

Información del cliente

Fecha: _____

Cómo escuchó sobre nuestra agencia? _____

Información del cliente

Nombre	Apellido	Segunda Apellido		
Dirección	Ciudad	Estado	Código	
	()	()	()	
Email	Tel de casa	Tel celular	Tel de trabajo	
Me puede llamar en	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo	
Puede dejar un mensaje en	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> email

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a Separado/a Divorciado/a Common Law Conviviente

Raza: Blanca, Caucasian Negro, Afro-Americano Asiático Indígena de América
 Hawaiano/Otro Isleño Pacífico Bi-racial Multi-racial Otro Prefiero no responder

Latino/a: Sí No No sabido

¿Cuál es el idioma que habla en casa? _____

¿Cuál es su país de origen? _____

¿Tiene usted seguro de salud? Sí No

Ingreso total anual familiar: \$ _____ Número de personas que viven en la casa: ____ Adultos ____ Niños

Información de personas que viven en la casa:

Nombre	Edad	Relación con usted

Sus niños que no viven en la casa:

Nombre	Edad	Relación con usted

Empleo/Estado Escolar

Estado de empleo: Todo el tiempo Parte del tiempo Temporada No empleado Jubilado Invalidez Trabajo Propio

Nombre de empleador: _____ Ciudad: _____ Ocupación: _____

Nivel más alto de la educación que ha cumplido:

Primaria Secundaria, no diploma Secundaria, con diploma o GED
 Escuela vocacional Algo de universidad Licenciatura de 2 años
 Licenciatura de 4 años Máster o Doctorado

Estado escolar: Todo el tiempo Parte del tiempo Escuela Alternativa Dejar de ir

Nombre de la escuela que asiste ahora: _____ Ciudad: _____

Información de Contacto de Emergencia

Nombre	Apellido	Relación con usted		
Dirección	Ciudad	Estado	Código	
	()	()	()	
Email	Tel de casa	Tel celular	Tel de trabajo	

Evaluación de Salud

Problemas Actuales

Primero (1°) _____ Secundario (2°) _____ Tercero (3°) _____

- | | | | |
|----------------------------|------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| 01-médico/físico | 06-familia | 11-vivienda/ necesidades básicas | 16-dañarse |
| 02-emocional/psicológico | 07-abuso/negligencia | 12-financieras | 17-relacionado con el trabajo |
| 03-abuso de drogas/alcohol | 08-relaciones de trabajo | 13-legal | 18-pena, dolor por perdida |
| 04-otras adicciones | 09-compañeros/amistades | 14-educacional | 19-otra _____ |
| 05-relaciones matrimonias | 10-preocupaciones de trabajo | 15-suicidio | |

En el último mes, ¿cuánta parte del tiempo sus problemas han interferido con las actividades de su vida diaria?

Todo el tiempo La mayor parte del tiempo Algo del tiempo Poco del tiempo Para nada

Medicinas

Por favor anote todas las medicinas que toma en este momento:

Nombre de medicina	Dosis	Frecuencia	Razón	Médico
Nombre de medicina	Dosis	Frecuencia	Razón	Médico
Nombre de medicina	Dosis	Frecuencia	Razón	Médico

Necesidades urgentes de salud/Cuidado coordinado

¿Estuvo pensando en lastimarse a sí mismo o acabar con su vida? Sí No

¿Tiene miedo que alguien intente lastimarlo? Sí No

¿Estuvo pensando en lastimar a alguien? Sí No

¿Cómo clasificaría su salud física en este momento?: Buena Bastante Buena Mala

¿Está usted ahora con atención médica? Sí No Si contestó sí, ¿Quién es? _____

¿Está usted ahora, o ha estado antes, en tratamiento con un psiquiatra? Sí No

Si contestó sí, ¿cuándo? y ¿dónde? _____

¿Alguna vez tomó consejería? Sí No Si contestó sí, ¿cuándo? y ¿dónde? _____

¿Estuvo alguna vez internado para recibir tratamiento en salud mental? Sí No

Si contestó sí, ¿cuándo? y ¿dónde? _____

¿Está usted coordinando su cuidado con otro individual? Sí No Si contestó sí, indique quien:

Médico primario Psiquiatra Oficial de Probación Dept. de Servicios Humanos Otro _____

Historia de Uso de Sustancias

¿Actualmente usa toma alcohol? Sí No

¿Si contesto afirmativamente, aproximadamente cuántas bebidas por semana? _____

¿En la actualidad o en el pasado, alguna vez consumió sustancias ilegales? Sí No

¿Si contesto afirmativamente, qué sustancias uso? _____

¿Con qué frecuencia? _____

¿Cuándo comenzó? (a qué edad y hace cuánto tiempo)? _____

¿Recibió algún tratamiento por uso de sustancias? Sí No

¿Si contesto afirmativamente, cuándo y dónde? _____

¿Alguna vez le hicieron una evaluación de drogas o alcohol? Sí No

¿Si contesto afirmativamente, cuándo y dónde? _____

Consejería Evaluación

Desde el último mes, incluso hoy, ayúdanos a entender cómo se siente. Lea las frases debajo y elija el número que representa mejor sus sentimientos.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	No de acuerdo	Nada de acuerdo
Me arreglo bien con los problemas diarios.	1	2	3	4	5
Puedo sobrellevar cuando las cosas se van mal.	1	2	3	4	5
Estoy satisfecho/a con mi trabajo en la escuela/en mi trabajo.	1	2	3	4	5
Me llevo bien con mi esposo/a, novio/a.	1	2	3	4	5
Me llevo bien con los miembros de mi familia.	1	2	3	4	5
Me llevo bien con mis amigos.	1	2	3	4	5
Me puedo enfocar y concentrar.	1	2	3	4	5
Duermo bien.	1	2	3	4	5
Aumente o baje de peso.	1	2	3	4	5
Me siento solo.	1	2	3	4	5
Me siento sin esperanza sobre el futuro.	1	2	3	4	5

Catholic Charities Consejería Contrato de Pago

Nuestros empleados tienen un compromiso para proveerle servicios profesionales. El pago regular de su cuenta se considera una parte importante de su proceso de consejería. Para asegurar que nosotros podemos trabajar juntos con el progreso, es importante que las expectativas sean bien definidas.

¿Qué puede esperar de nosotros?

- Las citas duran 50 minutos.
- Guardaremos la información confidencial, que usted comparte con nosotros (Las excepciones se explican abajo).
- Le notificaremos lo antes posible si tenemos que cancelar o cambiar su cita.
- Haremos todo el esfuerzo para llegar a tiempo con las citas y para regresar las llamadas lo antes posible.
- Trabajaremos con usted para fijar metas alcanzables y para ayudarle a hacer el progreso hacia esas metas.

¿Qué esperamos de usted?

- Que usted participe activamente en fijar metas y trabaje para alcanzarlas.
- Asistir a las citas acordadas. **En el caso que usted necesite cancelar o cambiar su cita, requerimos que nos avise 24 horas antes de la cita.** Por favor contacte nuestra oficina durante las horas de la oficina o llame y deje un mensaje con su nombre y número de teléfono.
- **Si usted no asiste a la cita o si no cancela por lo menos 24 horas antes de la hora citada, hay una multa de \$10.00.** Todas las multas deben ser pagados antes de que pueda citar otra sesión. Después de que usted no se presente dos veces consecutivas o después de dos citas canceladas consecutivamente, nosotros no podremos proveer más servicios.
- Tomar responsabilidad financiera y pagar cada cita a tiempo. **Los pagos se necesitan al tiempo del servicio.** Si usted no puede pagar el costo la cita, tiene que pagar el saldo que permanece en la próxima cita. **Si después de dos citas, usted no ha pagado, no se puede citar una tercera hasta que el saldo sea pagado.**

Confidentiality

Your right to privacy and confidentiality is highly safeguarded at Catholic Charities. Only your written permission will allow us to share information about anything that has transpired during your contact with us. Staff notes are entirely confidential. **Exceptions are:**

- All counselors are mandatory reporters for child abuse and elderly/dependent adult abuse
- Clients who threaten to harm themselves or someone else and the therapist assess the case as "high risk"
- In certain situations, therapist may be required to respond to a subpoena
- Weekly clinical consultation with staff

Pagos

Los servicios de consejería de Caridades Católicas se cobran basados en el ingreso de cada cliente y en el número de personas que viven en la casa. Esta multa será determinada en la cita principal y puede cambiar si se cambian las circunstancias del cliente. No aceptamos tarjetas de crédito o débito. Puede pagar con dinero efectivo o por cheque. Nosotros aceptamos algunas aseguradoras. Asegúrese de chequear si esta es una opción para usted.

Confidencialidad

Su derecho a intimidad y confidencialidad es muy valorado en Caridades Católicas. Solo con su permiso escrito podemos compartir su información acerca de los servicios que ha recibido. Cada interacción es confidencial. **Las excepciones son:**

- Todos los consejeros son reporteros mandatarios del abuso infantil y para el abuso de ancianos.
- Los clientes que amenazan a hacerse daño o a dañar a otras personas y en los casos que el consejero determine como "riesgo alto."
- En algunos casos, el consejero puede ser requerido a declarar una citación.
- Consultación semanal con empleos.

Yo pagaré \$_____ cada sesión para los servicios de Caridades Católicas.

Nombre Escrito

Firma

Fecha

Si el/la cliente tiene menos de 18 años de edad:

Firma de padre/madre o tutor legal

Dirección

Ciudad

Estado

Código

() _____
Número de Teléfono

Firma de padre/madre o tutor legal

Fecha

Firma del consejero

Fecha

Catholic Charities Reconocimiento del Manual

Yo he sido informado de mis derechos y responsabilidades. Mi firma significa que he recibido una copia del manual de Caridades Católicas que incluye:

- La declaración de la misión
- Los sitios de los programas y las horas de operación
- Los derechos y responsabilidades del cliente
- El derecho de Caridades Católicas y del cliente negar servicios
- La alta y la terminación de los servicios
- Los servicios a los niños menos de 18 años de edad sin el consentimiento de los padres
- Quejas y apelaciones
- El reporte mandatorio del abuso de los niños
- Apoyo de conducto y las políticas y practicas de la gestión
- El deber de advertir
- Noticia de Privacidad

Nombre escrito

Firma

Fecha

Sí el cliente tiene menos de 18 años de edad:

Nombre escrito del tutor

Direccion

Ciudad

Estado

Código

()
Teléfono

Firma del tutor

Fecha

Firma del consejero

Fecha

Catholic Charities
Consentimiento de servir a los menores

Yo, _____, autorizo que las Caridades Católicas provengan consejería a los/las

niños/niñas siguientes:

Niños de menos de 18 años de edad tienen que estar acompañado por uno de los padres o un tutor legal. El padre o tutor legal tiene que permanecer disponible por la duración de la sesión de consejería.

Nombre escrito del tutor _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado Código _____

()
Teléfono _____

Firma del tutor _____

Fecha _____