



Caridades Católicas Servicios de Consejería

Información del cliente

Número de caso: _____

Referido por:

¿Cómo Escuchó Sobre Nuestra Agencia? _____

Programa de Consejería

- Council Bluffs
- 601 Grand Ave, Des Moines
- Consejería de Embarazo

Ubicación

- Ankeny
- Perry
- Waukee
- Clínica Latina
- Polk County Health
- Otra: _____

Información del cliente

Nombre	Apellido	Segundo Apellido
Dirección	Ciudad	Estado
()	()	()
Tel. de casa	Tel. celular	Tel. de trabajo
Me puede llamar en	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Prefiero que no me contacten por email
Puede dejar un mensaje en	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	
Fecha de nacimiento	Edad	Número de seguridad social
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transexual		
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Common Law <input type="checkbox"/> Conviviente		
Raza: <input type="checkbox"/> Blanca, Caucasian <input type="checkbox"/> Negro, Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Indígena de América		
<input type="checkbox"/> Hawaiano/Otro Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Bi-racial <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no responder		
Latino/a: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 dependientes que viven en la casa: ___ Adultos ___ Niños

Empleo/Estado escolar

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

Nombre de empleador: _____ Ciudad: _____

Ocupación: _____

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

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

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

Información de Contacto de Emergencia

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

Caridades Católicas Servicios de Consejería 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 pérdida |
| 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

¿Está usted tomando cualquier prescripción o medicina al contado? Sí No

Si contestó sí, por favor anote todas las medicinas que toma en este momento:

Nombre de medicina	Dosis	Frecuencia	Razón	Médico

Necesidades urgentes de salud/Cuidado coordinado

Por favor anote necesidades urgentes de salud si las tiene: _____

¿Está usted en peligro inminente? Sí No Si contestó sí, explique: _____

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

¿Está usted ahora con atención médica? Sí No

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

¿Alguna vez tomó consejería? 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 _____

Caridades Católicas Servicios de Consejería Evaluación de

Desde el último mes, incluso hoy, ayúdanos a entender como 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
Estoy satisfecho/a con la realización de mis niños en la escuela.	1	2	3	4	5
Estoy satisfecho/a con el comportamiento de mis niños.	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 y otras personas.	1	2	3	4	5
Me puedo enfocar y concentrar.	1	2	3	4	5
Duermo bien.	1	2	3	4	5

Caridades Católicas Servicios de 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.**

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 _____

Caridades Católicas Servicios de Consejería 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