

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)

(fijese 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

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 medicas?

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.

¿Cuales 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: _____

Firma de consentimiento de padre/tutor si es un menor Fecha: _____

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 DERECHOS 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 descripción 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: _____