

## Refreshing Times Counseling Center – Intake Form

### Formulario de Admisión

Nombre del cliente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Número de Licencia \_\_\_\_\_ Vocacional (trabajo) \_\_\_\_\_

Estado Civil (marque uno)  Soltero  Comprometido  Casado(\_\_\_\_ meses/años)  
 Separated(\_\_\_\_ mos/años)  Divorciado(\_\_\_\_ mos/años)  Viudo(\_\_\_\_ mos/años)

Tenencia de matrimonios anteriores: \_\_\_\_\_

Del cónyuge Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Número de Licencia \_\_\_\_\_ Esposo vocación de conducir \_\_\_\_\_

Los nombres y las edades de sus hijos \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (cellular) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Qué número es la mejor manera de ponerse en contacto con / dejar mensajes para usted?  
(Circule uno) Casa Celular

Contacto de emergencia (nombre / número) \_\_\_\_\_

¿Asiste regularmente a la iglesia? \_\_\_\_\_

1. ¿Por qué estás buscando asesoramiento? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. ¿Qué te gustaría ver diferente en su vida cuando se termine su orientación?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Ha recibido asesoramiento en el pasado? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Qué tipo? Profesional (médico) \_\_\_\_\_ Pastoral \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_  
¿Cuánto tiempo usted recibe ayuda? \_\_\_\_\_  
¿Cuál era el propósito de su ministerio (asesoramiento)? \_\_\_\_\_

---

4. ¿Estás comprometido a presentar plenamente a todos asesoramiento e instrucción que recibe? \_\_\_\_\_

5. ¿Alguien más se unirá a usted durante sus sesiones? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Nombre y relación (si es así) \_\_\_\_\_

6. ¿Tiene actualmente o ha tenido alguna vez una enfermedad que amenaza la vida?  
Sí \_\_\_\_\_ No (En caso afirmativo, explique) \_\_\_\_\_

---

¿Le han dado una esperanza de vida? \_\_\_\_\_

7. Si usted está casado y buscar asesoría en conjunto tienen cualquiera de las partes presentaron una demanda de divorcio? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

8. Si usted está casado y buscar asesoría juntos ¿todavía viven juntos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

9. Si usted está buscando un consejero matrimonial por su cuenta, cree usted que su cónyuge está abierta a asistir con usted en una fecha posterior? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

10. ¿Alguna vez ha tenido problemas con alguno de los siguientes problemas? (Marque todas las que apliquen)

<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> Suicide	<input type="checkbox"/> Rechazo
<input type="checkbox"/> La Falta de Perdón	<input type="checkbox"/> Ira	<input type="checkbox"/> Culpa - Shame
<input type="checkbox"/> Baja Autoestima	<input type="checkbox"/> Soñar despierto	<input type="checkbox"/> Doubt
<input type="checkbox"/> Pensamientos Lujuriosos	<input type="checkbox"/> Pensamientos Compulsives	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Miedo
<input type="checkbox"/> Abuso Físico	<input type="checkbox"/> Abuso Sexual	<input type="checkbox"/> Abuso Verbal
<input type="checkbox"/> Abuso Emocional	<input type="checkbox"/> Pornografía	<input type="checkbox"/> Adicciones
<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Comer Compulsivamente	<input type="checkbox"/> Bulimia
<input type="checkbox"/> Trastornos Alimentarios	<input type="checkbox"/> Insomnio	<input type="checkbox"/> Paranoia

**Pesadillas**       **Enfermedad crónica (si es así que por favor nombre)** \_\_\_\_\_

**11. ¿Consideraría usted optimista o pesimista?** \_\_\_\_\_

**12. ¿Hay algún antecedente de enfermedad mental en su familia? Sí  No  (en caso afirmativo, explique)** \_\_\_\_\_

**13. ¿Está tomando algún medicamento?** \_\_\_\_\_

**14. En cuanto a sus emociones, ya sea positivo o negativo, ¿cuál de los siguientes te describe mejor? (Marque uno)**

- Estoy dispuesto a expresar mis emociones**
- Quiero expresar algunos de mis emociones, pero no todos**
- No tengo inconveniente en reconocer su presencia, pero me reservo para expresar los**
- Yo tiendo a reprimir mis emociones**
- Me parece más seguro no expresar lo que siento**
- Yo tiendo a ignorar lo que siento ya que no puedo confiar en mis sentimientos**
- Por el dolor asociado con las emociones, trato de negarlos**

**15. Describa su relación personal con el Señor Jesucristo.** \_\_\_\_\_

**16. ¿Cuándo usted pone su fe en Jesucristo para la salvación?** \_\_\_\_\_

**17. Describir las disciplinas espirituales en su vida (por ejemplo: estudio de la Biblia, la oración, el ayuno, tiempo de silencio, la meditación, la adoración, la memorización de las Escrituras).** \_\_\_\_\_

**18. Describa su participación en la iglesia (lo que los equipos del ministerio puede estar involucrado, etc)** \_\_\_\_\_

**19. ¿Qué tienes en tu vida que ofrece apoyo emocional para usted?**

---

---

**20. ¿Quieres oración incorporado en sus sesiones? (Marque uno)   Sí     No**

**21. ¿Quieres referencias bíblicas incorporados en sus sesiones? (Marque uno)   Sí     No**

**22. Va a necesitar un recibo por su compañía de seguros? (Marque uno)   Sí     No**

**Apariciones Corte** se facturan en \$250.00 por hora con un mínimo de ocho (10) horas, para un total de dos mil dólares (\$2,500). La relación cliente-terapeuta se basa en la confianza, con el fundamento de que la confianza es la confidencialidad. Debido a esto, a menudo es perjudicial para la relación terapéutica para el terapeuta le pedirá que presente los registros de la corte, testificar si de hecho o de carácter pericial, el tribunal o la deposición. El terapeuta le pide que los clientes sólo pidan una comparecencia ante el tribunal sólo en casos extremos. Por desgracia, esto podría resultar en la necesidad de terminar la terapia y se le refiere a otro terapeuta. En casos como el terapeuta se ordenó a declarar por el tribunal acerca de su / su consejería con usted, el terapeuta será compensado monetariamente como se indica a continuación.

En el caso de que sea necesario que el terapeuta para testificar ante un tribunal, árbitro u otro oficial de la audiencia para testificar en un depósito, si el testimonio es de hecho o de expertos, o de presentar alguno o todos los registros relativos a la relación de consejería a una funcionario de la corte, el cliente se compromete a pagar al terapeuta por sus servicios, incluido el transporte, la preparación y los gastos necesarios (copias, estacionamiento, comidas y similares) a razón de \$250.00 por hora, redondeada a la media hora más cercana. El cliente acepta pagar los \$2,500.00 (10 horas x \$250.00) dos semanas antes de la aparición, la presentación de los registros o testimonios solicitados.

**Aviso de Cancelación:** Mi objetivo es proporcionar una atención de calidad en el momento oportuno para todos mis clientes. Para ello, tengo una política de cancelación de nombramiento en su lugar. La política me permite utilizar mejor las citas disponibles para los clientes que necesitan atención. Con el fin de dar cabida a todos mis clientes, el tiempo ha sido reservado específicamente para su cita. Por favor, llame al menos 24 horas de anticipación si tiene que cancelar su cita. **Habrá una tarifa de cancelación de \$70 evaluaron a todos los clientes que no se presentó a una cita programada o que cancelar con menos de 24 horas de antelación.** Este cargo será evaluado antes del inicio de una nueva sesión programada.

***He leído y comprendido la política de cancelación arriba. Estoy de acuerdo con los términos y condiciones de la póliza según lo indicado.***

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Refreshing Times Counseling Center  
List of Fees

- Hourly Rates -
  - Monday - Friday: \$140.00/50 minutes
  - Saturdays: \$165.00/50 Minutes
  - After-hours: \$180.00/50 minutes
    - After-hours sessions must be paid in full at the time of scheduling and payment is non-refundable
- New Clients - First Appointment
  - Half of the session price is due at the time of scheduling the first appointment in order to schedule. This payment is refundable if the appointment is canceled/rescheduled with 24 hours notice.
- Cancellation Policy
  - On the intake form signed and dated prior to the first session each client agrees to the cancellation policy. Each session booked is subject to a \$70.00 cancellation fee per 50 minutes scheduled if canceled or rescheduled without 24 hours notice. This fee must be paid in order to reschedule.
- Please note that our prices are subject to change.

I was made aware of the fees at Refreshing Times Counseling Center and I agree to pay the fees charged to me for the sessions I schedule.

Sign \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_