

INFORMACIÓN DEL INTAKE

Nombre _____ Fecha de hoy _____
(Primero) (Segundo) (Apellido) mes/día/año

Dirección _____ Fecha de nacimiento _____

Ciudad y código postal _____ Religión _____

Numero de teléfono _____ Raza _____ Estado Matrimonial _____

Trabajo _____ Teléfono del trabajo _____

Contacto en caso de emergencia _____
(Nombre) (Teléfono) (Relación)

Niños que viven en la casa: Edad: Fecha de Nacimiento:
(apunte el nombre completo)

| | | | |
|-------|-------|-------|---|
| _____ | _____ | _____ | Favor de poner un círculo alrededor de las personas que buscan terapia. |
| _____ | _____ | _____ | |
| _____ | _____ | _____ | |
| _____ | _____ | _____ | |
| _____ | _____ | _____ | |

Apunte el grado más alto cumplido para la persona(s) que buscan terapia.

¿Quién le refirió? _____
(Nombre de la persona) (Nombre de la agencia/posición)

Información de Seguros

¿Tiene Medicaid o Medicare? Yes ___ No ___

¿Tiene seguro medical? Yes ___ No ___

¿Tiene ventajas para la terapia? Yes ___ No ___

Nombre de la compañía de seguros _____

Numero de teléfono para los seguros _____

Nombre del asegurado _____

Dirección (si es diferente del anterior) _____

Poliza # _____ # de Seguro Social _____

Trabajo del asegurado _____ su fecha de nacimiento _____

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL

NOMBRE _____
FECHA DE HOY _____
CUMPLEAÑOS _____

¿Qué tipo de terapia busca usted? Favor de poner un círculo alrededor de los que se aplican.

1. Terapia individual
2. Terapia de pareja
3. Terapia familiar
4. Terapia de grupo

¿Ha recibido terapia anteriormente?

No _____

Sí _____

¿Con quién? _____

¿Cuándo? _____

¿Ahorita toma medicamento?

No _____

Sí _____

¿Cuáles? _____

¿Para qué? _____

¿Porqué está buscando terapia?

Favor de usar la escala para indicar su nivel de preocupación con el problema indicado. **(Favor de sólo marcar los que aplican).**

ESCALA: 1 2 3 4
 poca preocupación preocupación mucha preocupación intensa preocupación

- 1) drogas/alcohol _____
- 2) ansiedad _____
- 3) muerte/angustia/pérdida _____
- 4) depresión _____
- 5) problemas con comer _____
- 6) abuso emocional _____
- 7) relaciones familiares _____
- 8) asuntos maritales _____
- 9) problemas familiares del pasado _____
- 10) abuso físico _____
- 11) relaciones románticas _____
- 12) autoestima _____
- 13) abuso sexual _____
- 14) sexualidad _____
- 15) estrés _____
- 16) otro _____

FAVOR DE MARCAR TODOS LOS TIEMPOS EN QUE ESTÉ LIBRE PARA VENIR A UNA CITA.

| HORA | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES |
|-------|-------|--------|-----------|--------|
| 8:00 | | | | |
| 9:00 | | | | |
| 10:00 | | | | |
| 11:00 | | | | |
| 12:00 | | | | |
| 1:00 | | | | |
| 2:00 | | | | |
| 3:00 | | | | |
| 4:00 | | | | |
| 5:00 | | | | |

Nota: Las citas por la tarde o la noche tiene una lista de espera más larga (puede ser 3-4 meses) que las citas por la mañana o el día. Para tener una cita lo más pronto posible, favor de marcar TODAS las citas que sean posible.

FAMILY SUPPORT & TREATMENT CENTER

PERMISO DE TRATAMIENTO

Yo _____ doy mi permiso para recibir terapia individual, familiar, y/o terapia de grupo para asuntos personales o familiares.

Yo entiendo que mis relaciones con el Family Support & Treatment Center son confidenciales y que **NINGUNA INFORMACIÓN SERA REVELADO NI DADO A OTRA PERSONA SIN MI PERMISO ESCRITO con excepción con los términos descritos en la forma de Responsabilidad y Confidencialidad.** Tengo el conocimiento de que si participo en terapia del grupo, el grupo será conducido por un terapeuta licenciado y/o un estudiante de consejero, bajo las supervisión de un terapeuta licenciada. Además, puede ser que haya un “co-leader” en el grupo que sea un estudiante de consejero. Si tengo una preocupación o duda que tiene que ver con el tratamiento que recibo aquí, puedo consultar con mi terapeuta y/o el director clínico de la agencia. Si me piden, contestaré un cuestionario partidario concerniente la cualidad de la terapia que recibí al final de tratamiento.

En el caso raro que una grabación o observación necesita ser utilizada, me será descrito por adelantado y mi permiso será obtenido. Será notificado concerniente cualquier cambio propuesto de mi tratamiento o terapeuta.

Entiendo que el tratamiento en el Family Support & Treatment Center es libre de discriminación de raza, religión, sexo, edad, o incapacidad.

Firma del cliente

Fecha

Testigo

FAMILY SUPPORT & TREATMENT CENTER
PEDIDO DE TERAPIA Y
FORMA PARA LA RESPONSABILIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Yo pido servicios del Family Support & Treatment Center. Entiendo que toda la información obtenida sobre mi y/o mis hijos o cualquier cosa que le doy al personal de la agencia, sea escrita o de boca, será confidencial, con los siguientes exepciones:

- 1) Yo firmo un comunicado especificando a quien y por cuánto tiempo se debe revelar información.
- 2) Una orden judicial.
- 3) En caso de emergencia cuando parece que yo estoy en peligro, sea de mí mismo u a otros.
- 4) En casos de abuso de niños mandados por la ley.
- 5) Como nos mande la persona o agencia que paga para su cuenta para que podamos recibir pago.
- 6) Como es delineado en la “Noticia de Prácticas Privadas”.

Considero inofensivo el Family Support & Treatment Center por sus responsabilidades legales declaradas arriba de cumplir con las leyes. Toda la información en esta hoja ha sido explicada claramente por un miembro del personal y admito que la entiendo y cumpliré con todo apuntado.

Firma del pariente o guarda legal

Fecha

Testigo

PERMISO DE DEJAR UN MENSAJE

Yo _____, le doy permiso al Family Support & Treatment Center para dejar un mensaje:

| | | |
|--|----|----|
| en mi maquina de contestar | sí | no |
| con mi esposo | sí | no |
| con cualquier persona que conteste el telefono | sí | no |
| en el trabajo | sí | no |

_____ **SÍ** quiero una llamada para acordarme de mi cita cada semana

_____ **NO** quiero una llamada para acordarme de mi cita cada semana

Firma

Fecha