



Por favor responda a las siguientes preguntas lo mejor que pueda. Estas preguntas ayudaran a guiar el proceso de terapia. Esta informacion sera manejada bajo las mismas leyes de confidencialidad que aplican para su terapia. Completar este cuestionario le tomara aproximadamente 30 minutos.

Evaluacion Del Cliente

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / _____ Edad: ____ Genero: ☐ Masculino ☐ Femenino

Escuela a la que atiende el cliente: _____ Nombre de la/el maestro(a): _____

Hace el cliente parte de un programa de educacion especial? ☐ Si ☐ No Que tipo de programa? _____

Es el cliente adoptado? ☐ Si ☐ No Si lo es, a que edad? _____

Su direccion permanente: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Nombre del padre/madre - Guardian Legal

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo: _____

Direccion, si es diferente a la anterior

Su direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Nombre del padre/madre - Guardian Legal

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo: _____

Direccion, si es diferente a la anterior

Su direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Estatus marital del Padre/madre/Guardian: ☐ Nunca se ha casado ☐ Union libre ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo

Porfavor liste otros ninos que hagan parte de la familia (incluya hijos adoptados o hijastros)

Nombre: _____ Edad: ____ Grado: ____ Vive en su casa? ☐ Si ☐ No

Nombre: _____ Edad: ____ Grado: ____ Vive en su casa? ☐ Si ☐ No

Nombre: _____ Edad: ____ Grado: ____ Vive en su casa? ☐ Si ☐ No

Telefono de la casa: _____ Podemos dejar un mensaje? ☐ Si ☐ No

Celular/otro: _____ Podemos dejar un mensaje? ☐ Si ☐ No

Email: _____ Podemos enviar mensajes a esta direccion de correo?* ☐ Si ☐ No

*NOTA: Los mensajes de correo pueden no ser confidenciales

Referido por: _____

Ha su hijo(a) recibido servicios de psicología, consejería, psiquiatría o algún otro servicio de salud mental? ☐ Si ☐ No

Por que termino estos servicios: _____

Esta su hijo recibiendo algun medicamento psiquiatrico en la actualidad? ☐ Si ☐ No

Por que termino estos servicios: _____

Ha sido su hijo medicado con algun medicamento psiquiatrico en el pasado? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, indique: _____

Ha sido su hijo medicado con algun medicamento psiquiatrico en el pasado? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, indique: _____

Informacion de Salud Mental y fisica

Como se encuentra la salud fisica de su hijo(a) en este momento? ☐ Mala ☐ No es muy buena ☐ Satisfactoria ☐ Buena ☐ Muy Buena

Porfavor mencione algun sintoma que su hijo(a) haya estado presentando (e.g. dolor cronico, dolor de cabeza, asma, etc.): _____

En el presente, toma su hijo(a) algun medicamento para controlar alguna enfermedad? ☐ Si ☐ No

Si su respuesta es si, por favor mencione los medicamentos: _____

Heridas/Enfermedades/ Hospitalizaciones:

Fecha: ____ / ____ / ____ Lugar: _____ Razon: _____

Resultado: _____

Fecha: ____ / ____ / ____ Lugar: _____ Razon: _____

Resultado: _____

Fecha: ____ / ____ / ____ Lugar: _____ Razon: _____

Resultado: _____

Fecha: ____ / ____ / ____ Lugar: _____ Razon: _____

Resultado: _____

Porfavor mencione algun problema medico o alergias que su hijo(a) presenta _____

Tiene su hijo(a) algun problema al dormir? ☐ Si ☐ No

Si su respuesta fue si, por favor encierre aquellos que aplican: ☐ Duerme mucho ☐ Muy poco ☐ Duerme muy mal ☐ Tiene pesadillas

Other: _____

Ha notado cambios o dificultades en los habitos alimenticios de su hijo(a)? ☐ Si ☐ No

Si su respuesta fue si, por favor encierre aquellos que aplican: ☐ Come menos ☐ Come mas ☐ Atracones ☐ No esta comiendo

Ha su hijo(a) tenido algun cambio dramatico de peso? ☐ No ☐ Subio ☐ Bajo

Razon por la que busca ayuda: Por favor explique brevemente lo que actualmente le preocupa acerca de su hijo(a) y cual cree usted que esta causando el problema: _____

Cuando Empezo: Cuando noto usted por primera vez este problema? Que estaba pasando en esa epoca, que podria ser importante? _____

Referido: Que ha hecho usted para intentar solucionar el problema? _____

Historia de Salud Mental Familiar

Lo siguiente es para proveer informacion acerca de su familia. Por favor marque si o no para cada uno de los siguientes. Si su respuesta es si, por favor identifique el familiar afectado.

- | | |
|--|---|
| ☐ Depresion _____ | ☐ Problemas de Aprendizaje _____ |
| ☐ Desorden de Ansiedad _____ | ☐ Traumas _____ |
| ☐ Desorden Bipolar _____ | ☐ Violencia Domestica _____ |
| ☐ Ataques de Panico _____ | ☐ Obesidad _____ |
| ☐ Alcohol/Abuso de sustancias _____ | ☐ Comportamiento obsesivo compulsivo _____ |
| ☐ Desorden Alimenticios _____ | ☐ Esquizofrenia _____ |

Lista De Sintomas

Por favor senale los sintomas que usted ha observado en su hijo(a), o el/ella le han reportado en las ultimas semanas.

- | | | | |
|--|--|---|---|
| ☐ Duerme Mucho | ☐ Mareos | ☐ Se siente asustado sin motivo | ☐ Le falta el aire |
| ☐ Pesadillas/terrors nocturnos | ☐ Se irrita o enoja con facilidad | ☐ Tiene recuerdos incomodos | ☐ No disfruta las cosas tanto como antes |
| ☐ Se siente atemorizado | ☐ Dolor en el pecho | ☐ Se siente desconectado(a) de la realidad | ☐ Se preocupa mucho por su presentacion personal |
| ☐ Siente que no hay futuro | ☐ Esta muy sensible ultimamente | ☐ No le gusta su cuerpo | ☐ Le teme a conducir un vehiculo |
| ☐ Se aleja de la familia/amigos | ☐ Le disgustan los grupos numerosos de personas | ☐ Se siente culpable o apenado | ☐ Problemas de concentracion |
| ☐ Cambios bruscos de humor | ☐ Se le dificulta recordar ciertas cosas | ☐ Lloro constantemente | ☐ Stress o tension |
| ☐ No se interesa por tener sexo (si es activo(a)) | ☐ Ha tenido ideas suicidas | ☐ Siente que no vale la pena vivir | ☐ Ha pensado en lastimarse a si mismo(a) |
| ☐ Nervioso(a) | ☐ Bajo autoestima | ☐ Pierde control con facilidad | ☐ Ha pensado en lastimar a alguien mas |
| ☐ Tension muscular | ☐ Evita ciertas cosas/lugares/personas | ☐ Baja energia | ☐ Se ha cortado o lastimado a si mismo a proposito |
| ☐ Problemas estomacales (nausea) | ☐ Tiene ideas preocupantes | ☐ Su corazon palpita fuerte | ☐ Consume alcohol y/o drogas |
| ☐ Debe revisar las cosas una y otra vez | ☐ Siente que algo malo va a suceder | ☐ Se siente menos que los demas | ☐ Consume medicamentos sin receta medica |
| ☐ Se preocupa mucho de lo que piensan los demas | ☐ Tiene miedos irracionales | ☐ Se le hace dificil tomar decisiones | ☐ Problemas de ira/enojo |
| ☐ Se compara con los demas | ☐ Se preocupa mucho | ☐ Le teme a salir en publico | ☐ Pierde conciencia y no recuerda lo que hizo |
| ☐ Pensamientos obsesivos | ☐ Se siente solo(a) y sin futuro | ☐ Se siente que no vale nada | ☐ Se preocupa mucho por su imagen hasta dejar de comer |
| ☐ Comportamientos compulsivos/repetitivos | ☐ Cambios en su apetito | ☐ Discute constantemente | ☐ Depresion/tristeza |
| ☐ Siente que su vida esta fuera de control | ☐ Comportamientos excesivos (compra mucho, apuesta sin control) | ☐ Baja energia | ☐ Others _____ |
| ☐ Siente que algo anda mal con el(ella) mismo(a) | ☐ No puede dejar de pensar | ☐ Se ha alejado de la gente | |
| | ☐ Frecuentes Dolores de cabeza | ☐ Le duele el cuerpo | |
| | | ☐ Se siente solo(a) | |
| | | ☐ Es perfeccionista | |

Los Derechos del Cliente y Consentimiento Informado – Guia

- Yo he decidido recibir tratamiento y entiendo que puedo terminar la terapia en cualquier momento, con la excepcion de haber sido referido por un juez.
- Yo entiendo que no se puede asegurar que voy a sentirme mejor, por que la terapia psicologica es un proceso de cooperacion entre la terapeuta y yo mismo.
- Me comprometo a cooperar con la terapia para asi resolver mis dificultades.
- Yo entiendo que durante el curso de mi tratamiento, se discutan algunos temas que me pueden hacer sentir mal, sin embargo esto es necesario para resolver mis problemas.
- Yo entiendo que toda mi informacion personal sera tratada bajo las leyes federales de confidencialidad de salud mental.
- Yo entiendo que el estado requiere que mi terapeuta reporte todos los casos de abuso o negligencia a menores o adultos vulnerables.
- Yo entiendo que el estado y las leyes locales, exigen a mi terapeuta reportar todos los casos en los que alguien esta en peligro.
- Yo entiendo que pueden haber circunstancias en las que por ley mi terapeuta sea obligada a compartir informacion confidencial ej. Por un juez en corte.
- Yo entiendo que mi seguro medico y de salud mental, me puede contactar para discutir la continuidad y calidad de mi tratamiento, o para evaluar el tratamiento una vez este halla finalizado

He leído y me han explicado mis derecho basicos:

- El derecho de ser informado de los pasos y actividades envueltas en los servicios que recibo.
- El derecho de conocer mi plan de tratamiento.
- El derecho a la confidencialidad bajo las leyes federales y estatales relacionadas con los servicios de salud mental.
- El derecho ha recibir un trato humano y ser protegido del abuso y la negligencia sin importar mi raza, color, religion, genero, orientacion sexual, edad, inabilidad o gupo cultural.
- El derecho de tomar una decision informada acerca de aceptar o rechazar el tratamiento.
- El derecho de contactar y consultar con un abogado.
- El derecho de elegir mis proovedores.

Yo entiendo que mi terapeuta, representantes de mi plan de salud, y mi doctor primario pueden compartir informacion pertinente a mi terapia, con el proposito de procesar pagos, manejos del caso, coordinacion del tratamiento, y para asegurar la calidad del tratamiento. Yo entiendo que yo puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento except cuando los servicios y/o acciones ya se han llevado a cabo bajo el cubrimiento de este consentimiento. Yo entiendo que si no revoco este consentimiento, este caducara automaticamente despues de un año.

☐ He leído y entendido los derechos del cliente y consentimiento informado.

Firma del cliente

Fecha

Firma del padre/madre, guardian legal o

Fecha

Representante legal si es requerido

Acuerdo De Servicios

Este acuerdo se hace este _____ día de _____, 20____, entre Sunshine State Counseling Center, LLC y _____ (“Cliente o guardian legal”) de acuerdo a los siguientes terminos: Sunshine State Counseling Center, LLC proveera consejeria/ tratamiento psicologico al cliente. Los padres/guardians legales del cliente o el cliente adulto pagara Sunshine State Counseling Center, LLC por estos servicios de la forma como se describe en el siguiente parrafo. Usted tiene el derecho de reusar la continuacion del tratamiento en cualquier momento. Sin embargo, rechazar la continuacion de tratamiento no lo protegera de cumplir con su obligacion financiera sobre el servicio ya recibido. La duracion del tratamiento se discutira con los padres/guardians legales o cliente adulto. Se entiende que Sunshine State Counseling Center, LLC no garantizara cura, efecto del tratamiento, numero de sesiones necesarias y/o costo total por el servicio.

El valor por la evaluacion inicial de 90 minutos sera de \$150.00 y las demas sesiones de terapia psychological tendran un costo de \$100.00 por session. El cliente esta de acuerdo con (1) todos los costos seran pagados el dia en que la session de terapia se lleva a cabo; (2) Cualquier costo que no se paga en el momento de la session, debera pagarse dentro de los siguientes 30 dias; (3) cualquier costo que no sea pagado dentro de los siguientes 30 dias tendra un interes del 10% adicional, el cual sera añadido a la suma debida mensualmente; (4) los pagos que no sean realizados por un seguro medico cualquier otra tercera persona, seran responsabilidad del cliente.. Costos que no sean cancelados despues de 30 dias seran considerados facturas pendientes y seran transferidos a una agencia encargada de recoger pagos pendientes. En algunos casos una escala de costos ajustables sera usada en casos especiales para ajustar los costos de los servicios. Los pagos se pueden realizar con dinero efectivo, cheques, tarjetas debito/credito Visa, Mastercard, American Express y Discover. Como cortesia a nuestros clientes, Sunshine State Counseling Center, LLC presentara los reclamos por los costos de los servicios recibidos a su compania de seguros. Si el pago total de los servicios ofrecidos no es realizado en el momento de la session de terapia, el cliente o sus padres es responsable de acordar con la terapeuta formas de pago antes de salir de la oficina. Un costo de \$25.00 sera cobrado por todos los cheques retornados.

Un valor de maximo \$100.00 sera cobrado si el cliente no se presenta a una cita programada y no notifica a la oficina de su inabilidad de asistir. Este valor sera cobrado igualmente si la cita no es cancelada o reprogramada por el cliente antes de 24 horas de la hora de encuentro acordada, con excepcion de alguna emergencia. El cliente es responsable igualmente por el costo adicional de llamadas telefonicas y comunicacion via e mail por mas de cinco minutos de duracion. El costos de estas comunicaciones sera basado en el valor de la hora de session terapeutica de \$100. 00.

Como una condicion para recibir los servicios profesionales proveidos por Sunshine State Counseling Center, LLC, el cliente esta de acuerdo con lo siguiente: En el evento en que Sunshine State Counseling Center es obligado a participar en procedimientos legales (incluyendo, pero no limitandose a cortes (court hearings) y encuentros entre abogados (depositions) en los cuales el cliente o sus padres toman una parte activa, el cliente es responsable por los costos profesionales incurridos por Sunshine State Counseling Center, LLC. Los honorarios seran de \$200.00 la hora calculados al decimo mas cercano de una hora.

Toda la informacion de nuestros clientes es confidencial y no puede ser compartida a no ser que el padre/madre o guardian legal lo pida por escrito. Excepcion: las leyes del estado de la Florida require que la confidencialidad sea quebrada cuando hay una vida en riesgo o se adquiere informacion de un menor o adulto vulnerable en condicion de abuso o negligencia.

Los servicios de Sunshine State Counseling Center, LLC no estan disponibles las 24 horas. Los mensajes dejados en el buzón de mensajes seran devueltos dentro del siguiente dia de operaciones except en los dias festivos.

Persona(s) Responsable

Nombre de la (s) persona(s) responsable por esta cuenta: _____

Direccion: _____

Telefono : _____ Telefono movil: _____ Otro: _____

Numero de seguro social del asegurado: _____ Empleado: _____

Telefono del empleador: _____

Donde prefiere recibir llamadas? ☐ Casa ☐ Movil ☐ Otro ☐ Empleo Mejor hora para llamar? _____ ☐ AM ☐ PM

Acuerdos Financieros

 Porfavor escribe sus iniciales en los espacios en blanco:

_____ Yo/nosotros entiendo que soy/somos personalmente responsable por todos los costos de los servicios proveidos, incluyendo el balance despues de los pagos incurridos por los seguros medicos.

_____ Yo/nosotros hemos sido informados y se nos ha dado una copia de las notas de practicas privadas, que describe como la informacion medica debe ser usada, cuando puede o debe ser compartida y como puedo yo accede a esta informacion.

_____ Yo/nosotros somos concientes de que Sunshine State Counseling Center, LLC sigue las leyes de privacidad de el Estado de la Florida con relacion a la informacion medica.