



**FORMULARIO DE ADMISIÓN**

Le damos la bienvenida a nuestra práctica basada en la fe católica. Es nuestro objetivo ayudarle a atravesar las dificultades que se presentan y servir a la persona y a la familia con dignidad. Nuestro objetivo como su terapeuta / consejero es de formar una relación de colaboración con usted para ayudarle en la búsqueda de soluciones saludables a sus problemas. Esta declaración contiene información acerca de las políticas de la oficina. Por favor, lea y si usted tiene cualquiera pregunta, consultar con su consejero. Su firma en la parte inferior de esta hoja significa que ha leído, entiende y acepta cumplir con estas políticas.

**Por favor llene los siguientes formularios que nos ayude a evaluar sus necesidades:**

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

**Dirección Postal:**

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fue/ron referidos por: \_\_\_\_\_

**Preferencia de teléfono para contactarle:** Móvil: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ **Sexo:** M / F

**Quieres recibir información de nuestra lista de correo electrónico?** \_\_\_Si \_\_\_No

**Estado civil (subraye uno):** Soltero/a, Casado/a; Divorciado/a o enviudado/a **Número de años:** \_\_\_\_\_

**¿El cliente es menor de 18 años?** \_\_\_Si \_\_\_No

Nombre del padre/madre o persona responsable: \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR A:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**LISTA de todos los miembros de la familia (a partir de uno mismo):**

Nombre	Fecha de Nacimiento	Escuela o lugar de empleo	Relación al cliente
			si mismo



**CONSENTIMIENTO Y CONTRATO CLIENTE**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Padres (si es menor de los 18 años el cliente): \_\_\_\_\_

Yo (nosotros) \_\_\_\_\_ voluntariamente solicito/amos la asesoría de la terapeuta.

**Honorarios y consentimiento para el tratamiento:** Costo para cada sesión de asesoría es de \$125.00 .

**Si usted desea ser considerado para una tarifa reducida, por favor indique sus ingresos familiares anuales brutos abajo.**

**Esto lo hablarán con su terapeuta en la primera sesión.**

**Ingreso anual familiar (incluyendo manutención, fideicomisos, herencia, discapacidad, etc.). Escoja uno.**

- \$25,000 o menos \_\_\_\_\_ \$55,000 a \$70,000 \_\_\_\_\_ \$100,000 a \$115,000 \_\_\_\_\_  
 \$25,000 a \$40,000 \_\_\_\_\_ \$70,000 a \$85,000 \_\_\_\_\_ \$115,000 a \$130,000 \_\_\_\_\_  
 \$40,000 a \$55,000 \_\_\_\_\_ \$85,000 a \$100,000 \_\_\_\_\_ \$130,000 a \$150,000 \_\_\_\_\_ Mas de \$150,000 \_\_\_\_\_

**TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL CONTRATO** *(por favor de poner sus iniciales en cada uno)*

- \_\_\_ 1. Estoy de acuerdo de pagar la tarifa estándar de \$125 por cada sesión de 50 minutos. Si califico para un ajuste, el costo será \$\_\_\_\_\_+\_. Entiendo que, para calificar para una tarifa ajustada, necesitará proporcionar la documentación solicitada que puede incluir una copia de mi última declaración de impuestos. Entiendo que cualquier cuota ajustada se reevalúa cada 6 meses y depende de las condiciones de mis ingresos y que también puede cambiar esta tarifa ajustada.
- \_\_\_ 2. Entiendo que el pago es debido al tiempo de servicio. Si usted no puede mantener una cita, favor dar avisar a su terapeuta 24 horas antes de la cita, o los cargos regulares se aplicarán y se cobrarán.
- \_\_\_ 3. Habrá un costo de \$25.00 si el banco devuelve su cheque por falta de fondos.
- \_\_\_ 4. Entiendo que recibiré una forma que normalmente es suficiente para el reembolso del seguro médico.
- \_\_\_ 5. He leído la política de privacidad y consentimiento informado que sigue.
- \_\_\_ 6. En caso de emergencia, por favor vaya a la sala de emergencia más cercana o llame al 911.
- \_\_\_ 7. Nuestros servicios no incluyen aspectos de casos de corte. Si estamos citados por cualquier motivo, habrá una tarifa especial para este servicio. Tenga en cuenta que la participación en la corte puede tener un efecto deletéreo sobre la relación terapéutica.
- \_\_\_ 8. Entiendo que toda la información divulgada en cada sesión es confidencial y no puede ser revelada a nadie fuera del centro de orientación familiar sin mi permiso escrito. La única excepción es en situaciones donde es necesaria la divulgación por la ley:
  - a) si presentan una amenaza inminente de daño a sí mismo o a otros.
  - b) cuando existe algún indicio de abuso de un niño o un adulto vulnerable.
  - c) si se encuentra gravemente discapacitado.
  - d) por orden de la corte.

**Al firmar este formulario que está afirmando que ha leído, entiende y acepta su contenido.**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 (Firma del cliente y sus padres) (Fecha)

**PRIVACIDAD DE LAS POLÍTICAS DE INFORMACIÓN**

Este formulario describe la confidencialidad de sus expedientes médicos, cómo se utiliza la información, sus derechos y cómo usted puede obtener esta información.



**Nuestras obligaciones legales:** Leyes federales y estatales requieren que mantengamos sus expedientes médicos privados. Estas leyes requieren que te proporcionamos este aviso que le informa de nuestra privacidad de información políticas, sus derechos y nuestros deberes. Estamos obligados a respetar estas políticas hasta reemplazados o revisados. Tenemos el derecho a revisar nuestras políticas de privacidad para todos los registros médicos, incluyendo registros antes de que se hicieron los cambios de política. Cualquier cambio en este aviso se hará disponible a petición antes los cambios ocurren. El contenido de material revelada a nosotros en una evaluación, de entrada, o sesión de consejería están cubiertos por la ley como información privada. Respetamos la privacidad de la información que usted nos proporcione y cumpla con requisitos éticos y legales de confidencialidad y privacidad de los registros.

**Uso de la información:** información sobre usted puede usarse por personal del centro de asesoramiento de familia Santa para diagnóstico, planificación del tratamiento, tratamiento y continuidad de la atención. Nosotros podemos divulgar a prestadores de salud que le proporcionarán tratamiento, tales como médicos, enfermeras, profesionales de la salud mental, pasantes de salud mental y profesionales de la salud mental o socios de negocios de centro de Consejería de familia de Santo como facturación, mejora de la calidad, formación, auditorías y proveedores de acreditación. Información verbal y registros escritos acerca de un cliente no puede compartirse fuera centro de Consejería de familia de Santo sin el consentimiento escrito del cliente o el cliente tutor legal o representante personal. Hay ciertas situaciones de emergencia o en cliente que información puede ser revelada a otros sin el consentimiento escrito de excepciones. Algunas de estas situaciones se indican a continuación y pueden existir otras disposiciones proporcionados por requisitos legales. \_\_\_\_\_ Iniciales

**Deber de advertir y proteger:** cuando un cliente revela intenciones o un plan para dañar a otra persona o personas, el profesional médico debe advertir a la víctima prevista y reportar esta información a las autoridades judiciales. En los casos que el cliente revela o supone un plan de suicidio, lo profesionales de la salud es necesario para notificar a las autoridades judiciales y hacer intentos razonables para notificar a la familia del cliente.

**Seguridad pública:** Los registros de salud pueden ser divulgados para procedimientos judiciales y administrativos, con fines de aplicación de la ley, serias amenazas a la seguridad pública, militar y al cumplimiento de las leyes de compensación del trabajador.

**Abuso:** Si un cliente indica o sugiere que él o ella es abusar de un niño o un adulto vulnerable, o recientemente ha abusado de un niño o un adulto vulnerable, o un niño o un adulto vulnerable está en peligro de abuso, el profesional médico está obligado a comunicar esta información el servicio social correspondiente o las autoridades judiciales. Si un cliente es la víctima de abuso, negligencia, violencia o crimen, y su seguridad parece estar en riesgo, nosotros podemos necesaria para compartir esta información con las autoridades para ayudar a prevenir futuras ocurrencias y para ayudar a detener al agresor.

**Exposición prenatal a sustancias controladas:** profesionales de salud están obligados a Informe admitida la exposición prenatal a sustancias controladas que son potencialmente nocivas

**Conducta profesional:** Mala conducta de un profesional de cuidado médico debe ser informado por otros profesionales de la salud. En los casos en que se celebra una reunión disciplinaria profesional o legal con respecto a acciones del profesional de salud, registros relacionados se pueden liberar para justificar cuestiones disciplinarias.

**Judicial o procedimiento administrativo:** profesionales de salud están obligados a liberar los registros de clientes cuando se ha colocado una orden judicial. Debe haber consentimiento de nuestros terapeutas divulgar la información que la pareja o la familia terapéutico o necesario para el tratamiento de la persona, pareja o familia. Nuestros servicios no incluyen aspectos de caso de corte. Si estamos citados por cualquier motivo, habrá una tarifa especial para este servicio. **Tenga en cuenta que la participación de la corte puede tener un efecto deletéreo sobre la relación terapéutica.**

**Al firmar este formulario está afirmando que ha leído, entiende y acepta su contenido.**

\_\_\_\_\_  
 (Firma del cliente)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 (Fecha)



**CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE ASESORÍA**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Servicios y personal:** entiendo que Holy Family Counseling Center es una agencia profesional que ofrece una amplia gama de servicios de asesoramiento, y que estos servicios son proporcionados por licencia de psicoterapeutas, terapeutas de nivel maestro, consejeros de adicción certificada y pasantes de nivel posgrados. En todos los casos, los alumnos son supervisados por profesionales de la salud mental con licencia. A menos que se ha señalado lo contrario, todos los casos se discuten en un marco de supervisión de equipo para mejorar y asegurar la calidad de la atención. Además de proporcionar servicios de asesoría directa, esta agencia proporciona formación y consulta.

**Confidencialidad:** entiendo que toda la información divulgada en sesión es confidencial y no puede ser revelada a nadie fuera del centro de orientación familiar sin mi permiso escrito. La única excepción es en situaciones donde es necesaria la divulgación por la ley:

1. Si presento una amenaza inminente de daño a mí mismo o a otros.
2. cuando exista algún indicio de abuso de un niño o un adulto vulnerable.
3. Si convierto gravemente discapacitado.
4. por cita judicial.

**Correo electrónico:** Con respecto al correo electrónico (e-mail), quedo advertido que el correo electrónico no es un medio confidencial de comunicación. Además, Holy Family Counseling Center no puede garantizar que mensajes de correo electrónico serán recibidos o respondidos si mi terapeuta no está disponible. Entiendo que el correo electrónico no es la forma adecuada de comunicar información confidencial, urgente o de emergencia, o a programar/modificar/cancelar citas a menos que se haya acordado este medio de comunicación con su terapeuta.

**Emergencia:** Ir a la sala de emergencia más cercana o llame al 911.

**Grabación de la sesión:** Entiendo mis entrevistas pueden ser vídeo o audio grabados con el propósito de formación permanente y supervisión clínica. Las grabaciones son tratadas de forma confidencial y se borran después de que se utilizan. Cualquier inquietud que tengo sobre la grabación de la sesión puedo hablarla con mi terapeuta. Nunca será audio o vídeo grabado sin mi permiso o mi conocimiento.

\_\_\_\_\_ Iniciales si desea otorgar permiso para la grabación de la sesión

**Riesgos y beneficios:** entiendo que existe la posibilidad de riesgos y los beneficios que se produzcan en la Consejería. Asesoramiento puede implicar el riesgo de recordar eventos desagradables y puede despertar fuertes sentimientos emocionales. Consejería puede afectar las relaciones con importantes otros. Los beneficios de la asesoría pueden ser una capacidad mejorada para relacionarse con los demás. una comprensión más clara de uno mismo, valores y metas; aumento de la productividad académico; y una capacidad mejorada para hacer frente al estrés cotidiano. Asumir la responsabilidad personal de trabajar estos problemas aumenta la probabilidad de un mayor crecimiento.

**Admisibilidad, pertinencia, referencias:** La prestación de servicios de Holy Family Counseling Center depende de si la terapeuta de personal y yo podemos estar de acuerdo que los servicios sean apropiados dadas las necesidades y condiciones que presente. Si se decide que el Holy Family Counseling Center no es la agencia apropiada para mis necesidades, tengo entendido que se me darán referencias a los recursos más adecuados a mis necesidades y objetivos.

**HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE CONSULTAR SOBRE CUALQUIER PREGUNTA QUE TENGA ACERCA DE ESTA INFORMACIÓN.**

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**HE REPASADO ESTA INFORMACIÓN CON EL CLIENTE.**

Firma personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**EVALUACIÓN INICIAL** (favor de imprimir)  
(Página 1 de 2)

Fecha: \_\_\_\_\_ Cliente: \_\_\_\_\_

Cada cliente debe completar una evaluación independiente. Por ejemplo, marido, mujer y niño llenan un formulario por separado.

1. ¿Tiene cualquier condiciones médicas crónicas o enfermedades graves? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si sí, por favor describalas abajo.

\_\_\_\_\_

2. ¿Está tomando algún medicamento?

SI \_\_\_ No \_\_\_ Si sí, cuales son? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo y

por qué razón? \_\_\_\_\_

¿Cualquier alergia o sensibilidades a algún medicamento? \_\_\_\_\_

3. ¿Tiene experiencia militar? Si \_\_\_ No \_\_\_

decribala: \_\_\_\_\_

4. ¿Está experimentando mucho estrés emocional o problemas en su vida?

\_\_\_ Sí, mucho      \_\_\_ Más de lo habitual      \_\_\_ De vez en cuando      \_\_\_ Rara vez

5. Tiene problemas de relación con (Marca todas las que apliquen):

\_\_\_ familiares, \_\_\_ esposo/pareja, \_\_\_ hijos/as, \_\_\_ personas en el trabajo, \_\_\_ amigos específicos

Marca los que correspondan a su situación:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> dolores de cabeza               | <input type="checkbox"/> problemas sexuales                     | <input type="checkbox"/> gasto compulsivo                |
| <input type="checkbox"/> problemas de consumo            | <input type="checkbox"/> compulsiones sexuales                  | <input type="checkbox"/> uso de la pornografía           |
| <input type="checkbox"/> mareo                           | <input type="checkbox"/> problemas financieros                  | <input type="checkbox"/> problemas con las drogas        |
| <input type="checkbox"/> problemas de estómago           | <input type="checkbox"/> siento ganas de llorar                 | <input type="checkbox"/> no puedo pasar un buen rato     |
| <input type="checkbox"/> problemas del intestino         | <input type="checkbox"/> sensaciones de pánico                  | <input type="checkbox"/> dificultad para concentrarse    |
| <input type="checkbox"/> cambio de apetito               | <input type="checkbox"/> temblores o tics                       | <input type="checkbox"/> duro tiempo con amistades       |
| <input type="checkbox"/> sentirse tenso, tensa           | <input type="checkbox"/> siempre se preocupó                    | <input type="checkbox"/> colon irritable                 |
| <input type="checkbox"/> incapaz de relajarse            | <input type="checkbox"/> siento aparte de la gente              | <input type="checkbox"/> pensamientos inusuales          |
| <input type="checkbox"/> sentirse sin valor              | <input type="checkbox"/> problemas de comer                     | <input type="checkbox"/> no puede tomar decisiones       |
| <input type="checkbox"/> sentir miedo                    | <input type="checkbox"/> conflictos familiares                  | <input type="checkbox"/> pérdida o aumento de peso       |
| <input type="checkbox"/> sensación de pérdida de control | <input type="checkbox"/> problemas de sueño                     | <input type="checkbox"/> pensamientos suicidas           |
| <input type="checkbox"/> acciones para quitarme la vida  | <input type="checkbox"/> listo para explotar                    | <input type="checkbox"/> enojar mucho                    |
| <input type="checkbox"/> poner un buen frente            | <input type="checkbox"/> sentir soledad                         | <input type="checkbox"/> pérdida de interés en las cosas |
| <input type="checkbox"/> problemas de temperamento       | <input type="checkbox"/> baja autoestima                        | <input type="checkbox"/> mal entendido                   |
| <input type="checkbox"/> problemas legales               | <input type="checkbox"/> ansiedad/preocupación                  | <input type="checkbox"/> pesadillas                      |
| <input type="checkbox"/> hiperactivo o demasiada energía | <input type="checkbox"/> siempre cansado/fatigado               |  |
| <input type="checkbox"/> problemas de ira/genio          | <input type="checkbox"/> personas salen a buscarme              | <input type="checkbox"/> sentir mucha presión            |
| <input type="checkbox"/> sentirse sin valor              | <input type="checkbox"/> sentir que voy a perder el autocontrol |  |



**EVALUACIÓN INICIAL** (Página 2 de 2)

6. **¿Cómo está su vida espiritual ahora?**

\_\_\_ En buena forma      \_\_\_ quiero desarrollarla      \_\_\_ Necesita trabajo      \_\_\_ Muy pobre

7. **¿Cuántos cambios quieres hacer en tu vida?**

\_\_\_ Muchos                      \_\_\_ Varios                      \_\_\_ Pocos                      \_\_\_ Ninguno

8. **¿Ha hablado alguna vez con alguien (psicólogo, consejero, psiquiatra, etc.) sobre algún problema personal? Si\_\_ No\_\_**  
**(En caso afirmativo, con quién y cuándo?)**

\_\_\_\_\_

9. **Por favor describa cualquier hospitalización que ha experimentado en un centro de salud mental.**

\_\_\_\_\_

10. **Por favor haga una lista de las cosas/problemas o eventos que están creando más estrés en su vida en el momento presente, así como importantes pérdidas y cambios en su vida.**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**Objetivos en el asesoramiento, por favor una lista de hasta tres metas que esperas/n alcanzar en el asesoramiento. Por favor sea todo lo específico que le sea posible.**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

11. **¿Qué fuertemente desea hablar con un consejero aquí acerca de sus preocupaciones?**

\_\_\_ Lo deseo mucho                      \_\_\_ Lo deseo un poco                      \_\_\_ realmente no lo deseo

12. **Indique otras inquietudes, preguntas o comentarios:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**SOLICITUD PARA LIBERACIÓN/CAMBIO DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Yo (nosotros) \_\_\_\_\_ AUTORIZO A \_\_\_\_\_  
*(Nombre de cliente)* *(Nombre del terapeuta)*

a liberación/cambio de información contenida en mi expediente de cliente a los siguientes individuos y organización

\_\_\_\_\_  
*(Nombre y número de teléfono de la persona a contactarse)*

El tipo de información podría incluir registros o información referente a asistencia, plan de tratamiento, evaluación clínica, historia psicológica, metas y avances, pronóstico u otra información pertinente para el tratamiento exitoso de dicho cliente. El propósito de tal divulgación/cambio puede incluir la continuidad de tratamiento, participación de la familia, apoyo de la comunidad, planificación, consulta con otros terapeutas personal o remisión postratamiento.

Desligo \_\_\_\_\_ de toda responsabilidad, responsabilidades, daños y reclamos  
*(nombre del terapeuta)*

que puedan derivarse de la publicación de la información autorizada por encima. Entiendo que información puede ser transmitida por medios electrónicos como FAX o correo electrónico. Porciones de la información proporcionada pueden no pertenecen exclusivamente a mi diagnóstico actual. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento o que caduque automáticamente como se describe a continuación.

Fecha, evento o condición de caducidad: \_\_\_\_\_

Además, reconoce que la información se me fue explicada completamente y este consentimiento es dado por mi propia voluntad.

\_\_\_\_\_  
*(Firma del cliente)*

\_\_\_\_\_  
*(Firma del testigo)*

\_\_\_\_\_  
*(Padre, tutor o representante autoriza* *Relación al cliente)*

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
*(Fecha)*