



Información del cliente

Fecha de hoy: _____ Terapeuta: _____

Nombre: _____ Medio: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono de casa: _____ ¿Podemos dejar mensajes? Sí No

Teléfono celular: _____ ¿Podemos dejar mensajes? Sí No

Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Podemos dejar información confidencial en su correo electrónico? Sí No

Seleccione uno: Casado(a) Divorciado(a) Solo Viudo(a) Separado(a)

Información del seguro primario

Compañía de seguros: _____

Numero de identificación: _____ # de Grupo: _____

Teléfono: _____ ¿Donde trabaja?: _____

Nombre del asegurado: _____

Número de Seguro Social del asegurado(a): _____

Fecha de nacimiento del asegurado(a): _____

Dirección del asegurado(a): _____

Ciudad, Estado, código postal: _____

Relación del paciente con el asegurado: El mismo(a) Esposo(a) Hijo(a) Otro: _____



Autorización/Asignación de beneficios y divulgación de información

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otra forma necesaria para procesar esta reclamación. También solicito el pago de beneficios del gobierno/seguro para mí mismo o para Marcia S. Gibson PsyD & Associates, P. C.

Firmado: _____ Fecha: _____

Autorizo el pago de beneficios médicos a Marcia S. Gibson PsyD & Associates, P. C. por los servicios prestados.

Firmado: _____ Fecha: _____

Doy permiso para Marcia S. Gibson PsyD & Associates, P. C. para enviar la información requerida a mi compañía de seguros o a mi programa de asistencia al empleado (EAP). Soy consciente de que por medio de mi firma en este documento estoy autorizando y que esta autorización permanecerá válida hasta que avise por escrito dando mí revocando de dicha autorización. También entiendo que seré responsable de los saldos no pagados incluyendo copagos, deducibles y servicios no cubiertos. Entiendo que las citas perdidas o canceladas menos de 24 horas antes de la cita me será facturada al 100%. Entiendo que mi seguro o EAP no cubre el costo de las sesiones perdidas.

Firmado: _____ Fecha: _____

Información de la persona responsable de pagos

Si la persona responsable de hacer pagos es diferente al paciente, por favor complete y firme:

Nombre de la persona responsable: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Número de seguro social: _____ Relación con el paciente: _____

Correo electrónico: _____

Como parte responsable, entiendo que soy responsable del pago de cualquier cargo pendiente en esta cuenta.

Firmado: _____ Fecha: _____



Autorización

Permiso para recibir recordatorio de citas pregrabadas llamadas telefónicas, textos o correos electrónicos

Como servicio a nuestros clientes, ahora ofrecemos llamadas de recordatorio de citas, textos y/o mensajes de correo electrónico como recordatorio. Para autorizar dichos recordatorios para sus citas mediante llamadas, textos o mensajes de correo electrónico, por favor llene la siguiente información y proporcione el número de teléfono y/o el correo electrónico donde desea recibir estos mensajes.

Al proporcionar su número de teléfono y/o correo electrónico a continuación, usted da su consentimiento para recibir llamadas de recordatorio de citas, textos o correos electrónicos. No es necesario que firme esta autorización; sin embargo, si no firma esta autorización, no podremos proporcionarle las llamadas de recordatorio de cortesía y/o los correos electrónicos.

Nombre del cliente: _____

Firma del cliente

Fecha

Firma del padre o guardián (si el cliente es menor de edad)

Fecha

Número de teléfono autorizado por el cliente para recibir llamadas de recordatorio: _____

Número de teléfono autorizado por el cliente para recibir los textos recordatorios: _____

Correo electrónico autorizado por el cliente para recibir recordatorios de cita: _____

Por favor indique su preferencia:

Recordatorio de llamada telefónica

Recordatorio de texto

Recordatorio de correo electrónico



Formulario de admisión para adultos

Nombre: _____

Fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento: _____

POLITICAS DE OFICINA

Confidencialidad:

- La información en mis sesiones es confidencial EXCEPTO si amenazo con hacerme daño a mí mismo o a alguien más, o si tengo conocimiento de que un niño o una persona mayor está siendo abusado(a). En cualquiera de estos casos, el terapeuta tendrá que actuar sobre esta información para protegerme a mí o a otra persona.

Citas:

- Las sesiones de psicoterapia duran alrededor de **50-55 minutos**.
- Hay una tarifa de cancelación de 24 horas. Cuando programo una cita, el terapeuta reserva ese tiempo para mí y **Si no puedo asistir a una sesión debo dar 24 horas de cancelación o se me cobrará el cargo por servicio de honorarios por la sesión.** _____ iniciales
- La visita inicial se considera solamente como una evaluación y no es una garantía de que el tratamiento empiece en dicha visita.

Pagos y Facturación:

- El pago por servicios debe hacerse en el momento de la cita, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Si tengo un seguro de gastos médico que cubre mis sesiones, Marcia S. Gibson PsyD & Associates P. C. me ayudará a pedir el reembolso de la compañía de seguros. **Cualquier saldo que no sea cubierto por mi compañía de seguros, es mi responsabilidad de pagar.**
- Estoy de acuerdo en que Marcia S. Gibson PsyD & Associates P. C. puede divulgar cualquier información necesaria con mi compañía de seguros para cubrir el pago por el servicio.
- Si no pago mi cuenta, entonces puede ser entregado a colecciones.
- En el caso de que algún cheque sea devuelto con FI (fondos insuficientes) estoy de acuerdo en pagar **un honorario del servicio para cubrir estos gastos de \$25.00.**
- Balances de \$200.00 or más, deberán ser pagados antes de confirmar su próxima cita.

El padre que acompaña al niño(a) a la sesión es responsable de cualquier pago a menos que se hayan hecho otros arreglos con la Gerente de la oficina a cargo de la facturación.

Firma: _____ fecha: _____



404 W. Boughton Road, Suite A
Bolingbrook, IL 60440

Autorización de tarjeta de crédito

Sólo para uso interno.

Yo, _____, autorizo a Marcia S. Gibson PsyD & Associates, P. C. para mantener mi firma en archivo y para hacer cobros a mi tarjeta de crédito mencionada abajo para:

Todos los copagos y coaseguros que se incurran en cada sesión, si hay alguno.

Todos los saldos de los pacientes (menos de \$250) por los servicios prestados una vez que la reclamación de mi compañía de seguros ha sido procesada.

Yo entiendo que Marcia S. Gibson PsyD & Associates, P. C. me llamara por por teléfono para cualquier saldo que exceda \$250 antes de cobrar a mi tarjeta.

Autorizo cobros recurrentes por servicios prestados para los siguientes miembros de la familia:

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Marque uno: Visa _____ Master Card _____ Discover _____

Dirección de facturación: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Número de tarjeta de crédito: _____ Fecha de vencimiento: _____

CVV: _____ (3 números en la parte posterior de la tarjeta)

Firma del titular de la tarjeta: _____ Fecha: _____

Número de contacto preferido por el titular: _____

Tengo el derecho de rescindir de esta autorización en cualquier momento poniéndome en contacto con Marcia S. Gibson PsyD & Associates P. C. al (630) 759-4000.



Formulario de admisión para adultos

Nombre: _____

Fecha: _____

Autorización para discutir mi información médica y mi cuenta:

Usted puede hablar de mi información **médica** con:

Nombre: _____

Relación: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Usted puede hablar de información acerca de mi **cita** con:

Nombre: _____

Relación: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Usted puede hablar de mi información de **cuenta** con:

Nombre: _____

Relación: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Firmado: _____

Fecha: _____

Consentimiento para el tratamiento: por la presente autorizo y consiento voluntariamente a todo cuidado, tratamiento y otros servicios relacionados que pueden ser ordenados, solicitados, dirigidos o proporcionados por Marcia S. Gibson PsyD & Associates, P. C. **Entiendo y acepto las políticas anteriores y autorizo que mi información clínica y de la cuenta sea discutida como se indicó anteriormente.**

Firma del paciente/cliente

Fecha

* Firma de los padres, Guardián, o Responsable

Relación/autoridad

Fecha



Problemas por los cuales has venido a vernos: _____

Síntomas actuales:

- Depresión Cambios de humor Enojo, irritabilidad, mal temperamento Pensamientos de muerte/morir
- Pensamientos suicidas Llanto Pérdida de placer/interés Pérdida de motivación Desesperanza/insignificancia
- Evitación Fatiga, sin energía Aumento de energía Problemas de sueño Lesiones hacia uno mismo(a)
- Pensamientos agitados Preocupaciones Ansiedad o ataques de pánico Agitación Impulsividad
- Aumento de comportamiento arriesgado Desconfianza/Sospechoso(a) Escuchar voces Ver cosas Cambio de libido
- Cambio de apetito Pensamientos homicidas Problemas con la atención/concentración/enfoque
- Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad(TDAH) Problemas con la memoria
- Otros – por favor describir: _____

Evaluación del riesgo de suicidio:

- ¿Has tenido pensamientos que no quieres vivir? No Sí ¿tienes esos pensamientos ahora? No Sí
- ¿alguna vez has intentado suicidarte? No Sí Número de veces _____ ¿Cuándo fue el intento más reciente? _____
- ¿ha muerto alguien en su familia por suicidio? No Sí ¿Quién? _____

Historial de tratamientos anteriores:

- ¿ha recibido tratamiento en el pasado para problemas de salud mental?? No Sí
- Tipo de tratamiento: Terapia de conversación Medicamentos Hospitalizado: # de veces? _____
- Cuando fue la más reciente _____ Diagnóstico anterior, si se conoce: _____

Antecedentes familiares de psiquiatría:

Por favor, compruebe si los miembros de la familia tienen (o podrían tener) cualquiera de los siguientes problemas:

- Depresión: _____ Esquizofrenia: _____
- Bipolar: _____ Adicciones: _____
- Ansiedad: _____ TEPT: _____
- TDAH/ADD: _____ Otros: _____

Historia del uso de sustancias/adicción:

- ¿utiliza productos de tabaco? No Sí ¿Que utiliza, y cuánto? _____
- ¿tiene problemas con el alcohol, drogas, o medicamentos? No Sí – describir _____



Formulario de admisión para adultos

Nombre: _____

Fecha: _____

¿ha sido tratado por problemas con alcohol o drogas? No Sí- Describa: _____

Historia social:

¿Dónde creciste? _____ Calidad de la niñez Feliz Adecuada Difícil

Criado por _____ # Hermanos _____ # Hermanas _____

¿Abuso en el hogar? No Sí - Marque todos los que apliquen: Físico Emocional Sexual Negligencia

Estado civil: Soltero, nunca casado Casado/pareja _____ años Divorciado Viuda

pasado matrimonios? _____ Relación con el cónyuge/pareja: Feliz Adecuada Difícil

¿Tienes hijos? No Sí- ¿Cuáles son sus edades: _____

¿Nivel más alto de educación? _____ Cómo te fue en la escuela: _____

Ocupación: Empleado _____ Sin trabajo Desempleado Retirado Discapacitado

Historia militar: No Sí: Rama _____ Cuando _____ Tipo de descarga _____

Historia legal: ¿alguna vez ha sido arrestado No Sí: describir _____

¿problemas legales actuales? No Sí describir: _____

Historia clínica:

Médico de cabecera: _____ Fecha aproximada del último examen: _____

¿Cómo describiría su salud física? _____

Por favor revise cualquiera de las siguientes condiciones de salud para las cuales usted está siendo tratado o(a):

- Presión arterial alta Diabetes Enfermedad hepática Enfermedades cardíacas
- Problema de la tiroides Estómago, intestinal Colesterol alto Convulsiones Apnea del sueño
- Derrame cerebral Dolor de cabeza/migrañas convulsiones dolor donde: _____
- asma EPOC, bronquitis cáncer de tipo: _____

Problemas médicos no incluidos arriba: _____

Cirugías pasadas: _____

Alergias (medicamentos u otros): _____

Medicamentos actuales: _____



Formulario de admisión para adultos

Nombre: _____

Fecha: _____

Consentimiento para divulgar información al médico de cabecera

Comunicación entre Marcia S. Gibson PsyD & Associates P. C., el terapeuta y su médico de cabecera pueden ser importantes para asegurarnos de que usted reciba atención médica integral y de calidad. Esta información puede incluir diagnósticos, planes de tratamiento, progreso y medicación. Usted puede revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado decisiones basadas en dichos diagnósticos, planes de tratamiento, progreso y medicación. En cualquier caso, este consentimiento expirará un (1) año a partir de la fecha que sea firmado, a menos que se especifique otra fecha.

Yo, _____
Paciente/cliente (escribir) _____ Fecha de nacimiento _____

Por favor marque uno:

- Estoy de acuerdo en divulgar información de salud mental/abuso de sustancias a mi médico de cabecera.
- No doy mi consentimiento para divulgar cualquier información a mi médico de cabecera.

Nombre del médico: _____

Dirección del médico: _____

Teléfono del médico: _____ Fax: _____

Firma del paciente/cliente

Fecha

* Firma del padre, guardián o representante personal

Relación/autoridad

Fecha

Información para el médico de cabecera:

La firma del individuo(a) que aparece anteriormente, fue visto el _____ por _____
Fecha Diagnóstico

Bajo el cuidado de _____
Terapeuta