



FORMULARIO DE INFORMACION DEL CLIENTE

*Este formulario debe ser completado por el adulto que será responsable por la persona principal que recibe servicios.
Toda la información será tratada de forma confidencial.*

Nombre del Cliente: _____ Fecha _____
Por favor imprimir

Fecha de Nacimiento: _____ Género: _____ Estado Matrimonial: _____

Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

(Opcional) Preferencia Religiosa _____

ADULTO RESPONSABLE *(Si el cliente es menor de 18 años, provea la información del padre/adulto legalmente responsable)*

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Género: _____ Estado Matrimonial: _____

Relación con el cliente: _____

EN CASO DE EMERGENCIA: Porfavor contactar a: _____

Relación con el cliente: _____ Número de Teléfono _____

SI USTED ESTA UTILIZANDO UN SEGURO: Por favor entregue a la recepcionista su tarjeta de seguro, si aún no lo ha hecho, para que podamos hacer una copia para su archivo. Además, recuerde que si en algún momento cambia su seguro mientras es cliente aquí, debe informarnos.

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 __ transpiración, 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 conducto, 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)



AGAPE

Love Works

Acuerdo Financiero

Entiendo que AGAPE requiere el pago antes de que comience la sesión de consejería. Me aseguraré de poder pagar antes de llegar.

También entiendo que AGAPE tiene una norma de cancelación tardía de 24 horas. Si cancelo una cita después del plazo de 24 horas, mi consejero me cobrará \$40. Si se debe a una enfermedad repentina o una emergencia, el consejero lo tomara en cuenta.

Si no me presento a una cita programada, se me cobrará la tarifa de \$40.

Entiendo esta norma y estoy de acuerdo.

Nombre Imprimido

Firma

Fecha