

Fecha: \_\_\_\_\_

## Inscripción del cliente

**IMPRIMA TODO**

### INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre

Apellido \_\_\_\_\_ Primero \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Domicilio:

Calle \_\_\_\_\_ Nro. de apto. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código ZIP \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Sexo: M F

Edad: \_\_\_\_\_ Fec. Nac. \_\_\_\_\_ Nro. de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Tel. de casa \_\_\_\_\_ Tel. de trabajo \_\_\_\_\_

### PARTE RESPONSABLE

Part responsable **si no es el cliente:** \_\_\_\_\_

Domicilio (si es diferente del anterior): \_\_\_\_\_

Tel. de casa \_\_\_\_\_ Tel. de trabajo \_\_\_\_\_

Fec. Nac.: \_\_\_\_\_ Nro. de Seguridad Social: \_\_\_\_\_ Relación con cliente: \_\_\_\_\_

### SEGURO MÉDICO PRINCIPAL

Nombre de asegurado:

Apellido \_\_\_\_\_ Primero \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Fec. Nac.: \_\_\_\_\_ Nro. de Seguridad Social: \_\_\_\_\_ Relación con cliente: \_\_\_\_\_

Domicilio (si es diferente del anterior) \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código ZIP \_\_\_\_\_

Tel. de casa \_\_\_\_\_

Tel. de trabajo \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_

Nombre de seguro médico principal: \_\_\_\_\_

Fecha de entrada: \_\_\_\_\_

Nro. de identificación de seguro médico: \_\_\_\_\_

Nro. de grupo de seguro médico: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE PADRES

Nombre

Apellido

Primero

Inicial del segundo nombre

Domicilio:

Calle

Nro. de Apto.

Ciudad

Estado

Código ZIP

Condado

Sexo: M F

Edad: \_\_\_\_\_

Fec. Nac. \_\_\_\_\_

Nro. de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Tel. de casa \_\_\_\_\_

Tel. de trabajo \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE TUTOR

Nombre

Apellido

Primero

Inicial del segundo nombre

Domicilio:

Calle

Nro. de Apto.

Ciudad

Estado

Código ZIP

Condado

Sexo: M F

Edad: \_\_\_\_\_

Fec. Nac.: \_\_\_\_\_

Nro. de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Tel. de casa \_\_\_\_\_

Tel. de trabajo \_\_\_\_\_

# Inscripción del cliente

## INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN:

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Terapeuta: \_\_\_\_\_

Nombre de cliente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Nro. de casa                      Calle                      Ciudad                      Estado                      Código ZIP

Tel. de casa \_\_\_\_\_ de trabajo \_\_\_\_\_

¿Se puede llamar en casa? \_\_\_\_\_ ¿en el trabajo? \_\_\_\_\_

Persona de contacto en caso de emergencia (nro. de teléfono, relación):  
\_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Si se está casado, ¿por cuántos años está casado? \_\_\_\_\_

Fecha de matrimonio: \_\_\_\_\_

Educación: (Nivel más alto de educación que usted logró; título o certificado, si se aplica; el nombre y nivel escolar de la universidad que usted asiste)  
\_\_\_\_\_

¿Cual es su carrera o trabajo? \_\_\_\_\_ Si  
usted está empleado, ¿quién es su empleador?: \_\_\_\_\_ ¿por cuántos  
años ha trabajado ahí? \_\_\_\_\_

¿Cual es la razón principal que usted viene hoy día a Arubah Emotional Health Services?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor, marca las categorías que suelen preocuparse a usted:

### Categoría

Familia / Niños

Relación matrimonial

Otras relaciones

Empleo

Finanzas

Situación de convivencia

Escuela

Asuntos legales

Otra cosa (que se escriba enseguida):

### Comentarios:

## LISTA DE SÍNTOMAS / ASUNTOS

Encierre cualquier asunto que le preocupa y escriba por cuanto tiempo

### Físico

Problemas con dormir

Fatiga de / Falta de energía

Falta o cambio de apetito / pérdida o aumento de peso

Dolor de cabeza

Náusea, diarrea, u otro dolor abdominal

Mareo o desmayo

### Comentarios:

### ¿Cuanto tiempo?

PCC118 (10/96) (fíjese atrás) **Físico**

**Comentarios** **¿Cuanto tiempo?**

Falta de aire

Temblor

Dificultad con tragar / “tener un nudo en la garganta”

Taquicardia / frecuencia cardíaca acelerada

Pesadillas / mal sueño

Sudor exagerado

Síndrome premenstrual (SPM)

**Humor**

Deprimido

Soledad

Lloriqueo frecuente

Altibajos emocionales

Sentir inútil o incapaz

Falta de interés en la mayoría de actividades diarias

Falta de autoestima

Pensar en suicidio

Plan de suicidarse

Intento de suicidio

Irritabilidad

**Ansiedad**

Preocupación exagerada

Ansiedad / Nervios

Ataque de pánico

Miedo (que incluye las fobias)

Ansiedad social / timidez

Sentir culpable

**Comportamiento**

Aislamiento / Retraimiento

Falta de confianza

Perfeccionismo

Hiperactividad

Irritabilidad

Comportamiento agresivo

Comportamiento de autolesión

**Pensamientos / Percepciones**

Dificultad con la memoria

Dificultad en concentrarse

Desorientación / confusión / atarantamiento Fantasía  
exagerada / soñar despierto Preocupaciones

Frenesí de ideas

Alucinaciones (de voz / de vista)

Otra cosa: \_\_\_\_\_

### **ALCOHOL Y USA DE DROGAS**

¿Usted ha pensado que su uso de alcohol o drogas es u era una problema en algún momento?

Alcohol        \_\_\_ Sí        \_\_\_ No

Fumar         \_\_\_ Sí        \_\_\_ No

Otras drogas   \_\_\_ Sí        \_\_\_ No

Fecha de la ultima vez que tomó alcohol o drogas: \_\_\_\_\_

Fecha de la ultima vez que estuvo ebria o intoxicado: \_\_\_\_\_

Cantidad y tipo de alcohol o droga que usa cada semana: \_\_\_\_\_

Copas o botellas de cafeína que toma cada día: Café \_\_\_\_\_ Té \_\_\_\_\_ Refrescos: \_\_\_\_\_

Tobaco que usa cada día: Cigarillos \_\_\_\_\_ Cigarros \_\_\_\_\_ Pipa \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Tiene usted una historia de tratamiento por el abuso de sustancias? \_\_\_\_\_

Si su respuesta es afirmativa, ¿cuándo y adónde? \_\_\_\_\_

¿Usted asiste a las reuniones de Alcohólicos Anónimos o un grupo parecido? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted un familiar directo que tiene problemas con el abuso de sustancias?

### **HISTORIA DE LA SALUD MENTAL**

Por favor que usted escriba una lista de terapias, tratamientos, hospitalizaciones y estudios anteriores:

Cuándo

Adónde

De quién

¿Tiene usted un familiar directo que tiene o tenía problemas mentales o emocionales exagerados? Si su respuesta es afirmativa, escriba de su experiencia.

### **ABUSE HISTORY**

¿Alguien le ha maltratado a usted?

Físicamente                      Sí \_\_\_ No \_\_\_                      No estoy seguro \_\_\_

Emocionalmente                Sí \_\_\_ No \_\_\_                      No estoy seguro \_\_\_

Sexualmente                    Sí \_\_\_ No \_\_\_                      No estoy seguro \_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

---

¿Fue el maltrato un problema en su familia cuando era joven usted?

---

¿Todavía es un problema?

---

*(fíjese atrás)*

## **MÉDICO**

Médico primario: \_\_\_\_\_

Fecha de su último chequeo médico: \_\_\_\_\_

Operaciones y enfermedades significativas (incluso enfermedades crónicas y enfermedades significativas de niñez):

---

Anota todas las medicinas recetadas que toma usted ahora con el dosis de cada una si es posible:

---

Anota las medicinas previas que tomaba usted para su salud mental. Le ayudaban a usted?

---

Anota las medicinas de venta libre que toma usted a menudo:

---

Anota las alergias de que tiene usted a cualquier medicina:

---

Tiene usted una historia familiar de condiciones médicas?

---

## **PREGUNTAS FINALES**

¿Piensa usted que la religión o la espiritualidad es algo importante en su vida?

---

¿Hay personas en su vida en las que usted puede confiar? Si hay, que las anote aquí.

---

¿Cuáles son sus cualidades indispensables?

---

¿Tiene algo más que debemos saber de usted?

Nos alegra mucho conocerle a usted.



# Arubah

## Emotional Health Services

**ESTE DOCUMENTO AUTORIZA EL CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO**

**FIRMA DESPUES DE CADA SECCIÓN.**

### CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Este documento es un formulario de consentimiento para Arubah Emotional Health Services.

Yo doy consentimiento para los servicios de Arubah Emotional Health Services y su personal profesional asociado. El consentimiento incluye evaluation, terapia, manejo de la medicina, y, si le indique, pruebas .

Su terapeuta y usted crearan un plan de tratamiento juntos. Este consentimiento es un acuerdo de participar en el proceso de crear el plan de tratamiento.

Comprendo que puedo rechazar una recomendación para un tratamiento específico.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de consentimiento de padre/tutor si es un menor

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Arubah

## Emotional Health Services

### OUR FINANCIAL POLICY

We appreciate you for choosing Arubah Emotional Health Services as your mental health provider. We have committed ourselves to ensuring the best quality service for your treatment. Our financial policy is a part of our agreement for services. The statement should be read and signed prior to treatment. By signing this form you are agreeing to the terms of this financial policy.

Full Payment for fees or co-pays is due at the time of service. Fees may be paid with cash or check. All outstanding balances are the responsibility of the client, regardless of whether or not insurance covers the services. It is imperative that client notify us of any insurance changes. Failure to do so can cause billing inaccuracies that could result in full payment responsibility to the client.

Insurance Coverage - Insurance coverage is a contract between the insurance company and the covered person. Providers of health care are NOT a part of the contract. Instead, healthcare providers accept the assignment of benefits. This assignment can only happen with a client's signed authorization. Further, if the insurance company requires a referral, the client must obtain the referral prior to receipt of any care. Fees not covered by insurance after 45 days become the responsibility of the client.

Medicare and Medical Assistance - We are an authorized provider for Medicare and Medical Assistance and accept assignment of benefits. Eligibility for Medical Assistance is verified each month. Please have your Medical Assistance card available to assist us in verifying this coverage.

Reduced Fees/Sliding scale fees - We may be able to reduce fees in certain circumstances. Please speak with your therapist. Payment plans may also be arranged.

Missed Appointments - A 24-hour notice for cancellations is required. This enables us to arrange care for another client. Failure to cancel **24-hours ahead** of a scheduled appointment will **automatically** result in charges (outlined below) regardless of reason. Your treatment provider will not be able to prevent or reverse charges for missed appointments. .

#### **Fees for Missed Appointment and Late Cancellation:**

**Individual, Couples and Family Sessions: \$ 50.00**

**Group Sessions Any Length \$ 50.00**

**PLEASE NOTE: FAILURE TO ATTEND A GROUP - is an automatic charge, regardless of notice. This is because another client can not fill the vacancy of an absent group member.**

My signature below is authorization for the release of any medical information necessary to process the claim for benefits. Any release of medical information is understood to follow the standards set by HIPAA and the Data Privacy Act. I authorize payment of all benefits directly to Arubah Emotional Health Services. I acknowledge that I have read, understand and agree to the above Financial Policy.

Client Signature: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

Responsible Party Signature: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

# Arubah

## Emotional Health Services

**ESTE DOCUMENTO AUTORIZA EL CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y RECONOCE EL ACUSE DE RECIBO DE LOS DERCHOS DEL CLIENTE Y NOTICIA DEL DERECHO A LA INTIMIDAD**

**FIRMA DESPUES DE CADA SECCIÓN.**

### **EL ACUSE DE RECIBO DE LA NOTICIA DE LOS DERECHOS DEL CLIENTE**

Por la presente yo certifico que he recibido y leído la description de los derechos del cliente de Arubah Emotional Health Services como acuse de recibo, titulado "Clients Rights and Responsibilities".

Por la presente certifico que comprendo que tengo permiso de recibir una copia adicional de esta declaración en cualquier momento y que pueda dirigir cualquier queja del servicio al director(a) o dueño(a) de la agencia.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de consentimiento de padre/tutor si es un menor

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **EL ACUSE DE RECIBO DE LA NOTICIA DE DERECHO A LA INTIMIDAD**

En conformidad con el Health Insurance Portability and Accountability Act (1996), yo he recibido una copia de la Noticia del Derecho a la Intimidad.

La firma abajo indica que he recibido una copia de la Noticia del Derecho a la Intimidad.

Arubah Emotional Health Services motiva fuertemente a todos los clientes que lean esta noticia con cuidado.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de consentimiento de padre/tutor si es un menor

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_