



OFFICE USE ONLY

Interviewed by: _____

Date: _____

El Programa de Duelo para los Niños y Adescentes

Nombre del Niño(a) _____

Nombre del Padre/Tutor Legal _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Correo electrónico _____ Teléfono (hogar) _____ (celular) _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad _____ Etnia (Opc.) _____ Escuela _____

Por favor provea la siguiente información sobre la persona que murió:

Nombre _____ Relación del niño(a) con la persona que murió _____

Fecha de Muerte _____ Causa de Muerte _____

Otra información útil acerca de la persona fallecida o la muerte _____

¿Es esta la primera experiencia directa que el niño(a) ha tenido con la muerte? SI NO

¿El niño(a) que está atravesando el duelo ha presentado alguno de los siguientes comportamientos desde el fallecimiento de su ser querido?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tiene miedo de ir a dormir | <input type="checkbox"/> Enojo | <input type="checkbox"/> Se aísla en la casa/la escuela |
| <input type="checkbox"/> Pesadillas | <input type="checkbox"/> Se aferra al padre/tutor | <input type="checkbox"/> Causando daño a si mismo |
| <input type="checkbox"/> Se orina en la cama | <input type="checkbox"/> Dificultades con el trabajo escolar | <input type="checkbox"/> Se niega a hablar sobre el fallecimiento |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Es cruel con los animales | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento en casa/escuela |
| <input type="checkbox"/> Conducta destructiva | <input type="checkbox"/> Consume alcohol/drogas | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

¿Ha estado el niño(a) recibiendo atención psiquiátrica o consejería? SI NO

Si contestó si, quien? _____

Nombre(s) de con quien vive el niño(a) Edad Sexo Relación

¿Hay algo mas que deberíamos hacer para servir mejor a su hijo(a)?

Firma de Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____



Acuerdo de participación en servicios de duelo

Por la presente autorizo y permito que Community Hospice, sus empleados, voluntarios, agentes y asociados brinden servicios de duelo para mí, y/o mis hijos/as, ya sea en forma individual o en grupo.

Comprendo que la participación es voluntaria y que yo/nosotros soy/somos responsables de nuestra propia asistencia y seguimiento. Acepto notificar al personal del Departamento de duelo de Community Hospice acerca de cualquier evento significativo que pueda afectar mi/nuestra participación en los servicios de duelo y/o la incapacidad de participar o continuar con dichos servicios.

También comprendo que los grupos de apoyo de duelo son brindados por voluntarios capacitados. El personal de Community Hospice que brinda apoyo de duelo está profesionalmente capacitado. Comprendo que las reuniones del grupo de apoyo y el apoyo de duelo individual disponibles para mí y/o mis hijos/as no reemplazan los servicios de terapia/consejería. Acepto indemnizar y liberar de responsabilidad y defender a la otra parte, sus directores, funcionarios, empleados, voluntarios y agentes en todas las reclamaciones, acciones, daños, multas, penalidades, responsabilidades y gastos, incluyendo honorarios razonables de abogados y costos judiciales, resultantes o derivados de cualquier acción cometida intencionalmente o por negligencia, u omisión relacionada con los servicios prestados. Esta disposición de indemnización seguirá siendo válida tras la vencimiento o la terminación de este acuerdo.

Comprendo que los empleados y los voluntarios de Community Hospice tienen la obligación de informar. Por lo tanto, si tienen motivos para creer que un menor de edad o un adulto dependiente ha sido abusado o descuidado, están obligados a informar a la agencia correspondiente. Además, si trato de dañarme a mí mismo o a otros, los empleados y voluntarios de Community Hospice están obligados a tomar medidas, que pueden incluir compartir información confidencial con otras personas, para mantener mi seguridad y la de los demás.

Reconozco que Community Hospice respeta el derecho a la privacidad de sus clientes en todo momento, y que sus empleados, voluntarios y agentes mantienen la más estricta confidencialidad. Community Hospice cumple con todos los requisitos legales de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés). Tengo a mi disponibilidad un Aviso de privacidad relacionado con mi asistencia a un servicio de grupo o de orientación por duelo y los representantes de esta organización pueden explicar mis derechos y responsabilidades y responder mis preguntas de manera satisfactoria. Además, yo/mi hijo/a comprendemos y aceptamos que toda la información de carácter confidencial que haya sido puesta a mi disposición, ya sea de la organización o de otras personas, será estrictamente confidencial.

Este Acuerdo de Participación en Servicios de duelo se aplica únicamente a la utilización que haga de los servicios de duelo proporcionados por Community Hospice. Acepto los términos y condiciones descritos arriba, y que cualquiera de las partes puede terminar este acuerdo en cualquier momento.

Nombres en imprenta:

Firmas:

Fechas:

Nombre del menor, si corresponde

Cliente/Padres/Tutor Legal

Representante de la Organización