**HOJA DE ADMISIÓN**

**FECHA:**

 **CLIENTE INFORMACIÓN**

**CLIENT INTAKE FO**

CLIENTE NOMBRE SSN:

FECHA DE NACIMIENTO

ESTADO CIVIL Correo electrónico:

 SOLTERO CASADO OTRO

Género

 HOMBRE  MUJER

Alocución Ciudad/Estado/Código postal

Teléfono de casa Salir Mensaje?

 Sí NO

TELÉFONO CELULAR Salir Mensaje?

  Sí NO

Contacto de emergencia nombre: Teléfono

Relación

**OCUPACION  Empleado  Estudiante a tiempo completo  Estudiante de medio tiempo  Otro**

Si está empleado, con quién y cuál es la dirección?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lo que trae al cliente a la terapia?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qué/Quién ha mejorado la situación del cliente?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qué/Quién ha empeorado la situación del cliente?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha estado el cliente bajo el cuidado de un psiquiatra, psicólogo o consejero? Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre, la fecha y la ubicación de la terapia y explique brevemente la naturaleza del problema que requería atención:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Listar cualquier condición de salud del comportamiento y medicamentos actuales:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­ Telefono # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El trabajador del caso nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agente de libertad condicional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor circule cualquiera de las siguientes luchas que le pertenecen a usted:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ansiedad | Depresión | Miedos/Fobias | Abuso de sustancias | Suicida Pensamientos |
| Separación/Divorcio | Conduce problemas | Crianza | Matrimonio | Violencia doméstica |
| Obsesiones/Compulsiones | Pérdida/Dolor | Desorden alimenticio | Uso de Droga/Alcohol | SSI/ Discapacidad |
| Control de la ira | TDAH | Estado de ánimo deprimido | Insomnio | Retiro social |
| Trabajo/Estrés | Problemas de salud | Corte/Auto mutilación | Alucinaciones | Abuso emocional |
| Alteración del sueño | Problemas de memoria | Abuso físico | Abuso sexual | Otro… |

Cliente Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma responsible del partido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNATS ANTES DE LA SESIÓN DE ADMISIÓN**

**ELABORACIÓN DE FORMULARIOS E INFORMES**

 Estos requieren revision de gráficos y, a menudo, discusión con el cliente. Habrá un cargo mínimo de $25.00 hasta un máximo de $200.00 por hora.

**CITAS, CANCELACIONES, Y NO SHOW FEE**

-Nos damos cuenta de que en ocasiones no podrá hacer una cita programada. Puede llamar a nuestra oficina al 713-453-2300 y dejar un mensaje de cancelación en el correo de voz si no hay nadie disponible.

-Sin embargo, recuerde que este tiempo ha sido reservado solo para usted, por lo que nuestr política es cobrar

 **$25.00 por citas perdidas o por cancelaciones sin previo aviso de 24 horas.**

-No se pueden hacer más citas hasta que se haya pagado la Tarifa de No Show, no habrá excepciones para esta política.

-Porque tenemos muchas personas que están esperando citas, clients que con frecuencia (más de dos veces) fallan o cancelan su cita sin aviso de 24 horas no será reprogramado.

-La terapia continua exitosa requiere un compromise por parte del cliente. Es importante que asista a la cita si es possible.

**X**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **X**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 CLIENTE NOMBRE FIRMA RESPONSIBLE DEL PARTIDO FECHA

**FACTURACIÓN INFORMACIÓN**

RELACIÓN CON EL CLIENTE

 SE GUADIÁN LEGAL OTRO

RESPONSABLE FACTURACIÓN NOMBRE

FACTURACIÓN ALOCUCIÓN Ciudad/Estado/Código postal

Correo electrónico:

FACTURACIÓN TELEFONO Salir Mensaje?

 SÍ NO

*Entiendo claramente que soy responsable en última instancia del pago a la terapia cristiana permanente por todos y cada uno de los servicios prestados al momento de la visita. También entiendo que si suspendo o doy por terminada mi atención y tratamiento, cualquier saldo pendiente se pagará de inmediato. Entiendo que si no cumpliera con mis obligaciones de pago, tal como se estipula en este acuerdo, la Terapia Cristiana Permanente tendrá derecho a reenviar mi información a las colecciones, y en el caso de que sea necesario utilizar una agencia de cobranza para resolver un retraso. y un 30% adicional se aplicará a mi cuenta para cubrir los costos de esta acción. La terapia cristiana permanente no estará obligada a proporcionar servicios continuos a ningún cliente que incluya la terapia cristiana permanente como acreedor en cualquier declaración de bancarrota. Mi firma a continuación indica que entiendo completamente y acepto estos términos.*

FECHA

FACTURACIÓN FIRMA (S) (GUARDIÁN LEGAL)-Requerido para servicios

X

*Consentimiento informado: Mi firma a continuación indica que estoy de acuerdo con el tratamiento en Abiding Christian Therapy y que he recibido y entendido el conteninido de las Plíticas de asesoramiento, includido el Aviso de practices de privacidad (HIPPA). Si tengo preguntas, la información ha sido explicada y / o resumida para mí.*

FECHA

FIRMA (S) (GUARDIÁN LEGAL)-Requerido para servicios

AUTORIZO la terapia Cristiana permanente para divulger cualquier información médica a mi compañía de seguros que pueda condierarse necesaria para procesar un reclamo de seguro. Autorizo a mi compañía de seguros a asignar beneficios a la terapia Cristiana permanente, independientemente de la devolución de estos servicios por parte de la compañía de seguros y de que cualquier inexactitude en la información de este formulario puede resultar en que mi compañía de seguros no pague. Estoy de acuerdo en notificar a Abiding Christian Therapy inmediateamenta cada vez que tenga cambios en mi condición de salud o en la cobertura de mi plan de salud en el future.

FECHA

FIRMA (S) (GUARDIÁN LEGAL)-Requerido para facturar el seguro

**SEGURO PRIMARIO INFORMACIÓN**

**SEGURO SECUNDARIO INFORMACIÓN**

COMPAÑÍA DE SEGUROS

ID#

ID#

COMPAÑÍA DE SEGUROS

SS#

ABONADO

DOB

SS#

DOB

ABONADO

**CONFIDENCIALIDAD Y LIBERACIÓN DE REGISTROS**

Toda la información sobre los pacientes se considera estrictamente confidencial y no se entregará a nadie sin su consentimiento por escrito. En el caso de solicitud de transferencia de registros, los registros serán enviados una vez completado el un consentimiento forma y un cuota de pago basada en la corriente TX Departamento de Salud maximo permitido. Las copias de los registros están disponibles por una tarifa de procesamiento de $16.03, más $1.22 por página para copier.

**\*\* PROCESOS JUDICIALES Y JUDICIALES**

**La terapia Cristiana permanente NO proporciona estudios de determinación de discapacidad o custodia.**

* Además, el proceso legal es tal que podemos vernos obligados a reveler información sobre usted que podría afectarle negativamente o socavar su relación con su terapeuta**.** Debido a que la relación cliente terapeuta se basa en la confianza con la basa de que la confianza es la confidencialidad, a menudo es prejudicial para la relación terapéutica que se le pida al terapeuta que presente los expedients ante el tribunal, testifique de hecho o de naturaleza expert, en particular, corte o deposición.
* Si está solicitando fomularios para la determinación de enfermedad mental, discapacidad, participación del tribunal con custodia o evaluaciones para completer, estaremos encantados de remitirlo a los profesionales del área que ofrecen este servicio.
* En caso de que seamos llamados a los tribunals por una orden de un tribunal judicial o sean citados, cobraremos el monto total applicable por ley para nuestros servicios. Las copias de los registros están discponibles por una tarifa de procesamiento de $16.03, más $1.22 por página para copiar.
* En el caso de que sea necesario, (mediante una orden judicial o una citación), el terapeuta testifique ante cualquier tribunal, árbitro u otro official de audiencias que testifique en una deposición, si el testimonio es real o expert, o si presenta alguna o todos los registros relacionados con la relación de asesoría con un funcionario de la corte, el cliente acepta pagarle al terapeuta por su tiempo.
* Incluyendo pero no limitado a: viajes, gastos necesarios (copias, estacionamiento, comidas y similares), tiempo dedicado a hablar con abogados, revisar registros y preparer informes) a la tasa de $500.00 por hora cuando la Sra. Lezak abandona su frente Puerta hasta que regrese, redondeada a la media hora más cercana.
* El cliente también acepta pagar una tarifa de retención de $2,000.00 dos semanas antes de la presentación, presentación de registros o testimonio solicitado. Los cheques no se considerarán una forma de pago acceptable para estos servicios.

***Limitación de litigious:*** *debido a la naturaleza del proceso terapéutico y al hecho de que a menudo implica hacer una divulgación completa con respecto a muchos asuntos que pueden ser de naturaleza confidencial, se acuerda que debe haber procedimientos legales (como, por ejemplo, no limitado a disputas de divorcio y custodia, lesiones, juicios, etc.) ni usted (cliente) ni su abogado, ni ninguna otra persona que actúe en su nombre llamará a su terapeuta de Terapia Cristiana permanente para que testifique en el tribunal o en cualquier otro procedimiento, tampoco se solicitará la divulgación de los registros de psicoterapia.* ***Mi firma de consentimiento informado muestra que esta limitación de litigio se entiende y acepta claramente.***

**X**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Clients Nombre***

**X*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Firma***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Fecha***

**DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL CLIENTE**

La terapia cristiana permanente no discrimina por motivos de religión, raza, sexo, estado civil, edad, orientación sexual, origen nacional, encarcelamiento anterior, discapacidad o estado de asistencia pública.

Cada cliente:

* Se le informará antes o al momento de la cita de admisión de los servicios que están disponibles en Abiding Christian Therapy y de cualquier cargo financiero que será responsabilidad del cliente pagar, más allá de la cobertura del seguro de salud.
* Puede esperar información completa y actualizada sobre su diagnóstico y plan de tratamiento individual en términos que él o ella puedan entender.
* Tendrá el derecho de saber por nombre y las competencias del profesional de salud mental con licencia responsable de la coordinación de su tratamiento.
* Tendrán la libertad de presentar quejas y recomendar cambios en las políticas y servicios al personal de Abiding Christian Therapy sin restricciones, interferencias, coerción, discriminación o represalia.

Además de los derechos enumerados anteriormente, los servicios ofrecidos por los profesionales con licencia del Estado de Texas tienen el derecho de: (a) esperar que un profesional cumpla con los requisitos mínimos de capacitación y tenga la experiencia requerida por la ley estatal; (b) examinar los registros públicos que contienen las credenciales del profesional; (c) Obtener una copia de las normas de conducta..

Cada cliente:

* Tiene el derecho de ser informado y negarse a participar en cualquier investigación experimental.
* Puede esperar un tratamiento cortés y ser libre de abuso verbal, físico o sexual por parte del personal de ACT.
* Tiene derecho a una transferencia coordinada de atención cuando haya un cambio de proveedores.
* Puede hacer valer los derechos del cliente sin represalias.
* Tiene el derecho de elegir libremente entre los profesionales de la salud mental disponibles y los profesionales de la comunidad y de cambiar de proveedor después de que los servicios de salud mental hayan comenzado dentro de los límites contractuales del seguro de salud del cliente (si corresponde).

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPPA)**

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud y cómo puede acceder a esta información. Por favor revísalo con cuidado. Proteger la privacidad de nuestros pacientes siempre ha sido importante para esta práctica. Una nueva ley estatal y federal, la Ley de responsabilidad y portabilidad de seguros de salud (HIPAA, por sus siglas en inglés), entró en vigencia el 14 de abril de 2003 y nos exige que le informemos nuestra política. En Abiding Christian Therapy tenemos mucho cuidado de mantener su información de salud segura y confidencial. Esta ley nos obliga a continuar manteniendo su privacidad, a darle este aviso y a seguir los términos de este aviso. La ley nos permite usar o divulgar su información de salud a las personas involucradas en su tratamiento, por ejemplo, una revisión de su expediente por parte de un médico especialista a quien podamos involucrar en su atención. Podemos usar o divulgar su información médica para el pago de sus servicios.

Por ejemplo, podemos enviar un informe de su progreso a su compañía de seguros. Podemos usar o divulgar su información médica para nuestras operaciones normales de atención médica. Uno de nuestros empleados ingresará su información en nuestra computadora. Podemos utilizar su información para contactarlo. Es posible que también queramos llamarle y recordarle sus citas. Si no está en casa, podemos dejar esta información en su contestador automático o con la persona que atiende el teléfono. En una emergencia, podemos divulgar su información médica a un miembro de la familia u otra persona responsable de su cuidado. Podemos divulgar parte o toda su información médica cuando lo exija la ley.

Si se vende esta práctica, su información se convertirá en propiedad del nuevo propietario. Excepto como se describe anteriormente, esta práctica no usará ni divulgará su información de salud sin su autorización previa por escrito. Puede solicitar por escrito que no usemos ni divulguemos su información médica como se describe anteriormente. Le haremos saber si podemos cumplir con su solicitud. Tiene derecho a conocer cualquier uso o divulgación que hagamos con su información de salud más allá de los usos normales anteriores. Como necesitaremos comunicarnos con usted de vez en cuando, utilizaremos la dirección o el número de teléfono que prefiera. Tiene derecho a transferir copias de su información de salud a otra práctica. Tiene derecho a ver o recibir una copia de cualquier información de su salud. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda o un cambio en su información de salud. Danos tu solicitud para hacer cambios por escrito. Si desea incluir una declaración en su archivo, envíenosla por escrito. Podemos o no hacer los cambios que solicita, pero nos complacerá incluir su declaración en su archivo. Si aceptamos una enmienda o cambio, no eliminaremos ni modificaremos documentos anteriores, sino que agregaremos nueva información.

Tiene derecho a recibir una copia de este aviso. Si cambiamos alguno de los detalles de este aviso, le notificaremos los cambios por escrito. Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos 1100 Greens Parkway Suite 300 Houston, Texas 77067. Sin embargo, antes de presentar una queja, o para obtener más información o asistencia con respecto a la privacidad de su información de salud, comuníquese con nuestra Propietaria, Penny Lezak al 713-453-2300.

**X**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **X**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Cliente Nombre Firma Fecha**

####