

McDermott Counseling

Ingesta De Adultos

Nombre de Cliente: _____ NUSS _____ - - FDN: / / Edad: _____

Dirección: _____ Apt. # _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Teléfono (primario): _____ (trabajo): _____ (correo electrónico): _____

Cómo se enteró de nuestra oficina? _____

Nombre de la compañía de seguros: _____ ID #: _____ Group #: _____

Responda lo siguiente con respecto al ASEGURADO PRICIPAL Nombre: _____ FDN: _____

Dirección: _____

NUSS _____ - - Teléfono # () _____ - Empleadora: _____

Nombre de la compañía de seguros secundaria: _____ ID#: _____ Group#: _____

Responda lo siguiente con respecto al ASEGURADO SECUNDARIA: Nombre: _____ FDN: / /

dirección: _____

NUSS: _____ - - Teléfono # () _____ - Empleadora: _____

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DEL SEGURO: La falta de información del seguro puede ocasionar problemas de facturación. Si surgen problemas debido a que el paciente no proporcionó a McDermott Counseling toda la información del seguro, la **responsabilidad recaerá en el paciente y no en McDermott Counseling**. Es responsabilidad del pacienta proporcionar toda la información de su seguro médico. Si no se proporciona la información correcta y se rechazan las reclamaciones, el paciente deberá pagar cualquier saldo pendiente.

X

POR FAVOR CONFIRME QUE HA LEIDO LA CLÁUSULA DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL SEGURO ANTERIOR

Contacto de emergencia: _____

Relación: _____ Teléfono (casa): _____ (cell): _____

Motivo(s) principal(es) para solicitar servicios: _____

INFORMACIÓN FAMILIAR

Relación	Nombre	Edad	Viviendo		Vivir Contigo		Su Relación?		
			Si	No	Si	No	Bueno	Regular	Pobre
Madre	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pareja	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niños	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Otros):	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¿Qué te impulse a buscar tratamiento en este momento? _____

¿Dónde trabajas/estudias? _____

Síntomas

Por favor, revise todos los síntomas que haya podido experimentar en los últimos meses:

- Agresión Enojo Irritabilidad Preocupación Miedo Ansiedad Ataques de pánico ansiedad social
- Depresión Soledad Retraimiento Desesperanza Sentimiento de inutilidad Fatiga Aislamiento
- Falta de motivación Se distrae con facilidad Falta de concentración Impulsividad Pierde cosas fácilmente
- Hablar en exceso Nerviosa Desafío Pensamiento concreto Drogas Consumo/abuso de alcohol Vapeo
- Apostando Trastorno alimentario Alucinaciones Paranoia Voces Estado de ánimo elevado Cambios de humor Comportamiento de riesgo Errores de juicio Fobias Acciones repetitivas Pensamientos recurrentes
- Preocupaciones sobre la imagen corporal Pensamientos suicidas Pensamientos de lastimar a otros
- Autolesionarse Enferma regularmente Dificultades sexuales Adicción sexual Problemas para dormir
- Problema de relación

Por favor, enumere cualquier otro síntoma no mencionado anteriormente: _____

¿Cómo afectan los síntomas a su funcionamiento? _____

¿Cuánto tiempo lleva usted lidiando con estos síntomas? _____

¿Existe algún antecedente de problemas de salud mental en su familia? No __ Si __,

Si es así, por favor explique: _____

¿Cuál es tu objetivo con la terapia? _____

¿Cuáles son tus puntos fuertes? _____

¿Cuáles son tus aficiones? _____

¿Cuáles son tus habilidades para afrontar las dificultades? _____

¿Tienes alguna pregunta para tu terapeuta? _____

ESTADO CIVIL : Soltero(a) Casado(a) Divorciado (a) Pareja íntima Convivencia Apartado(a) Tiempo? _____

INFORMACIÓN DE PADRES: Siguen casados y juntos Separados Divorciados

Padre se volvió a casar _____ número de veces Madre se volvió a casar _____ número de veces

¿alguno de tus padres o algún miembro de tu familia ha padecido alguna enfermedad mental (i.e. depresión, ansiedad, esquizofrenia)?

Si No Si es así, por favor descríballo: _____

HISTORIA DEL DESARROLLO

¿Existen circunstancias especiales, inusuales o traumáticas que hayan afectado tu desarrollo? Si No describe: _____

¿Existe algún antecedente de abuso infantil? Yes No Si es así, cual tipo(s)? Sexual Físico

Verbal/Emocional Describe: _____

Otros problemas de la infancia: _____

HISTORIAL DE TRAUMAS

Los siguientes son ejemplos de trauma. Por favor, marque todos aquellos que haya experimentado o presenciado:

Violencia Doméstica ____ Presenciaron Violencia ____ Desastres Naturales ____ Trauma Vicario ____

Traumatismo Médico ____ Abuso Sexual ____ Agresión Física ____ Accidente de coche: ____ Otro: _____

Si marcaste alguna, por favor explica (Edad, otras involucradas, resultado):

RELACIONES SOCIALES

Indica cómo te llevas generalmente con otras personas: (marque todo lo que corresponde) Cariñoso(a) Enojado(a)

Agresivo(a) Tímido(a) Retirado(a) Extrovertido(a) Pasivo(a) Amistoso(a) Otro (especificar): _____

Orientación Sexual: _____ Disfunción Sexual? Si No Si es así, descríballo: _____

CULTURAL/ÉTNICO

¿A qué grupo cultural o étnico perteneces, si es que perteneces a alguno? _____

¿Está experimentando algún problema debido a cuestiones culturales o étnicas? Si No Si es así, descríballo : _____

ESPIRITUAL/RELIGIOSO

¿Qué importancia tienen para usted los asuntos espirituales? De nada Un Poco Moderada Muchísimo No estoy ejerciendo actualmente

¿Perteneces algún grupo espiritual o religioso? Si No Nombre y tipo: _____

¿Fuiste criado en un grupo espiritual o religioso? Si No Nombre y tipo: _____

LEGAL

¿Estás involucrada en algún caso (Tráfico, civil, penal)? Si No Si es así, descríballo: _____

¿Alguna vez te han arrestado (i.e. DUI)? Si No Si es así, descríballo: _____

EDUCACIÓN Y EMPLEO

Años de educación: _____ Ocupación actual: _____ Empleadora: _____

MEDICO

Enumere cualquier problema de salud: _____

Enumere cualquier cirugía (Incluidos los procedimientos cosméticos): _____

Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente (Rx y sobre el mostrador): _____

HISTORIAL DE USO DE PRODUCTOS QUÍMICOS

	Edad del primer uso	Edad del último uso	Cantidad utilizada	En el Pasado (círculo)	30 días	48 horas
Alcohol	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Anfetaminas	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Cocaína/Crack	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Opiáceas	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Marijuana	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Cafeína	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Nicotina	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Medicamento Recetaos	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

¿Algún miembro de tu familia, actual o pasado, tiene o tuvo problemas con las drogas o el alcohol? Si No

Si es así, descríballo: _____

Alguna vez ha recibido tratamiento por problemas de abuso de sustancias? Si No Si es así, ¿dónde?: _____

HISTORIAL DE ASESORAMIENTO/TRATAMIENTO PREVIO

¿Alguna vez has acudido a terapia o has consultado con un psiquiatra por algún motivo? Si No En caso afirmativo, nombre del proveedor y fechas del servicio : _____

¿Alguna vez has tenido pensamientos o intentos suicidas? Si No Si es así, ¿cuándo?: _____

¿Alguna vez has estado hospitalizado? Si No Si es así, ¿dónde y cuándo?: _____

Explícalo: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y ACUERDO DEL PACIENTE

Bienvenido a McDermott Counseling. Su terapia constituye una importante colaboración en la que usted y su terapeuta trabajarán juntos para comprender los problemas que está experimentando y para explorar sus opciones y los obstáculos que enfrenta para resolverlos. Este documento contiene información sobre nuestros servicios profesionales y políticas administrativas. Si en algún momento tuviera alguna pregunta al respecto, estaremos encantados de responderla.

SEVERICIOS PSICOLÓGICOS

La psicoterapia no resulta fácil de describir mediante afirmaciones generales. Varía en función de numerosos factores, entre ellos las personalidades del paciente y del terapeuta, sus experiencias tempranas, la etapa vital en la que se encuentre y sus objetivos. Existen diversos enfoques que pueden emplearse. La psicoterapia exige un esfuerzo activo por su parte, así como una relación de trabajo con su terapeuta en la que colaboren conjuntamente para identificar los problemas que usted desea resolver.

La psicoterapia puede conllevar tanto beneficios como riesgos. Dado que la terapia a menudo implica abordar aspectos difíciles de su vida, es posible que experimente sentimientos incómodos y cambios en sus conductas o pensamientos. Esto constituye una parte normal del proceso terapéutico. Es importante que evalúe detenidamente si, para usted, estos riesgos compensan los beneficios que conlleva el cambio. La mayoría de las personas que asumen estos riesgos descubren que la terapia resulta beneficiosa. Con frecuencia, esta conduce a una reducción significativa de los sentimientos de malestar, a la mejora de las relaciones interpersonales y a la resolución de problemas específicos.

Sus primeras sesiones implicarán una evaluación de sus necesidades. Al finalizar la evaluación, su terapeuta podrá ofrecerle unas primeras impresiones sobre lo que abarcará nuestro trabajo, así como un plan de tratamiento y objetivos, en caso de que decida continuar.

Usted tiene derecho a interrumpir el tratamiento en cualquier momento. El proceso de finalización suele ser uno de los momentos más importantes de la terapia. Se recomienda encarecidamente que dedique al menos de tres a cuatro sesiones a trabajar este proceso de finalización.

CONFIDENCIALIDAD

Con ciertas excepciones específicas que se describen a continuación, usted tiene el derecho absoluto a la confidencialidad de su terapia. No podemos —ni lo haremos— revelar a ninguna otra persona lo que usted nos haya contado, ni siquiera el hecho de que usted se encuentra en terapia con nosotros, sin su permiso previo por escrito. Las siguientes constituyen excepciones legales a su derecho a la confidencialidad. En caso de que se presente alguna de estas situaciones, haremos todo lo posible por conversarlo con usted en su totalidad antes de tomar cualquier medida.

- Si sospechamos razonablemente que una persona menor de 18 años o mayor de 65, o una persona con discapacidad, está siendo víctima de abuso o ha sido víctima de abuso, debemos presentar un informe ante la agencia estatal correspondiente.
- Si un paciente amenaza con hacerse daño a sí mismo, podríamos vernos obligados a gestionar su hospitalización o a contactar a familiares u otras personas que puedan ayudar a brindarle protección.
- Si un paciente comunica una amenaza grave de violencia física contra una víctima identificable, debemos adoptar medidas de protección, lo que incluye notificar a la víctima potencial y contactar a la policía. También podemos solicitar la hospitalización del paciente o contactar a otras personas que puedan ayudar a proteger a la víctima.
- Puede resultarnos útil consultar ocasionalmente con colegas profesionales acerca de nuestro trabajo. En estas consultas, hacemos todo lo posible por evitar revelar la identidad de nuestro paciente. El consultor también está legalmente obligado a mantener la confidencialidad de la información. A menos que usted exprese alguna objeción, no le informaremos sobre estas consultas, salvo que consideremos que ello es importante para nuestro trabajo conjunto.

- Si usted se encuentra involucrado en un procedimiento judicial y se solicita información sobre los servicios que le hemos prestado y/o los registros de los mismos, dicha información está protegida por las leyes de privilegio terapeuta-paciente. No podemos proporcionar ninguna información sin su autorización por escrito, una orden judicial, un proceso coercitivo (una citación judicial) o una solicitud de revelación de pruebas por parte de otra parte en el procedimiento judicial, salvo en los casos en que no tengamos fundamentos para oponernos conforme a la ley estatal (o que usted nos haya instruido para no oponernos). Si usted se encuentra involucrado en un litigio, o está considerando iniciar uno, debe consultar con su abogado para determinar si es probable que un tribunal me ordene revelar dicha información.

CITAS

Las citas de psicoterapia suelen programarse en sesiones de 45 o 60 minutos. Acordamos reunirnos aquí y ser puntuales. **Las sesiones se programan a la hora en punto y finalizan 15 minutos antes de la hora siguiente, o bien a la hora en punto.** Si en alguna ocasión no podemos comenzar a tiempo, le solicitamos su comprensión y le aseguramos que recibirá la totalidad del tiempo acordado. Si usted llega tarde, es probable que no podamos reunirnos durante el tiempo completo.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Dado que la programación de una cita implica la reserva de una cantidad considerable de tiempo destinado específicamente para usted, se requiere un aviso con un mínimo de **24 horas de antelación para reprogramar o cancelar una cita.** Las compañías de seguros no cubren las citas a las que el paciente no asiste; por lo tanto, se realizará un cargo de \$115 a su tarjeta de crédito si no se presenta a su cita o no la cancela dentro del plazo de 24 horas.

HONORARIOS PROFESIONALES

Su primera sesión consistirá en una evaluación inicial, y su tarifa es de **\$250**. La tarifa por una sesión de 38 a 45 minutos es de **\$150**. La tarifa por una sesión de 53 a 60 minutos es de **\$185**. **Las tarifas deben abonarse en el momento de cada visita.** Cobramos este monto por otros servicios profesionales que usted pueda requerir; no obstante, desglosaremos el costo por hora si trabajamos durante periodos inferiores a una hora. Otros servicios incluyen la redacción de informes, conversaciones telefónicas (con una duración superior a 5 minutos), la asistencia a reuniones o la consulta con otros profesionales (con su permiso), la preparación de expedientes o resúmenes de tratamiento, y el tiempo dedicado a realizar cualquier otro servicio que usted nos solicite. En caso de que no se abonen las tarifas correspondientes a los servicios prestados, se podrá recurrir a una agencia de cobranza, a la cual se le proporcionará la información financiera y de facturación pertinente (excluyendo la información clínica). En virtud de la Sección 1785.27 del Código Civil, se prohíbe a cualquier titular del presente contrato de deuda médica proporcionar información alguna relacionada con dicha deuda a una agencia de informes de crédito al consumidor. Además de cualquier otra sanción permitida por la ley, si una persona infringe dicha sección de manera deliberada al proporcionar información relativa a esta deuda a una agencia de informes de crédito al consumidor, la deuda se considerará nula e inexigible.

BENEFICIOS DEL SEGURO

Usted, como paciente, es responsable de conocer y comprender su propia póliza de seguro y sus beneficios. McDermott Counseling es un proveedor fuera de la red; por lo tanto, no está sujeto a las limitaciones del esquema de tarifas habituales y consuetudinarias de su plan. En caso de que su compañía de seguros no cubra la totalidad de los honorarios, usted será responsable del saldo restante. McDermott Counseling no se hace responsable de las discrepancias en la información proporcionada sobre los beneficios. Siempre es aconsejable que usted se ponga en contacto con su plan de seguros para confirmar sus beneficios y obtener un número de referencia de dicha llamada.

COMUNICARSE CON NOSOTROS

A menudo, no estamos disponibles de inmediato por teléfono. Cuando no estamos disponibles, nuestras llamadas son atendidas por un sistema de correo de voz, el cual revisamos durante el horario comercial habitual. Haremos todo lo posible por devolver su llamada el mismo día en que la realice, con la excepción de las llamadas recibidas durante los fines de semana y días festivos. Si no logra comunicarse con nosotros y considera que no puede esperar a que le devolvamos la llamada, puede contactar a la Línea de Información sobre Salud Mental al (800) 321-1616, a la Línea Nacional de Crisis al (800) 784-2433, a la Línea de Crisis del Condado de Tulare al (559) 733-6877, o al 911.

He leído la información anterior y he tenido la oportunidad de formular preguntas para aclarar las condiciones bajo las cuales doy mi consentimiento para recibir tratamiento. Otorgo a McDermott Counseling permiso para realizar evaluaciones y brindar psicoterapia. Soy consciente de que Esmerelda Alvarez, AMFT, es una Asociada en Terapia Matrimonial y Familiar supervisada por el Dr. Hoehing (Lic. n.º 21474); y que Haley Gee, AMFT, Regina Nieto, AMFT, y Isabella Mausser AMFT, son supervisados por Rachel McDermott (Lic. n.º MFC 39944).

Firma Del Paciente

Fecha

Acuerdo de Autorización de tarjeta de crédito/Cuenta de ahorro para la salud

Por favor, complete la siguiente información. Este formulario se almacenará de forma segura en su expediente clínico y podrá actualizarse en cualquier momento, previa solicitud.

Yo, _____, Autorizo a McDermott Counseling a utilizar la información de la tarjeta de crédito que figura a continuación para realizar cargos a mi tarjeta en los siguientes casos:

SESIONES: Los honorarios de la sesión se cobrarán el día de la sesión programada (o posteriormente).

SESIONES NO ASISTIDAS: Entiendo que, al programar una cita, ese horario queda reservado exclusivamente para mí y que el seguro no cubrirá el costo de las sesiones a las que no asista. Por lo tanto, entiendo que si cancelo una sesión sin un aviso previo de 24 horas, o si no me presento a la cita, autorizo a McDermott Counseling a cargar el costo de dicha sesión en mi tarjeta de crédito. Entiendo que se me cobrará la tarifa completa de la sesión (y no únicamente mi copago del seguro, en caso de estar utilizando cobertura de seguro).

PAGOS OLVIDADOS: Entiendo que, si no llevo conmigo el pago correspondiente al asistir a una sesión, se procederá a cobrar el monto adeudado.

CHEQUES DEVUELTOS: Si un cheque es devuelto sin pagar, el monto del cheque se cargará a la tarjeta de crédito, más cualquier comisión por devolución de cheques.

TARJETAS DE CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA): Si poseo una tarjeta de crédito asociada a una cuenta HSA, autorizo a McDermott Counseling a cargar en dicha tarjeta el costo de todos los servicios en el momento de la sesión o posteriormente. Entiendo que las sesiones a las que no asista no podrán ser facturadas a las tarjetas de crédito HSA.

Me comprometo a no disputar los cargos (solicitar una "devolución de cargo" o *chargeback*) ante la compañía de la tarjeta de crédito por las sesiones que haya recibido o por las citas a las que no haya asistido, de conformidad con la política establecida anteriormente.

Entiendo que se cargará automáticamente a mi tarjeta la suma de **\$115** en caso de cancelaciones realizadas con menos de 24 horas de antelación. Asimismo, entiendo que la falta de asistencia a la cita resultará también en un cargo de 115.

X _____
POR FAVOR, FIRME AQUÍ PARA CONFIRMAR QUE ESTÁ AL TANTO DE NUESTRA POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE 24 HORAS.

La información de mi tarjeta de crédito: VISA MC AMEX

Nombre tal como aparece en la tarjeta: _____

Número de Tarjeta de Crédito : _____

Fecha de expiración : _____

Código de seguridad: (3 dígitos en el reverso de la tarjeta; 4 dígitos en el anverso de AmEx): _____

Código: _____

"Certifico que la información de mi tarjeta de crédito, proporcionada anteriormente, es exacta a mi leal saber y entender. Si esta información resultara incorrecta o fraudulenta, o si mi pago fuera rechazado, comprendo que soy responsable de la totalidad del monto adeudado, así como de cualquier interés o costo adicional en que se incurra a consecuencia de dicho rechazo."

Firma: _____ Nombre: _____ Fecha: / / _____