

Innovations Counseling and Consulting PLLC

Informacion 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 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

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 confidencialidad (Generalmente conocida como regulaciones de HIPPA) y se me ha previsto de 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 más, 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

Su tratamiento es condicional y depende de su firma en este formulario de consentimiento sin ninguna modificación.

Innovations Counseling and Consulting PLLC

CUESTIONARIO ACERCA DEL PACIENTE

Educación:

A qué escuela fue? _____

Asistió a la Universidad/Educación profesional?

Donde?, Carrera/ diploma obtenido? _____

Tiene planes para avanzar su educación? _____ Si es así, describa? _____

Acercas de sus Relaciones interpersonales:

Por favor provea una lista de su matrimonio (s) o pareja (s)

	Nombre de su pareja	Año en que comenzó la relación	Año en que terminó la relación	Se caso con esta persona?	Hijos nacidos de esta relación y sus edades
#1					
#2					
#3					
Incluya todas las personas que viven con usted					

Acercas de su Familia:

Pariente	Nombre	Aun vive?	Edad, o edad cuando murió	Ocupación	Describe su Relación
Padre					
Madre					
Hermano (s)					
Hermana (s)					
Otra persona significativa?					

Innovations Counseling and Consulting PLLC

ACERCA DE SUS SINTOMAS O PROBLEMAS

Por favor indique todos los síntomas/problemas que actualmente este presentando o áreas en las que este teniendo dificultad, siéntase libre de agregar cualquier otro, al final otros síntomas y problemas

Abuso– emocional	Gastos compulsivos	Auto Destruccion – Quemaduras
Abuso – negligencia	Impulsividad	Auto Destruccion – Flajelacion
Abuso – fisico	Indecision	Auto Destruccion – Otro
Abuso – sexual	Sentimientos de Inferioridad	Auto Destruccion– Rasgunos
Agresion	Inhibiciones	Egocentrismo
Ira	Conflictos Interpersonales	Auto-control
Ansiedad	Irresponsabilidad	Auto-estima
Discusiones	Irritabilidad	Auto-negligencia
Problemas de atencion	Problemas de Juicio	Separacion
Profesion	Pereza	Conflictos Sexuales
Problemas de la infancia	Cuestiones Legales	Diferencias de Deseo Sexual
Cuido – Ninos	Soledad	Dysfuncion Sexual
Custodia – Ninos	Perdida de Control	Otros problemas sexuales
Supervision – Ninos	Perdidas	Timidez
Decisiones que a tomado	Poca Energia	Sueno – insomnia
Codependencia	intolerancia a la Frustracion	Sueno – Pesadillas
Gasta dinero Compulsivamente	Bajos Ingresos	Sueno – muy poco
Falta de concentracion	Bajo estado de Animo	Sueno – demasiado
Confusion	Frialdad en el Matrimonio	Ser Padrastro/Madrastra
Llora constantemente	Conflicto en el Matrimonio	Estres
Muerte	Distancia en el Matrimonio	Manejo de Estres
Deudas	Infidelidad/relacion extramarital	Pensamientos de Suicidio
Tomar decisiones	Problemas Medicos	Suspicasia
Ilusiones – ideas falsas	Problemas con la Memoria	Problemas de Temperamento
Dependencia	Menopausia	Tension/estres
Depresion	Problemas de menstruacion	Pensamientos desorganizados
Distraccion	Confusion de Sentimientos	Amenazas de violencia
Divorcio	Cambios de Estado de Animo	Cansancio
Abuso de Drogas– sin receta	Motivacion	Uso de Tabaco
Abuso de Drogas – con receta	Luto	Violencia
Abuso de Drogas – ilegales	Obsesiones	Violencia – victima de un crimen
Abuso de Drogas – Alcohol	Arranques	Problemas Laborales/Trabajo
Alimentacion – poco apetito	Sensibilidad a la Critica	Problemas de Peso/Dieta
Alimentacion – provocar vomito	Sensibilidad al Rechazo	Aislamiento
Alimentacion – Glotoneria	Panico o Ataques de ansiedad	Problemas de Empleo
Alimentacion – de menos	Ser Padre	Empleo – falta
Siente un vacio	Perfeccionista	Empleo – trabajo en exceso
Fracaso	Pesimismo	Empleo – desocupacion
Fatiga	Fobias	Otros problemas:
Temores	Problemas Fisicos	
Problemas Financieros	PMS	
Problemas con Amistades	Falta de Cuidado Personal	
Juego/Apuestas	Posponer	
Metas no obtenidas	Problemas de Pareja	
Duelo	Relajacion	
Culpa	Volverse a Casar	
Dolores de cabeza, malestares	Tomar riesgos	
Salud	Tristeza	
Hostilidad	Problemas Escolares	

Innovations Counseling and Consulting PLLC

La siguiente información servirá en caso de que sea necesario contactar a su medico o psiquiatra. Por favor asegúrese que la información este correcta. Le agradecemos por proveernos con esta información para poder asistirlo (a).

Sobre su salud:

Quien es su Medico? _____ **Ultima Visita:** _____

Teléfono/Dirección _____

Problemas Médicos? _____

Medicamentos Recetados _____

Quien es su Psiquiatra? _____ **Ultima Visita:** _____

Teléfono/Dirección _____

Razón/problema? _____

Medicamentos Recetados _____

Usted a consultado con un consejero /terapista previamente? _____ **Nombre:** _____

Teléfono/Dirección (si es reciente) _____

Razón de su consulta: _____

Sufre usted de alguna condición crónica medica o de salud mental? _____. Si es así, por favor indique: _____

Incluya todas las enfermedades, accidentes importantes y lesiones, cirugías, hospitalizaciones, periodos donde haya perdido la razón, convulsiones/ataques epilépticos y cualquier otra condición médica que haya tenido: _____

Incluya **todos** los medicamentos o drogas (recetadas o allégales) que usted consuma o haya consumido en el ultimo ano: _____