



**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

<b>USO DEL AGENCIA SOLAMENTE:</b>	Intake Date: _____ Primary Diagnosis: _____ Secondary Diagnosis: _____ Primary Clinician Name: _____
-----------------------------------	---

\_\_\_\_\_  
 Firma del Terapeuta/Credenciales

\_\_\_\_\_  
 Fecha



**HISPANIC FAMILY COUNSELING, INC.**  
 Orange/Seminole/Osceola  
 Main Office: 1707 Orlando Central Pkwy, Suite 480 • Orlando, FL 32809  
 Phone (407) 382-9079 • Fax (407) 964-1274  
[referrals@hispafam.com](mailto:referrals@hispafam.com) • [www.hispafam.com](http://www.hispafam.com)

**RECORD #**

**CONSENTIMIENTO DE ADMISION**

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

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

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Oficina de HFC: (Escoja Una) 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 al otro padre/madre de los servicios recibidos.

**INICIALES AQUÍ**

\*\*\*\*\*

- **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 tratamiento.**

\_\_\_ Familia; \_\_\_ Esposo/Pareja; \_\_\_ Hermanos; \_\_\_ Abuelos; \_\_\_ Padres Adoptivos; \_\_\_ Padrastros;  
 \_\_\_ Escuela; \_\_\_ Profesor; \_\_\_ Director Personal; \_\_\_ Consejero/Guía; \_\_\_ Otro; \_\_\_\_\_

PCP: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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 adultos mayores 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 del tratamiento de su hijo/a, pero para que se pueda establecer una relación terapéutica efectiva, la confidencialidad de su hijo/a serán respetadas.

**AUTORIZACION 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 necesaria revelar a la agencia de financiamiento o de recursos con el fin de procesar cualquier reclamo y obtener el reembolso.

\*\*\*\*\*

La información en esta pagina 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 valida como la original.

Marque aquí para indicar que ha 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 e 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



**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



## Formulario de Consentimiento de Telehealth

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Record #: \_\_\_\_\_

1. Entiendo que el servicio de telehealth se brindará solo bajo circunstancias tales como vivir en áreas remotas /rurales, tener necesidades especiales, falta de transporte y/o accesibilidad, o durante una emergencia nacional.
2. Mi terapeuta me explicó cómo la tecnología de videoconferencia que se utilizará para dicha sesión no será lo mismo que una visita directa al cliente/terapeuta, ya que no estaré en la misma habitación que mi terapeuta.
3. Entiendo que existen riesgos potenciales para esta tecnología, incluyendo interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Entiendo que, en tales situaciones, mi terapeuta suspenderá la conexión de inmediato y programará otra sesión. También entiendo que mi terapeuta o yo podemos suspender la sesión de telehealth por razones como: si se considera que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación, si el entorno viola la privacidad, etc.
4. Entiendo que debo tener equipos y un lugar seguro para que los servicios que se brinden no violen la privacidad.
5. Entiendo que mi información de atención médica puede compartirse con otras personas con fines de programación y facturación. Otros pueden estar presentes durante la sesión además de mi terapeuta solo si se necesita ayuda para operar el equipo de video. Todas las personas mencionadas anteriormente mantendrán la confidencialidad de la información obtenida. Además, entiendo que se me informará de su presencia en la sesión y, por lo tanto, tendré derecho a solicitar lo siguiente: (1) omitir detalles específicos de mi historial médico que sean personalmente sensibles para mí; (2) pedirles que abandonen la sala de telehealth: y (3) terminar la sesión en cualquier momento.
6. Me han explicado las alternativas a una sesión de telehealth y la elección de participar en una sesión de telehealth. Entiendo los riesgos y beneficios que tiene.
7. En una situación de emergencia (se requiere la Ley Baker), entiendo que la responsabilidad del terapeuta de telehealth es alertar/avisar a los agentes de policía, así como a mi familia, amigos o parientes, y que la responsabilidad de la consulta concluirá al finalizar la conexión de la videoconferencia.
8. Entiendo que, para fines de facturación, se debe conceder una autorización de mi compañía de seguros antes de la sesión.
9. He tenido una conversación directa con mi terapeuta, durante la cual tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre este procedimiento. Mis preguntas han sido respondidas y los riesgos, beneficios y cualquier alternativa práctica han sido discutidos conmigo en un idioma en el que entiendo.
10. He leído este documento y entiendo el riesgo y los beneficios de la sesión de telehealth y me han explicado mis preguntas sobre el procedimiento y por la presente doy mi consentimiento para participar en una sesión de telehealth en las condiciones descritas en este documento.

***Al firmar este formulario, certifico: que he leído y/o me han explicado este formulario; que entiendo completamente su contenido, incluidos los riesgos y beneficios de los procedimientos; que se me ha dado una gran oportunidad para hacer preguntas y que cualquier pregunta ha sido respondida a mi entera satisfacción.***

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Nombre y Credenciales del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha