

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

Teléfono: 540.568.1876  
Fax: 540.574.6076

### Información General-Adulto

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

**Habrà 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 \_\_\_\_\_ Número 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 \_\_\_\_\_ Número 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 medico 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 algun objeto duro?

o

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

Si No

Si la respuesta es SI anote1\_\_\_\_\_

8. Vivió usted con alguien que era borracho o alcoholico, 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 carcel?

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 ☐ Codeína ☐ 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 sí 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. ¿Cuál de las siguientes describe la razón por la cual su familia piensa que usted está 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 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

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

Teléfono: 540.568.1876  
Fax: 540.574.6076

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 elija su cita. Si usted lo solicita, siempre que sea posible vamos a tratar de establecer un horario regular para sus citas, para que sea más conveniente para usted. 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 cobrará \$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. Si usted es un nuevo cliente y no se presenta para su primera cita, usted no será re-programada. 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 \$130.00 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. Presentaremos una reclamación con su seguro si usted lo desea. Si usted prefiere pagar por nuestros 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.
- Si necesito ayuda profesional entre las sesiones, estoy de acuerdo en llamar a la oficina de Charis Institute al 540.568.1876 y alguien en la oficina me pondrá en contacto con el psicólogo/a, o puedo dejar un correo de voz y mi llamada sera regresada lo mas pronto posible. Llamadas directamente a mi psicólogo/a serán hechas solo en caso de emergencias. **(Por favor no enviar textos o correo electrónicos para el psicólogo/a, por razones terapéuticas ellos no pueden responder).**
- Entiendo que los psicólogos no llevan beepers, y si tengo o necesito ayuda y 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.
- 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.
- ***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.***
- 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.

### 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 cualificaciones 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)

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

Phone: 540.568.1876  
Fax: 540.574.6076

### **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 será 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