

# Heloisa H. Portela, Ph.D., LPC, NCC, ACS

LPC 4935 ♦ NCC 210715

6512 Six Forks Road, Suite 403B. Raleigh, NC 27615

Tel: 919.368.5207 ♦ Fax: 919.882.9505

## Consentimiento al Tratamiento

Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por la presente busco y consiento en tomar parte en (o permitir a mi hijo/a para recibir) tratamiento por Dra. Heloisa H. Portela, LPC. Entiendo que desarrollar un plan de tratamiento con este profesional de servicio de salud y revisando regularmente nuestro trabajo para alcanzar los objetivos de tratamiento son en el mejor interés mío (o mi hijo). Estoy de acuerdo de participar activamente en este proceso.

Entiendo que no se me han dado garantías con respecto a los resultados de tratamiento ni de ningún procedimiento brindado por el profesional de la salud. Sé que puedo interrumpir el tratamiento con el profesional de la salud en cualquier momento.

Reconozco que manteniendo citas regulares es la manera más efectiva de planificar la terapia. Comprendo que el tiempo planeado para la cita de terapia está reservado exclusivamente para mi/mi hijo. Teniendo en cuenta esto, las citas deben ser mantenidas. Si por alguna razón hay necesidad de cancelar una cita, **yo llamaré a la Dr. Heloisa Portela con 48 horas de anticipación.** Entiendo que yo deberé pagar por sesiones no canceladas 48 horas antes de la cita planeada (tenga en cuenta que las compañías de seguro no reintegraran estos gastos).

Comprendo que el pago de cada sesión debe ser hecho al momento de la misma. También entiendo que tengo la opción de usar mi seguro de salud para cubrir el honorario del tratamiento. Mi profesional de salud puede ser responsable de facturar los honorarios directamente a mi seguro de salud por los servicios brindados. En estos casos, mi compañía de seguro de salud puede inquirir sobre el/los tipo(s), costo(s), fecha(s), y información de cualquiera de los servicios o tratamientos yo/mi hijo recibamos. Para poder hacer esto, mi terapeuta necesitará una copia de la tarjeta de seguro.

Es mi responsabilidad de traer mi tarjeta de seguro actualizada a la Dr. Heloisa Portela cuando una tarjeta nueva es distribuida, confirmar que hay beneficios de terapia fuera-de-red (out-of-network), y confirmar los valores de co-pagos para cada sesión. Si cobertura de mi seguro termina por cualquiera razón o si no cubre los servicios proveídos, yo seré responsable por el pago total de los servicios. El honorario por cada sesión (45-50 min.) es \$125.00. Un descuento se puede dar a aquellos clientes que decidan solicitar el reintegro de su seguro ellos mismos o pagar en efectivo por su tratamiento.

Al firmar este formulario yo estoy de acuerdo en autorizar a mi profesional de salud a usar mi información (o la de mi hijo/a) para trámites de facturación. La Notice of Privacy Practices explica en más detalle mis derechos y la manera en cual mi profesional de salud puede usar y compartir información. **Si yo declino a firmar esta forma de consenso aceptando los términos de La Notice of Privacy Practices, yo no puedo recibir tratamiento.**

Yo he tenido la oportunidad de discutir todos estos asuntos, y los riesgos y beneficios de tratamiento. También he leído y entiendo La Notice of Privacy Practices.

**Mi firma debajo demuestra que entiendo y estoy de acuerdo con todas las declaraciones arriba mencionadas.**

\_\_\_\_\_  
Firma De Cliente o Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Yo, el profesional de salud, he discutido los asuntos arriba mencionados con el cliente (y/o su guardián legal). Basado en sus respuestas y mis observaciones sobre su comportamiento, no encuentro razón para pensar que el cliente no está capacitado para entender o dispuesto a consentir.

\_\_\_\_\_  
Firma de Profesional de Salud

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Esto es un documento medico estrictamente confidencial. Distribución o transferencia esta estrictamente prohibido por la ley.*

# Hoja de Información de Adultos

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.Postal: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Nº de teléfono/casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ tel/trabajo:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Móvil: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Beeper: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Hijos (nombres y edades): \_\_\_\_\_

Persona responsable por el pago: \_\_\_\_\_

## **Información Médica:**

Médico (s): \_\_\_\_\_

Nº Teléfono (s):  
\_\_\_\_\_

Problemas Médicos de algún tipo:  
\_\_\_\_\_

Medicaciones actuales: \_\_\_\_\_

Previas Consultas de Salud Mental, Evaluaciones, o Tratamiento: \_\_\_\_\_

## **Referido:**

Quien le refirió a este consultorio: \_\_\_\_\_

Alguna otra razón por consultar con este especialista específicamente?  
\_\_\_\_\_

## Historia Clínica Médica/Mental

Que lo/la trae a buscar apoyo psicológico?

---

---

---

Ha usted, su pareja o esposo/a o sus hijos alguna vez consultado a un terapeuta? En ese caso, en qué año? A quien consulto y porque razón? Cuantas veces estima que se reunieron? Esa experiencia le ha ayudado? De qué manera?

---

---

---

Ha tenido algún accidente serio/heridas/enfermedades involucrando cosas como (circule): convulsiones, alta fiebre, perdida del consentimiento, desmallo, dolor de cabeza, alergias, fatiga crónica, herida de la cabeza, problema de oído, meningitis? Explique:

---

---

---

Alguna vez ha requerido hospitalización o ha sido tratado por una enfermedad seria? En ese caso, por favor explique:

---

---

---

Nombre y nombre de consultorio de su actual Internista/Medico clínico general:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Telefono: \_\_\_\_\_

Cuando fue su último examen físico completo? \_\_\_\_\_

Tienes algún problema médico, actualmente? \_\_\_\_\_

---

Esta usted tomando alguna medicación actualmente? En ese caso, por favor indique cuales son, la dosis, y para que le está tratando:

---

---

---

Describe su historia actual y previa con alcohol/drogas.

---

---

Alguna vez ha sido tratado por abuso de alcohol/drogas? En ese caso, cuando, donde, y para que sustancia?

---

---

Hay historia familiar de enfermedad mental o abuso de sustancia? En ese caso, por favor explique.

---

---

---

Ha usted alguna vez sido traumatizado físicamente, emocionalmente, o sexualmente? Hubieron alguna vez asuntos de violencia domestica en la casa donde vivió durante su niñez o donde vive ahora? En ese caso, por favor provea cualquieras detalles que sean relevantes para que yo pueda entender su vida:

---

---

**Has alguna vez atentado suicidio o tenido planes de lastimarse? Cuando? Cual fue el plan?**

---

---

---

**Tiene pensamientos o sentimientos actualmente de lastimarse físicamente? En ese caso, por favor describa.**

---

---

---

**Tiene pensamientos o sentimientos actualmente de querer lastimar a otra persona físicamente? En ese caso, por favor describa.**

---

---

---

**Ha sido actualmente o alguna vez diagnosticado con un trastorno alimentario? En ese caso, por favor describa.**

---

---

---

**Han cambiado sus hábitos de comer y/o dormir en los 3 meses pasados? Por favor describa.**

---

---

---

**Por favor indique trauma(s) significante(s) de su vida y el año en que ocurrió:**

---

---

---

**Indique alguna influencia positiva y significativa de su vida:**

---

---

---

**Por favor describa como usted funciona corrientemente en su trabajo/estudio/profesión. Trabajas o estudias? Donde?**

---

---

---

**Por favor describa como usted funciona en situaciones sociales. Tiene amigos? Sale para entretenerse? Socializa?**

---

---

---

**Como se motiva a usted mismo?**

---

---

---

**Que quisiera cambiar en su vida? Cómo quisiera que su vida fuera diferente? Cuando empezaron los problemas?**

---

---

---

**Cuáles son sus pasatiempos e intereses?**

---

---

---

**Cuáles son sus mayores preocupaciones de sobre usted mismo? Cuáles son sus objetivos para el tratamiento?**

---

---

---

Que cosas usted espera de mi con respecto a nuestro trabajo juntos?

---

---

---

## Su Familia: Ahora

Si usted está en pareja, por cuanto tiempo: \_\_\_\_\_ Si casado, desde cuándo: \_\_\_\_\_

- Si separado, divorciado o su pareja ha fallecido, por favor explique las circunstancias. Si tiene hijos, por favor explique su turno de custodia y & visitación (si alguno) y el estatus de comunicación entre usted y su ex esposo/a.
- Por favor dé una breve historia de cuando usted y su pareja o esposo/a se conocieron, y cualquier información significativa de sus años juntos (cuales crisis o desafíos o alegrías ustedes han experimentado juntos).

---

---

---

---

Hijos:

Nombre	Biológico? Si/No (Explique)	Edad Actual	Hombre/ Mujer?	Vive con Ud.? Si/No	Condición de Salud	Fecha de Nacimiento.	Año de Escuela?
--------	--------------------------------	-------------	-------------------	------------------------	-----------------------	-------------------------	--------------------

---

---

---

---

Por favor use el espacio abajo para proveer información relevante sobre sus hijos, su matrimonio, y/o su familia:

---

---

---

Quien vive en su casa?

---

---

---

## Su Familia de Origen

Nombre de madre, apodo, país de origen e Historia Educativa:

---

---

Información sobre la salud en general de su madre, hubieron problemas físicos, emocionales, o de aprendizaje?

---

---

Afiliación Religiosa/Spiritual de Madre (si algún):

---

Experiencia de trabajo de Madre (si alguna, fuera de casa):

---

Nombre de Padre, apodo, país de origen e Historia Educativa:

---

---

Información sobre la salud en general de su padre, hubieron problemas físicos, emocionales, o de aprendizaje?

Afiliación Religiosa/Spiritual de Padre (si algún):

---

Experiencia de trabajo de Padre (si alguna, fuera de casa):

---

Hermanos/Hermanas:

Nombre	Biológico? Si/No (Explique)	Casado/En pareja? Si/No	Edad Actual	Hombre/Mujer	Condición de Salud

Por favor indique cualquier otra persona que haya vivido con usted o que fuera un guardián memorable para usted cuando estaba creciendo:

Nombre	Edad Actual	Relación con Ud.	Salud/Problemas

Si Ud. es adoptado, por favor provea información relevante sobre la historia de sus padres biológicos:

---



---



---

## Lista de Síntomas & Características

Por favor marque en el cuadrado al lado de la palabra o frase que siente que es aplicable a usted:

<input type="checkbox"/>	Desesperanza	<input type="checkbox"/>	Problemas en el trabajo	<input type="checkbox"/>	Incapacitado
<input type="checkbox"/>	Deprimido	<input type="checkbox"/>	Problemas en la escuela	<input type="checkbox"/>	Dolores de cuerpo
<input type="checkbox"/>	Triste	<input type="checkbox"/>	Problemas Sociales	<input type="checkbox"/>	Poca motivación
<input type="checkbox"/>	Hiperactivo/Agitado	<input type="checkbox"/>	Problemas Matrimoniales	<input type="checkbox"/>	Poca energía
<input type="checkbox"/>	Maniático	<input type="checkbox"/>	Problemas de pareja	<input type="checkbox"/>	No poder mantener trabajo
<input type="checkbox"/>	Ansioso	<input type="checkbox"/>	Problemas Legales	<input type="checkbox"/>	No tomar vacaciones
<input type="checkbox"/>	Poca Concentración	<input type="checkbox"/>	Problemas Sexuales	<input type="checkbox"/>	No poder tomar decisiones
<input type="checkbox"/>	Problemas de memoria	<input type="checkbox"/>	Desmayos	<input type="checkbox"/>	Problemas financieras
<input type="checkbox"/>	Impulsivo	<input type="checkbox"/>	Llantos	<input type="checkbox"/>	Compasivo
<input type="checkbox"/>	Conducta Irresponsable	<input type="checkbox"/>	Solitario	<input type="checkbox"/>	Apasionado
<input type="checkbox"/>	Agresivo	<input type="checkbox"/>	Miedo	<input type="checkbox"/>	Feliz
<input type="checkbox"/>	Pensamientos Inquietantes	<input type="checkbox"/>	Pesadillas	<input type="checkbox"/>	Tímido
<input type="checkbox"/>	Problemas con actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>	Pensamientos de lastimarse	<input type="checkbox"/>	Ingenuo
<input type="checkbox"/>	Problemas para dormir	<input type="checkbox"/>	Pensamientos de lastimar otros	<input type="checkbox"/>	Poco atractivo
<input type="checkbox"/>	Problemas para comer	<input type="checkbox"/>	Inquieto	<input type="checkbox"/>	Sentir que usted vale la pena
<input type="checkbox"/>	Comer de jarana	<input type="checkbox"/>	Sentimientos vacíos	<input type="checkbox"/>	Amigable
<input type="checkbox"/>	Vomitando	<input type="checkbox"/>	Fatiga	<input type="checkbox"/>	Adorable
<input type="checkbox"/>	Falta de apetito	<input type="checkbox"/>	Tenso/ Nervioso	<input type="checkbox"/>	Inteligente
<input type="checkbox"/>	Problemas Medicas	<input type="checkbox"/>	Controlador	<input type="checkbox"/>	Considerado
<input type="checkbox"/>	Uso de alcohol regularmente	<input type="checkbox"/>	Celos	<input type="checkbox"/>	Atractivo
<input type="checkbox"/>	Uso de droga	<input type="checkbox"/>	Incomprendido	<input type="checkbox"/>	Diplomático
<input type="checkbox"/>	Adicto	<input type="checkbox"/>	Aburrido	<input type="checkbox"/>	Frio (personalidad)
<input type="checkbox"/>	Personalidad Adictiva	<input type="checkbox"/>	Arrepentido de acciones del pasado	<input type="checkbox"/>	Enojado

