



FORMULARIO DE ADMISIÓN PARA ADULTOS

Información General

Nombre: _____ Apellido: _____ Género: _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Principal: _____ Otro Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Apellido: _____

Teléfono: _____ Relación: _____

¿Autoriza a esta persona a discutir la atención o el tratamiento con la clínica en caso de una emergencia?

SÍ No

Información de Aseguranza

Seguro Primario: _____ Titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza (mm/dd/aaaa): _____

Dirección del titular de la póliza: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____



Historial de salud mental

¿Cuál es su razón por buscar ayuda de salud mental?

¿Alguna vez ha recibido un diagnóstico de salud mental? Si es así cual es su diagnóstico?

¿Alguna vez te has lastimado a si mismo al proposito y /o ha tenido pensamientos de lastimarse o tenido pensamientos de suicidio? Si es así por favor, explique.

Por favor, haga una lista de cualquier medicamento psiquiátrico que haya tomado o esté tomando actualmente:

Medicación

Fechas

Beneficios/Efectos secundarios

Historial Médico

Médico de Atención Primaria:

Por favor, explique cualquier problema médico y/o procedimientos graves que haya tenido:



Por favor, haga una lista de cualquier medicamento que haya tomado o esté tomando actualmente para problemas médicos:

<u>Medicación</u>	<u>Fechas</u>	<u>Beneficios/Efectos secundarios</u>
-------------------	---------------	---------------------------------------

Por favor, describa si consume alcohol, drogas y/o tabaco:

Por favor, explique cualquier historial de problemas de salud mental, problemas médicos y abuso de sustancias entre parientes consanguíneos:

Lado de la madre

Lado del Padre

Enumere cualquier alergia que tenga:

Historia social

¿Tuvo un retraso en el desarrollo cuando era niño? En caso afirmativo, explique.

¿Fuiste/eres víctima de alguna forma de abuso emocional, violencia doméstica, físico y/o sexual?

¿Alguna vez ha sido condenado por algún delito, ha cumplido condena y / o ha estado en libertad condicional? Por favor, explique.



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Nombre: _____ Apellido: _____

Estás a punto de dar un paso importante en tu bienestar mental. Como su proveedor de salud mental, entraremos en una relación protegida. El tratamiento puede implicar un enfoque familiar multidimensional. Debido a esto, se necesita el consentimiento para todos los que participan en las sesiones.

Lo estamos tratando y hacemos todo lo posible para diagnosticarlo con precisión y diseñar un plan de tratamiento integral que se ajuste a sus objetivos y necesidades. Esto puede incluir recomendaciones de ciertos tipos de terapia y/ o medicamentos. También trabajaremos con su medico general para asegurar la coordinación de sus tratamientos.

_____ (Inicial)

Usted es nuestro cliente y tiene derechos de confidencialidad. La confidencialidad no se aplica en las siguientes situaciones: denuncia de sospechas de abuso infantil y abuso de ancianos, y cualquier persona sospechosa de estar en peligro de hacerse daño a sí misma o a otra persona. Excepto en estas situaciones, usted tiene derecho a la confidencialidad.

Si requerimos o creemos que es en su mejor interés comunicarse con una entidad externa, le solicitaremos que complete una autorización para la divulgación de información. Para asegurar la mejor atención terapéutica, se recomiendan citas frecuentes. Los clientes que no han sido vistos en 6 meses se considerarán inactivos y se les pedirá que completen una nueva evaluación.

_____ (Inicial)

Yo, por la presente solicito y doy mi consentimiento para participar en el tratamiento ofrecido por Healing Minds, LLC. Si me presento a grupos de DBT o cualquier otro grupo de terapia, también entiendo y doy mi consentimiento para que la confidencialidad aún se aplique y que Healing Minds, LLC no es responsable de que los miembros del grupo respeten la confidencialidad. Entiendo que desarrollar un plan de tratamiento con mi proveedor y revisar regularmente nuestro trabajo hacia los objetivos del tratamiento es lo mejor para mí. Estoy de acuerdo en desempeñar un papel activo en este proceso. Entiendo que no se me harán promesas con respecto a los resultados de mi tratamiento o cualquier otro procedimiento proporcionado por mi proveedor de salud mental.

_____ (Inicial)



AUTORIZACIÓN/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN De la Aseguranza

Nombre: _____ Apellido: _____

Yo, el suscriptor nombrado a continuación, autorizo a Healing Minds, LLC, a divulgar toda la información relacionada con mi tratamiento a cualquier tercero pagador (como mi compañía de aseguranza o una agencia gubernamental) según sea necesario para determinar un reclamo de pago por dicho tratamiento y diagnóstico.

Tenga en cuenta que la aseguranza se considera un método para reembolsar al cliente los honorarios pagados al proveedor y no es un sustituto del pago. Algunas empresas pagan asignaciones fijas por ciertos procedimientos, mientras que otras pagan un porcentaje del cargo. Entiendo que es mi responsabilidad pagar cualquier monto deducible, coseguro o cualquier otro saldo no pagado por mi seguro o tercer pagador dentro de un período de tiempo razonable, y no exceder los 90 días.

Nombre del cliente (por favor imprimir): _____

XENCIÓN DE RESPONSABILIDAD: Al escribir su nombre a continuación, está firmando esta solicitud electrónicamente. Usted acepta que su firma electrónica es el equivalente legal de su firma manual en esta solicitud.

Firma del cliente/tutor (firmar o imprimir): _____ Fecha: _____

Compañía de aseguranza: _____



AVISO DE HIPAA/PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre: _____ Apellido: _____

Este aviso describe cómo se puede usar, divulgar y cómo puede obtener acceso a esta información médica sobre usted. **Por favor, revise esto cuidadosamente.**

Entendemos la importancia de la privacidad y nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información. Hacemos un registro de la atención médica que brindamos y podemos recibir dichos registros de otros. Utilizamos estos registros para proporcionar o permitir que otros proveedores de atención médica brinden atención médica de calidad, para obtener el pago por los servicios que se le brindan y para permitirnos cumplir con nuestras obligaciones profesionales y legales de operar esta práctica adecuadamente. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información de salud protegida, a proporcionar a las personas un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida, y a notificar a las personas afectadas después de una violación de la información de salud protegida no segura. Este aviso describe cómo podemos usar y divulgar su información médica. También describe sus derechos y nuestras obligaciones legales con respecto a su información médica. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con nuestra oficina.

Nombre del cliente (por favor imprima): _____

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD: Al escribir su nombre a continuación, está firmando esta solicitud electrónicamente. Usted acepta que su firma electrónica es el equivalente legal de su firma manual en esta solicitud.

Firma del cliente/tutor (firmar o imprimir): _____



ACUERDO DE CANCELACIÓN DE CITAS

Nombre: _____ Apellido: _____

Entendemos que las cosas surgen y es posible que deba faltar a su cita. Si necesita cambiar o cancelar cualquier cita, Healing Minds requiere **una notificación de 24 horas antes de su cita (de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.)**. Puede dejar un mensaje de vos los fines de semana o por correo electrónico.

Si no cancela dentro de las 24 horas anteriores a su cita, se le cobrará una **tarifa de \$100 por la cita inicial a la tarjeta a continuación o al tarjeta de crédito registrada o un cargo de \$75 por cualquier cita de seguimiento**.

Es su responsabilidad de acordarse de su cita. Nosotros le mandaremos recordatorios, es su responsabilidad llamar a la oficina al 775-448-9760.

Mi firma reconoce:

- En el caso de una emergencia psiquiátrica, llamaré al 911 o iré al hospital más cercano.
- Me adheriré a las pautas anteriores
- Entiendo que Healing Minds intentará facturar a mi seguro y que, si mi seguro no paga por cualquier motivo, soy responsable de cualquier saldo restante. Esto puede incluir deducibles, copagos o gastos de bolsillo.
- Autorizo a Healing Minds a cobrar todas las tarifas a la tarjeta que se mantiene en el archivo si no se paga de manera oportuna.
- Si tengo alguna pregunta sobre los cargos a mi cuenta, me pondré en contacto con Leigh Miller para obtener ayuda en lmiller@healingminds.com
- No disputaré ningún cargo con la compañía de mi tarjeta de crédito a menos que ya haya intentado rectificar la situación directamente con Healing Minds, LLC.

Autorizo la siguiente tarjeta y cualquier tarjeta introducida en el sistema para ser utilizada para copagos y tarifas por servicios prestados a:

Nombre del cliente (por favor imprima): _____

Número de tarjeta: _____

Fecha de caducidad: _____ CVV: _____

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD: Al escribir su nombre a continuación, está firmando esta solicitud electrónicamente. Usted acepta que su firma electrónica es el equivalente legal de su firma manual en esta solicitud.

Firma: (firmar o imprimir): _____ **Fecha:** _____