



Client Name:

FORMA DEMOGRÁFICA

(Por favor, imprimir)

Fecha de hoy:		Número de cliente:				
INFORMACIÓN DEL CLIENTE						
Apellido del cliente: [nombre del cliente]		Primero:	Medio:	<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Dr.	<input type="checkbox"/> Extrañar <input type="checkbox"/> Ms.	Estado civil (círculo uno) Single / Mar / Div / Sep / Wid
Lengua Primaria	Raza:	Etnicidad		Fecha de nacimiento: / /	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección de la calle:			Teléfono de casa no.: ()	Número de teléfono celular: ()		
Caja de P.O. Caja:	Ciudad:	Estado:		Código postal:		
Ocupación:	Empleador / Escuela:			Grado más alto completado:		
Eligió la clínica porque/ Referido a la agencia por (marque una casilla):						
<input type="checkbox"/> Familia		<input type="checkbox"/> Amigo		<input type="checkbox"/> Cerca de casa/trabajo		
<input type="checkbox"/> Páginas Amarillas		<input type="checkbox"/> Otros		<input type="checkbox"/> Dr.		
<input type="checkbox"/> Plan de seguro		<input type="checkbox"/> Hospital		¿Motivo de la remisión?		

INFORMACIÓN ADICIONAL			
Nombre del tutor legal:	Relación con el cliente:	Dirección (si es diferente):	teléfono no.: ()
Participación DCF? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del trabajador social:	Número de teléfono del trabajador social: ()	
¿Alguna mascota en la casa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Participación legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del oficial de libertad condicional:	Teléfono de libertad condicional no.: ()
¿Algún otro proveedor actual o reciente de Salud Mental, Salud del Comportamiento o Tratamiento de Sustancias?			

EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre del Amigo o Pariente Local al que le gustaría que nos comuniquemos en caso de emergencia:	Relación con el cliente:	Teléfono de casa no.: ()	Teléfono de trabajo no.: ()

ACUERDO FINANCIERO
Acuerdo financiero - La información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo que mis beneficios del seguro se paguen directamente a la práctica. Entiendo que soy responsable financieramente de, y estoy de acuerdo en pagar, cualquier saldo o co-pagos en mi cuenta. También autorizo a LUKAS COUNSELING CO o a mi compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos. Si pierdo, o elijo no usar mi seguro, mi tarifa de auto-pago para terapia individual es de \$ VER SITIO WEB por hora, debido al momento del servicio. Si decido pagar yo mismo, se proporcionará un desglose adicional de las tarifas de los servicios. Estoy de acuerdo en que debo revelar a mi terapeuta o administrador de casos SI mi cobertura caducó o cambió al comienzo de cada mes, con el fin de evitar posibles cargos de auto-pago si su seguro es caducado o inactivo.

Client (Print)	(Sign)	Date
Guardian (Print)	(Sign)	Date
Witness (Print)	(Sign)	Date



Client Name: _____

CONSENTIMIENTO Y ACUERDO PARA LOS SERVICIOS

AUTORIDAD PARA CONSENTIR: Certifico que tengo la autoridad legal para consentir el tratamiento, la medicación, la divulgación de información y todos los asuntos legales que involucren al cliente mencionado anteriormente. Si mi estatus como tutor legal debe cambiar, notificaré inmediatamente a la agencia el nombre, dirección y número de teléfono de la persona que ha asumido la tutela del cliente mencionado anteriormente. Doy mi consentimiento para que el mencionado cliente participe en la evaluación de salud mental, tratamiento a través de Lukas Counseling LLC. Entiendo que puedo revocar el consentimiento para lo anterior en cualquier momento; sin embargo, no puedo revocar el consentimiento para las acciones que ya se han tomado. **Para los tutores que no sean biológicos o padres adoptivos:**

Mi relación con el cliente es: _____ Y he proporcionado lo siguiente jurídicamente vinculante documentación que acredite la autorización:

_____ Poder notarial _____ Orden de refugio _____ Otros: _____

ASISTENCIA / EMERGENCIAS:

Acepto notificar a mi médico clínico asignado con al menos 24 horas de antelación si no podré mantener mi cita programada (dejar un mensaje de voz, mensaje de texto o enviar un correo electrónico). Entiendo que mi médico clínico puede cerrar mi caso si tengo 3+ no se presenta/ cancelaciones dentro de un período de dos meses. Entiendo que en caso de emergencias de salud mental, debo llamar al 911 u otra fuente apropiada. Entiendo que mi médico puede no estar disponible en el momento de una emergencia. Si ocurre una emergencia, después de llamar al 911 o al número de teléfono apropiado, notificaré a mi médico que lo/la alerta de la situación. Entiendo que se puede encontrar una lista de números de teléfono de emergencia y números de teléfono de recursos comunitarios en línea en www.lukascounseling.org Entiendo que me dieron un manual con números de teléfono de emergencia que puedo usar.

UBICACIÓN DE CONSENTIMIENTO - Autorizo y doy consentimiento para que la persona mencionada arriba participe en servicios de salud mental y de salud mental y tratamiento a través de Lukas Counseling LLC en los siguientes lugares:

Escuela a domicilio: _____ Telesalud

Entiendo que recibir servicios en la escuela requiere que la información sea compartida con el personal de la escuela (como se indica en Divulgación de Información para la escuela), y las preocupaciones de seguridad y confidencialidad inherentes a los servicios basados en la escuela me han sido explicadas. **CONSENTIMIENTO DE TELESALUD - Si se comprueba arriba, entiendo y acepto recibir servicios de tele salud mental de mi terapeuta. Esto significa que mi terapeuta y yo, a través de una conexión de video interactivo en vivo, nos reuniremos para sesiones de psicoterapia programadas bajo las condiciones descritas en este documento. Comprendo los riesgos potenciales de la salud telemática, que pueden incluir lo siguiente: 1) la conexión de video puede no funcionar, o puede dejar de funcionar durante una sesión; 2) la transmisión de vídeo o audio puede no ser clara; y 3) Se me puede pedir que vaya al consultorio de mi terapeuta en persona si se determina que la salud mental a distancia no es un método de tratamiento apropiado para mí. Reconozco los beneficios de la salud mental a distancia, que pueden incluir lo siguiente: 1) reducción de costos y compromiso de tiempo para el tratamiento debido a la eliminación de los viajes; 2) capacidad para recibir servicios cerca de mi hogar o desde mi hogar; y 3) acceso a servicios que no están disponibles en mi área geográfica. Entiendo que mi terapeuta hará todos los esfuerzos para usar una tecnología compatible con HIPAA para transmitir y recibir video y audio y almacena todas las notas e información relacionada con mi tratamiento de una manera que cumpla con las leyes estatales y federales. También entiendo que, debido a COVID-19, algunas plataformas de video y todas las plataformas telefónicas no son compatibles con HIPAA. Entiendo que es mi responsabilidad asegurar que mi ubicación física durante la videoconferencia esté libre de otras personas para asegurar mi confidencialidad. Además, entiendo que grabar mis sesiones está prohibido. Entiendo que tengo la opción de solicitar tratamiento en persona en cualquier momento, y mi terapeuta ayudará a programar esto o hacer una referencia si el viaje al consultorio del terapeuta no es factible para mí. Entiendo que los proveedores más cercanos pueden no estar disponibles dependiendo de mi ubicación. Entiendo que las limitaciones a la confidencialidad con mi terapeuta incluyen la creencia razonable de que soy un peligro para mí o para otros. Entiendo que, si mi terapeuta cree razonablemente que planeo hacerme daño a mí mismo o a otra persona, mi terapeuta se pondrá en contacto con los servicios de emergencia locales para venir a mi ubicación y garantizar mi seguridad.**

PLAN DE ALTA/POSTRATAMIENTO - Si alguna vez inesperadamente pierde fondos, elijo lo siguiente:

- Pago por servicios por mi cuenta, día de servicio a la tarifa de auto pago.
- Cerrar mi caso y recibir referencias para recursos comunitarios alternativos
- Dejar en suspenso los servicios durante un mes mientras me pongo en contacto con mi compañía de seguros para que se restablezca la financiación

Manual del cliente: se me ha proporcionado una copia del manual del cliente **de Lukas Counseling LLC Health, Inc.** y cada sección se me ha explicado a mi satisfacción; incluyendo pero no limitado a Derechos y Responsabilidades, Privacidad y Prácticas, Confidencialidad, y el Procedimiento de Queja. **Al firmar a continuación, reconozco: que la información en esta página me ha sido explicada. Entiendo que puedo revocar el consentimiento para lo anterior en cualquier momento, sin embargo, no puedo revocar el consentimiento para la acción que ya se ha tomado.**

CLIENTE DE HABLA NO INGLESA - El contenido de esta página me ha sido explicado en mi lengua materna

CLIENTE QUE NO HABLA INGLÉS - El contenido de esta página ha sido explicado en mi idioma natal

El presente consentimiento expira dos (2) años después de la fecha de su firma. Una copia de este formulario se considerará igualmente válida que el original.

Client (Print) _____	(Sign) _____	Date _____
Guardian (Print) _____	(Sign) _____	Date _____
Witness (Print) _____	(Sign) _____	Date _____

LUKAS COUNSELING CO. INTAKE PACKET



Client Name: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

Nombre del cliente: _____

DOB: _____

*** COMPLETE ONE (1) FORMULARIO por entidad con la que da permiso para que Lukas Counseling LLC comparta información***

Autorizo a Lukas Counseling LLC a discutir los detalles de mi caso y/o revelar cierta información de salud protegida (PHI) a la persona o agencia que se enumeran a continuación. Entiendo que la información compartida es para la coordinación de la atención y será sobre una base de necesidad de saber, y que mi confidencialidad de los detalles de la sesión específica todavía está protegida, excepto en situaciones que requieren la notificación legal de otras agencias, como en casos de abuso.

LIBERAR Y RECIBIR INFORMACIÓN CON:

(nombre de la agencia/médico/persona) _____

Fax _____ Teléfono _____

Dirección: _____ Suite # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Método de entrega solicitado:

Fax Enviar por correo Teléfono Correo electrónico Cara a cara Otros

Finalidad:

A petición del cliente/ tutor Tratamiento / Coordinación de servicios
 Solicitud de discapacidad Los demás: _____

Yo autorizo a liberar:

_____ Evaluaciones psiquiátricas o psicosociales	_____ Resumen de las Notas de Progreso
_____ Registros de Salud Mental	_____ Registros Educativos
_____ Registros de Abuso de Sustancias	_____ Registros de Salud Física/Resumen
_____ Medicamentos y dosis	_____ Otros:

Otras Instrucciones: (nota: La ley de Florida requiere una orden judicial para prevenir la divulgación de información a los padres biológicos u otros tutores legales identificados):

Entiendo que solo la información arriba especificada puede ser revelada por la organización arriba especificada. Esta información le ha sido revelada de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad. Las Reglas Federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que la divulgación adicional sea permitida expresamente por la 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la liberación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen el uso de la información para investigar penalmente o enjuiciar a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas [52 FR 21809, 1987; 52 FR 41997, Nov. 2, 1987] - Este consentimiento o autorización para la divulgación de información entrará en vigor en la fecha de la firma y expirará un año después de la fecha de la firma a continuación o en el momento en que se concluyan los servicios si antes de un año. I also understand that I may revoke this consent or authorization at any time, providing I notify the program in writing to this effect. Revocation has no effect on action previously taken. A copy or electronic copy of this document shall be as valid as the original.

Unless I provide other instructions IN WRITING,

This authorization expires 2 (two) years from the date signed, or on ___/___/___

Please submit this request to us in person (by appt only) or: **Fax – 561-430-2039** or **E-mail – referrals@lukascounseling.org**

Or Mail: LUKAS COUNSELING LLC, P.O.BOX 784719 WINTER GARDEN FL 34778

TREATMENT PLAN SIGNATURE PAGE

_____ Client (Print)	_____ (Sign)	_____ Date
_____ Guardian (Print)	_____ (Sign)	_____ Date
_____ Witness (Print)	_____ (Sign)	_____ Date



Client Name: _____

Client's Name: _____

DOB: _____

PLAN TYPE: _____ INTITAL TREATMENT PLAN _____ TREATMENT PLAN REVIEW _____ TREATMENT PLAN ADDEDNUM

-
- I have met with a clinician to complete an assessment, provided the most accurate information I could, and I have participated in the development of this plan.
- I have been offered a copy of my treatment plan.

REQUIRED
For Treatment

Client Signature _____

_____ Date

If client has a disability that prevents them from signing, clinician must document this in the assessment.

If the client is too young to sign their name, a simple "X" or other marks will suffice to indicate signature.

REQUIRED
For Treatment If
CT under 18

Parent / Legal Guardian _____

_____ Date

Print Name:

Relationship:

The following signature is for a **Licensed Clinician** that is enrolled as Type-07 for the agency.

STATEMENT OF MEDICAL NECESSITY BY LPHA

The services contained in this treatment plan are medically necessary and appropriate for this client's diagnosis and treatment needs.

Certification for TBOS ONLY

_____ This Child's condition/functional level cannot be improved with less costly services.

_____ This Child is at risk for a more intensive, restrictive, and costly mental health placement.

Treating Practitioner / LPHA

Credentials

This plan is effective as of (date)

Witness (Print)

(Sign)

Date