

Información Confidencial de Admisión de Cliente

La información que proporcione será confidencial y será de gran ayuda en la planificación de los servicios de orientación para usted y / o su hijo. Por favor, responda a cada elemento a su mejor capacidad (por favor escriba con claridad).

Nombre _____ Nombre preferido _____

Dirección _____

Ciudad, estado, código postal _____

Número de teléfono _____ Permiso para contactar? Sí No

Correo electrónico _____ Permiso para contactar a usted aquí? Sí No

Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Género _____

La identidad racial / étnica Afroamericano / Negro De Asia o Las Islas del Pacífico
 Caucásico / Blanco Hispano / Latino Los Indios Americanos / Nativos de Alaska Otro

Fuente de referencia Psychology Today Google EAP Familia Amigo Facebook
 Médico Cliente anterior Seguros Terapeuta Otro _____

Nombre del contacto de emergencia _____

Relación _____ Teléfono _____

Tenemos permiso para contactar en caso de emergencia? Sí No

Ocupación actual _____ Empleador _____

Estado civil actual Solo Enganchado Casado Separado Divorciado Viuda/o
 Cohabitación Otro _____

Del cónyuge / Nombre de su pareja _____ Edad _____ Años en relación _____

Los nombres y las edades de sus hijos _____

Nombre médico de familia y la última visita _____

Nombre del psiquiatra y última visita _____

Por favor indique cualquier problema médico actual o anterior significativas _____

Por favor indique todos los medicamentos de venta con receta (dosis, frecuencia) que actualmente toma _____

¿Ha tenido el asesoramiento anterior? Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre del terapeuta (s), el año (s) que los viste (por ejemplo, 2008 - 2009), y la naturaleza de la dificultad a la hora _____

¿Alguna vez ha sido hospitalizado por una dificultad psiquiátrica? Sí No

En caso afirmativo, indique el año (s) y la naturaleza de la dificultad a la hora _____

Indique todo lo diagnosticado previo o actual, determinada por un profesional _____

Por favor verifique en razón primario (s) para buscar asesoramiento:

ADULTOS

- Ansiedad La depresión El dolor / pérdida Nerviosismo Soledad Pérdida de esperanza
- Conflictos en el trabajo Pérdida de trabajo Comportamiento compulsivo
- Comer / imagen corporal abusos o asalto La autoestima Estrés Uso de alcohol / drogas
- Corte / autolesión Pensamientos suicidas Ira Crónico dolor Apetito se refiere
- Preocupaciones del sueño Cuestiones legales Conflictos maritales Conflictos familiares
- Relación entre en conflicto La identidad de género Preocupaciones de intimidad sexual
- Ajuste divorcio Mayor transición de la vida / cambio Otro _____

NINÓS / ADOLESCENTES

- Ansiedad Depresión El dolor / pérdida Malas notas Absentismo escolar Huir
- Hiperactivo Lucha con sus compañeros Lucha con la familia Mojar la cama
- Aislamiento De oposición Padres - conflicto niño Maestro - conflicto niño
- Alcohol uso / drogas La promiscuidad sexual Intimidación abuso / agresión
- Llanto Morder, patear, escupir Gritar / maldición Autolesiva / corte
- Ajuste de divorcio / nuevo matrimonio Familias mezcladas Crueldad con los animales
- Pobre de atención / centrarse Pensamientos suicidas Intento de suicidio(s) Otro _____

Por favor, conteste las siguientes tres preguntas acerca de sus problemas que presentan:

1. ¿Qué tan severa ¿Considera que su presentación problema / preocupación (s)?
 - Algo grave Moderadamente severa Muy severa
2. ¿Cómo está motivado a resolver su problema de presentación / preocupación (s)?
 - No motivado Motivado algo Moderadamente motivado Muy motivado
3. ¿Cómo optimista está de que su presentación problema / preocupación (s) se puede resolver?
 - No es optimista Algo optimista Moderadamente optimista Muy optimista

¿Qué espera lograr con el asesoramiento?

¿Qué otra información le gustaría compartir?

Información Sobre el Pago

Marque uno:

PAGO PRIVADO - No tengo la intención de utilizar el seguro de salud mental para pagar por mis servicios en Centro de Recuperación de Pena. Yo entiendo que soy responsable por el pago total de los servicios en cada visita.

EAP (Programa de Asistencia al Empleado)

FUERA DE LA RED DE SEGURO - Tengo la intención de utilizar los beneficios de seguro fuera de la red para cubrir mis servicios a Pena Centro de Recuperación. Yo entiendo que soy responsable por el pago total de los servicios en cada visita y utilizaré la recepción clínica para solicitar el reembolso de mi compañía de seguros. Reconozco que las compañías de seguros varían en los porcentajes de devolución previstos. Reconozco que es mi responsabilidad para asegurar esta autorización previa.

DENTRO DE LA RED DE SEGUROS - Tengo la intención de utilizar mi primaria dentro de la red beneficios de cobertura de seguro para cubrir mis servicios a Pena Centro de Recuperación. Yo entiendo que es mi responsabilidad para el co-pago y / o la cantidad de co-seguro para mi visita en el momento del servicio. Autorizo Pena Centro de Recuperación para solicitar los beneficios en mi nombre por los servicios prestados a mí. Solicito que el pago de mi compañía de seguros, en su caso, ser hecho a la pena Centro de Recuperación, a menos que se indique lo contrario en la reclamación. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria, incluyendo información médica, para este o cualquier reclamo relacionado, a mi compañía de seguros. Al hacer esta asignación, entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no pagados bajo esta póliza de seguro. Además, entiendo que el dolor Centro de Recuperación de no solicitar un seguro secundario en mi nombre.

La siguiente información se aplica al de titular de la póliza de seguros:

Nombre del titular de la póliza (tal como aparece en la tarjeta) _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Nombre de la compañía de seguro _____

Número de póliza _____ Grupo y / o número de plan _____

Relación del titular de la póliza con el cliente Auto Cónyuge Niño Otro _____

Firma Del Cliente

Fecha

Miembro de Familia / Guardián (si procede)

Fecha