

# *Heritage Behavioral Health Consultants*

Julie Summers, M.A., LPC -S.

Julie Ottosen, M.A., LPC

Jennifer Hofman, M.A., LPC

Ekpedeme Wade, M.D., LPC Intern

(Bajo la supervisión de Julie Summers, MA, LPC -S)

Selenia Pellerin M.A., LPC. Intern

(Bajo la supervisión de Julie Summers, MA, LPC -S)

Elizabeth Warren MBA, M.A., LPC Intern

(Bajo la supervisión de Julie Summers, MA, LPC -S)

Jerry Duncan, M.Div., LMFT

Danielle Mitchell, M.Ed., R.D., L.D, LPC

Jill Early, M.Ed., LPC

Sarah Jane Paton M.A., LPC

Sarah Burkhart M.A., LPC

Allie Sauls, M.A., LPC. Intern

(Bajo la supervisión de Julie Summers, MA, LPC -S)

Ana Ince M.Ed. LPC Intern

(Bajo la supervisión de Julie Summers, MA, LPC -S)

Bienvenido a la práctica de Heritage Behavioral Health Consultants. Nos complace que haya elegido nuestra oficina y le aseguro que estamos trabajando con ustedes de una manera cuidadosa y profesional. Por favor, tómese unos minutos para leer nuestras políticas de oficina y no dude en hacer cualquier pregunta que pueda tener . Estas políticas se exponen más detalladamente en el Aviso de prácticas de privacidad en el siguiente formulario.

## **HORAS DE OFICINA**

Horas del personal de apoyo regular es de 8:00 am a 5:00 pm de lunes a viernes. Cada médico establece su propio horario y trabajará con usted para programar una hora de mutuo acuerdo .

## **SESIONES**

Sesiones completas son de 45 minutos y las sesiones de la mitad son de 25 minutos de duración. Con el fin de asegurar que su tiempo es respetado empezamos y terminamos la cita a tiempo. Sesiones extendidas pueden disponerse cuando sea necesario , que incluirá un cargo adicional.

## **CANCELACIONES**

No hay ningún cargo para las citas perdidas **SI LA CITA ES CANCELADA POR LO MENOS 24 horas de antes de la cita.** Si la cita es para el lunes, la cancelación se puede hacer dejando un mensaje con el servicio de contestador . **COBRAMOS POR CITAS QUE NO SON CANCELADAS 24 HORAS ANTES DE SU CITA.**

## **SERVICIOS DE EMERGENCIA**

Como práctica general , la consulta de emergencia están disponible las 24 horas al día, siete días a la semana . En el caso de que usted no puede comunicarse con su terapeuta por favor llame al 911, la línea directa de Crisis (713-Hotline) , o vaya a la sala de emergencias más cercana . Su médico discutirá los procedimientos específicos de emergencia con usted en detalle. Usted puede comunicarse con nosotros al ( 713) 365-9015. Si no respondemos en 30 minutos , por favor llamar por segunda vez y deje un mensaje. Si la consulta requiere más de 15 minutos , se le puede cobrar por el tiempo.

## **AVISO DE PROCEDIMIENTOS DE PRIVACIDAD**

De acuerdo con la Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad (HIPAA) , Patrimonio de la Conducta Consultores de Salud está obligado a : 1 ) mantener la privacidad de su información de salud , 2 ) le dará una Notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted, 3 ) cumplir con los términos de la Notificación , 4 ) que le notifique si no podemos estar de acuerdo con una restricción solicitada , 5 ) las solicitudes razonables que usted pueda tener para comunicar información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos . Por favor, consulte nuestro **Aviso de prácticas** de privacidad para obtener información detallada .

## **MATRÍCULA**

El pago es debido en el momento del servicio prestado en forma de dinero en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. No archivamos el seguro en esta oficina ; sin embargo, para aquellos clientes que pertenecen a una compañía de seguros que deseen presentar , le daremos una declaración detallada para que pueda presentar con su compañía de seguros con el fin de hacer que le reembolsan directamente.

Es la política de esta práctica para convertir las cuentas delinciente a la colección después de 90 días . Si es necesario hacer esto habrá un 10 % de carga adicional al saldo pendiente.

## **TIPOS DE TERAPIA Y EVALUACIONES**

Una variedad de tratamientos están disponibles en función de sus necesidades y deseos. Durante su primera visita, usted y su terapeuta decidirán cuál es la terapia más adecuada para usted.

Por favor verifique en cada tipo de terapia o evaluación que sientes puede ser apropiado.

- Matrimonio o Terapis de parejas
- Terapia individual
- Consulta para Padres
- Terapia Familiar
- Evaluacion de ADD/ADHD
- Pruebas Psicológicas

## **RELACIONES PERSONALES**

Nuestro objetivo es que vamos a desarrollar una relación positiva y gratificante. En este momento, por favor, tóme un minuto para llenar los siguientes formularios para que podamos mejor ayudarle a alcanzar sus metas.

## **HE LEIDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE EL ACUERDO PSICOTERAPEUTA PACIENTE Y ACEPTA SUS TÉRMINOS .**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **HE RECIBIDO UN AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y ACEPTO SUS TÉRMINOS .**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de terapeuta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Heritage Behavioral Health Consultants

## INFORMACIÓN DE CONTACTO DE CLIENTES

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre de Consejera: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sitio de Nacimiento: Ciudad : \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Teléfono (Celular): \_\_\_\_\_ Telefono (Casa): \_\_\_\_\_

Podemos llamarlo a casa?  Si  No *Instrucciones Especiales:* \_\_\_\_\_

Nombre, edad, y ocupación de la persona con quien tiene una relación: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Quien lo/la refirió? \_\_\_\_\_

Quieres una factor después de cada visita?  Si  No

Le gustaría mantener la información de su tarjeta de crédito registrada para la facilidad de pago:  Si  No

Nombre en la Tarjeta: \_\_\_\_\_

Numero de Tarjeta de Crédito: \_\_\_\_\_ Expiración: \_\_\_\_/\_\_\_\_ CCV: \_\_\_\_\_

Dirección de facturación: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Marque Uno:

Soltero/a

Comprometido/a

Casado/a

Divorciado/a

Segundo o Tercer Matrimonio

Relación estable con una persona

Viudo/a

**Por favor complete si el paciente es de sexo femenino:**

**Historia Menstrual:**

La Edad de Inicio: \_\_\_\_ Fecha de la ultima menstruación: \_\_\_\_ Ciclo: \_\_\_\_ # Días  
Ordinarios: \_\_ Si \_\_ No Dolores/Calambres: \_\_ Si \_\_ No Duración: \_\_\_\_ # Días  
PMS: \_\_ Si \_\_ No

**Embarazos:**

Total # de Embarazos: \_\_\_\_ Abortos Involuntarios: \_\_\_\_  
Edad del niño vivo mas joven: \_\_\_\_ Terminaciones: \_\_\_\_

**Dieta y Ejercicio:**

Peso: Actual: \_\_\_\_\_ Hace 1 ano: \_\_\_\_\_ Deseada: \_\_\_\_\_ Esta usted en una dieta especial? \_\_\_\_\_

## Lista de Síntomas

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Se enoja a menudo                    | <input type="checkbox"/> Pelea mucho   |
| <input type="checkbox"/> Discute con adultos a menudo         | <input type="checkbox"/> Es cruel con la gente y los animales                          |
| <input type="checkbox"/> Molesta a otros a propósito          | <input type="checkbox"/> Ha robado   |
| <input type="checkbox"/> Culpa a otros por sus errores        | <input type="checkbox"/> En libertad condicional                                       |
| <input type="checkbox"/> Se molesta fácilmente                | <input type="checkbox"/> Conducta sexualidad   |
| <input type="checkbox"/> Se enoja y guarda resentimiento      | <input type="checkbox"/> Ha prendido fuegos a propósito                                |
| <input type="checkbox"/> Vengativo                            | <input type="checkbox"/> Ha entrado a la propiedad de otros                            |
| <input type="checkbox"/> Ya perdió la esperanza               | <input type="checkbox"/> Miente mucho  |
| <input type="checkbox"/> Irritable/agitado                    | <input type="checkbox"/> Ha huído de la casa   |
| <input type="checkbox"/> Aumento o perdida de apetito         | <input type="checkbox"/> Suspendido o expulsado  |
| <input type="checkbox"/> Aumento o perdida de sueño           | <input type="checkbox"/> Tiene problemas al comer                                      |
| <input type="checkbox"/> Baja autoestima                      | <input type="checkbox"/> Se moja o se ensucia  |
| <input type="checkbox"/> Se corta o se pega                   | <input type="checkbox"/> Se preocupa demasiado   |
| <input type="checkbox"/> No se puede concentrar               | <input type="checkbox"/> Se rehúsa a hablar en ciertas ocasiones                       |
| <input type="checkbox"/> Triste o deprimido                   | <input type="checkbox"/> Se rehúsa a recibir consuelo de sus padres                    |
| <input type="checkbox"/> Falta de interés o placer            | <input type="checkbox"/> Muy amigable con extraños                                     |
| <input type="checkbox"/> Disminución en actividades           | <input type="checkbox"/> Usas drogas   |
| <input type="checkbox"/> Piensa sobre la muerte a menudo      | <input type="checkbox"/> Palpitaciones fuerte del corazón                              |
| <input type="checkbox"/> No tiene cuidado/ no presta atención | <input type="checkbox"/> Suda, se mareo o le cuesta respirar                           |
| <input type="checkbox"/> Le cuesta mantener la atención       | <input type="checkbox"/> Conductas repetitivas   |
| <input type="checkbox"/> No escucha cuando le hablan          | <input type="checkbox"/> Pesadillas  |
| <input type="checkbox"/> No completa las tareas               | <input type="checkbox"/> Tiene alucinaciones   |
| <input type="checkbox"/> Se distrae fácilmente                | <input type="checkbox"/> Es desafiante/ desobediente/ se opone a todo                  |
| <input type="checkbox"/> No se esta quieto                    | <input type="checkbox"/> Se preocupa mucho por dietas y por la apariencia de su cuerpo |
| <input type="checkbox"/> Tiene miedos y Fobias                | <input type="checkbox"/> Se escapa de la escuela, desafiante en la escuela             |
| <input type="checkbox"/> Se preocupa mucho sobre la comida    |  |
| <input type="checkbox"/> Habla mucho, interrumpe a otros      |  |
| <input type="checkbox"/> Tiene muy pocos amigos               |  |
| <input type="checkbox"/> Amenaza o intimida a otros           |  |

### EL TIPO DE AYUDA QUE DESEA

- Consejería individual/terapia
- Consejería en grupo
- Consejería familiar
- Tratamiento de Abuso de Substancia
- Consejería de pareja
- Evaluación
- Otra consejería conjunta

### DATOS PERSONALES DE LOS CLIENTES

1. Fecha del ultimo examen físico? \_\_\_\_\_
2. Nombre de Medico \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono \_\_\_\_\_
3. Tiene usted alguna condición médica grave o crónica? \_\_\_ Si \_\_\_ No
4. Por favor enliste todas las medicinas que usted toma actualmente, inclusive sin receta y herbales.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. El Nombre de la Medicina:  
\_\_\_\_\_  
  
Dosis: \_\_\_\_\_ Útil? \_\_\_ Si \_\_\_ No
6. Los motivos principales para buscar ayuda en este momento:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Cuanto tiempo ha tenido usted estos problemas y los síntomas?  
\_\_\_\_\_
8. Con que frecuencia ocurren los síntomas?  
\_\_\_\_\_
9. Que ha tratado para disminuir los síntomas?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. El rol de la religión y/o la espiritualidad en su vida: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Ha tenido usted consejería psicoterapia en el pasado? \_\_Si \_\_No

Si la respuesta es afirmativa, por favor responda a las preguntas siguientes:

- Por Quien

\_\_\_\_\_

Ha tenido usted alguna admisión psiquiátricas al hospital? \_\_Si \_\_No

- Donde?

\_\_\_\_\_

- Que fue el diagnostico?

\_\_\_\_\_