

Evaluación de admisión Fecha de hoy: _____

Fuente de referencia: ¿Cómo se enteró de nuestra agencia? _____

Información del cliente

Nombre Segundo Apellido Inicial Apellido

Dirección City State Zip

() () ()
Correo electrónico Teléfono principal Otro teléfono Teléfono de trabajo

Puede llamar/ ponerse en contacto con mi correo electrónico de Primary Other Work
Puede dejar un mensaje en Primary Other Work

Fecha de nacimiento Edad Género

Estado civil: Soltero casado Viudo Separado Divorciado Pareja de hecho de derecho consuetudinario

Raza: Blanco, Negro caucásico, Indio asiático americano afroamericano / Nativo de Alaska
Hawaiano/Otros isleños del Pacífico Birracial Estionables Otros Elija no responder

Hispano: Sí No Desconocido

¿Alguna vez ha sido arrestado por un crimen? Sí No

¿Eres un refugiado? Sí No

¿Es usted un veterano de los Estados Unidos? Sí No

¿Está actualmente cubierto por un seguro de salud? Sí No

Ingreso familiar bruto anual total: \$_Número de personas que viven en su hogar: ___ Adultos ___ Niños

Haga una lista de todas las personas que viven actualmente en su hogar:

Nombre Edad Relación con usted

Nombre	Edad	Relación con usted

Haga una lista de todos los niños, hijastros o suegros que NO viven en su hogar:

Nombre Edad Relación con usted

Nombre	Edad	Relación con usted

Empleo/Estado escolar

Situación laboral: Tiempo completo a tiempo parcial Desempleado estacional / temporal Discapacitado
jubilado Trabajador por cuenta propia

Nombre del empleador: Ocupación: _____

Nivel más alto de logro educativo:

8º grado o menos 9º-12º grado, sin diploma Diploma de escuela secundaria, o equivalente

Escuela técnica o de comercio Algún título universitario de 2 años (AA, AS)

Título de 4 años (BA, BS) Maestría o título profesional

Estado actual de la escuela: Alternativa a tiempo completo a tiempo parcial abandonada

Nombre de la escuela que asiste actualmente: Ciudad: _____

Información de contacto de emergencia

Relación de apellido nombre

Dirección City State Zip

() () ()

Teléfono residencial Teléfono celular Teléfono de trabajo

Presentación del problema

¿Cuáles son los problemas para los que está buscando ayuda?

¿Con qué frecuencia ocurre este problema (diario, semanal, mensual, etc.)?

¿Cuánto te molesta este problema (un poco, una cantidad moderada, mucho, etc.)?

Síntomas actuales

Revise cada síntoma y, si lo experimenta, seleccione la casilla de verificación y para cada elemento marcado indique con qué frecuencia ocurre el síntoma durante una semana.

Frecuencia de los síntomas

Leve Leve/Varios días Moderado/Más de la mitad de los días Severo/Diario

1 2 3 4

Ataques de pánico _____

apetito, aumento de _____

- apetito, disminución de _____
- Estado de ánimo deprimido _____
- distraerse fácilmente _____
- Conductas de riesgo _____
- Energía excesiva _____
- preocupación excesiva _____
- fatiga _____
- sentirse desesperado _____
- Sentimientos de abandono _____
- Sentimientos de vacío _____
- Culpa _____
- Impulsivo _____
- Incapaz de sentir placer _____
- Aumento de la actividad _____
- mayor necesidad de dormir _____
- No puede conciliar el sueño _____
- Paranoia _____
- Preocupados por el sexo _____
- Pensamientos acelerados _____
- locuacidad _____
- La inutilidad _____

Otros síntomas (especificar) Con qué frecuencia ocurren otros síntomas durante el día

¿Cuándo comenzaron los síntomas?

¿Cuánto le molestan estos síntomas (un poco, una cantidad moderada, mucho, etc.)?

¿Estos síntomas afectan a alguno de los siguientes?

Rodea o verifica si los síntomas están afectando alguna área de tu vida.

- actividades de la vida diaria
- finanzas
- Vivienda
- asuntos legales
- Actividades recreativas
- Relaciones
- Escuela
- Autoestima
- Actividad sexual
- trabajo

¿Cuánto afectan estos síntomas a su vida (un poco, una cantidad moderada, mucho, etc.)?

Historial Médico

¿Necesita que nos comuniquemos con su proveedor principal?

Nombre del proveedor principal e información de contacto

¿Tiene alguna preocupación sobre su salud física que le gustaría discutir?

Seleccione la casilla de verificación si se le ha diagnosticado alguno de los siguientes problemas.

- anemia
- diabetes
- Artritis
- traumatismo craneoencefálico
- asma
- Convulsiones
- Fatiga crónica
- Dolor crónico

Otros problemas (especificar)

Antecedentes psiquiátricos pasados

¿Alguna vez ha recibido tratamiento ambulatorio?

Sí/No

En caso afirmativo, enumere el motivo y las fechas tratadas.

¿Alguna vez ha tenido hospitalización psiquiátrica?

Sí/No

En caso afirmativo, enumere el motivo y las fechas tratadas.

Antecedentes psiquiátricos familiares

Seleccione el miembro de la familia que ha sido diagnosticado o tratado para cualquiera de los siguientes diagnósticos.

- Abuso de alcohol padres abuelos hermanos abuelos
- Enojo niño padre hermano abuelo
- Ansiedad hijo padre hermano abuelo
- Trastorno bipolar niño padres hermanos abuelos
- Depresión padres hermanos abuelos

Estrés postraumático padres hermanos abuelos
Esquizofrenia niño padre hermano abuelo
Abuso de sustancias padres hermanos abuelos

Medicamentos psiquiátricos pasados/actuales

Haga una lista de todos los medicamentos recetados y de venta libre que esté tomando actualmente o que haya tomado antes (use la parte posterior de la página si es necesario):

Nombre del medicamento Dosis Frecuencia Prescripción Médico Razón Fecha detenida

Nombre del medicamento Dosis Frecuencia Prescripción Médico Razón Fecha detenida

Nombre del medicamento Dosis Frecuencia Prescripción Médico Razón Fecha detenida

Nombre del medicamento Dosis Frecuencia Prescripción Médico Razón Fecha detenida

Nombre del medicamento Dosis Frecuencia Prescripción Médico Razón Fecha detenida

Nombre del medicamento Dosis Frecuencia Prescripción Médico Razón Fecha detenida

Historia social

¿Te has casado anteriormente?

¿Eres sexualmente activo?

¿Cómo identificarías tu orientación/identidad sexual?

Heterosexuales/Heterosexuales Bisexuales Inseguros
 gays/lesbianas transgénero prefieren no responder

¿Tiene antecedentes de abuso? En caso afirmativo, seleccione los tipos de abuso.

sin antecedentes sexuales, emocionales, físicos o de negligencia

Sexual Física Negligencia

¿Haces ejercicio regularmente?

Estado de tabaquismo

Si es fumador, ¿cuántas veces durante el día usa productos de tabaco?

¿Bebe alcohol?

En caso afirmativo, ¿cuántas veces en una semana, bebe alcohol?

¿Te has sentido mal o culpable por tu consumo de alcohol?

Si eres mujer, ¿cuál es tu estado de embarazo?

Historia legal

¿Tiene algún problema legal pendiente?

Vida espiritual

¿Pertenece a una religión o grupo espiritual?

¿Es esta participación útil o estresante?

Evaluación de riesgos

Evaluación del riesgo de suicidio

1. ¿Has estado tan angustiado que deseabas seriamente terminar con tu vida?
2. ¿Ha pasado algo recientemente para hacerte sentir que no quieres vivir?

En caso afirmativo, describa el incidente / evento.

¿Ha tenido o tiene:

3. ¿Un plan específico de cómo te suicidarías?
4. ¿Acceso a armas o medios para lastimarse a sí mismo?
5. ¿Hizo un intento de suicidio serio?
6. ¿Has hecho algo a propósito para lastimarte a ti mismo?
7. ¿Escuchaste voces que te decían que te hicieras daño?
8. ¿Hubo familiares que intentaron o se suicidaron?
9. ¿Tenía pensamientos de matar o herir seriamente a alguien?
10. ¿Escuchaste voces que te decían que lastimaras a los demás?
11. ¿Lastimar a alguien o destruir la propiedad a propósito?
12. ¿Abofeteó, pateó, golpeó a alguien con la intención de dañar?
13. ¿Ha sido arrestado o detenido por comportamiento violento?

14. ¿Has estado en la cárcel por alguna razón?

15. ¿Ha estado en libertad condicional por alguna razón?

16. ¿Tienes acceso a armas?

Evaluación del uso de sustancias

1. ¿Cree que puede tener un problema con el consumo de alcohol o drogas?

2. ¿Alguna vez ha sido tratado por abuso de alcohol o drogas?

3. ¿Ha consumido drogas callejeras en los últimos 3 meses?

4. ¿Alguna vez ha abusado de los medicamentos recetados?

Nombra las sustancias que has probado y la fecha en que las usaste por última vez.

Lista de verificación de síntomas

Por favor, compruebe cualquier síntoma que haya experimentado en el último mes:

- Agresivo
- Apatía
- Asalto
- dificultad para permanecer dormido
- caída en el funcionamiento
- Llanto frecuente
- Irritabilidad
- sentirse desconectado
- Pérdida de intereses
- nervioso o sospechoso de los demás
- cambios de humor
- Paranoia
- Comportamiento peculiar o poco característico
- problemas para pensar o concentrarse
- Inquieto
- retiro
- Otros (especificar)

Acuerdo de honorarios del cliente y consentimiento informado

Nuestro personal se compromete a brindarle un servicio profesional. El pago regular de su factura se considera una parte importante de su proceso de asesoramiento. Para que nuestro trabajo conjunto sea productivo, es importante que las expectativas estén claramente definidas.

Lo que puede esperar de nosotros:

- Las sesiones de terapia suelen durar 45 minutos.
- La información que comparta con nosotros se mantendrá confidencial (las excepciones se explican a continuación).
- Para notificarle lo antes posible si tenemos que cancelar o reprogramar su cita.
- Hacer todo lo posible para llegar a tiempo a sus citas y devolver sus llamadas telefónicas lo antes posible.
- Trabajar con usted para establecer metas alcanzables y ayudarlo a progresar hacia estas metas.

Lo que esperamos de usted:

- Participar activamente en el establecimiento de sus objetivos de terapia y trabajar hacia ellos.
- Para asistir a las citas programadas. **En el caso de que necesite cancelar o reprogramar su cita, requerimos un aviso de 24 horas.** Póngase en contacto con nuestra oficina durante el horario normal de oficina o llamando y dejando un mensaje después del horario de atención.
- **Si no se presenta o cancela dentro de las 24 horas de una cita programada, se le cobrará una tarifa de cancelación de \$10.00.** Todas las tarifas deben pagarse antes de que se programe otra cita. Después de dos ausencias consecutivas o cancelaciones para una cita programada, ya no podremos proporcionar más servicios.
- Asumir la responsabilidad financiera manteniendo su cuenta actualizada. **El pago se espera en el momento del servicio.** Si no puede pagar la tarifa, debe hacer arreglos para pagar el saldo en su totalidad en su próxima cita programada. Si después de dos sesiones su cuenta no está al día, no se programará una tercera cita hasta que el saldo de esa cuenta se pague en su totalidad.

Confidencialidad

Su derecho a la privacidad y confidencialidad está altamente salvaguardado en Caridades Católicas. Solo su permiso por escrito nos permitirá compartir información sobre cualquier cosa que haya ocurrido durante su contacto con nosotros. Las notas del personal son totalmente confidenciales. **Las excepciones son:**

- Todos los consejeros son reporteros obligatorios para el abuso infantil y el abuso de adultos ancianos / dependientes
- Los clientes que amenazan con hacerse daño a sí mismos o a otra persona y al terapeuta evalúan el caso como de "alto riesgo"
- En ciertas situaciones, se puede requerir que el terapeuta responda a una citación.
- Consulta clínica

Pago y tarifas

Aceptamos pagos de la mayoría de las principales compañías de seguros. Consulte con su compañía de seguros y trabaje con nuestro personal con respecto a la cobertura de su póliza para asesoramiento de salud mental / conductual. Si está cubierto por el seguro, es nuestra política facturar a su proveedor de seguros o cobrarle la tarifa por hora completa de \$ 125 por los servicios que recibe. Usted es financieramente responsable de cualquier cantidad no cubierta por su contrato de seguro. Los deducibles y copagos del seguro vencen en el momento de su cita.

Si no está cubierto por el seguro, Caridades Católicas utiliza una escala de tarifas móvil que se basa en el ingreso familiar bruto anual total y el número de personas que residen en el hogar. Esta tarifa se determinará en su primera cita y puede ajustarse si las circunstancias cambian. Caridades Católicas acepta pagos en efectivo, cheque, giro postal o con tarjeta de crédito / débito. No aceptamos tarjetas de gastos flexibles.

Acepto pagar la cantidad no cubierta por mi compañía de seguros por los servicios prestados por Caridades Católicas (para obtener más información sobre la cobertura del seguro, llame a su proveedor de seguros).

o

No tengo seguro de salud y estoy usando la escala de tarifas móvil. Acepto pagar \$ _____ por sesión por los servicios prestados por Caridades Católicas, y entiendo que esta cantidad podría cambiar si mis ingresos o número de dependientes cambian, o por cambios regulares en la escala de tarifas móviles de Caridades Católicas.

Nombre impreso

Fecha de firma

Si el cliente es menor de 18 años:

Nombre impreso del padre/tutor legal

Fecha de firma de los padres/tutores legales

Fecha de las credenciales de firma del terapeuta

Servicios de Consejería de Caridades Católicas Reconocimiento del manual

He sido informado de mis derechos y responsabilidades. Reconozco al firmar este formulario que he recibido una copia del Manual del Cliente de Caridades Católicas que incluye:

- Declaración de la misión
- Ubicaciones del programa y horarios de operaciones
- Derechos y responsabilidades del cliente
- Derecho de los clientes y las caridades católicas a rechazar los servicios
- Alta y terminación de servicios
- Servicio a menores sin el consentimiento de los padres
- Quejas y apelaciones
- Denuncia obligatoria de abuso infantil
- Política/Práctica de Apoyo al Comportamiento y Gestión
- Deber de advertir
- Aviso de la Ley de Privacidad

Nombre impreso

Fecha de firma

Si el cliente es menor de 18 años:

Nombre impreso del padre/tutor legal

Fecha de firma de los padres/tutores legales

Fecha de las credenciales de firma del terapeuta

Información de seguros

Compañía de seguros primaria

Nombre de la aseguradora principal (nombre de la empresa)

Dirección del titular de la póliza City State Zip

Número de grupo de número de directiva

Apellido del asegurado Nombre Segundo Inicial Fecha de Nacimiento

Número de Seguro Social del Empleador del Titular de la Póliza

Relación con el titular de la póliza: Auto cónyuge hijo otro

Compañía de seguros secundaria

Nombre de la aseguradora secundaria (nombre de la empresa) Monto del copago de la oficina

Dirección City State Zip

Número de grupo de número de directiva

Apellido del asegurado Nombre Segundo Inicial Fecha de Nacimiento

Número de Seguro Social del Empleador del Titular de la Póliza

Relación con el titular de la póliza: Auto cónyuge hijo otro

Autorización

Autorizo a Caridades Católicas a divulgar cualquier Información de Salud Protegida (PHI) necesaria para procesar reclamos de seguro por servicios recibidos en Caridades Católicas. A menos que yo lo autorice explícitamente, las Notas de Psicoterapia no se divulgarán a mi compañía de seguros o compañía de atención administrada. Además,

autorizo el pago de los beneficios a los que tengo derecho de cualquier compañía de seguros a Caridades Católicas por los servicios descritos en cualquier reclamo de seguro presentado en mi nombre. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cantidad no cubierta por mi contrato de seguro.

Nombre impreso

Fecha de firma

Sí el cliente es menor de 18 años:

Nombre impreso del padre/tutor legal

Dirección City State Zip Code Phone

Fecha de firma de los padres/tutores legales

()