

FORMULARIO DE INFORMACION DEL CLIENTE

Este formulario debe ser completado por el adulto que será responsable por la persona principal que recibe servicios. Su nombre debe escribirse en el espacio abajo. Si la persona principal que será el enfoque de servicios (es decir, el cliente) es un niño/adolescente menor de 18 años de edad, escribe su nombre en la sección "Otros Miembros de la Familia" a continuación. Toda la información será tratada de forma confidencial.

Nombre del Adulto responsable (Sr) (Sra) (Srta) _____ Fecha _____
Marque Uno Por favor imprimir

Dirección _____

Ciudad, Estado, y código postal _____

Teléfono Principal _____ *Está bien llamar? () Si () No*

Teléfono Secundario _____ *Está bien llamar? () Si () No*

Estado Matrimonial: Soltero/a _____ Casado/a _____ Cuánto tiempo? _____ Separado _____
 Divorciado/a _____ Viudo/a _____ Conviviendo _____

Su fecha de nacimiento _____ Nombre de su pareja _____ Fecha de nacimiento de su pareja _____

Empleador _____ Posición _____

Empleador (de su pareja, si corresponde) _____ Posición _____

(Opcional) Preferencia Religiosa _____ Miembro de que iglesia? _____

Otros Miembros de la Familia *(Si el cliente/paciente es un niño/a menor de 18 años de edad, escribe su nombre a continuación, junto con los miembros de la familia)*

| Nombre | Relación | Fecha de Nacimiento | Edad |
|--------|----------|---------------------|------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |

Persona a contactar en caso de emergencia: Nombre _____

Dirección _____ Teléfono _____

Nombre de la persona principal que va a recibir servicios (cliente): _____

Número de Seguro Social de la persona en la línea anterior (cliente): _____ -- _____ -- _____

Describe brevemente el problema principal por el cual usted está buscando servicios: _____

¿La persona que va a recibir los servicios (cliente / paciente) alguna vez ha recibido tratamiento de salud mental?
Sí () No ()

Con quién? _____ Cuando? _____

Medicamento recetado (si hubiera): _____

Cual medicamento está siendo recetado actualmente para el cliente/paciente? _____

Doctor _____ Otro médico (s) _____

INFORMACION FINANCIERA –

La tarifa estándar es de \$150.00/las entrevistas de evaluación, \$120.00/sesión regular. Su tarifa puede ser ajustada de acuerdo a una escala proporcional determinado por los ingresos brutos anuales. El pago se debe en el momento de la visita.

1. Sus ingresos brutos anuales: \$ _____

2. Ingresos brutos anuales de su esposo/a \$ _____

3. Ingresos anuales de otras fuentes (i.e. inversiones, acciones, bonos, ahorros, etc.)..... \$ _____

Total \$ _____

El pago será cancelado por _____ Efectivo _____ Cheque _____ Master Card/ Visa

Habra un cargo de \$20.00 por cheques devueltos.

INFORMACIÓN DEL SEGURO - Toda la información a continuación debe ser completada. Nota importante! En ocasiones, el seguro no cubrirá los servicios, incluso si una "autorización" de la compañía de seguros ha sido obtenida antes. En estos casos, la tarifa se basa en la información que se le proporciona en la sección anterior (es decir, ya sea de escala proporcional o tarifa estándar).

1. Compañía de seguros primaria _____

Nombre del asegurado _____

Dirección del asegurado (si es diferente de la página 1) _____

de seguridad social del asegurado(social security #) _____ -- _____ -- _____ Fecha de Nacimiento del asegurado: ____ / ____ / ____

Nombre del plan de seguros _____ Empleador del asegurado _____

Monto del deducible anual _____ Cuanto de su deducible ha pagado este año? _____

Tiene el cliente cobertura bajo otra póliza de seguros? Sí () No () Si responde sí, continúe con pregunta 2.

2. Compañía de seguros secundaria _____ Numero de Póliza o del grupo _____

Nombre del asegurado _____ Nombre del plan de seguros _____

Dirección del asegurado (si es diferente de la página 1) _____

Fecha de Nacimiento del asegurado: ____ / ____ / ____ SS# del asegurado _____ -- _____ -- _____ Empleador: _____

Monto del deducible anual \$ _____ Cuanto de su deducible ha pagado este año? _____

Firma del Asegurado o Persona Autorizada: Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otra información necesaria para procesar reclamos de seguro en representación del paciente. Yo autorizo el pago de beneficios médicos a AGAPE por los servicios prestados.

Firma _____ Fecha _____

Escala de Calificación de Síntomas de AGAPE

Califica todos los síntomas que se aplican de 0 a 5 según la gravedad, 0 significa que es bajo y 5 es alto. Los síntomas nominales deben ser las relativas a la persona que va a recibir servicios de consejería. Su consejero revisará y comentará sus respuestas con usted durante la entrevista de admisión.

Nombre del **cliente**: _____ Fecha de hoy: _____

Síntomas emocionales: (Califica todos los síntomas que se aplican de 0 a 5)

__ ira __ depresión __ ansiedad __ cambios extremos de estado de ánimo
__ agitación __ preocupación __ frustración __ inutilidad
__ desesperación __ miedo __ apatía __ falta de emociones
__ culpa __ otros (explique) _____

Síntomas mentales: (Califica todos los síntomas que se aplican de 0 a 5)

__ problemas de concentración __ inatención __ problemas de memoria
__ dificultades haciendo decisiones __ distraído/a __ pensamientos acelerados
__ pensamientos no deseados repetidos __ otros (explique) _____

Síntomas físicos: (Califica todos los síntomas que se aplican de 0 a 5)

__ cambio en apetito __ problemas para dormir __ tensión muscular
__ tendencia a llorar, llanto __ aumento del ritmo cardiaco/palpitaciones __ traspiración, escalos fríos
__ malestar estomacal o intestinal __ dolores de cabeza frecuentes o severos __ dolor del cuerpo/insensibilidad
__ otros (explique) _____

Síntomas de comportamiento: (Califica todos los síntomas que se aplican de 0 a 5)

__ hiperactividad __ impulsividad __ atracones de comer/comer en exceso __ gesto o intento suicida
__ vomito inducido __ aislamiento __ discutiendo __ el aumento del uso de alcohol
__ combativo/agresión __ desorganizado/a __ oposicional/rebelde __ autolesiones
__ mentiras/engaños __ evitación de los estudios o trabajo
__ otros (explique) _____

Notas (para uso del terapeuta):

Antecedentes del Cliente de AGAPE

Por favor complete el siguiente con respecto a la persona que va a recibir servicios. Use el reverso del formulario si necesita más espacio.

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Hoy: _____

Antecedentes Médicos (lista de las enfermedades mayores, hospitalizaciones, cirugías, etc., incluir fechas)

1. _____
2. _____
3. _____

Antecedentes de terapia o cuidado psiquiátrico:

| | <u>Proveedor (terapeuta u oficina)</u> | <u>Fechas Approx.</u> | <u>Naturaleza del problema</u> |
|----|--|-----------------------|--------------------------------|
| 1. | _____ | _____ | _____ |
| 2. | _____ | _____ | _____ |
| 3. | _____ | _____ | _____ |

Antecedentes familiares de problemas emocionales, problemas de conducta, psicológico, o de alcohol/drogas:

| | <u>Miembro de la Familia (Relación a la persona buscando servicios de AGAPE)</u> | <u>Naturaleza del problema</u> |
|----|--|--------------------------------|
| 1. | _____ | _____ |
| 2. | _____ | _____ |
| 3. | _____ | _____ |

Antecedentes Laborales (lista de los trabajos principales, comenzando con el más reciente, incluye fechas aproximadas)

1. _____
2. _____
3. _____

Counselor's Notes:

Acuse
de Recibo por Servicios
Y Notificación HIPAA

Su firma indica que ha recibido el **ACUERDO DE TERAPEUTA - CLIENTE** y acepta ser un cliente de AGAPE bajo los términos del **ACUERDO**. Esto incluye pero no se limita a los puntos indicados a continuación. Por favor refiérase al **ACUERDO** para más detalles o pregunte a su terapeuta por cualquiera cosa que no está clara. Al firmar este documento usted:

- 1) reconoce que ha tenido acceso al documento de AVISO HIPAA (una copia del aviso está disponible en el área de recepción y también se encuentra en la sala de espera)
- 2) permite a AGAPE a divulgar información acerca de usted y de los servicios que se prestaron como sea necesario para procesar reclamos de seguro o para cobrar las cuotas/pagos atrasadas
- 3) reconocer su responsabilidad de informar a AGAPE inmediatamente de cualquier cambio en su situación financiera o del estado de su seguro que afecta a su cobertura, beneficios, copagos o cuotas. Usted reconoce su responsabilidad por los costos/gastos no cubiertos por su seguro
- 4) reconoce y entiende que el personal de AGAPE debe tomar medidas para proteger a las graves amenazas a la vida o la seguridad de otros. Esto incluirá reportar sospechas de abuso de un niño o adulto vulnerable, tomando todas las medidas razonables para evitar que las amenazas de violencia contra los demás se lleven a cabo. Usted además reconoce que AGAPE divulgará información acerca de usted cuando sea necesario para cumplir con otros requisitos legales, como responder a las peticiones ordenadas por la corte de divulgar a los archivos de tratamiento.

Escriba el nombre del paciente / cliente aquí: _____

Firma del paciente/cliente (o del pariente/guardián)

(Fecha)