

INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN INICIAL DEL ADOLESCENTE/ MENOR

Fecha: _____ Nombre: _____
Nombre de la Madre Biológica: _____
Nombre del Padre Biológico: _____
Tutor Legal /Nombre del Padrastro: _____
Tutor Legal / Nombre de la Madrastra: _____
Calle: _____ Apt/Edificio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono Celular de los padres: _____ ¿Podemos dejar un mensaje? _____
Teléfono Celular del Adolescente: _____ ¿Podemos dejar un mensaje? _____
Teléfono de la Casa: _____ ¿Podemos dejar un mensaje? _____
Teléfono del Trabajo: _____ ¿Podemos dejar un mensaje? _____
Correo Electrónico: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
Número de Seguro Social: _____ Raza: _____
Número de Licencia de Conducir del Adolescente: _____
Contacto de Emergencia (Nombre/ Número de Teléfono): _____
Contacto de Emergencia (Nombre/ Número de Teléfono): _____
Médico de Cabecera: _____ Número de Teléfono: _____

Otros Médicos Profesionales
(Psiquiatras, Psicólogos, Consejeros, Grupos de Ayuda, etc.): _____ Número de Teléfono _____

Referido Por: _____

PERMISO DE COMPARTIR INFORMACIÓN:

PARA PODER PROCESAR MÍ RECLAMO, AUTORIZO POR MEDIO DE ESTE DOCUMENTO A COMPARTIR CUALQUIER INFORMACIÓN MÉDICA U OTRA INFORMACIÓN NECESARIA PARA ESTE PROPÓSITO SOLAMENTE.
Por medio de este documento, asigno todos los beneficios médicos a los que tengo derecho, al PROVEEDOR nombrado arriba.

FIRMA DEL PACIENTE OF TUTOR LEGAL

FECHA

FIRMA DEL TERAPEUTA

FECHA

Aprecio la oportunidad de ayudar a mejorar la calidad de su vida.

Este es un expediente médico del paciente y es totalmente confidencial. Revelarlo o la transferirlo está expresamente prohibido por la ley.

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

¿LA JUNTA DE LA ESCUELA ESTA PAGANDO? __SI __NO ¿TIENE USTED SEGURO PRIVADO? __SI __NO

¿ES EL CLIENTE UN MENOR DE EDAD? __SI __NO

¿TIENE MEDICAID? __SI __NO

¿TIENE MEDICARE ?__SI __NO

SI CONTESTÓ SÍ, LLENE POR FAVOR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

SEGURO MÉDICO PRIMARIO:

NOMBRE DEL TITULAR EN LA PÓLIZA _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

SEXO: _____ SS# DEL TITULAR _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

EMPLEADOR: _____ NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS _____

DIRECCIÓN: _____

GRUPO #: _____ PÓLIZA #: _____

SEGURO MÉDICO SECUNDARIO (SI FUERA APLICABLE):

NOMBRE DEL TITULAR EN LA PÓLIZA _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

SEXO: _____ SS# DEL TITULAR _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

EMPLEADOR: _____ NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS _____

DIRECCIÓN: _____

GRUPO #: _____ PÓLIZA #: _____

"TODAS LAS CITAS SE DEBEN CAMBIAR O CANCELAR CON 24 HORAS DE ANTICIPACIÓN PARA EVITAR UN CARGO DE \$40.00 DÓLARES"

ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO (SIN IMPORTAR EL ESTADO DE MI SEGURO) QUE SOY EN ÚLTIMA INSTANCIA RESPONSABLE DEL SALDO DE MI CUENTA POR LOS SERVICIOS PROFESIONALES RECIBIDOS. LES NOTIFICARÉ DE CUALQUIER CAMBIO CON RESPECTO A ESTA INFORMACIÓN. CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTEDICHA ES VERDADERA Y CORRECTA DE ACUERDO A MI CONOCIMIENTO.

FIRMA DE LA PACIENTE Ó TUTOR LEGAL DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL TERAPEUTA

FECHA

Aprecio la oportunidad de ayudar a mejorar la calidad de su vida.

Este es un expediente médico del paciente y es totalmente confidencial. Revelarlo o la transferirlo está expresamente prohibido por la ley.

INFORMACIÓN DEL CLIENTE:

ESCUELA: _____ GRADO: _____ CLASES ESPECIALES: _____

MAESTRO: _____

REFERIDO POR: _____

HISTORIAL DE PROBLEMAS INCLUYENDO LOS PRESENTES: (EN EL HOGAR)

HISTORIAL ESCOLAR:

REACCIÓN DEL NIÑO AL COMIENZO DE LA ESCUELA, ACTITUD ACTUAL EN LA ESCUELA, AÑO ESCOLAR
 NO CURSADO O REPETIDO, GRADOS ACADÉMICOS ACTUALES, COMPORTAMIENTO EN LA ESCUELA
 PROBLEMAS: _____

TRATAMIENTOS PASADOS:

LUGAR/PERSONA/AGENCIA _____ FECHA _____

RESULTADO _____

MEDICAMENTOS:

Nombre del Medicamento	Recetado Por	Para	Dosis	¿Cuántas Veces al Día?	Resultado

USO DE MEDICAMENTOS CON PROPÓSITO PSIQUIÁTRICO EN EL PASADO: _____

PELIGRO POTENCIAL PARA SI MISMO: BAJO ___ MODERADO ___ ALTO ___

PELIGRO POTENCIAL PARA OTROS: BAJO ___ MODERADO ___ ALTO ___

Aprecio la oportunidad de ayudar a mejorar la calidad de su vida.

Este es un expediente médico del paciente y es totalmente confidencial. Revelarlo o la transferirlo está expresamente prohibido por la ley.

¿HA EXPERIMENTADO EL NIÑO ALGO DE LO SIGUIENTE? (INDIQUE LA EDAD DEL NIÑO DURANTE EL EVENTO):

MUERTE DE UNA PERSONA IMPORTANTE O ALLEGADA: (¿QUIÉN?) _____ EDAD DEL NIÑO _____

SEPARACIÓN DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA: (¿QUIÉN?) _____ EDAD DEL NIÑO _____

¿HA EXPERIMENTADO EL NIÑO ALGO DE LO SIGUIENTE? (INDIQUE LA EDAD DEL NIÑO DURANTE EL EVENTO):

ABUSO FÍSICO: (¿POR QUIÉN?) _____ EDAD DEL NIÑO _____

ABUSO SEXUAL: (¿POR QUIÉN?) _____ EDAD DEL NIÑO _____

PROBLEMAS FAMILIARES: (INDIQUE LOS QUE APLICAN)

_____ PROBLEMAS LEGALES _____ PROBLEMAS MARITALES
_____ DIFICULTADES FINANCIERAS _____ OTRO

EXPLIQUE: _____

HISTORIAL FAMILIAR ADICIONAL:

INFORMACIÓN PRENATAL:

¿COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO? _____

¿USO DE DROGAS, ALCOHOL Y/O MEDICAMENTOS DURANTE EL EMBARAZO? _____

PARTO:

¿TIEMPO COMPLETO? SI _____ NO _____ SI NO, # NÚMERO DE SEMANAS DE PREMATURO _____

¿VAGINAL? _____ ¿CESÁREA? _____

¿ALGUNAS DIFICULTADES MÉDICAS DURANTE EL NACIMIENTO Ó AL NACER? _____

HISTORIAL DEL DESARROLLO: (MARQUE LO QUE FUE DIFÍCIL PARA SU NIÑO)

RESPONDER A PERSONAS IMPORTANTES Ó ALLEGADAS: _____ HABLAR PALABRAS: _____

SENTARSE: _____ HABLAR EN FRASES: _____

CAMINAR: _____ ENTRENAMIENTO PARA IR AL BAÑO: _____

SEPARACIÓN DE LOS PADRES AL IR A LA ESCUELA: _____

Aprecio la oportunidad de ayudar a mejorar la calidad de su vida.

Este es un expediente médico del paciente y es totalmente confidencial. Revelarlo o la transferirlo está expresamente prohibido por la ley.

**“TODAS LAS CITAS SE DEBEN CAMBIAR O CANCELAR CON 24 HORAS DE ANTICIPACIÓN
PARA EVITAR UN CARGO DE \$40.00 DÓLARES”**

Es responsabilidad del padre que firma esta forma, no del terapeuta, notificar al otro padre del niño que su hijo (a) está participando en consejería).

Certifico que toda la información proporcionada en esta forma es correcta y autorizo a Cristina Mantilla, LLC a proveer terapia, consejería, o servicios psiquiátricos y/o psicológicos, como fue discutido en el plan de tratamiento preliminar del cliente. También autorizo la divulgación de información médica, psicológica, de consumo de alcohol y drogas, y la información psiquiátrica necesaria para proporcionar servicios terapéuticos; cobrar honorarios por servicios a las compañías de seguros u otros intermediarios, y por la continuidad del cuidado entre Cristina Mantilla, LLC y otros profesionales que también proporcionan servicios al cliente.

FIRMA DE LA PACIENTE Ó TUTOR LEGAL DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL TERAPEUTA

FECHA

Aprecio la oportunidad de ayudar a mejorar la calidad de su vida.

Este es un expediente médico del paciente y es totalmente confidencial. Revelarlo o la transferirlo está expresamente prohibido por la ley.

ORIENTACIÓN DEL CLIENTE

Reglas del Programa:

1. Cristina Mantilla, LLC proporcionará el asesoramiento, la evaluación, la información y/o el referido del paciente sin que este sea internado.
2. No se emplearán métodos de prueba de drogas/ alcohol ni métodos de búsqueda y confiscación de los mismos.
3. Se espera que el cliente pague los servicios cuando se le proporcionan. Si por cualquier razón el pago de servicios es devuelto por la institución financiera de los clientes (por ejemplo: El cargo de fondos insuficientes o NSF del banco), un cargo de \$40.00 deberá ser pagado antes de la cita siguiente.
4. Los clientes no deberán estar bajo la influencia del alcohol o de sustancias ilegales a la hora de la sesión programada. Si el cliente estuviese bajo influencia de sustancias que no sean los medicamentos prescritos, la sesión será cancelada por el consejero y se espera que el cliente pague los honorarios de la sesión, como se había convenido.
5. Excepto en casos de la emergencia, las cancelaciones se deben hacer con 24 horas de anticipación; el no dar 24 horas de previo aviso será considerado como una "falta de asistencia a su cita" y le enviaremos una cuenta de honorarios por \$40.00.

Procedimientos del Programa:

1. El derecho del cliente a la privacidad será observado siempre con las excepciones siguientes:
 - En casos de peligro inminente para sí mismo, o para otros.
 - En casos de abuso a un niño, incluyendo abuso sexual.
 - El terapeuta deberá reportar las enfermedades contagiosas al departamento apropiado de salud del condado.
- 0,
- Cuando usted, el cliente, solicite que divulguemos esta información. La información se comparte solamente con otras entidades (Por Ejemplo: doctores, compañías de seguros, etc.). Cuando usted lo solicita debe firmar una forma de autorización para compartir la información. De acuerdo con regulaciones de privacidad de HIPPA, cualquier información compartida revelará solamente la información mínima básica necesaria.
2. Nosotros nos reservamos el derecho de divulgar solamente un resumen del tratamiento en vez de notas detalladas del caso.
3. Un mínimo de 72 horas es un requisito necesario para enviar los expedientes médicos, después de haber recibido su autorización por escrito.
4. El suscrito no implicará ni individualmente, ni en conjunto los servicios del terapeuta o de Cristina Mantilla, LLC (y su personal) en cualquier litigio. El suscrito no pedirá o requerirá que Cristina Mantilla, LLC proporcione testimonio ante el tribunal. La razón de esto es para no comprometer el tratamiento, mantener la relación terapéutica con la familia, y para que un niño pueda experimentar el papel de su terapeuta de juego de una manera clara, constante, terapéutica y no como la de un asesor o detective. Si los servicios de un profesional de salud mental se necesitan con el propósito de presentarlos en la corte, los servicios de una persona fuera de la práctica de Cristina Mantilla, LLC deberán ser listados.

Aprecio la oportunidad de ayudar a mejorar la calidad de su vida.

Este es un expediente médico del paciente y es totalmente confidencial. Revelarlo o la transferirlo está expresamente prohibido por la ley.

Uso de Grabaciones e Ilustraciones en la Terapia: El uso de cámaras de video o fotografía es a veces necesario en la terapia. Cualquier tipo de grabación se utiliza para proporcionarle un consejo o una sugerencia a usted, el cliente, o para los propósitos del entrenamiento de terapeutas. Se protege su privacidad y las grabaciones se borran después de cada sesión a menos que usted dé permiso para otro uso. En el caso de grabar video o audio, usted será informado con anticipación y su permiso por escrito será necesario. El uso de fotografía típicamente incluye fotos de niños jugando con estructuras (Por ejemplo: juegos en la arena, juegos para crear edificios con bloques plásticos, etc.) o fotografías de niños con nuestra mascota terapéutica. Les ofrecemos a los niños las copias de estas fotografías y esto les ayuda a menudo a ampliar el programa de terapia en el hogar y en la escuela. El trabajo de arte se utiliza a veces para propósitos del entrenamiento, pero se protege la identidad del niño. Si usted tiene cualquier pregunta sobre esto, pida por favor información a su terapeuta.

Después de Horas de Oficina o Emergencias: En caso de una emergencia de comportamiento de salud mental, contacte al 911,
[Línea nacional de la prevención del suicidio en: 1-800-273-TALK](tel:1-800-273-TALK) o vaya al centro más cercano de crisis.

Pago de Honorarios por el Servicio:

1. Aceptamos efectivo, cheque, visa, o el reembolso del seguro médico.
2. Si un cheque es devuelto por fondos insuficientes, requeriremos que pague cualquier cargo extra del banco además de la cantidad del cheque.
3. Todos los co-pagos y pagos privados se deben pagar en el momento en que se proporcionan los servicios.

Aprecio la oportunidad de ayudar a mejorar la calidad de su vida.

Este es un expediente médico del paciente y es totalmente confidencial. Revelarlo o la transferirlo está expresamente prohibido por la ley.

Declaración/Consentimiento:

Autorizo la divulgación de información médica necesaria para mi compañía de seguros para procesar mi reclamo. También autorizo el pago de beneficios a Cristina Mantilla, LLC.

Entiendo y estoy de acuerdo (sin importar el estado de mi seguro), que soy en última instancia responsable del saldo de mi cuenta por los servicios profesionales recibidos.

Certifico que toda la información sobre las formas de asesoramiento es verdadera y correcta de acuerdo a mi conocimiento. Notificaré a Cristina Mantilla, LLC de cualquier cambio en mi información del seguro, dirección, números de teléfono, y cualquier otro cambio relevante.

Al firmar esta forma estoy aceptando el recibo de una copia de este documento y estoy de acuerdo con los términos y condiciones establecidos en la Orientación por Cristina Mantilla, LLC.

FIRMA DE LA PACIENTE Ó TUTOR LEGAL DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL TERAPEUTA

FECHA

Aprecio la oportunidad de ayudar a mejorar la calidad de su vida.

Este es un expediente médico del paciente y es totalmente confidencial. Revelarlo o la transferirlo está expresamente prohibido por la ley.