McDermott Counseling
Ingesta De Adultos

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

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

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

Cómo se enteró de nuestra oficina? _____

Nombre de la compaña 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 RESPONSIBILIDAD 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 CONFRIME 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			Viviendo		Vivir Contigo		Su Relación?		
Relación	Nombre	Edad	Si	No	Si	No	Bueno	Regular	Pobre
Madre			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Padre			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pareja			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Niños			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(Otros):			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

_____

¿Dónde trabajas/estudias?_____

_____

Síntomas

Por favor, revise todos los síntomas que haya podido experimentar el 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 tues 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) Tiemp? ____

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 descríbalo:_____

_____

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, descríbalo:_____

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, descríbalo :_____

_____

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, descríbalo:_____

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

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 tomado 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					Yes	No	Yes	No
Anfetaminas					Yes	No	Yes	No
Cocaína/Crack					Yes	No	Yes	No
Opiáceas					Yes	No	Yes	No
Marijuana					Yes	No	Yes	No
Cafeína					Yes	No	Yes	No
Nicotina					Yes	No	Yes	No
Medicamento Recetaos					Yes	No	Yes	No

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

Si es así, descríbalo: _____

_____

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.

A los saldos no pagados dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vencimiento se les podrá aplicar un cargo por mora de $25 mensuales. 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, Isabella Mausser AMFT, y Kassidy Perez AMFT son supervisados por Rachel McDermott (Lic. n.º MFC 39944).

Firma Del Paciente

Fecha

ACUERDO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO MEDIANTE TARJETA DE CRÉDITO / HSA

Por favor, complete la información de pago correspondiente que aparece a continuación. Además de una tarjeta HSA, es necesario proporcionar una tarjeta de crédito convencional, ya que los fondos de una cuenta HSA no pueden utilizarse para cubrir cargos por cancelaciones fuera de plazo o por inasistencia. Por su seguridad, no anote el código de seguridad de la tarjeta (CVV/CVC) en este formulario.

INFORMACIÓN DEL CLIENTE
Nombre del cliente:_____

Nombre del padre/tutor (si corresponde): _____

AUTORIZACIÓN DE PAGO
SESIONES Y SALDOS: Autorizo a McDermott Counseling a realizar el cobro de los pagos correspondientes por los servicios —incluyendo cualquier importe a cargo del cliente, copago, deducible u otro saldo— mediante la tarjeta de pago designada a tal efecto más abajo, en el momento de la sesión programada o con posterioridad a la misma.
CANCELACIONES TARDÍAS Y AUSENCIAS SIN AVISO: Entiendo que las citas canceladas con menos de 24 horas de antelación, o aquellas a las que no asista sin previo aviso, conllevan un cargo de $115 por cancelación tardía o ausencia. Comprendo que este cargo es mi responsabilidad, que no está cubierto por el seguro médico y que no puede pagarse con fondos de una cuenta de ahorros para la salud (HSA). Autorizo a McDermott Counseling a realizar el cobro de este importe en la tarjeta de crédito que he proporcionado a continuación.
PAGOS PENDIENTES: Autorizo a McDermott Counseling a realizar el cobro, mediante la tarjeta de pago registrada en el archivo, de cualquier importe adeudado que no haya sido abonado al momento de mi sesión.
CHEQUES DEVUELTOS: Si un cheque es devuelto sin pago, autorizo a McDermott Counseling a realizar un cargo en la tarjeta de crédito que tengo registrada por el monto adeudado, más cualquier comisión aplicable por cheque devuelto.
TARJETAS HSA: Autorizo a McDermott Counseling a realizar cargos en mi tarjeta HSA únicamente por servicios elegibles, durante o después de la sesión. Comprendo que los cargos por cancelación fuera de plazo o por inasistencia no constituyen gastos elegibles para una cuenta HSA, por lo que se cobrarán a la tarjeta de crédito habitual que proporciono a continuación.

INFORMACIÓN SOBRE LA TARJETA HSA: SOLO PARA SERVICIOS ELEGIBLES

Nombre del titular de la tarjeta: _____

Número de tarjeta HSA: _____

Fecha de caducidad (MM/AA): _____ **Código postal:** _____

INFORMACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO — REQUERIDA PARA CARGOS POR CANCELACIÓN TARDÍA O POR NO PRESENTARSE (NO-SHOW) Nombre del titular de la tarjeta:
_____

Tipo de tarjeta: ☐Visa ☒Mastercard ☐American Express ☐ Discover
Fecha de caducidad (MM/AA): _____ **Código postal:** _____

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DEL CLIENTE: Al firmar a continuación, reconozco haber leído y comprendido la política completa de cancelación con 24 horas de antelación de McDermott Counseling, y autorizo los cargos descritos en este acuerdo. Entiendo que puedo formular preguntas sobre esta autorización antes de firmar.

Frima del Cliente: _____ **Fecha:** _____

Nombre: _____
Por motivos de seguridad, proporcione y envíe la información de pago únicamente a través de un método aprobado por McDermott Counseling. No incluya ni conserve el código de seguridad de la tarjeta (CVV/CVC) en este formulario.