

Heloisa H. Portela, Ph.D.

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 respeto 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 Niños

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Ocupación: _____ Empleador/Escuela: _____

Nº de teléfono/casa: _____ Tel/trabajo: _____

Tel/celular: _____

Persona responsable por el pago: _____ Nº de teléfono: _____

Información Médica:

Pediatra: _____ Nº de teléfono: _____

Otro Médico(s): _____ Nº de teléfono: _____

Problemas Médicos de algún tipo: _____

Medicaciones actuales: _____

Previas Consultas de Salud Mental, Evaluaciones, o Tratamiento: _____

Referido:

Quien le refirió a este consultorio: _____ Nº de teléfono: _____

Si por la Internet, cual website utilizaste? _____

Alguna otra razón por consultar con este especialista específicamente? _____

Historia Clínica Médica/Mental

Que lo/la trae a buscar apoyo psicológico para su niño/a?

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 han ayudado? De qué manera?

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

Alguna vez ha su hijo/a requerido hospitalización o ha sido tratado por una enfermedad seria? Por favor explique:

Nombre y nombre de consultorio del pediatra de su hijo/a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de Telefono: _____

Cuando fue el último examen físico completo de su

hijo/a? _____

Tiene su hijo/a algún problema médico, actualmente? _____

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

Describe historia de su niño/a con alcohol/drogas (actual y previa).

Alguna vez ha su hijo/hija 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 su hijo/hija alguna vez sido traumatizado físicamente, emocionalmente, o sexualmente? Hubieron alguna vez asuntos de violencia domestica en la casa donde su hijo/hija 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:

Ha su hijo/hija alguna vez atentado suicidio o tenido planes de lastimarse? Cuando? Cual fue el plan?

Tiene su hijo/hija pensamientos o sentimientos actualmente de lastimarse físicamente? En ese caso, por favor describa.

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

Ha su hijo/hija sido actualmente o alguna otra vez diagnosticado con un trastorno alimentario? En ese caso, por favor describa.

Han cambiado los hábitos de comer y/o dormir de su hijo/hija en los 3 meses pasados? Por favor describa.

Por favor indique trauma(s) importante(s) en la vida de su hijo/hija y el año en que ocurrió:

Indique alguna influencia positiva y importante en la vida de hijo/hija:

Por favor describa como hijo/hija funciona corrientemente en su estudio/ trabajo/profesión. Trabaja ell/ella o estudias? Donde?

Nombre de la escuela de su hijo/hija: _____ Grado: _____

Por favor describa como su hijo/hija funciona en situaciones sociales. Tiene el/ella amigos? Sale para entretenerse? Socializa?

Como su hijo/hija se motiva a si mismo?

Que quisiera cambiar en la vida de su hijo/hija? Cómo quisiera que la vida de el/ella fuera diferente? Cuando empezaron los problemas?

Cuáles son los pasatiempos e intereses de su hijo/hija?

Cuáles son sus mayores preocupaciones de sobre su hijo/hija? Cuáles son sus objetivos para el tratamiento?

Que cosas usted espera de mi con respecto a mi trabajo junto con su familia?

Familia de Origen

Nombre de madre, apodo, país de origen e historia educacional:

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

Afiliación religiosa/spiritual de la madre (si algún):

Experiencia de trabajo de la madre (si alguna, fuera de casa):

Nombre de padre, apodo, país de origen e historia educacional:

Información sobre la salud en general de 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 su hijo/hija o que fuera un guardián memorable para el/ella:

Nombre	Edad Actual	Relación con Hijo/Hija	Salud/Problemas
--------	-------------	------------------------	-----------------

Si su hijo/hija 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 su hijo/hija:

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

S.N.A.P.

SNAP da una muestra de donde su hijo/hija se encuentra. Ayuda a dirigir la terapia, a asegurarse que sus necesidades están atendidas, y le ayuda asegurarse que estas sacando la mayor ventaja de su tiempo conmigo.

Punto Fuerte: Algo de nacimiento, algo que su hijo/hija hace bien.

Necesidad: Algo que el/ella necesite.

Habilidad: Algo que ha aprendido o está aprendiendo a hacer, algo que pueda hacer.

Preferencia: Algo que prefiera, que le guste.

Ejemplo:

Punto Fuerte: "Juan es cómico."

Necesidad: "Maria necesita ser querido."

Habilidad: "Sara puede usar sus palabras para pedir lo que necesita."

Preferencia: "Emanuel prefiere ser honesto con su familia."

Su turno!!

Punto Fuerte: _____

Necesidad: _____

Habilidad: _____

Preferencia: _____

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de un amigo local o pariente (que no resida en la misma dirección): _____

Relación al cliente: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono de Casa: _____

Teléfono de Trabajo: _____

Basado en mis conocimientos, la información provista es correcta. Autorizo que mis beneficios de seguro sean abonados directamente al terapeuta (cuando corresponde). Entiendo que soy financieramente responsable del balance. También autorizo a la Dra. Heloisa Portela o a mi compañía de seguro a proporcionar información requerida para procesar mis reclamos.

X _____
FIRMA DE CLIENTE FECHA