



1111 Hwy 6 Suite 120 Sugar Land, TX 77478
6021 Fairmont Suite 200 Pasadena, TX 77505
www.clearhopewellness.com
281-769-2238

Formulario de admisión de adultos

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre: _____
Fecha de hoy: _____ Su edad: _____
Fecha de nacimiento (DOB): _____
Dirección: _____

Nombre del cónyuge o pareja (si corresponde): _____

Contacto de emergencia: _____

Número telefónico de contacto de emergencia: _____

Teléfono de casa: _____

¿Puedo dejar un mensaje? Sí No

Teléfono celular: _____ ¿Puedo dejar un mensaje de voz? Sí No

¿Puedo dejar un mensaje de texto? Sí No

Teléfono de trabajo: _____ ¿Puedo dejar un mensaje? Sí No

Correo electrónico: _____ ¿Puedo enviarle un correo electrónico? Sí No

Quien lo refirió: _____

¿Cuál es la razón principal por la que buscas ayuda?

¿Cuánto tiempo ha sido esto un problema?

¿Cuáles son tus objetivos para la terapia?

INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL

¿Has visto anteriormente a un terapeuta o psiquiatra? Si es así, ¿en qué año? ¿A quién viste y por qué motivo?

¿Aproximadamente cuántas reuniones tuviste? Fue la experiencia útil o no?

¿Alguna vez fuiste hospitalizado por una enfermedad mental? Si es así, enumere cuándo, dónde y razón:

¿Alguna vez has experimentado alguna situación que considerarías traumática para ti?

Cuando eras niño, luchaste con cualquiera de los siguientes:

			Edad
Discapacidades de aprendizaje	Sí	No	_____
Hiperactividad	Sí	No	_____
Mojar la cama	Sí	No	_____
Temores a la escuela	Sí	No	_____
Molestar / Intimidar	Sí	No	_____
Desórdenes alimenticios	Sí	No	_____
Testigos de violencia en el hogar	Sí	No	_____
abuso sexual, física o emocional	Sí	No	_____

Si es así, ¿por quién?

HISTORIA PSIQUIÁTRICA FAMILIAR

En la siguiente sección, identifique si algún miembro de su familia y su familia extendida tiene un historial de alguno de los siguientes. En caso afirmativo, indique la relación de su familiar con usted en el espacio provisto.

Por favor encierre en un círculo

Lista Miembros de la familia

Ansiedad (general)	Sí	No
Comportamiento obsesivo compulsivo	Sí	No
Depresión	Sí	No
Intentos/completado de suicidio	Sí	No
Trastorno bipolar / manía	Sí	No
Alcoholismo	Sí	No
Abuso de sustancias	Sí	No
Violencia doméstica	Sí	No
Trastornos de la alimentación	Sí	No
Obesidad	Sí	No
Esquizofrenia	Sí	No
Consejería o psicoterapia	Sí	No
Hospitalizaciones psiquiátricas	Sí	No

CONDICIONES MÉDICAS E HISTORIA

¿Tiene actualmente algún problema médico? ¿Alguna vez ha sido hospitalizado por razones médicas? De ser así, enumere cuándo, dónde y por qué razón:

¿Tiene dolores, dolores, nervios o dolor articular inexplicables?

¿Alguna vez te trataron por alguno de los siguientes? Si es así, circule y describa: Lesión en la cabeza, derrames cerebrales, convulsiones, desmayos, pérdida de conocimiento, afecciones neurológicas (esclerosis múltiple, Parkinson), cáncer, dolores de cabeza, diabetes / riñón, alergias, fatiga crónica, fiebre alta, cirugías, cualquier otra condición:

¿Cuántas veces a la semana hace ejercicio? _____ ¿Qué tipo y cuántos minutos? ¿Cómo describirías tu dieta? ¿Tiene alguna preocupación sobre su salud general? (Si es así, por favor describa)

INFORMACIÓN MÉDICA Y MEDICAMENTOS

Enumere los medicamentos con receta actuales con dosificación (psiquiátrica y de salud general):

Indique cualquier medicamento psiquiátrico previo (con dosis y fechas):

¿Quién es su médico de atención primaria?

¿Quién es tu psiquiatra (si corresponde)?

¿Cuándo fue su último examen físico completo (mes / año)?

USO DE SUSTANCIAS ILICITAS

¿Toma alcohol o usa drogas recreativas? Si es así, ¿ Que tipo y con que frecuencia?

¿Usted o alguien cercano cree que su uso es un problema? Si No

INFORMACIÓN FAMILIAR (familia de origen)

¿Dónde naciste? _____

¿Dónde viviste la mayor parte de tu infancia? _____

	MADRE	PADRE
Edad actual o fecha de fallecimientos, edad y causa de la muerte		
País de origen		
Afiliación Religiosa / Espiritual (si hay)		
Use 3 adjetivos o más para describir a cada uno.		
¿Cómo se llevaron tu y tus padres cuando eras pequeño? Da algunos ejemplos de cosas que hiciste juntos y sentimientos que tuviste.		
Use 3 adjetivos o más para describir la relación de sus padres.		
¿Cómo se llevaban tus padres? ¿Cuáles fueron las cosas por las que no estuvieron de acuerdo?		
Años casados / juntos (padres)		
Si está divorciado o no, su edad en el divorcio.		
Motivo de divorcio / separacion		
Describe su relación con padrastros (si corresponde).		
Enumere a cualquier otra persona que vivió con usted o que lo cuidó regularmente.		
¿Fuiste adoptado? ¿Años?	Si es así, escriba cualquier información relevante sobre sus padres biológicos.	
Enumere cualquier problema en su familia mientras crecía		

Hermanos/as

Enumere a todos sus hermanos y hermanas en el orden de nacimiento (si corresponde).

Primer nombre	Biologico (si) (No)	Edad actual	Hombre/Mujer	Casado/o con pareja	En una cuantas palabras describe su relacion

Porfavor enumere sus hijos/as biologicos, adoptados, o hijastros/as (si aplica)

Primer nombre	Biologico, adoptado, hijastros	Edad actual	Escual/grado de curso	Hombre o Mujer	Vive con usted	En una cuantas palabras describe su relacion

Relaciones Intimas y apoyo Social

¿Está actualmente Casado/a? SI NO ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Está actualmente en unión libre? SI NO ¿Por cuánto tiempo? _____

¿tiene alguna preocupación/dificulta en su relación actual de lo que quisiera hablar? _____

¿Está actualmente separado/a o divorciada/o? SI NO ¿ Por cuánto tiempo? _____

Si usted y su esposo o pareja tienen hijos juntos, por favor describa el acuerdo de custodia y visitas, al igual que la forma de comunicación

¿Por favor describa sus relaciones sociales. ¿ Tienes amigos y / o familia extendida? ¿ Salir por diversión?

¿Socializar? ¿A quién puede dirigirse para obtener apoyo emocional y de otro tipo?

EMPLOYMENT & EDUCATIONAL INFORMATION

¿Tiene empleo? Si No ¿Es actualmente un estudiante? Si No

¿Cuál fue el grado más alto de educación que completó? _____

Por favor describa su trabajo actual o situación académica: _____

Do you enjoy your work/school? Is there anything stressful about it? _____

INTERESES / ACTIVIDADES / ESPIRITUALIDAD

¿Cuáles son algunos de sus intereses / pasatiempos y actividades? _____

¿Consideras tener preferencias espirituales o religiosas? Si No

Es así, describe tu espiritualidad / fe y tu nivel de participación en un grupo basado en la fe (si corresponde): _____

INFORMACION ADICIONAL

¿Tiene algún historial legal o problemas o inquietudes legales actuales que sienta que debería conocer? Por ejemplo, ¿alguna vez ha sido acusado de DWI / DUI, tratado con batallas de custodia, problemas legales relacionados con el crimen, etc.?

¿Ha experimentado algún estrés inusualmente severo durante el último año? SI No

Si es así, descríbalos: _____

¿Cuáles consideras que son tus fortalezas? _____

¿Cuáles consideras que son tus áreas de crecimiento? _____

¿Hay alguna otra información que te gustaría agregar?

¿En qué medida cada una de las siguientes áreas es actualmente un problema para usted? Por favor marque.

	Para nada 1	Solo Un Poco 2	Algo 3	Considerable 4	Terrible 5
<u>Anciedad</u>	1	2	3	4	5
<u>Probelmas Fisicos</u>	1	2	3	4	5
<u>Problemas al dormir</u>	1	2	3	4	5
<u>Depresion</u>	1	2	3	4	5
<u>Abuso de Alcohol o drogas</u>	1	2	3	4	5
<u>Conflicto con la familia</u>	1	2	3	4	5
<u>Conflictos Matrimoniales</u>	1	2	3	4	5
<u>Realaciones Sociales</u>	1	2	3	4	5
<u>Trabajo/ Escuela</u>	1	2	3	4	5
<u>Problemas Sexuales</u>	1	2	3	4	5
<u>Espirituales/Religiosos</u>	1	2	3	4	5
<u>Problemas Legales</u>	1	2	3	4	5
<u>Dificultades con la Alimentacion/Desordenes Alimenticios</u>	1	2	3	4	5
<u>Abuso (Fisico, verbal, emocional, sexual)</u>	1	2	3	4	5



Formulario de acuerdo financiero

Acepto los siguientes pagos y procedimientos financieros:

1. Pagar \$ 145 por la evaluación inicial y \$ 135 por sesión de 53 minutos a partir de entonces.
2. Los planes de tratamiento promedio son de 10 a 12 sesiones de duración y varían según las necesidades individuales.
3. Para pagar una tarifa por hora de \$ 135 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.
4. Si se me exige comparecer ante el tribunal, el cliente incurrirá en un cargo de \$ 125 por hora, más la tarifa permitida por el gobierno por las millas recorridas, con un cargo de \$1000 de retención por la fecha requerida del tribunal.
5. Se espera el pago en cada sesión, a menos que se hayan hecho arreglos previos.
6. A las citas que no se cancelen con 24 horas de anticipación se les puede cobrar una tarifa de cancelación de \$75 y deben pagarse antes de la próxima sesión y se cargará la tarjeta de crédito registrada.
7. Los clientes que lleguen más de 7 minutos tarde a su cita programada deberán hacer otra cita y estarán sujetos a la tarifa de \$75.
8. Se agregará un cargo por servicio de \$ 25 a todos los cheques devueltos y se deberá pagar en la próxima sesión.
9. 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.
10. Descargo de responsabilidad sobre la verificación de beneficios: si bien tratamos de ser lo más precisos posible al verificar los beneficios, sus tarifas pueden cambiar según su elegibilidad y beneficios durante la fecha de sus sesiones. Esto es un estimado a partir de hoy, y no sabremos su tarifa exacta hasta que facturemos a su seguro y obtengamos su explicación de los beneficios de su compañía de seguros. También usted puede llamar al número que figura en el reverso de su tarjeta de seguro y preguntarle a su representante de miembros sobre sus beneficios de salud mental, pacientes ambulatorios y visitas al consultorio. Hágame saber si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios.
11. De acuerdo con el acto "No Sorpresas," una "Estimación de buena fe para artículos y servicios de atención médica", será discutida y acordada con mi terapeuta durante la evaluación inicial.

Explicación de cualquier plan de pago alternativo:

Información del Seguro Medico

Nombre de la compañía de seguros: _____
 Dirección de la compañía de seguros: _____
 (Ciudad) _____ (Estado) _____ (Código Postal) _____
 Número de teléfono del seguro medico: _____
 Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento: _____
 Lugar de trabajo: _____
 Numero de póliza: _____
 Numero de grupo: _____

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

Firma del cliente _____ Fecha _____

Doy permiso a Clearhope Counseling & Wellness para facturar a mi seguro como se indica arriba.

Firma del cliente _____ Fecha _____

Recibí una copia y revisé la Divulgación de privacidad del Clearhope Counseling & Wellness: Su información. Tus derechos. Nuestras responsabilidades.

Firma del cliente _____ Fecha _____



DIVULGACIÓN DE PRIVACIDAD: SU INFORMACIÓN. SUS DERECHOS. NUESTRAS RESPONSABILIDADES.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. Por favor revísela con atención.

TUS DERECHOS	TU ELECCION	NUESTRO USO Y DISVULGACION
Tiene derecho a:	Tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos la información cuando:	Podemos usar y compartir su información cuando:
<ul style="list-style-type: none"> • Obtener una copia de su registro médico en papel o electrónico • Corregir su historial médico en papel o electrónicamente • Solicitar comunicación confidencial • Pedirnos que limitemos la información que compartimos • Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información • Obtener una copia de este aviso de privacidad • Elegir a alguien para que actúe en su nombre • Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuénteles a sus familiares y amigos sobre su condición. • Proporcionar ayuda en caso de desastre • Incluirlo en un directorio de hospitales • Brindar atención de salud mental • Comercializar nuestros servicios. • Recaudar fondos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratarle • Dirigir nuestra organización • Facturar sus servicios • Ayuda con problemas de salud y seguridad pública <ul style="list-style-type: none"> • Hacer investigación • Cumplir con la ley • Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos <ul style="list-style-type: none"> • Trabajar con un médico forense o director de funeraria • Atender la compensación de trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales. <ul style="list-style-type: none"> • Responder a demandas y acciones legales

Nuestros Usos y Divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información médica?

Por lo general, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

- **Te tratamos**

Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado general de salud.

- **Dirigir Nuestra Organización**

Podemos usar y compartir su información médica para ejecutar nuestro Clearhope Counseling & Wellness, PC, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Usamos su información médica para administrar su tratamiento y servicios.

- **Factura de sus Servicios**

Podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades.
Ejemplo: proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?

Se nos permite o exige compartir su información de otras formas, generalmente de formas que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos propósitos. Para más información, ver:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con problemas de salud y seguridad pública. Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar con el retiro de productos
- Informar reacciones adversas a medicamentos
- Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Buscar. Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Obedecer la ley. Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos. Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

Trabaje con un médico forense o un director de funeraria. Podemos compartir información médica con un médico forense, médico forense o director de funeraria cuando una persona fallece.

Atender las solicitudes de compensación para trabajadores, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales: Podemos usar o compartir información médica sobre usted:

- *Para reclamos de indemnización laboral*
- *Para fines de cumplimiento de la ley o con un oficial de cumplimiento de la ley*
- *Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley.*
- *Para funciones gubernamentales especiales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial*

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestra Responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si ocurre una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y la privacidad descritas en este aviso y darle una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea como se describe aquí, a menos que usted nos diga que podemos por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

TARJETA DE CRÉDITO EN ARCHIVO

Los pagos vencen al momento del servicio. Clearhope Counseling & Wellness Center requiere una tarjeta de crédito, débito o de gastos flexibles / HSA archivada para programar sesiones. La tarjeta de crédito registrada se puede usar para pagar copagos, coaseguros, deducibles, no presentarse / cancelaciones tardías o pagos de bolsillo si no se usa ningún otro método de pago en el momento de la sesión o si una cancelación tardía o si no se presenta (en cuyo caso, se cargará nuestra tarifa completa a la tarjeta de crédito registrada el día de la sesión programada). Los clientes también pueden pagar en efectivo o con cheque en cada sesión. Su tarjeta de crédito se almacenará en un sistema de salud electrónico compatible con HIPAA y este documento se destruirá de manera segura.

Marque la casilla y firme a continuación:

Cargue en mi tarjeta los cargos completos de las sesiones en el momento del servicio.

Nombre del Cliente:		
Nombre del Titular de la tarjeta:		
Numero de tarjeta:		
Fecha de expiracion:	Código postal de la tarjeta:	Código de seguridad:
Firma del titular de la tarjeta:		Fecha:

Entiendo que, al firmar arriba, autorizo a Clearhope Counseling & Wellness Center a cargar mi tarjeta de la manera indicada por mis iniciales arriba. Estos saldos pueden incluir copagos, montos de coaseguro, pagos de bolsillo, deducibles, cargos por no presentarse o cancelaciones tardías.



Consentimiento y declaración de entendimiento: Sesiones de video de telesalud

Información del Cliente

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
Dirección de Domicilio _____ Código Postal _____
Teléfono: (Trabajo) _____ (Casa) _____ (Celular) _____

Por la presente autorizo a Clearhope Counseling and Wellness y sus asociados a utilizar Google Meet, Zoom, Doxy.me, Vsee.com y otras plataformas de telecomunicaciones compatibles con HIPAA como medio de psicoterapia. Además, doy fe de que, dado que elegí esta forma de comunicación, se me ha informado que es posible que mi compañía de seguros no la cubra y que soy responsable de los honorarios incurridos durante la psicoterapia que incorpora telecomunicaciones.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito, excepto en la medida en que Clearhope Counseling & Wellness ya haya tomado medidas basándose en ella. Puedo especificar la fecha, evento o condición en la cual este consentimiento vence. Si no se indica ninguno, y si no se recibe un aviso previo de revocación, este consentimiento vencerá un año después de la fecha en que se inició.

Firma del Cliente

Fecha

Padre/Tutor del menor O de destinatario legalmente discapacitado

Fecha

Videovigilancia

Las cámaras se utilizan en las áreas comunes de Clearhope (salas de espera, pasillos) para brindar seguridad a los clientes y empleados. Las cámaras no están presentes en ninguna sala de tratamiento privada (oficinas de terapeutas). Las sesiones no deben grabarse en audio o video sin el consentimiento de dos partes entre el terapeuta y cualquier otra persona presente en la sesión. UN TERAPEUTA NO TIENE LA OBLIGACIÓN LEGAL O ÉTICA DE PERMITIR AL CLIENTE GRABAR LAS SESIONES.

COMUNICACIÓN

Nuestra oficina utiliza TherapyNotes para enviar recordatorios por mensaje de texto y correo electrónico para todas las citas programadas. Los recordatorios por correo electrónico se enviarán aproximadamente 48 horas antes de la cita y los mensajes de texto se enviarán 24 horas antes. Informe a su terapeuta si desea optar por no recibir recordatorios automáticos.



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL Y OTRA INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL

Yo, _____ autorizo _____
(Paciente/Padre/Tutor/Poder Legal) (Agencia/Terapeuta/Consejero)

A divulgar todos y cada uno de los registros o información sobre _____
(Nombre del paciente)

Se deben **marcar** los siguientes elementos para incluirlos en el uso y / o divulgación de otra información médica:

- Diagnóstico/Plan de tratamiento Información de Salud Mental Notas de Psicoterapia
- Diagnóstico de Drogas/alcohol, tratamiento/referiminetos

a _____
(Agencia Receptora/persona) (Dirección)

Para el propósito de (por favor marque todos los que apliquen):

- Tratamiento o atención continua (salud y salud mental) y continuidad de la atención Transición del terapeuta
- Facturación, pagos y asuntos de arreglos financieros Consulta, asesoría and representación
- Vivienda u otros arreglos y servicios Otro _____

Este consentimiento es válido hasta (fecha del calendario) _____

Entiendo que tengo derecho a inspeccionar y copiar la información que se divulgará y puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Cualquier revocación no afectará los materiales divulgados antes de la revocación. La persona mencionada anteriormente autorizada para recibir esta información puede usar la información solo para los fines descritos anteriormente y no puede volver a divulgarla sin mi autorización por escrito. También entiendo que, si me niego a dar mi consentimiento para esta divulgación de información, puede ocurrir lo siguiente

(Menor Recipiente)

(Firma de paciente adulto o padre)

(Testigo)

AVISO AL PACIENTE Y LA AGENCIA RECEPTOR:

Según las disposiciones de la Ley de confidencialidad para discapacidades del desarrollo, HIPAA y las leyes federales y estatales de confidencialidad por abuso de sustancias y alcohol, no se puede volver a divulgar la información proporcionada de conformidad con este comunicado, a menos que el paciente y / o los padres del paciente que es menor de edad, autorice específicamente dicha divulgación. Se requiere una autorización separada para las notas de psicoterapia.