

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE (POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA MOLDE)**

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ (Soltera & Casada)  
Dirección: \_\_\_\_\_ Apt/Edificio: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ ¿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: \_\_\_\_\_  
Licencia de Conducir #: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero Relación Estable Unión Libre Casado Separado Divorciado Viudo  
¿Cuánto Tiempo? \_\_\_\_\_ Nombre del Compañero: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia (Nombre/Número): \_\_\_\_\_  
Contacto de Emergencia (Nombre/Número): \_\_\_\_\_  
Educación: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_  
Empleador/Escuela: \_\_\_\_\_  
Religión/Espiritualidad: \_\_\_\_\_

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 Ó 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:**

¿EL CLIENTE TIENE SEGURO PRIVADO?  SI  NO  
¿ES EL CLIENTE UN MENOR DE EDAD?  SI  NO  
¿EL CLIENTE TIENE MEDICAID?  SI  NO  
¿EL CLIENTE TIENE MEDICARE?  SI  NO

**SI CONTESTÓ SÍ, LLENE POR FAVOR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:**

**SEGURO MÉDICO PRIMARIO:**

NOMBRE DEL TITULAR EN LA PÓLIZA DEL SEGURO PRIMARIO: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ SS# DEL TITULAR \_\_\_\_\_  
RELACIÓN CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_ EMPLEADOR: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
PÓLIZA #: \_\_\_\_\_ GRUPO# \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE MIEMBRO (ID#): \_\_\_\_\_

**SEGURO MÉDICO SECUNDARIO (SI FUERA APLICABLE):**

NOMBRE DEL TITULAR EN LA PÓLIZA: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_  
S.S. DEL TITULAR #: \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ NOMBRE DE LA COMPAÑÍA: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
PÓLIZA #: \_\_\_\_\_ GRUPO #: \_\_\_\_\_  
NOMBRE COMO ESTA EN SU TARJETA: \_\_\_\_\_  
Tarjeta de crédito válida: Número: \_\_\_\_\_ Fecha de Expiración: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ DEBITO \_\_\_\_ CRÉDITO \_\_\_\_ DISCOVER \_\_\_\_ MASTERCARD \_\_\_\_ VISA

***"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.

**CUESTIONARIO INICIAL**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Antes de comenzar la terapia conmigo, solicito que todos mis clientes llenen este formulario.  
Las preguntas están diseñadas para ayudarle a clarificar los cambios que usted desea realizar en su vida,  
y las expectativas que tiene sobre mi consejería. Por favor piense cuidadosamente antes de responderlas.

1. Indique con sus propias palabras la naturaleza de sus problemas principales y cuánto tiempo han estado presentes:

---

---

---

2. Explique brevemente el historial de sus quejas, desde el inicio al presente:

---

---

---

---

Usando la escala siguiente marque la severidad de sus problemas:

- Ligeramente Trastornando     Moderadamente Severo     Extremadamente Severo  
 Totalmente Incapacitado

3. ¿Cuáles son algunos de sus comportamientos contraproducentes? Es decir, ¿qué hace usted que pareciera hacer las cosas peores, ó que simplemente no le ayuda?

---

---

---

---

*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 INICIAL**

Nombre del cliente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Problemas de vivienda o actividades de la vida diaria (por ejemplo: el transporte, etc.) \_\_\_\_\_

Problemas Legales: \_\_\_\_\_

Problemas Financieros: \_\_\_\_\_

Liste los nombres de los miembros de su familia con los que usted creció (padres y hermanos).

Nombre	Relación	Edad	Tipo de Relación Actual (Intima, no se hablan, etc.)	Ciudad/Estado

Por favor conteste las siguientes declaraciones según lo sienta: Completamente en desacuerdo =CD, En Desacuerdo=D, Neutral=N, Estoy de Acuerdo =A, o Completamente de Acuerdo =CA

**[Los puntos siguientes se refieren a cómo se siente usted sobre su vida en general.]**

1. Estoy satisfecho con mi vida: \_\_\_\_\_
2. Me siento bien conmigo mismo: \_\_\_\_\_
3. Soy feliz con la manera en que luzco: \_\_\_\_\_
4. Tengo una buena relación con mi familia \_\_\_\_\_
5. Tengo amigos que me apoyan: \_\_\_\_\_
6. Mi salud es buena: \_\_\_\_\_
7. Experimento un poco de dolor físico: \_\_\_\_\_
8. Tengo fuerza física adecuada: \_\_\_\_\_
9. Disfruto de mi tiempo libre \_\_\_\_\_
10. Soy feliz en mi trabajo \_\_\_\_\_

*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.

Por favor conteste las siguientes declaraciones según lo sienta: Completamente en desacuerdo =CD, En Desacuerdo=D, Neutral=N, Estoy de Acuerdo =A, o Completamente de Acuerdo =CA

***(Los siguientes conciernen a sentimientos que usted pudo haber experimentado durante el mes pasado.)***

1. Tengo un sentimiento de desesperanza sobre el futuro: \_\_\_\_\_
2. Siento que no valgo nada: \_\_\_\_\_
3. Me siento triste: \_\_\_\_\_
4. Siento débiles algunas partes de mi cuerpo: \_\_\_\_\_
5. Mi corazón palpita rápida y fuertemente: \_\_\_\_\_
6. Tengo que evitar ciertas cosas, lugares, o situaciones porque me asustan: \_\_\_\_\_
7. Siento que la gente, generalmente no es amigable y que no les caigo bien: \_\_\_\_\_
8. Tengo impulsos de pegar, lastimar, o de hacerle daño a alguien: \_\_\_\_\_
9. Yo siento que otros me miran o hablan de mí: \_\_\_\_\_

***(Los siguientes conciernen a sentimientos que usted pudo haber experimentado durante el mes pasado.)***

1. He tenido recientemente una pelea física con alguien: \_\_\_\_\_
2. He intentado hacerme daño o he planeado recientemente hacerme daño: \_\_\_\_\_
3. Recientemente me he puesto alterado o enojado: \_\_\_\_\_
4. Recientemente he roto objetos o he destruido propiedades: \_\_\_\_\_
5. Puedo movilizarme en la comunidad por mis propios medios: \_\_\_\_\_
6. Puedo conseguir ayuda cuando la necesito: \_\_\_\_\_
7. Cuido de mi hogar y del espacio en que vivo: \_\_\_\_\_
8. Estoy funcionando bien en mi trabajo/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.

### HISTORIAL MÉDICO

Cliente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Médico de Cabecera: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones Previas:

¿Dónde? (Hospital/Ciudad)	¿Cuándo?	¿Cuánto Tiempo?	Razón
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Nombre de Medicamentos	Recetado Por	Para	Dosis	¿Cuántas veces al día?	Resultado

¿Sufre de alergias? Cualquier tipo: \_\_\_\_\_

Enumere por favor cualquier tratamiento psicológico/psiquiátrico, o consejería anterior:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Solo para mujeres:** ¿Embarazos discontinuados? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

¿Embarazos de término completo? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

¿Algún miembro de su familia (padres, hermanos, hermanas, primos, tías, tíos) ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

Marque todas las correspondientes:

- |                            |                               |
|----------------------------|-------------------------------|
| _____ Enfermedad del Riñón | _____ Tuberculosis            |
| _____ Enfermedad Cardíaca  | _____ Enfermedad Mental       |
| _____ Cáncer               | _____ Abuso de drogas/alcohol |
| _____ Tumores              | _____ Epilepsia               |
| _____ Diabetes             | _____ Desórdenes Nerviosos    |

*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.

Marque por favor de la siguiente lista los que usted ha tenido en el pasado, o los que está experimentando ahora:

<b>PROBLEMA</b>	<b>PASADO</b>	<b>PRESENTE</b>	<b>PROBLEMA</b>	<b>PASADO</b>	<b>PRESENTE</b>
Visión Nublada	_____	_____	Dolor de Pecho	_____	_____
Visión Doble	_____	_____	Desmayos	_____	_____
Dolores de Cabeza Severos	_____	_____	Convulsiones	_____	_____
Mareos	_____	_____	Hepatitis	_____	_____
Lesión en la Cabeza	_____	_____	Alergias	_____	_____
Vómito de sangre	_____	_____	Pulmonía	_____	_____
Dolor de Espalda	_____	_____	Diabetes	_____	_____
Pérdida de Oído	_____	_____	Duerme más	_____	_____
Cambios bruscos de humor	_____	_____	Duerme menos	_____	_____
Comportamiento compulsivo	_____	_____	Confusión	_____	_____
Pérdida excesiva de la sangre	_____	_____	Tristeza Extrema	_____	_____
Pérdida del Sentido	_____	_____	Dolores del Estómago	_____	_____
Ictericia (Coloración amarillenta de la piel)	_____	_____			

<b>PROBLEMA</b>	<b>PASADO</b>	<b>PRESENTE</b>
Dificultad para Respirar	_____	_____
Sangre en la materia fecal	_____	_____
Ataques al corazón	_____	_____
Tuberculosis	_____	_____
Tos de fumador	_____	_____
Infección del riñón o de la orina	_____	_____
Sangre en la orina	_____	_____
Dificultades menstruales	_____	_____
Tobillos hinchados	_____	_____
Refleja Fácilmente Hematomas (Moretones en la Piel)	_____	_____
Debilidad en los Brazos y las Piernas	_____	_____
Enfermedades Venéreas	_____	_____
Reacciones a los Medicamentos	_____	_____
Transfusiones de sangre	_____	_____
Huesos fracturados	_____	_____
Sinosis o gripes frecuentes	_____	_____
Pérdida de Peso	_____	_____
Aumento de Peso	_____	_____

*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.

De la siguiente lista, por favor marque aquellos problemas que ha sufrido en el pasado o que está experimentando ahora:

<b>PROBLEMA</b>	<b>PASADO</b>	<b>PRESENTE</b>
Cambios en su apetito	_____	_____
Abuso de drogas/alcohol	_____	_____
Irritabilidad	_____	_____
Preocupación Excesiva	_____	_____
Llanto Inesperado	_____	_____
Miedos o Fobias	_____	_____
Alucinaciones	_____	_____
Dificultad para Concentrarse	_____	_____
Pérdida de Temperamento Frecuente	_____	_____
Nerviosismo Extremo	_____	_____
Cambios Frecuentes de Trabajo	_____	_____
Se Orinaba en la Cama (más de los 6 años de edad)	_____	_____
Se Muerde las Uñas	_____	_____
Frecuentemente Culpa a Otros	_____	_____
Carece de Confianza en Sí Mismo	_____	_____
Tiene su Autoestima Baja	_____	_____
Es Indeciso	_____	_____
Tiene Problemas Sexuales	_____	_____
Siente Mucha Soledad	_____	_____
Tiene Accidentes Con Frecuencia	_____	_____

\_\_\_\_\_  
**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 consejería externa, evaluación, información y/o referidos.
2. No se emplearán métodos de prueba de droga/ alcohol o 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 a la privacidad del cliente, 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.
  - Las enfermedades contagiosas deben ser reportadas por el consejero o terapeuta al departamento de salud del condado correspondiente.
- O,**
  - 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 solicite debe firmar una forma de Autorización para Divulgar 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 lugar 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 grupo 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 un 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 comentarios u observaciones a usted, el cliente, o para propósitos de entrenamiento de los terapeutas. Se protege su privacidad y las grabaciones se borran después de cada sesión a menos que usted dé permiso para otro uso. En caso de grabar un 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 de entrenamiento, pero se protege la identidad del niño. Si usted tiene cualquier pregunta sobre esto, pida por favor información a su terapeuta.

**Emergencias Después de Horario de Oficinas:** 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 de crisis más cercano.

*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.

**Pago de Honorarios por el Servicio:**

1. Aceptamos efectivo, cheques, tarjeta Visa, o reembolso de seguro médico.
2. Si un cheque es devuelto por fondos insuficientes, usted deberá pagar cualquier cargo adicional 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.

**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 que he proveído en las formas y/o cuestionarios de esta consejería es verdadera y correcta según 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 provistos 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.