

Información General-Adulto

Gracias por elegir a Charis Institute. Esperamos sinceramente que este sea un lugar de sanación interior para usted. Por favor tómesese el tiempo para llenar todas estas formas y leer toda la información respecto a su tratamiento, pagos, y su aseguranza.

Habrá un cargo de \$35 por citas perdidas o que no sean canceladas en las primeras 24 horas.

¿Cómo se enteró acerca de nuestros servicios o quien lo refirió? _____

Información Del Cliente

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____ - _____ - _____ Numero de Seguro Social
Dirección _____ (____) _____ (____) _____ Teléfono de Casa Celular
Ciudad _____ Código Postal _____ Ocupación _____
Empleador / Escuela _____ (____) _____ Teléfono de trabajo

Para su comodidad y seguridad de confidencialidad, le pedimos que lea lo siguiente y firme:

- Doy permiso para que Charis llame a mi casa y deje un mensaje en el contestador automático o con cualquiera que conteste el teléfono.
- Doy permiso para que Charis llame a mi número de trabajo si necesito que me llamen.

Firma _____

Fecha _____

Estado Civil: *Soltero, Casado, Divorciado, Separado, o viudo. Si usted está casado, indique cuántos años* _____

Nombre de su esposo/a _____ Seguro Social _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____ Nombre de empleador _____

Si tiene hijos/as por favor de nombrarlos (Incluir las edades): _____

Persona responsable de la cuenta (si no es el cliente)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____ Seguro Social _____
Dirección _____ (____) _____ (____) _____ Teléfono (Casa) Teléfono (celular)

Información de aseguranza

Nombre de Aseguranza _____ Numero de Póliza/ Identificación de miembro _____ Número de grupo _____
Dirección de la Aseguranza _____ Nombre del titular _____ Fecha de Nacimiento del titular _____ / _____ / _____
Dirección del Titular _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Método de pago-*Por favor, verifique el método de pago que va a utilizar*

- Efectivo Tarjeta de Crédito Plan de Pago Aseguranza/Copagos o Deducible

Debe tener en cuenta que las diferentes compañías de seguros de salud varían mucho en los tipos de cobertura disponibles. Algunos seguros requieren autorización previa para el tratamiento. Antes de su cita, es su responsabilidad ponerse en contacto con su seguro de salud para ver si se requiere autorización. Es un placer ayudarle con su reclamación de seguro de salud, pero independientemente de la cobertura de su seguro medico, la obligación de la cuota por los servicios obtenidos es de usted. Todas las cuotas deberán ser pagadas en el día de su tratamiento, incluso si tiene seguro medico a menos que se hagan hecho arreglos por adelantado con nuestra oficina. Las compañías de seguros de salud suelen limitar su cobertura a los servicios que consideren médicamente necesarios. En el caso de que reciba los servicios y su seguro de salud determina que no cumplía con los requisitos, usted sera responsable por el pago de estos servicios. Yo le autorizo a Charis Institute que comparta cualquier información médica con las agencias de seguro de salud con el propósito de procesar este reclamo. Por la presente asigno a Charis Institute todos los pagos por los servicios adquiridos para mis dependientes o para mi. **Reconozco que las reclamaciones de seguros que tengan un atraso de mas de 60 días sera mi responsabilidad pagarlas. Me comprometo a no retrasar el pago si una reclamación tiene mas de 60 días atrasada. Entiendo que si hago un pago y el pago es recibido después por mi seguro de salud, Charis Institute me reembolsara por la misma cantidad.** Si un cheque es devuelto a Charis Institute, entiendo que seré responsable de pagar la cuota que el banco asigne. He leído y entiendo la póliza de privacidad de esta oficina.

(Firma/Guardián)

_____/_____/_____
(Fecha)

Cuál es mi Puntuación de Experiencias Infantiles Adversas (ACE)?

Antes de cumplir 18 años:

1. Alguno de sus padres u otros adultos en su casa **con frecuencia o con mucha frecuencia**...

Lo ofendían, lo insultaban, lo menospreciaban, o lo humillaban?

o

Actuaban de tal forma que temía que lo fueran a lastimar físicamente?

Si No

Si la respuesta es SI anote 1 _____

2. Alguno de sus padres u otros adultos en su casa **con frecuencia o con mucha frecuencia**...

Lo empujaban, lo jalaban, lo cacheteaban, o le aventaban cosas?_

o

Alguna vez lo golpearon con tanta fuerza que le dejaron marcas o lo lastimaron?_

Si No

Si la respuesta es SI anote 1 _____

3. Algún adulto o alguna otra persona cuando menos 5 años mayor que usted **alguna vez**...

Lo tocó o acarició indebidamente o le pidió que usted lo tocara de alguna forma sexual?

o

Intentó tener relaciones sexuales orales, anales o vaginales con usted?

Si No

Si la respuesta es SI anote 1 _____

4. Se sentía usted **con frecuencia o con mucha frecuencia** que...

Nadie en su familia lo quería o pensaba que usted era especial o importante?_

o

En su familia no se cuidaban unos a los otros, no sentían que tenían una relación cercana, o no se apoyaban unos a los otros?_

Si No

Si la respuesta es SI anote 1 _____

5. Se sentía usted **con frecuencia o con mucha frecuencia** que...

No tenía suficiente comida, tenía que usar ropa sucia, o no tenía nadie que lo protegiera?

o

Sus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarlo o llevarlo al médico si es que lo necesitaba?

Si No

Si la respuesta es SI anote1 _____

6. Alguna vez perdió un padre o una madre biológico(a) debido a divorcio, abandono, o alguna otra razón?

Si No

Si la respuesta es SI anote1 _____

7. A su madre o madrastra:

Con **frecuencia o con mucha frecuencia** la empujaban, jalaban, golpeaban, o le aventaban cosas?

o

A veces, con frecuencia, o con mucha frecuencia le pegaban, la mordían, la daban puñetazos, o la golpeaban con algún objeto duro?

o

Alguna vez la golpearon durante varios minutos seguidos o la amenazaron con una pistola o un cuchillo?

Si No

Si la respuesta es SI anote1 _____

8. Vivió usted con alguien que era borracho o alcohólico, o que usaba drogas?

Si No

Si la respuesta es SI anote1 _____

9. Algún miembro de su familia sufría de depresión o enfermedad mental, o alguien en su familia trató de suicidarse?

Si No

Si la respuesta es SI anote1 _____

10. Algún miembro de su familia fué a la cárcel?

Si No

Si la respuesta es SI anote1 _____

Ahora sume las respuestas en que anoto "SI." _____

Esta es su Puntuación de Experiencias Infantiles Adversas (ACE)