



INFORMACION DE ADMISION

Información Demográfica del Cliente:

Nombre: _____ S.S : _____ - _____ - _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Nombre del Padre/ Tutor: _____
 Relación: _____ Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Cod Postal: _____ Tel.: _____
 Otro Tel.: _____ Email: _____
 Bilingüe Requerido: No Sí, Idioma: _____ Religión: _____ Género: M F Otro
 Estado Legal: Menor en Custodia del Padre/Tutor Menor en Custodia del Estado Adulto Competente Adulto Incompetente
 Estado Civil: Nunca se ha Casado Casado Divorciado Otro: _____ Discapacidad: No Sí: _____
 Raza: Blanco Negro Nat. Americano Asiático Isleño Pacífico Otra: _____
 Etnia: No-Hispano/ Latino Hispano/ Latino Nacionalidad/ País Natal: _____

Información del Contacto de Emergencia:

Nombre del Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____
 Número de Teléfono: _____ Otro Número de Teléfono: _____

Otros Servicios Actuales:

No Servicios Actuales Médico Primario Salud Mental/Comportamiento Psiquiatra Agente de Libertad Condicional
 Otro: _____
 Nombre/ Institución/ Agencia: _____

Información Sobre el Financiamiento:

Seguro Primario: _____ ID# _____ Monto de Copago: _____
 Seguro Secundario: _____ ID# _____ Monto de Copago: _____
 Auto Pago, Monto: _____

Información del Lugar de Trabajo/Estudio:

Escuela: _____ Grado: _____
 Ed. Regular IEP Espectro Autista ESOL Otro: _____
 Empleador: _____ Tiempo Trabajando Ahí: _____
 No Hay Escuela Actual No Hay Empleador Actual

Información del Referido:

Auto Referido Referido por Familia/Amigos Escuela Empleador (EAP) Médico Primario Psiquiatra
 Salud Mental Supervisor del Caso Agente de Libertad Condicional Otro: _____
 Agencia que Refiere: _____ Persona de Contacto: _____

Miembros del Hogar:

Nombre	Relación	Sexo	FDN	Comentarios

USO DEL AGENCIA SOLAMENTE:	Intake Date: _____ Primary Diagnosis: _____ Secondary Diagnosis: _____ Primary Clinician Name: _____
-----------------------------------	---

 Firma del Terapeuta/Credenciales

 Fecha



CONSENTIMIENTO DE ADMISION

Nombre del Cliente: _____ **Fecha Del Nacimiento:** _____

EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y LA UBICACION DEL TRATAMIENTO: Yo soy el tutor legal o soy el tutor legal o el adulto competente y autorizo para que el cliente mencionado anteriormente participe en el tratamiento a través de Hispanic Family Counseling Inc. en las siguientes ubicaciones:

- SI ___ NO ___ Oficina de HFC: (Escoger) Melbourne, Kissimmee, Orlando, Altamonte, Clermont
- SI ___ NO ___ Domicilio del Cliente: (Dirección) _____
- SI ___ NO ___ Escuela del Cliente: (Dirección) _____
- SI ___ NO ___ Otro: _____

En caso de que tenga custodia compartida de su hijo/a, usted tiene la obligación legal de notificar a el otro padre de los servicios recibidos.

INICIALES AQUI _____

- **Doy permiso y consentimiento para identificar a individuos y organizaciones que sean parte del tratamiento del mencionado cliente. Reconozco y entiendo que las personas identificadas tendrán acceso a la información confidencial para el propósito de evaluación y el tratamiento.**

Familia; ___ Esposo; ___ Hermanos; ___ Abuelos; ___ Padres Adoptivos; ___
 Padrastros; ___ Escuela; ___ Profesor; ___ Director Personal; ___ Consejero/Guía; ___
 Otros; _____

Agencia que refiere _____ Teléfono: _____

CONFIDENCIALIDAD: Cualquier información sobre usted es considerada como privada y no se compartirá con nadie sin su consentimiento. Hay algunas excepciones en las que estamos obligados a divulgar información acerca de usted.

- Nosotros estamos obligados a reportar la sospecha de abuso y/o negligencia de niños o envejecientes en el Estado de la Florida.
- Nosotros tenemos el deber de advertir a las potenciales víctimas si creemos que sus vidas están en peligro.
- Nosotros estamos obligados a liberar una copia de los registros y/o testimonios si es citado en los tribunales/corte.
- Los padres tienen el derecho de ser informados acerca de el tratamiento de su hijo/a, pero para que se pueda establecer una relación terapeutica efectiva, la confidencialidad de su hijo/a serán respetadas.

AUTORIZACIÓN DE FINANCIAMIENTO: Yo autorizo _____ (nombre del seguro) para pagar los servicios directamente a Hispanic Family Counseling Inc. Es mi obligación ser responsable de los gastos que esta fuente de financiamiento no cubre. Yo entiendo que cualquier información confidencial será necesario revelar a la agencia de financiamiento o de recursos con el fin de procesar cualquier reclamo y obtener el reembolso.

La información en esta página ha sido explicada a mi persona. Yo entiendo que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento para lo mencionado anteriormente, sin embargo, yo no puedo revocar el consentimiento para la acción que ya se ha tomado. Una copia de esta versión será igual de válida como la original.

Marque aquí para indicar que has recibido una copia del folleto de los “Derechos del Cliente”, el cual describe sus derechos y responsabilidades, incluyendo a quien contactar para quejas y reclamos.

- Usted recibirá llamadas de cortesía de su terapeuta para confirmar sesiones y coordinar servicios.

Marque aquí para indicar que acepta recibir mensajes de texto, llamadas telefónicas y correos electrónicos. HFC, sus empleados y terapeutas con información sobre citas, pagos, actualizaciones de seguros y recordatorios.

Podría aplicarse algún cargo dependiendo de su plan telefónico.

(_____ - _____ - _____) (_____ @ _____ .com)

ESTE CONSENTIMIENTO VENCE 1 AÑO A PARTIR DE SER FIRMADO.

Firma del Cliente/Tutor/Cuidador

Fecha

Firma del Testigo

Fecha



HISPANIC FAMILY COUNSELING, INC.

Orange/Seminole/Osceola/Brevard/Lake

Main Office: 6900 S. Orange Blossom Trail, Suite 402 • Orlando, FL 32809

Phone (407) 382-9079 • Fax (407) 964-1274

referrals@hispafam.com • www.hispafam.com

RECORD #

POLITICA DE CANCELACION/AUSENCIAS

Nombre del Cliente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

La asistencia regular a las citas programadas es muy importante. Nuestros servicios no serán eficaces si usted no mantiene sus citas. La asistencia irregular, especialmente un ausencia, también es inconveniente y costoso para el personal asignado para ayudarlo. Por lo tanto, es su responsabilidad de asistir a todas las citas programadas.

Siempre que sea posible, por favor notifique al terapeuta asignado con al menos **24 horas de anticipación** si usted no será capaz de asistir a la cita programada.

POLITICA DE CANCELACION: Si el cliente llama al terapeuta asignado con al menos una hora antes de la cita programada, eso será considerado como una “Cancelación”, sin embargo se prefiere el aviso de 24 horas antes.

1. Después de la primera cancelación, un miembro de la Agencia llamara para reprogramar la cita.
2. Después de dos cancelaciones seguidas, el Director de la Agencia enviara una carta en la cual se indicara que si el cliente desea continuar con los servicios él o ella deberán llamar al Director de la Agencia directamente.
3. Después de la tercera cancelación, los servicios serán terminados.
4. Si el cliente cancela tres veces, con algo de asistencia entre cada cancelación, el terapeuta asignado discutirá con el cliente sobre posibles soluciones para la asistencia irregular.

POLITICA DE AUSENCIAS: Si el cliente no llama a cancelar la cita con al menos una hora de anticipación, eso será considerado como un ausencia.

1. Si el cliente no notifica al terapeuta asignado antes de una “cita en casa” perdida, al cliente se le cargara el valor de \$25 como una tarifa de viáticos para cubrir los gastos del terapeuta de haber viajado a la “cita en casa”.
2. Si el cliente no notifica al terapeuta asignado antes de una “visita al sitio de trabajo” o una “sesión en la escuela”, al cliente se le cargara un valor de \$25 como una tarifa de viáticos para cubrir los gastos del terapeuta de haber ido viajado al lugar asignado para la cita.
3. Después del primer ausencia, un miembro de la Agencia llamara para reprogramar la cita.
4. Después del segundo ausencia, el Director de la Agencia enviara una carta en la cual se indicara que el cliente desea continuar con los servicios; deberá acercarse a la oficina de la Agencia para completar una solicitud de restablecimiento de servicios. De esta manera, el cliente renovara su compromiso de asistir a las sesiones o llamar al personal con anterioridad si necesita reprogramar.
5. Después del tercer ausencia, el caso será terminado.

Yo he leído la Política de Cancelación/Ausencias de Hispanic Family Counseling Inc. y entiendo que la asistencia regular es necesaria para que el tratamiento sea efectivo. Por lo tanto, me comprometo a asistir a todas las sesiones programadas. Si no puedo asistir a una cita, llamare al personal de la Agencia con un mínimo de 24 horas de antelación para reprogramar. Si tengo una emergencia que me impida asistir, llamare al terapeuta asignado al menos una hora antes de la cita para cancelar.

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Padre/Cuidador/Guardian/Custodio

Fecha



CONTRATO DE COPAGO

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Seguro Médico: _____

Yo entiendo que mi plan de seguro médico tiene un deducible de \$ _____. Yo entiendo que se me requerirá pagar la cantidad entera de los servicios hasta que se cumpla esta cantidad. El costo de la admisión es \$ _____ y las próximas sesiones son \$ _____ para cada una.

Yo entiendo que mi plan de seguro médico requiere un copago de \$ _____ para cada sesión. Yo entiendo que el copago tendrá que ser pagado el mismo día que ocurrió los servicios.

Yo entiendo que estoy pagando por los servicios usando el plan de auto pago basado en mi ingreso. El pago para la cita inicial es \$ _____ y las siguientes sesiones son \$ _____ por cada uno.

Acepto pagar el deducible, copagos, y cualquier otro pago relacionado a cancelaciones o ausencias de citas en la siguiente manera:

DINERO EFECTIVO/CHEQUE/GIRO POSTAL: Yo pagaré al clínico al final de cada sesión.

TARJETA DE CREDITO: Yo autorizo a que Hispanic Family Counseling cobre a la tarjeta de crédito indicada abajo, la cantidad escrita arriba para cada sesión completada.

COMBINACION: _____

Yo autorizo que Hispanic Family Counseling, Inc. cobre a la tarjeta de crédito indicada abajo, la cantidad y frecuencia de servicios escrita arriba.

Tipo de tarjeta credito: Visa Master Card Discover American Express

Número de tarjeta crédito: _____

Fecha de vencimiento: _____ Código de tarjeta crédito: _____

Dirección de envío: _____ Código postal: _____

Firma de autorización: _____ Fecha: _____

FONDOS INSUFICIENTES: Yo entiendo que si mis cheques se devuelven debido a fondos insuficientes, seré responsable de pagar cualquier cantidad que el banco cobre a Hispanic Family Counseling, Inc. También entiendo que no podré pagar por cheque y tendré que usar otra forma de pago (e.g. tarjeta de credito, dinero efectivo, giro postal).

RECHASO DE TARJETA DE CRÉDITO: Yo entiendo que si mi tarjeta de crédito es rechazada, no podré pagar por tarjeta de crédito y tendré que elegir otra forma de pago (e.g. cheque, dinero efecivo, giro postal).

- Yo entiendo que el falta de cumplir un copago una sesión resultaría en pagar dos copagos en la próxima sesión. El faltar de cumplir con dos copagos consecutivos significará que los servicios se suspenden hasta que se realice el pago.
- Hispanic Family Counseling, Inc. no es responsable de cargos por sobregiro del banco.

Este contrato podrá ser cambiado o terminado en cualquier punto. La terminación de este contrato no absuelve la obligación de pagar por servicios que han sido brindados.

 Firma del cliente/Tutor/Cuidador

 Fecha



CUESTIONARIO MÉDICO PARA EL PACIENTE (PHQ-9)

Nombre: _____ Fecha: _____

¿Ha padecido alguno de los trastornos siguientes en las últimas 2 semanas?
 (Responda con una "✓")

	No (0)	Varios días (1)	Más de la mitad días (2)	Prácticamente todos los días (3)
1. He tenido poco interés o gusto por hacer las cosas				
2. Me he sentido triste, deprimido o desesperanzado				
3. He tenido dificultad para conciliar el sueño o dormir, o duermo demasiado				
4. Me he sentido cansado o desganado				
5. No tengo apetito o como demasiado				
6. Me he sentido mal, como que soy un fracaso o que he defraudado a mi familia o a mí mismo				
7. He tenido dificultad para concentrarme en cosas como leer el periódico o mirar la televisión				
8. Me muevo o hablo con tanta lentitud que otros lo han notado o por el contrario, estoy tan inquieto y agitado que he estado más activo de lo normal				
9. He pensado que sería mejor morir o en hacerme daño				

*Para ser completado por el
 Profesional de Salud Mental:*

Sume las columnas: + +

TOTAL:

****Si el resultado total del cliente es más de 20, ó si el cliente resulta desde 1-3 en el #9, un plan de crisis debe ser completado.****

<p>10. Si padeció alguno de los trastornos, ¿en qué grado le dificultaron su trabajo, la atención del hogar o su convivencia con otros?</p>	<p>Nada _____</p> <p>Algo _____</p> <p>Mucho _____</p> <p>Demasiado _____</p>
---	---

 Firma del Cliente

 Fecha

 Firma del Terapeuta

 Fecha