

# Innovations Counseling and Consulting PLLC

## Información del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_  
Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_ Soltero (a) \_\_\_\_ Casado (a) \_\_\_\_ Divorciado (a) \_\_\_\_ Separado (a) \_\_\_\_ Viudo (a) \_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_ Como se informo acerca de nuestros servicios: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Le gustaría recibir nuestro boletín informativo? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Que medio de comunicación o que numero teléfono prefiere que usemos para comunicarnos con usted: Casa \_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_  
Celular \_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_  
En caso de Emergencia contactar a:  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono Casa \_\_\_\_\_

## Persona Responsable por esta cuenta? Persona con seguro medico?

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_  
Nombre de la compañía de Seguro y numero de póliza #: \_\_\_\_\_  
Teléfono del departamento de Salud Mental del seguro medico: numero: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Trabajo \_\_\_\_\_  
Teléfono Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

## Consentimiento y Liberación de Responsabilidades:

- ❖ Yo autorizo que mi información sea compartida con compañías de seguro medico y otros profesionistas de la salud.
- ❖ Yo autorizo que la compañía de mi seguro medico pague directamente al proveedor de servicios de acuerdo a los beneficios.
- ❖ He sido informado acerca de las pautas y reglas de HIPAA relacionadas con la confidencialidad de los expedientes médicos.
- ❖ Yo soy responsable por el pago de cualquier cargo por los servicios recibidos.
- ❖ Me doy por enterado (a) que si necesito posponer o cancelar una cita debo notificar a su oficina con mas de 24 horas antes.

X \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente o Persona Responsable**

**Fecha**

**\*\*\*Por favor Proporcione su Tarjeta de Seguro Medico y su Licencia de Manejar para Verificación de Beneficios e Identidad\*\*\***

# Innovations Counseling and Consulting PLLC

## Autorización de Tarjeta de Crédito

(El método de pago preferible es con Tarjeta de Crédito o de ser necesario retener un cheque en su expediente)

**Por favor no agregue ningún comentario en esta página de este documento.** Es su consentimiento el hacer pagos por los servicios prestados y su tratamiento es condicional y depende de su firma de consentimiento sin ninguna modificación en esta forma. Este documento será guardado en su expediente clínico y puede ser actualizado en cualquier momento.

En caso de que usted pierda o deje de cancelar una cita en el periodo de 24 horas antes de su cita o un cheque sea rechazado por falta de fondos se le cobrara la tarifa de la sesión.

Un costo adicional de \$25 se le cobrara en caso 1.) cheques rechazados, y 2.) incorrectos cobros pasados.

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo que Innovations Counseling and Consulting PLLC cargue a mi tarjeta de crédito la tarifa usual por los servicios profesionales prestados incluyendo:

- ❖ Citas/o gastos que yo elija pagar con tarjeta de crédito
- ❖ Citas perdidas
- ❖ Consultas por teléfono o correo electrónico
- ❖ Citas que he cancelado con menos de 24 horas de notificación
- ❖ Cheques que han sido rechazados por falta de fondos
- ❖ Honorarios no cubiertos por seguro medico o pagos hechos al paciente en lugar de al proveedor

Tarjeta de Crédito/Tarjeta de Debito (indique una):

Visa       MasterCard       Discover       American Express

Tarjeta # \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Verificación/Código de Seguro (código de 3 dígitos en la parte de atrás de su tarjeta por la línea de su firma): \_\_\_\_\_

Nombre como aparece en su Tarjeta: \_\_\_\_\_

Dirección de cobro: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Con mi firma yo autorizo que Innovations Counseling and Consulting PLLC cargue a mi tarjeta de crédito la tarifa usual por los servicios profesionales rendidos según previamente descrito.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Escrito con letra de molde: \_\_\_\_\_

# Innovations Counseling and Consulting PLLC

## Formulario de Consentimiento del Paciente

❖ **Por favor no agregue ningún comentario en esta página de este documento. Es su consentimiento para recibir servicios de psicoterapia y su tratamiento es condicional y depende de su firma de enterado (a) sin ninguna modificación en esta forma.**

❖ Yo entiendo que los terapeutas ejercen bajo las regulaciones estatales y federales con respecto a la salud, y la confidencialidad (Generalmente conocida como regulaciones de HIPPA) y se me ha proveido una copia de este documento en esta oficina y en la página de internet.

❖ Yo entiendo que si me es dada una asignación con la cual yo esté en desacuerdo moralmente, éticamente, espiritualmente, o emocionalmente, tengo el derecho de no proceder con la asignación. Yo entiendo que si tengo mis reservas con respecto al progreso terapéutico, tengo el derecho de hablar sobre ellas.

❖ Yo entiendo que en ciertas ocasiones es necesario infringir los parámetros de confidencialidad. Estos son: a) Si yo firmo un formulario de consentimiento o autorizo verbalmente a mi consejero para divulgar mi información a alguien mas, b) El consejero determina que su cliente es una amenaza para si mismo o para alguien más, c) Mi consejero recibe orden de la corte para revelar información, o d) Mi consejero sospecha que existe algún tipo de abuso infantil/ancianos, se le notificara a la agencia de servicios de protección de menores/ancianos.

❖ Yo entiendo que el proceso de consejería puede mejorar tanto como alterar el equilibrio de cualquier persona, relación, o familia.

❖ Yo entiendo que si tengo una queja que no puedo resolver con mi consejero (a) y deseo proceder a someter una queja formal, puedo contactar al Texas State Board of Examiners of Licensed Professional Counselors al 1-800-942-5540.

❖ **HONORARIOS:** Yo entiendo que soy responsable por todos los cobros que mi aseguranza no cubra, o reusé pagar y que las sesiones duran 45 minutos y el costo es de \$135.00 por sesión (o la tarifa de contrato con la aseguranza) con un LPC, \$80.00 por sesión con un LPC-Intern, y \$30.00 por sesión con un estudiante practicante y que los honorarios y gastos deberán ser pagados al mismo tiempo de recibir los servicios. Asistencia para llenar o generar documentos o cartas profesionales, documentación, formas de desabilitacion a corto tiempo, y otro tipo de documento puede ser obtenido por un costo de \$60.00 en adelante según la complejidad del trabajo. Yo entiendo que hay un cobro de \$25.00 por cada cheque que sea rechazado por falta de fondos y que si el cheque que ha sido rechazado no es pagado en un periodo de 30 días mi consejero (a) someterá una demanda con el Harris County District Attorney's Office. Yo entiendo que si no cancelo o pospongo una cita con 24 horas de anticipación se me cobrara por la sesión y tendré que pagar estos cobros antes de hacer otra cita. El método preferido de paga es Tarjeta de Crédito pero se puede retener un cheque en su expediente en la oficina del proveedor.

❖ Yo entiendo que mi terapeuta no es psiquiatra, el/ella es terapeuta certificado (a) con Maestría, y como tal no puede recomendar o prescribir medicamento, no obstante puede recomendar que el cliente busque evaluación médica con un medico.

**Firmando abajo reconozco que he leído y estoy de acuerdo con la información que he recibido.**

---

Firma del Paciente o Persona Responsable

---

Fecha Recibida

# Innovations Counseling and Consulting PLLC

## FORMA DE INFORMACION SOBRE EL NIÑO/A

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de 1er cita \_\_\_\_\_ Terapeuta \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_ sexo: niño \_\_\_\_\_ niña \_\_\_\_\_

### Historial Medico

Nombre del doctor general: \_\_\_\_\_

Dirección del doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Muchas compañías de aseguransa requieren que tengamos comunicación con el doctor del cliente para coordinar el cuidado del niño/a. ¿Usted nos da permiso de comunicarnos con el doctor mencionado? (Marque uno) SI NO

Favor de firmar aquí: \_\_\_\_\_

Fecha de la ultima evaluación medica: \_\_\_\_\_ Fecha de la próxima cita: \_\_\_\_\_

Anote los medicamentos que se están tomando actualmente:

- 1) \_\_\_\_\_ dosis/frecuencia \_\_\_\_\_ fecha de inicio \_\_\_\_\_ razón \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_ dosis/frecuencia \_\_\_\_\_ fecha de inicio \_\_\_\_\_ razón \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_ dosis/frecuencia \_\_\_\_\_ fecha de inicio \_\_\_\_\_ razón \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_ dosis/frecuencia \_\_\_\_\_ fecha de inicio \_\_\_\_\_ razón \_\_\_\_\_

Recetado por: \_\_\_\_\_

¿Ha sido hospitalizado su hijo/a por razones medicas o psiquiatricas? (Marque uno) SI NO

Hospital	Mes / Año	Razón
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Describe cualquier detalle del historial medico de su hijo/a, como enfermedades crónicas u otro problema medico:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describe cualquier problema medico o historial medico importante sobre los familiares cercanos del su hijo/a. (Por ejemplo diabetes o cáncer): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Su hijo/a tiene algún familiar cercano (madre, padre, hermano/a, abuelo/a) que haya sufrido de depresión, ansiedad u otra dificultad emocional?:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Innovations Counseling and Consulting PLLC

## INFORMACION ESCOLAR

¿Su hijo/a tiene algún problema de desarrollo, académico o de conducta mientras esta en la escuela? ¿Que tal con sus compañeros o con sus maestros? (Marque uno) SI NO Si su respuesta es si, explique:

¿Cual fue el ultimo grado / año escolar que completo su hijo/a? \_\_\_\_\_ ¿A que escuela asiste su hijo/a?  
\_\_\_\_\_ Esta educando a su hijo/a formalmente en su casa? (Marque uno) SI NO

Favor de marcar la información que se aplica a los padres biológicos de su hijo/a:

MADRE	<input type="checkbox"/> vive	Padre	<input type="checkbox"/> vive
	<input type="checkbox"/> falleció		<input type="checkbox"/> falleció
	<input type="checkbox"/> casada		<input type="checkbox"/> casado
	<input type="checkbox"/> divorciada		<input type="checkbox"/> divorciado
	<input type="checkbox"/> volvió a casarse cuantas veces _____		<input type="checkbox"/> volvió a casarse cuantas veces _____

Con quien vive su hijo/a: \_\_\_\_\_

¿Hay alguna orden de custodia o visita puesta por la corte en este momento? Favor de explicar:

### \* Please copy orders to be placed in client's file. (Office Use)

¿Su hijo/a considera alguien mas como su madre o padre en su vida? Si es así, a quien? \_\_\_\_\_

Describa su relación con su hijo/a:

Actualmente: \_\_\_\_\_

En el pasado: \_\_\_\_\_

Describa la relación de su hijo/a con su otro padre:

Actualmente: \_\_\_\_\_

En el pasado: \_\_\_\_\_

Anote los nombres y edades de los hermanos de su hijo/a:

Nombre	Edad	Relación (biológica, hermanastro, medio hmno., etc.)	Vive con:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Describa cualquier problema que haya ocurrido en la familia de su hijo/a relacionado con:

Abuso de drogas / alcohol: \_\_\_\_\_

Abuso sexual / físico / emocional: \_\_\_\_\_

Otras personas viviendo en el hogar de su hijo/a:

Nombre	Edad	Relación	Año escolar / ocupación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

# Innovations Counseling and Consulting PLLC

## ESTATUS MENTAL

Favor de marcar cualquiera de los siguientes síntomas que muestra su hijo/a últimamente:

triste  ansioso  deprimido  asustado  culpable  enojado  avergonzado  agresivo  
 rencoroso  lloroso  irritable  confundido  cambios de animo extremos  celoso  desahuciado

Describe cualquier comportamiento que ha demostrado su hijo/a que le preocupa: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a ha tenido un cambio en sus hábitos de sueño? (Marque uno) SI NO Favor de explicar: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a ha tenido un cambio en sus hábitos de alimentación? (Marque uno) SI NO Favor de explicar : \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a ha considerado suicidarse en conexión con su problema actual? (Marque uno) SI NO

Si su respuesta es si, explique y agregue fechas: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a considerado suicidarse en el pasado? (Marque uno) SI NO

Si su respuesta es si, explique y agregue fechas: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a ha intentado herir a personas o animales últimamente o en el pasado? (Marque uno) SI NO

Si su respuesta es si, explique: \_\_\_\_\_

## NIVEL DE ACTIVIDAD

Favor de explicar las actividades en las que participa su hijo/a: \_\_\_\_\_

¿Quien esta en el circulo social de su hijo/a? \_\_\_\_\_

Favor de explicar el nivel de actividad fisica de su hijo/a? Please \_\_\_\_\_

¿Cuanto tiempo pasa su hijo/a jugando en la computadora, viendo TV, o jugando video juegos?: \_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra información tocante su hijo/a que quisiera compartir que no cubrió este documento?

Favor de anotar las metas que usted tiene para su hijo/a viniendo a terapia:

Gracias