

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 ayudarlo 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)

Confidencial-Historia Social del adulto

(Nombre)

_____/_____/_____
(Fecha)

Por favor, tómese el tiempo para completar esta información, ya que ayudará a su psicólogo/a entender y tratar con su condición. Completar esta información por adelantado le permite pasar menos tiempo en actividades de recopilación de información durante su primera sesión. Si necesita ayuda para completar estos formularios, por favor de informarle a su psicólogo/a. **Por favor, marque todas las que correspondan.**

1. ¿Cuál es su nivel de educación? Primaria Escuela Secundaria Universidad Escuela de Posgrado Entrenamiento vocacional

2. ¿Estime cuál es su nivel de lectura? No se leer Nivel de primaria A nivel de Secundaria A nivel de preparatoria o superior

3. Por favor note sus condiciones medicas, las actuales y las del pasado. También previos diagnósticos de salud mental.

4. Anote todas sus alergias: _____

5. Note todos los medicamentos recetados que ahora está tomando (incluir el nombre, la cantidad, con que frecuencia la toma, y por cuánto tiempo la toma. _____

6. Verifique el uso actual de medicamentos sin receta (*si marca "otro" por favor especifique en la línea proporcionada*).

Bebidas Alcohólicas: Cerveza Vino Whisky

Sedantes: Pastillas para los nervios Tranquilizantes

Alucinaciones: LSD PCP Acid

Estimulantes: Pastillas Pep Pastillas de dieta Cocaína Bebidas sin alcohol Café Té

Calmantes: propoxifeno Codeina Meperidina

Inhalantes: Disolvente de pintura Pegamento Otros _____

Narcóticos: Marihuana Heroína Otros _____

Otros: Sin Receta Médica Remedios Caseros Drogas de la calle Otros _____

7. Anote accidentes o huesos rotos. _____

¿Alguno de los accidentes resultaron en periodos de inconsciencia? Si No

8. Anote hospitalizaciones y cirugías y indique las fechas.

9. Paciente externo, previo tratamiento de salud mental (Nombre del psicólogo/a, dirección, fechas de tratamiento y frecuencia de sesión)

10. Paciente interno, previo tratamiento de salud mental (Nombre los lugares, dirección, y fechas de tratamiento)

11. Dé una breve historia sexual ¿a qué edad empezó a tener relaciones sexuales. Describa su conducta sexual en la actualidad, así como cualquier otro problemas sexual / preocupaciones

12. Como una madre o un padre, por favor, indique si ha tenido alguno de los siguientes. Muestre cual y cuantas veces de cada uno.

Aborto(s) _____ Aborto Involuntario (s) _____ Un hijo/a murió _____

13. Anotar el ultimo examen físico y proveer el nombre del médico que vio durante ese examen. _____/_____/_____

14. ¿Cuál es su origen religioso? _____ Nombre de la Iglesia _____

¿Qué importancia tienen las prácticas religiosas / espirituales para usted? Muy importante Importante Neutral Sin importancia

15. Por favor verifique cualquiera de los siguientes que usted participa en o asiste. Grupo de apoyo Programa de 12 pasos Iglesia o _____ grupo religioso Centro Social/ Organización Otros: _____

16. Por favor indique el estado marital de sus padres: Casados/viviendo juntos Separados Divorciados Uno Falleció Los dos fallecieron

Edad de la madre: _____ Edad del Padre _____

¿Qué edad tenía cuando sus padres: se separaron _____ Se divorciaron _____ Fallece la madre _____ Fallece el padre _____
Si sus padres están divorciados, ¿Alguno de ellos se volvió a casar de nuevo, y cuando? Madre _____ Padre _____
17. Indique las edades de sus hermanos mayores _____ Indique las edades de sus hermanos _____
Indique las edades de sus hermanas mayores _____ Indique las edades de sus hermanas menores _____
18. Proveer cualquier comentarios generales sobre algún conflicto/s en su infancia _____

19. ¿Con quien vivió durante la mayor parte de su infancia? _____ Con los dos padres biológicos _____ Padre/madre soltero/a _____ Padres/y
un padrastro o madrastra _____ Parientes _____ Familia adoptiva _____ Otro _____

20. Indique los problemas que tenía cuando estaba creciendo. _____ uso de Alcohol o drogas _____ Problemas con la ley _____ Algunos
amigos _____ Problemas emocionales _____ Abuso físico _____ Abuso sexual _____ Abuso emocional _____ Mudanzas constantes
_____ Negligencia _____ Desorden alimenticio _____ Timidez _____ Enfermedades graves _____ Otros _____ Ninguno

21. ¿Cómo se miraba a si mismo durante su crecimiento? _____ Nunca encajando _____ Permaneciendo en el fondo _____ como "Feo/a" _____ Como
un extraño _____ Como un fracaso _____ Como un tonto/a _____ Impopular _____ Muy querido/a _____ Como "Lindo/a" _____ Aceptado/a _____ Como
"Inteligente" _____ Tomar parte _____ en actividades _____ Sus necesidades fueron ignoradas _____ Sus necesidades no eran importantes _____
Sintió que podría contar con los que le rodean _____ para asistir a sus necesidades _____ Usted nunca pudo complacer a sus padres _____
Tuvo que luchar por lo que quería _____ Terminó cuidando de los demás _____ Otros _____

Se ve diferente ahora? _____ SI _____ NO

22. ¿Cómo se relaciona su familia con el resto del mundo? _____ Disfrutan estar con la gente, ya sea en casa o en la comunidad. _____
Desconocen _____ Tuvieron algún contacto con amigos y familiares. _____ Aislado y rara vez estaban con la gente de manera agradable. _____
Desconfianza de otros (nosotros contra ellos)

23. Ha cualquier otro miembro de la familia que ha tenido alguno de los siguientes problemas (por favor indique su relación con usted).

_____ Alcohol / Drogas _____ Enfermedad física _____ Financieros _____ Emocional / Psiquiátrico _____ Legal _____ Abuso Sexual _____ Físico
_____ Emocional _____ Abuso _____ Intento de suicidio _____ cometió suicidio _____ Otros _____ ¿Recibieron ayuda para los problemas??
_____ Ninguna

24. ¿Cuál de las siguientes opciones describe la salud de su padre? _____ Excelente _____ Buena _____ Justa _____ Mala _____ Fallecido _____
Desconocido

¿Cuál de las siguientes opciones describe la salud de su madre? _____ Excelente _____ Buena _____ Justa _____ Mala _____ Fallecido _____ Desconocido

25. ¿Cómo describiría su relación con su padre ahora? _____ Muy Satisfecho _____ Satisfecho _____ Insatisfecho _____ Muy Insatisfecho _____ Sin
relación

¿Cómo describiría su relación con su madre ahora? _____ Muy Satisfecho _____ Satisfecho _____ Insatisfecho _____ Muy Insatisfecho _____ Sin relación

¿Cómo describiría su relación con sus hermanos/as ahora? _____ Muy Satisfecho _____ Satisfecho _____ Insatisfecho _____ Muy Insatisfecho _____ Sin
relación

26. ¿Alguna vez sirvió en el ejército? _____ Si _____ No En caso afirmativo, ¿Por cuánto tiempo sirvió? _____ ¿Qué tipo de descarga
recibió _____

27. ¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre? _____ Deportes _____ TV/ Radio _____ Jardinería _____ Leer _____ Ejercicio _____
Manualidades _____ Cazar/Pescar _____ Otros _____

28. ¿Cual de las siguientes describe la razón por la cual su familia piensa que usted esta buscando estos servicios?

_____ Su familia no sabe que está aquí _____ Su familia sabe que usted está buscando los servicios y están dispuestos a participar _____ su familia
sabe que usted está buscando los servicios, pero no quieren participar.

29. ¿Cómo se siente usted acerca de adquirir los servicios? _____ positivo _____ Desinteresados _____ Asustado / nervioso _____ Neutral

30. ¿Cuáles son sus factores actuales de estrés? _____ Trabajo _____ Familia _____ Relación matrimonial _____ Viviendas _____ crianza _____ Divorcio/
Separación _____ Mudanza reciente _____ Finanzas _____ Legales _____ Escuela / Educación _____ Salud / Física _____ Religión / espiritual _____ Abuso sexual
_____ Abuso físico _____ Abuso conyugal _____ enfermedad grave de un ser querido _____ Muerte / Pérdida _____ Otro

31. ¿Cuál de los siguientes problemas, siente usted que necesita ayuda? _____ Depresión _____ Ansiedad _____ Crianza de los hijos _____ ira intensa
_____ comportamientos compulsivos _____ Trastorno de alimentación / imagen corporal _____ Pérdida, muerte _____ Divorcio / Separación _____
Problemas sexuales _____ Preocupaciones religiosas / espirituales _____ Abuso hacia otros _____ Drogas / alcohol _____ Problemas relacionados con
abuso en el pasado _____ Problemas con el sueño o el apetito _____ Los cambios frecuentes de causa desconocida del estado de ánimo _____
Pensamientos recurrentes de muerte _____ Oír voces o ver visiones extrañas _____ Pensamientos muy rápido o sensación de "acelerarse"
_____ Dificultad con la memoria, la concentración, o la toma de decisiones _____ Otros _____

32. ¿Alguna vez ha herido gravemente a otra persona? _____ Si _____ NO

33. ¿Alguna vez ha pensado en hacerle daño a otra persona? _____ Si _____ No

34. ¿Alguna vez a pensado en el suicidio _____ Intento suicidarse _____ herirse / cortarse _____ Si es así, ¿cuántas veces? _____

35. Historia Civil: Primera fecha de matrimonio _____, si es divorciado: Fecha _____, Una descripción breve de los
problemas _____

Fecha del segundo matrimonio _____, si es divorciado: Fecha _____, Una descripción breve de los
problemas _____

Información adicional de matrimonios y divorcios

36. ¿Con quien vive? Esposa Pareja Hijos Nietos Padres Hijos adultos Abuelos Compañero/a de cuarto Mascotas Solo/a Otro

37. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su matrimonio / relación significativa? Muy Satisfecho Satisfecho Insatisfechos Extremadamente insatisfecho Sin Relación actual

38. Por favor marque cualquiera de los problemas que usted esta teniendo en su matrimonio / o relación. Acaba de finalizar Demasiado argumentando Problemas de relaciones sexuales Cónyuge tiene problemas físicos Celos Problemas financieros Cónyuge tiene problema con la ley Falta de confianza Cónyuge tiene problemas de infidelidad Tienen pocos o ningún interés comunes Cónyuge ha / ha tenido problemas con la bebida No se puede compartir o discutir los problemas Cónyuge es/ ha sido físicamente abusivo Cónyuge tiene/ ha tenido un problema con el abuso de drogas Cónyuge tiene preocupaciones acerca de mi consumo de bebidas / drogas Otro

39. Por favor, indique los problemas que pueden afectar a sus hijos. Comportamiento Escuela Emocional Medico Legal Drogas/Alcohol Otros Ninguno de estos listados

40. ¿Siente que necesita entrenamiento vocacional, educativo o ayuda con empleo? Si No

41. ¿Cuál de las siguientes han sido problemas de trabajo? Falta trabajo Lesiones relacionadas con el trabajo Cambiar de trabajo a menudo Compensación del Trabajador Problemas con los compañeros de trabajo Problemas con el jefe Reclamación pendiente por incapacidad Despedido De Trabajo Nunca Empleado Otros No problemas de trabajo

42. ¿Los problemas que tiene / tenía en el trabajo implican el uso de alcohol / drogas? SI NO

Firma del Psicólogo/a

_____/_____/_____
Fecha

Información Para El cliente

Nos gustaría aprovechar la oportunidad para hacerle saber acerca de algunos aspectos muy importantes de los servicios que vamos a proporcionarle en Charis Institute. Para indicar su aceptación de estos acuerdos firme este formulario durante su primera visita a nuestra oficina.

Acuerdo de Confidencialidad

Su identidad y cualquier información que usted comparta con nuestra oficina se llevarán a cabo en la más estricta confidencialidad. El derecho de revelar cualquier información sobre usted es suya. Ninguna información, incluyendo sus visitas a nuestra oficina se dará a conocer a nadie sin su permiso por escrito o verbal. Le pediremos que firme una autorización si estamos de acuerdo en que esto es necesario para la divulgación de su información. Las excepciones a esta póliza de confidencialidad que se practica en nuestra oficina se realizan como consecuencia de la obligación legal de reportar cualquiera de los siguientes:

- El abuso o negligencia de un niño o un adulto dependiente.
- Peligro inminente de hacerse daño a sí mismo a otra persona.
- En el caso de la intervención judicial, si el tribunal lo ordenara.
- Información con respecto a su participación en el tratamiento (Ej: fechas de los registros de tratamiento y de facturación) si la acción de cobro legal se hace necesaria por nuestra oficina.
- Información con respecto a su tratamiento, fechas de servicio, diagnóstico, y plan de tratamiento si usted presenta un reclamo por estos servicios a su compañía de seguros y su compañía de seguros requiere dicha información.
- Con el fin de garantizar un servicio de calidad, nuestro personal ha sido entrenado y supervisado. Por esta razón, la información confidencial será compartida entre el personal para mejorar la eficacia terapéutica. Las sesiones pueden ser grabadas en audio o en video (con el consentimiento adicional de su parte) con el objetivo de mejorar la eficacia terapéutica. Estas cintas serán tratadas con el mismo nivel de confidencialidad que otros registros clínicos.
- Con el propósito de programar citas y recibir notificación de cancelación cuando sea necesario, contamos con su consentimiento para que nuestra personal deje un mensaje de voz al teléfono proporcionado por usted.

Citas y Honorarios

- Usted verá su psicólogo/a en el día que elijo su cita. Sera su responsabilidad verificar con la oficina antes de la sesión o antes de salir para confirmar su próxima cita.
- **Por favor de notificarnos 24 horas antes de su cita si no puede asistir a la cita programada. Si no recibimos su cancelación 24 horas antes o no se presenta a su cita, se le cobrara \$35 y sera removido de cualquier cita que haya programado por adelantado.** Después de dos cancelaciones sin aviso suficiente o por dos veces que no se haya presentado a su cita, si lo pide o lo desea se le dará una referencia a otra parte. Los seguros de salud no pagan por citas perdidas, usted es exclusivamente responsable por el pago.
- Hay un cargo de \$ 200.00 por la primera hora de su sesión (que implica diversos procedimientos de admisión). Después de la primera cita son \$150.00 por 40-45 minutos (otros cargos de sesión disponibles bajo petición). Usted se compromete con esta oficina a pagar por los servicios que no sean cubiertos por su aseguranza medica, aparte de su porción estipulada por su aseguranza. Presentáremos una reclamación con su seguro si usted lo desea. Si usted prefiere pagar por nuestro servicios sin someter un reclamo con su aseguranza o por que no tiene seguro medico, le daremos un descuento del 25% si paga por sus servicios el mismo día de su cita.
- Consultas telefónicas son necesarias a veces y queremos que este servicio este a la disposición de todos nuestros clientes; Sin embargo, si la llamada se toma más de diez minutos habrá un cargo en base prorrateada. Las compañías de seguros no pagan por las consultas telefónicas.
- **Nuestra oficina le proporcionara regularmente su estado de cuenta. Usted se compromete a pagar un interés de 1.5% (18% por año) en cuentas que tengan 120 días o mas atrasadas. Entendemos que, debido a las condiciones de empleo, salud, o otros factores, un plan de pago o otro acuerdo tendrá que ser implementado. Si esto llegara ocurrir por favor de informarle al gerente de cuentas su situación, para**

evitar la acción de cobro. Si su cuenta es enviada a una agencia de colección usted sera responsable por los honorarios de la compañía de colección mas su saldo de cuenta con nuestra oficina.

Emergencia

- Si necesito ayuda profesional entre las sesiones, estoy de acuerdo en llamar a la oficina de Charis Institute al 540.568.1876. Llamadas directamente a mi psicólogo/a serán hechas solo en caso de emergencias. Si no puedo localizar a mi psicólogo/a, estoy de acuerdo en obtener la ayuda de Sentara Rockingham Memorial Hospital o ir a una sala de emergencias del hospital mas cercano. Si no puedo hacerlo, estoy de acuerdo en llamar al 911 para solicitar ayuda.

Divulgación de información/registros

- Usted puede solicitar copias de sus notas, informes, o cualquier otra información relacionada a sus registros médicos. A veces es necesario que los médicos escriban informes con respecto a su tratamiento. En estas circunstancias habrá una pequeña cuota para el procesamiento de cualquiera de los términos anteriormente mencionados.
- En caso de retiro planificado o no planificado del psicólogo o cierre de la práctica, sus registros se mantendrán durante el tiempo determinado por la ley estatal. Si necesita acceder a ellos, debe comunicarse con su psicólogo enviando un mensaje a través de la página de Facebook del Instituto Charis (que se desarrollará en ese momento) o Linked In o los números de celular del psicólogo (usado para emergencias solo en este momento) . Es posible que se le facture el costo de proporcionar sus registros

Rescisión, Cuestiones legales y Judiciales

- Si no estoy satisfecho/a con los servicios que recibo, me comprometo a hablar de esto con mi psicólogo/a y expresar la magnitud de mi insatisfacción.
- Entiendo que puedo terminar el tratamiento en cualquier momento, y solicitar una referencia a otro psicólogo/a calificado.
- En el caso de que haga un reclamo ético o legal de cualquier fuente con respecto al tratamiento obtenido, y se determinara que el psicólogo/a no se encuentra en el error, entiendo que soy responsable por el reembolso de los gastos incurridos y los ingresos perdidos por el psicólogo/a.
- El psicólogo no participará en procedimientos legales excepto en circunstancias muy limitadas. Si se requiere que el psicólogo responda a procedimientos judiciales o solicitudes relacionadas con sus registros o su atención, usted es responsable de estos costos y este tiempo, incluso después de que haya terminado su terapia. La tarifa habitual para las actividades relacionadas con los tribunales suele ser una tasa más alta.

Información para el consentimiento de tratamiento

Yo doy mi consentimiento para que se me realicen servicios de psicoterapia y / o evaluación psicológica para mí / mi hijo/a _____ . He leído las pólizas y procedimientos de las páginas anteriores y he discutido con mi psicólogo/a cualquier área/s que no entiendo. Estoy de acuerdo con estos términos. Entiendo que este consentimiento se mantendrá en vigor mientras el cliente nombrado anteriormente continúe en tratamiento. Le notificare a mi psicólogo/a de antemano por escrito que, a partir de una fecha determinada, ya no daré mi consentimiento para un tratamiento adicional, o cualquiera de los términos mencionados anteriormente. Puedo solicitar una copia de este formulario para mis propios registros.

Un plan de evaluación o el tratamiento ha sido discutido conmigo por el psicólogo/a. Entiendo y estoy satisfecho con las calificaciones de mi psicólogo/a para tratar con las dificultades por la cual estoy en busca de ayuda profesional. Entiendo que mi psicólogo/a se conducirá de una manera consistente con las normas éticos, legales y profesionales de la práctica.

(Firma del cliente o guardián)

_____/_____/_____
(Fecha)

(Firma del psicólogo/a)

_____/_____/_____
(Fecha)

Autorización para divulgar información con el médico de Cabecera

Entiendo que mis registros médicos están protegidos bajo la ley estatal correspondiente que regula la información relacionada con los servicios de salud mental y en las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de Alcohol y Abuso de Drogas registros de pacientes 42 CRF Parte 2. Esta información no puede ser divulgada sin mi consentimiento por escrito o a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones estatales o federales. Hasta que yo no revoque mi consentimiento, esta autorización es válida.

Por la presente autorizo a favor de mí mismo / mi hijo/a _____

Por favor, marque uno:

_____ De dar o intercambiar cualquier información pertinente con mi Médico de Cabecera.

_____ De dar o intercambiar información de medicamentos solamente con mi Médico de Cabecera

_____ No dar o intercambiar ninguna información con mi Médico de Cabecera.

(Paciente o padre guardián, por favor firme)

(Fecha)

(Por favor imprimir el nombre firmado arriba)

(Fecha)

(Firma del Psicólogo/a)

(Fecha)

Medico de cabecera- Nombre, Dirección y Teléfono

(Por favor escriba el nombre del médico)

(Dirección)

(Ciudad) (Código postal)

(Código de área) (Teléfono)

Divulgación / intercambio de información

Yo, _____, autorizo a Charis Institute con respecto a mí / niño

_____ a
(Nombre de uno mismo y niño)

- Divulgar información que incluye información médica, psiquiátrica, abuso de alcohol y / o drogas, prueba de VIH y / o información sobre SIDA a
- Recibir información, excluyendo información médica, psiquiátrica, abuso de alcohol y / o drogas, prueba de VIH, y / o SIDA de
- Intercambiar información de forma continua con:

(Nombre de la persona o agencia) Teléfono

(Nombre de la persona o agencia) Teléfono

(Nombre de la persona o agencia) Teléfono

(Nombre de la persona o agencia) Teléfono

(Nombre de la persona o agencia) Teléfono

(Nombre de la persona o agencia) Teléfono

Esta información sera divulgada con el propósito de:

- obtener información
- intercambiar información con las agencias mencionadas
- Evaluar los servicios necesarios
- desarrollar y mantener el plan de tratamiento
- coordinar servicios de salida
- La continuidad de cuidado
- evaluación psicológica

Los registros / informes específicos que se divulgarán incluirán:

- Registros completos (incluidas las notas de progreso)
- Resumen de alta
- Evaluaciones psicológicas
- Registros Psicológicos
- Registros médicos
- Evaluación psiquiátrica
- Expediente educativo
- Otro -tipo específico: _____

Entiendo que los registros y la información publicada / intercambiada se considerarán comunicaciones confidenciales, excepto cuando la seguridad pública se vea amenazada o cuando la divulgación de dicha información sea ordenada por un tribunal. Además, entiendo que el propósito de esta divulgación es para ayudar al personal del Charis Institute a planificar, implementar y llevar a cabo evaluaciones de seguimiento sobre el resultado del programa de asesoramiento. Sé que puedo solicitar recibir una copia de esta autorización. Acepto que esta autorización será válida por dos años a partir de la fecha en que la firme y que una copia fotográfica de esta autorización sea tan válida como el original. Entiendo que puedo revocar este lanzamiento / intercambio de información por escrito.

La información sobre alcohol, drogas, VIH, ARC y / o SIDA, si está presente, se divulgará de los registros cuya confidencialidad esta protegida por la Ley Federal, que prohíbe cualquier divulgación posterior sin la autorización escrita específica del suscrito, o según lo permita dicho reglamento. Copias o faxes de esta autorización son aceptables. Entiendo que se me puede cobrar una tarifa de servicio por solicitar copias de cualquier registro.

Firma del paciente (si tiene más de 14 años de edad)

Escriba el nombre de la persona que dio a conocer información

(Paciente / Guardián, o firma autorizada si el paciente es menor de edad)

_____/_____/_____
(Fecha)

Firma del Psicólogo

_____/_____/_____
Fecha

**Charis Institute for Psychological
and Family Services**
21 Southgate Court, Suite 101
Harrisonburg, VA 22801



Randy Weber, Ph.D.
Ronda Weber, Ph.D.
Fax: 540.574.6076
Phone: 540.568.1876
Email: charisinst@gmail.com
Website: Charisinst.org

Credit Card Authorization Form

Please complete all fields. You may Cancel this authorization at any time by contacting us. This authorization will remain in effect until cancelled.

Credit Card Information

Card Type: ___ Master Card ___ VISA ___ DISCOVER ___ OTHER ___

Cardholder Name (as shown on Card):

Credit card Numbers:

Expiration Date (MM/YY):

Security code in the back:

Cardholder Zip Code (from credit card billing address):

I, _____, authorize **Charis Institute** to charge my credit card above for my copay's, deductibles, or any balances on my account not covered by my insurance. I understand that my information will be saved to file for future transactions on my account.

Client signature

Date