

Formulario de admisión de niños

Nombre del niño/a: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Genero: _____

Nombre de los padres/Representante Legal: _____

dirección: _____
Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal: _____

Números de teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Teléfono Móvil: _____

Nombre de la escuela/Guardería: _____ Teléfono de la escuela #: _____

Grado/Año: _____ Maestra/o: _____

Enumere cualquier medicamento que su hijo esté tomando actualmente, incluidos los medicamentos psicotrópicos:

Describa cualquier condición médica sobre su hijo/a que debería conocer (alergias, lesiones, enfermedades, etc.)

Describa la composición actual de su hogar (nombres, edades y relación de las personas que viven con su hijo/a):

Describa el papel que desempeña, si lo hay, la fe y la religión en su familia:

Cual es la razón por la que busco terapia para mi hijo:

¿Qué ha intentado para corregir o resolver este problema?

¿Qué es lo que más le preocupa?

¿Qué cambios le gustaría ver como resultado de la terapia?

Historial del Niño/a

Nombre del niño/a: _____ Edad: ____ Genero: _____

¿Es su hijo/a adoptada/o? _____ si no

¿Ha estado su hijo alguna vez o está actualmente en cuidado estatal de crianza? _____ si no

Explique: _____

¿Ha recibido su hijo consejería o tratamiento previo? _____ si no

Explique: _____

¿Hubo problemas o complicaciones durante el embarazo o el parto? _____ si no

Explique: _____

¿Ha experimentado su hijo/a alguna forma de abuso (físico, emocional, sexual)? _____ si no

Explique: _____

¿Ha experimentado su hijo/a algún trauma o pérdida importante? _____ si no

Explique: _____

¿Ha sufrido su hijo algún divorcio o separación? _____ si no

Explique: _____

¿Tiene su hijo dificultades en la escuela o en la guardería? _____ si no

Explique: _____

¿Por lo general se lleva bien con otros niños de su propia edad? _____ si no

¿Su hijo generalmente se lleva bien con adultos? _____ si no

Explique: _____

¿Su hijo tiene patrones de alimentación inusuales? _____ si no

Explique: _____

¿Su hijo tiene patrones de sueño inusuales? _____ si no

Explique: _____

Historial de la familia del niño/a

Estado de custodia actual:

Arreglos de visita: _____

¿Cuáles son sus enfoques principales para la disciplina? _____

¿Qué enfoques de la disciplina han mostrado el mayor éxito? _____

¿Cuáles miembros de la familia, incluida la familia extendida, padecen algún tipo de enfermedad de salud mental?

Consentimiento para tratar a un menor

Nombre del cliente menor: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Esto es para certificar que usted da permiso para _____ (terapeuta) para dar tratamiento de su hijo/a _____. Este tratamiento puede incluir psicoterapia individual o grupal, asesoramiento y pruebas. Este tratamiento también puede incluir referencias a otras agencias profesionales.

Una de mis estipulaciones en el tratamiento de su hijo es que usted, como padre / tutor, también participe en el proceso terapéutico. Al firmar este formulario de consentimiento, también acepta asistir a sesiones ocasionales en las que solicito su presencia.

Además, usted como padre / tutor legal acepta las siguientes estipulaciones:

- Si bien su hijo es menor de edad, él / ella tiene derecho a la confidencialidad. Esta confidencialidad es crucial para que un niño se sienta seguro en el entorno de consejería y un ingrediente necesario para el éxito del tratamiento. Usted acepta respetar este derecho a la confidencialidad. Los niños de 14 años o más tienen derecho a un privilegio completo del cliente. Los padres de niños menores de 14 años tienen derecho a recibir información sobre el tratamiento del menor siempre y cuando sea en el mejor interés del niño.
- En casos de divorcio o conflicto con los padres, usted acepta no solicitar que participe en ningún proceso judicial, para incluir, entre otros, testificar, proporcionar registros o escribir cartas de resumen o recomendación.

**Tengo el derecho legal de solo/ compartida Toma de decisiones médicas respecto a los siguientes niños:

Entiendo que puedo revocar esta autorización al enviar mi solicitud por escrito a mi terapeuta.

Firma del padre o tutor

Nombre (en letra de imprenta)

Fecha

Firma del terapeuta

Fecha

****En los casos de custodia compartida o asignación compartida de la responsabilidad parental por las decisiones médicas, se requiere una copia del decreto de divorcio y la orden de custodia junto con firmas que indiquen el consentimiento de ambos padres para tratar a un menor, excepto en casos de emergencia.

Formulario de acuerdo financiero

Acepto los siguientes pagos y procedimientos financieros.

1. Pagar \$ 130 por la evaluación inicial y \$ 120 por sesión de 53 minutos a partir de entonces.
2. Para pagar una tarifa por hora de \$ 120 por servicios educativos, incluido el servicio de defensor en 504 reuniones, reuniones ARD y reuniones de transición, más el kilometraje a \$.545 por milla.
3. Para pagar una tarifa por hora de \$ 120 por el tiempo dedicado a preparar y escribir cualquier documentación formal o legal que incluya, entre otros, cartas judiciales, determinaciones de discapacidad, evaluaciones y resúmenes de tratamientos. Si se me exige comparecer ante el tribunal, el cliente incurrirá en un cargo de \$ 120 por hora y \$.545 por milla, con un cargo de \$ 500 de retención por la fecha requerida del tribunal.
4. Se espera el pago en cada sesión, a menos que se hayan hecho arreglos previos.
5. A las citas que no se cancelen con 24 horas de anticipación se les puede cobrar una tarifa de cancelación de \$ 50 y deben pagarse antes de la próxima sesión.
6. Se agregará un cargo por servicio de \$ 25 a todos los cheques devueltos y se deberá pagar en la próxima sesión.
7. Los pagos de honorarios son responsabilidad total del cliente. El seguro se factura solo como cortesía y no garantiza que todos los cargos serán cubiertos por el seguro.
8. Explicación de cualquier plan de pago alternativo:

Autorizo a que Clearhope Counseling and Wellness Center facture a mi Seguro.
Iniciales

Información del Seguro Medico

Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

(Ciudad) _____ (Estado) _____ (Código Postal) _____

Numero de teléfono: _____

Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento: _____

Lugar de trabajo: _____

Numero de póliza/ Numero de seguro social: _____

Numero de grupo: _____

Entiendo los procedimientos de pago anteriores y acepto este plan de pago.

Firma del cliente _____

Fecha _____

Firma del terapeuta _____

Fecha _____