

Susana Marquez, LMFT

Paciente Registracion

Date: _____

Informacion de Paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____, CA,

SS# _____ DL# _____ Sex: M F

Estado Matrimonial: _____

Telefono de Casa: { } _____ - _____ Mensaje OK? Si No Ocupacion: _____

Telefono de Trabajo: { } _____ - _____ Mensaje OK? Si No Empleo: _____

Celular: { } _____ - _____ Mensaje OK? Si No Email: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relacion con usted: _____

Telefono de Contacto de Emergencia: { } _____ - _____

Informacion de Aseguranza

No aplica, pagare en efectivo

Nombre de Aseguranza: _____ Fecha efectivo: _____

Numero de telefono: { } _____ - _____ Numero de poliza: _____

Numero de grupo: _____

Nombre de asegurado: _____ SS# _____ Relacion al Paciente: _____

Segunda Aseguranza: _____ Fecha efectivo: _____

Numero de telefono: { } _____ - _____ Numero de poliza: _____

Numero de grupo: _____

Nombre de asegurado: _____ SS# _____ Relacion al Paciente: _____

Para que se pueda presentar un reclamo por los servicios prestados, debemos contar con su autorización por escrito para divulgar la Información de salud protegida (PHI) a su compañía de seguros. Consulte el Aviso de políticas de privacidad para obtener más aclaraciones. Usted es responsable de verificar su política con respecto a referencias necesarias, períodos de espera, deducibles, cláusulas preexistentes o cualquier otra limitación de cobertura.

Por la presente autorizo la divulgación de la información necesaria para presentar un reclamo ante mi compañía de seguros y asignar los beneficios que se pagarán directamente a mi proveedor que figura en el reclamo. Entiendo que soy responsable de todos los cargos independientemente del pago del seguro. Una copia de esta firma es tan válida como el original para fines de facturación y / o recolección.

Firma

Nombre

Fecha

El Consentimiento informado para psicoterapia y las políticas de la oficina y la Notificación de políticas de privacidad deben leerse, comprenderse y firmarse al finalizar la primera sesión. Por favor, siéntase libre de hacerle preguntas a su terapeuta sobre estos documentos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS SERVICIOS DE PSICOTERAPIA & POLÍTICAS DE OFICINA

Este formulario le brinda a usted (paciente) información adicional a la detallada en el Aviso de prácticas de privacidad. Escriba cada párrafo en el espacio provisto, indicando que ha leído y entendido el contenido de ese párrafo.

CONFIDENCIALIDAD: Toda la información divulgada dentro de las sesiones y los registros escritos relacionados con esas sesiones son confidenciales y no pueden revelarse a nadie sin su permiso por escrito (del paciente), excepto cuando la ley lo requiera. La mayoría de las disposiciones que explican cuándo la ley requiere divulgación se le describieron en el Aviso de prácticas de privacidad que recibí con este formulario. Inicial _____

Cuando la Divulgación es Obligatoria por Ley: Algunas de las circunstancias en las que la ley exige su divulgación son: cuando exista una sospecha razonable de abuso o abandono de un menor, dependiente o anciano; y cuando un paciente presenta un peligro para sí mismo, para los demás: o está gravemente discapacitado (consulte también el formulario de Aviso de prácticas de privacidad). Inicial _____

Cuándo se Puede Requerir Divulgación: La divulgación puede ser requerida de conformidad con un procedimiento legal. Si pone en duda su estado mental en un litigio iniciado por usted, el acusado puede tener derecho a obtener los registros de psicoterapia y / o el testimonio de su terapeuta. En la terapia de pareja y familiar, o cuando se ven individualmente a diferentes miembros de la familia, la confidencialidad y el privilegio no se aplican entre la pareja o entre los miembros de la familia. Su terapeuta no divulgará registros a ninguna parte externa a menos que estén autorizados para hacerlo por todos los miembros adultos de la familia que fueron parte del tratamiento. Inicial _____

Limitación de Litigios: Debido a la naturaleza del proceso terapéutico y el hecho de que a menudo implica hacer una divulgación completa con respecto a muchos asuntos que pueden ser altamente confidenciales y de naturaleza confidencial, se acuerda que en caso de haber procedimientos legales (tales como , pero no se limitan a las disputas de divorcio y custodia, lesiones, demandas, etc.), ni usted ni su abogado ni nadie que actúe en su nombre llamará a su terapeuta para que testifique en ningún procedimiento, ni se divulgará la psicoterapia registros solicitados. Inicial _____

Seguro de Salud y Confidencialidad de los Registros: Su aseguradora de salud, HMO / PPO / MCO / EAP u otro pagador externo puede requerir la divulgación de información confidencial para procesar los reclamos. Solo la información mínima necesaria será comunicada al transportista. A menos que usted autorice explícitamente, las Notas de Psicoterapia no se divulgarán a su compañía de seguros. Su terapeuta no tiene control ni conocimiento sobre qué hacen las compañías de seguros con la información que envían o quién tiene acceso a esta información. Debe tener en cuenta que presentar una factura de salud mental para el reembolso conlleva una cierta cantidad de riesgo de confidencialidad, privacidad o futura elegibilidad para obtener un seguro de salud o de vida. El riesgo se deriva del hecho de que la información de salud mental, incluido el diagnóstico, se registra en las computadoras de las compañías de seguros y también se informará al Banco Nacional de Datos Médicos, aprobado por el Congreso. La accesibilidad a las computadoras de las empresas o a la base de datos del Banco Nacional de Datos Médicos siempre está en duda, ya que las computadoras son inherentemente vulnerables a los robos y el acceso no autorizado. Se ha informado que los datos médicos han sido vendidos, robados o accedidos por agencias de aplicación; por lo tanto, estás en una posición vulnerable. Inicial _____

Confidencialidad de la Comunicación por Correo Electrónico, Teléfono Celular y Fax: Es muy importante tener en cuenta que las personas no autorizadas pueden acceder con facilidad al correo electrónico y a la comunicación por teléfono celular y, por lo tanto, la privacidad y confidencialidad de dicha comunicación pueden verse comprometidas. Los correos electrónicos, en particular, son vulnerables a dicho acceso no autorizado debido al hecho de que los servidores tienen acceso ilimitado y directo a todos los correos electrónicos que pasan por ellos. Los faxes pueden enviarse erróneamente a la dirección incorrecta. Notifique a su terapeuta al comienzo del tratamiento si decide evitar o limitar de algún modo el uso de alguno o de todos los dispositivos de comunicación mencionados anteriormente. No use correos electrónicos o faxes para emergencias. Inicial _____

Redes Sociales: Su terapeuta no usa Facebook, Twitter, LinkedIn u otras plataformas de redes sociales para fines profesionales. Como tal, no se aceptan solicitudes de "amigos" o solicitudes de conexión similares de clientes. Esto puede parecer primero frío; está diseñado para proteger sus intereses y su privacidad. Todavía puede encontrar que estas plataformas presentan algún riesgo para nuestra confidencialidad. Se sabe que relacionan a las personas con descripciones como "Gente que puede conocer" simplemente si usted y la otra persona comparten el mismo contacto en su teléfono y le han dado acceso a sus contactos a las redes sociales. Como tal, se le puede sugerir como posible contacto para otros clientes, y se pueden sugerir otros clientes como posible contacto para usted. Su terapeuta no proporciona información de contacto del cliente a ninguna plataforma de medios sociales, y no tiene la capacidad de controlar o modificar la forma en que utilizan la información sobre usted. **La última elección y la responsabilidad de proteger su confidencialidad en relación con las redes sociales recae en usted.** Inicial _____

Consulta: Su terapeuta puede consultar con otros profesionales con respecto a sus pacientes; sin embargo, el nombre del paciente u otra información de identificación nunca se menciona. La identidad del paciente permanece completamente anónima y la confidencialidad se mantiene por completo. Esto se hace para brindarle la mejor atención posible. Inicial _____

EL PROCESO DE TERAPIA: la participación en la terapia puede generar una serie de beneficios para usted, que incluyen la mejora de las relaciones interpersonales y la resolución de las preocupaciones específicas que lo llevaron a buscar terapia. La psicoterapia requiere su participación, honestidad y apertura muy activa para poder cambiar. Su terapeuta le pedirá sus comentarios y puntos de vista sobre su terapia, su progreso y otros aspectos de la terapia, y esperará que responda abierta y honestamente. Durante la terapia, recordar o hablar acerca de recuerdos dolorosos, eventos desagradables, sentimientos o pensamientos puede hacer que sienta una incomodidad considerable o sentimientos intensos. Esto puede incluir enojo, tristeza, preocupación, miedo, vergüenza, ansiedad, depresión, insomnio, etc. Su terapeuta puede desafiar algunas de sus suposiciones y / o percepciones y proponer diferentes formas de ver, pensar o manejar situaciones que pueden causar te sientes muy enojado, enojado, deprimido, desafiado o decepcionado. Intentar resolver problemas que lo llevaron a la terapia, como las relaciones personales o interpersonales, puede dar lugar a cambios que originalmente no estaban previstos. La psicoterapia puede dar como resultado decisiones sobre percepciones, creencias, comportamientos, empleo, uso de sustancias, escolaridad, vivienda o relaciones cambiantes. A veces, un miembro de la familia ve negativamente una decisión que es positiva para un miembro de la familia. El cambio a veces será fácil y rápido, pero con mayor frecuencia será lento e incluso frustrante. No hay garantía de que la psicoterapia produzca resultados positivos o intencionales. Durante el curso de la terapia, es probable que su terapeuta recurra a diversos enfoques psicológicos según, en parte, el problema que se está tratando y su evaluación de qué es lo que más le beneficiará. A veces, más de un enfoque puede ser útil para tratar con una determinada situación. Estos enfoques pueden incluir, pero no están limitados a: cognitivo-conductual, psicodinámico, EMDR, conductual, existencial, sistemas / familia de origen, desarrollo (adulto, niño, familia), biblio-terapia o psicoeducativo. Inicial _____

Discusión del Plan de Tratamiento: Dentro de un período de tiempo razonable después del inicio del tratamiento, su terapeuta discutirá con usted su comprensión del problema, el plan de tratamiento, los objetivos terapéuticos y la visión de los posibles resultados del tratamiento. Si tiene preguntas sin contestar sobre el curso de su terapia, los posibles riesgos, la capacidad de su terapeuta o sobre el plan de tratamiento, solicítelo y recibirá una respuesta completa. También tiene derecho a preguntar sobre otros tratamientos para su condición y sus riesgos y beneficios. Si puede beneficiarse de cualquier tratamiento que su terapeuta no brinde, tienen la obligación ética de ayudarlo a obtener esos tratamientos. Inicial _____

Terminación: Usted tiene el derecho de terminar la terapia en cualquier momento. Idealmente, esto sucede cuando los objetivos de la terapia se han cumplido. Si en algún momento durante la psicoterapia, su terapeuta cree que no son efectivos para ayudarlo a alcanzar los objetivos terapéuticos, están obligados a analizarlo con usted y, si corresponde, a finalizar el tratamiento. En tal caso, le proporcionarán una serie de referencias que pueden serle útiles. Si lo solicita y lo autoriza por escrito, su terapeuta hablará con el nuevo psicoterapeuta de su elección para ayudar con la transición. Si en algún momento desea la opinión de otro profesional o desea consultar con otro terapeuta, su terapeuta lo ayudará a encontrar a alguien calificado y, con su consentimiento por escrito, le proporcionará la información esencial que necesita. Inicial _____

Relaciones Duales: Existe una relación dual cuando tienes algún tipo de relación con tu terapeuta fuera del entorno clínico. Esto puede incluir grupos cívicos y filantrópicos, comunidades religiosas, ligas deportivas, etc. Las relaciones duales apropiadas no son antiéticas. La terapia nunca implica relaciones sexuales o cualquier otra relación dual que pueda ser de naturaleza explotadora, o que afecte la objetividad, el juicio clínico y / o la eficacia terapéutica de su terapeuta. Las relaciones duales no sexuales apropiadas pueden ser clínicamente beneficiosas y, de hecho, pueden ser la

razón por la que eligió a su terapeuta. Su terapeuta discutirá con usted los beneficios potenciales y las dificultades que pueden estar involucradas en las relaciones duales y discontinuará la relación dual si interfiere con la efectividad del proceso terapéutico. Inicial _____

CANCELACIÓN: Dado que la programación de una cita implica la reserva de tiempo específicamente para usted, se requiere un mínimo de 24 horas (1 día) de aviso para volver a programar o cancelar una cita. A menos que lleguemos a un acuerdo diferente, se cobrará la tarifa completa por las sesiones perdidas sin dicha notificación. Las compañías de seguros no reembolsan las sesiones perdidas. Inicial _____

Susana Marquez, LMFT

Historial Confidencial

Fecha: _____

Nombre _____

Nivel de Educación _____ Ocupación Actual _____

Satisfecho con tu ocupación? Si No Comente: _____

Etnicidad _____ Religion _____

Completa si es diferente del registro del paciente:

Sexo M F Edad _____ Idioma hablado en casa? Ingles Otro: _____

La dirección actual _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Telefono de Casa # {____} _____ - _____ Telefono de Trabajo# {____} _____ - _____

Correo Electronico: _____

Estado civil (Marque todo lo que corresponda): Años casados _____

casado viviendo juntos nunca casados divorciado separado

padre custodio vuelto a casar padre sin custodia vuelto a casar

¿Hay problemas maritales actuales?? Si No Comente: _____

Nombre de Pareja _____ Nivel de Educacion _____

Ocupacion _____ Satisfecho con tu ocupacion? Si No

Hijos

Nombre _____ Sexo M F Edad _____

Nombre _____ Sexo M F Edad _____

Nombre _____ Sexo M F Edad _____

Nombre de Madre _____ Madrastra? Si No

Ocupacion _____ Nivel de Educacion _____

Nombre de Padre _____ Padrasto? Si No

Ocupacion _____ Nivel de Educacion _____

Hermanos

Nombre _____ Sexo M F Edad _____

Nombre _____ Sexo M F Edad _____

Nombre _____ Sexo M F Edad _____

¿Con quién te criaste? (Marque todo el que aplique)?

Padres Biológicos Padre y Padrasto/Madrastra Padres de Crianza

Padre/Madre Soltera Padres Adoptivos Familiares

Institution Guardian Legal Other: _____

Estado Marital de Padres (Marque todo el que aplique): Años Casados _____

casados viviendo juntos nunca casados divorciados separados

padre custodio vuelto a casar padre sin custodia vuelto a casar

comentarios: _____

Por favor haga una lista de las principales condiciones médicas en su familia: _____

Sus condiciones médicas o problemas de salud: _____

Médico Actual: Dr. _____ Telefono # (____)____ - _____

Fecha de la visita más reciente _____ Razon _____

Medicamento que toma I do not take prescription medication at this time

Medicamento: _____ Para que condicion: _____

Medicamento: _____ Para que condicion: _____

Medicamento: _____ Para que condicion: _____

Medicamento: _____ Para que condicion: _____

Por favor, describa otras enfermedades o lesions

graves: _____

Hay antecedentes familiares de tratamiento para afecciones psicológicas / psiquiátricas? Si No

Comentarios: _____

He tenido asesoramiento o psicoterapia previa? Si No

Con quien y cuando: _____

Alguna vez te has sentido suicida? Si No Te sientes de esa manera ahora? Yes No

Comentarios: _____

Estás involucrado en algún proceso legal? Si No Comentario: _____

Alguna vez ha sido arrestado? Si No Ha sido condenado por un crimen? Si No

Comentario: _____

Toma alcohol? Si No Que Tipo: _____ Frecuencia: _____

Usa tabaco? Si No Que Tipo: _____ Frecuencia: _____

Usted usa otras drogas? Si No Que Tipo: _____ Frecuencia: _____

Cuáles son sus principales preocupaciones /razones para buscar tratamiento:

Un evento específico condujo a esta sesión?? Si No

Comentarios: _____

Has sido víctima de abuso / agresión física o sexual?? Si No Comentarios: _____

Hay algo significativo que la forma no le haya pedido que quiera agregar??

Susana Marquez, LMFT

ACTA DE RESPONSABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser utilizada y divulgada, y cómo puede acceder a esta información. Por favor revísalo con cuidado.

Es deber legal de su terapeuta proteger su información médica protegida (PHI). Por ley, su terapeuta debe asegurarse de que su PHI se mantenga privada. La PHI constituye información creada o anotada por su terapeuta que puede usarse para identificarlo. Contiene datos sobre su salud o condición pasada, presente o futura, la prestación de servicios de atención médica para usted o el pago de dicha atención médica. Su terapeuta debe proporcionarle este Aviso sobre sus procedimientos de privacidad. Este Aviso debe explicar cuándo, por qué y cómo usará y / o divulgará su PHI su terapeuta. El uso de PHI significa cuando su terapeuta comparte, aplica, utiliza, examina o analiza información dentro de la práctica; La PHI se divulga cuando su terapeuta lo divulga, transfiere, brinda o lo revela a un tercero fuera de la consulta. Con algunas excepciones, su terapeuta no puede usar ni divulgar más de su PHI de lo que es necesario para lograr el propósito para el cual se realiza el uso o la divulgación; sin embargo, su terapeuta siempre está legalmente obligado a cumplir con las leyes de California y las prácticas de privacidad descritas en este Aviso.

Tenga en cuenta que su terapeuta se reserva el derecho de cambiar los términos de este Aviso y las políticas de privacidad en cualquier momento. Cualquier cambio se aplicará a la PHI que ya está archivada con su terapeuta. Antes de que su terapeuta realice cambios importantes en las políticas, inmediatamente cambiarán este Aviso y publicarán una copia nueva en la oficina. También puede solicitar una copia de este Aviso a su terapeuta, o puede ver una copia en la oficina.

Cómo usará su terapeuta y divulgará su PHI. Su terapeuta usará y divulgará su PHI por muchas razones diferentes. La mayoría de los usos o divulgaciones requerirán su autorización previa por escrito; otros, sin embargo, no lo harán. A continuación encontrará las diferentes categorías de usos y divulgaciones de su terapeuta, con algunos ejemplos.

Usos y divulgaciones relacionadas con tratamientos, pagos u operaciones de atención médica que no requieren su consentimiento previo por escrito:

- 1. Cuando la revelación es requerida por la ley federal, estatal o local; procedimientos judiciales, administrativos o administrativos; o la aplicación de la ley.** Su terapeuta puede hacer una revelación a los funcionarios apropiados cuando la ley requiera que informen información a los tribunales, las agencias gubernamentales, el personal encargado de hacer cumplir la ley y / o en un procedimiento administrativo. Esto incluye órdenes de allanamiento y órdenes judiciales para la publicación de registros. Si usted, o cualquier otra persona, coloca su condición mental como parte de cualquier litigio (como divorcio, custodia o lesiones personales), su terapeuta puede verse obligado a divulgar su PHI.
- 2. La revelación está obligada o permitida cuando se encuentra en una situación mental o emocional tal que es peligroso para usted y si su terapeuta determina que la divulgación es necesaria para evitar un daño potencial.** Por ejemplo, comportamiento autodestructivo suicida o serio.
- 3. La divulgación es obligatoria según la ley de Informes de Abuso y Negligencia Infantil de California.** Por ejemplo, si su terapeuta tiene una sospecha razonable de abuso o negligencia infantil.
- 4. La divulgación es un mandato de la ley de California Elder / Dependent Adult Abuse Reporting.** Por ejemplo, si su terapeuta tiene una sospecha razonable de abuso de ancianos o abuso de adultos dependientes.
- 5. La divulgación es obligatoria cuando usted le informa a su terapeuta de una amenaza grave / inminente de violencia física por usted contra una víctima o víctimas razonablemente identificables.** Además, la jurisprudencia reciente de California requiere que si un tercero informa que ha hecho una amenaza, se trata como si hubiera hecho la amenaza. La confidencialidad no se aplica a la divulgación de delitos planeados para el futuro. Esto se aplica a los intereses de la seguridad nacional, como la protección del Presidente de los Estados Unidos o la asistencia con operaciones de inteligencia para evitar futuras actividades terroristas.
- 6. Cuando se requiere divulgación para obtener el pago por el tratamiento.** Su terapeuta podría enviar su PHI a su compañía de seguros, plan de salud u otro pagador externo para recibir el pago por los servicios que le proporcionó su terapeuta. Su terapeuta también puede proporcionar su PHI a socios comerciales, como compañías de facturación u otras que procesan reclamos de atención médica para la oficina.
- 7. Recordatorios de citas y beneficios o servicios relacionados con la salud.** Su terapeuta puede usar PHI para proporcionar recordatorios de citas. Su terapeuta puede usar PHI para brindarle información sobre opciones de tratamiento alternativas u otros servicios de atención médica o beneficios que su terapeuta le ofrece.
- 8. Cuando la divulgación es específicamente requerida por ley.**
