 años, o cumplirá 18 años en los próximos 3 meses, él debe firmar un formulario de revelación de información para que lo atiendan en nuestra clínica. Póngase en contacto con [cimaid@childrens.harvard.edu](mailto:cimaid@childrens.harvard.edu) para pedir el formulario. | |
| Dirección (calle, n.º de apto) | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Dirección (ciudad, estado, código postal) | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Sexo asignado al nacer | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Identidad de género | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Pronombres *(Ejemplos: ella/su/suyas, el/su/suyos, ellos/ellos/suyos etc.)* | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Raza/origen étnico *(puede incluir varios)* | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Idioma principal | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| ¿Necesita los servicios de un intérprete? | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |

**Información del padre/madre/tutor**

**Padre/madre/tutor 1**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Teléfono | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Correo electrónico | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Relación con el paciente | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |

**Padre/madre/tutor 2**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Teléfono | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Correo electrónico | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Relación con el paciente | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |

**Otro tutor o contacto de emergencia**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Teléfono | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Correo electrónico | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Relación con el paciente | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |

**Contacto principal**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Con qué padre/madre/tutor debemos comunicarnos? | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| ¿Cuáles son los mejores horarios para comunicarse? | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |

**Información sobre seguros y remisiones**

|  |  |
| --- | --- |
| Plan de seguro | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Si lo remitió un proveedor médico, dé el nombre y el teléfono | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Si no lo remitió un proveedor médico, ¿cómo se enteró acerca de nosotros? | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |

**Equipo de atención actual**

Como parte de nuestro registro y evaluación interna para determinar si la atención es apropiada en nuestro programa, dé la siguiente información sobre sus proveedores de atención médica actuales, ya que es posible que nuestros clínicos puedan necesitar llamar a uno o más de ellos para hablar sobre su tratamiento actual. Al completar este formulario, usted nos autoriza que nos comuniquemos con estos proveedores.

|  |  |
| --- | --- |
| Proveedor de atención primaria y teléfono | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Enumere cualquier especialista, incluyendo el área de especialidad, la afiliación al hospital y los teléfonos | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Terapeuta y teléfono | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Psiquiatra y teléfono | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| ¿Recibe algún tratamiento integrado o complementario?  Si es así, dé los nombres y teléfonos | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |

**Historia médica**

|  |  |
| --- | --- |
| Enumere cualquier cuestión médica crónica como diabetes, obesidad, cáncer, etc. | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Enumere cualquier problema de consumo de sustancias anterior o actual. | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |

**Medicamentos**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Dosis | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Fecha en que comenzó | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Fecha de interrupción de la dosis | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Beneficios | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Efectos secundarios | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |

**Problemas de salud mental**

|  |  |
| --- | --- |
| Enumere todas las condiciones de salud mental diagnosticadas | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Enumere todas las hospitalizaciones psiquiátricas anteriores, ingreso a programas en hospital parciales (partial hospital programs, PHP) o ingreso a programas ambulatorios intensivos (intensive outpatient programs, IOP) | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Enumere todas las participaciones actuales y anteriores en orientación o asesoramiento, incluyendo las fechas y los motivos. | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| ¿Se ha diagnosticado a algún otro familiar con problemas de salud mental? | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |

**Historia educativa**

|  |  |
| --- | --- |
| Escuela | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Grado | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Describa si el paciente tiene alguna dificultad de aprendizaje | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Describa cualquier tipo de adaptaciones como un IEP o un plan 504 | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |

**Motivos para buscar atención**

**Dé una breve explicación de cada problema o escriba N/A si no aplica**

**¿Tiene su hijo alguno de los siguientes problemas relacionados con el uso de medios?**

|  |  |
| --- | --- |
| Juego | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Redes sociales | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Pornografía | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Video compulsivo | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Dé un breve resumen de lo que ha estado sucediendo con el uso que el paciente da a los medios de comunicación | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |

**¿Tiene su hijo alguno de los siguientes problemas relacionados con su vida social?**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Pasa menos tiempo con los amigos y la familia? | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| ¿Pasa más tiempo solo? | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| ¿Pelea con más frecuencia con amigos y familiares? | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| ¿Renuncia a sus actividades o pasatiempos favoritos? | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| ¿Evita a los demás? | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Dé un breve resumen de lo que está sucediendo en la vida social del paciente | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |

**¿Está teniendo su hijo alguno de los siguientes problemas relacionados con la escuela?**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Están bajando sus calificaciones? | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| ¿Falta a la escuela? | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| ¿Tiene problemas para prestar atención en clase? | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| ¿No hace las tareas o las hace de mala calidad? | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Dé un breve resumen de lo que está sucediendo con los estudios del paciente | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |

**¿Tiene su hijo alguno de los siguientes problemas relacionados con el sueño?**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Se acuesta tarde o se despierta en medio de la noche? | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| ¿Duerme durante el día? | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| ¿Tiene problemas para conciliar el sueño por la noche? | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| ¿Tiene problemas para despertarse por la mañana? | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Dé un breve resumen de lo que está sucediendo con el sueño del paciente | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |

**¿Tiene su hijo alguno de los siguientes problemas relacionados con el estado de ánimo?**

|  |  |
| --- | --- |
| Ira | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Agresión | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Dé un breve resumen de lo que está sucediendo con el estado de ánimo del paciente | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |

**¿Tiene su hijo alguno de los siguientes?**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Un diagnóstico de discapacidad intelectual o del desarrollo? | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| ¿Un diagnóstico de autismo moderado a severo? | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| ¿Historia de alucinaciones o psicosis? | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |

**Resumen**

|  |  |
| --- | --- |
| Para **los padres/tutores** que completan este formulario:¿Cuáles son sus **principales objetivos, preocupaciones o preguntas** sobre la participación de su hijo en la Clínica para trastornos por el uso de medios interactivos e internet? | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| ¿Hay algo más que le gustaría que nosotros supiéramos? | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| ¿Le gustaría que lo agregáramos a nuestra lista de espera? | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |