

**WELCOME TO OUR OFFICE**

**A NEW PATH IN CHRISTIAN COUNSELING INC.**

**Fecha** \_\_\_\_\_

**1140 S. Semoran Blvd. Suite C. Orlando, FL 32807-1459. Tel: 407-271-8990 Fax: 407-271-8991**

**PATIENT INFORMATION**

Nombre:		Número de Seguro Social:	Fecha Nacimiento:	Estado Civil : Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>	
Dirección:		Número de Apto:	Ciudad:	Estado:	Zip Code:
Teléfono de casa:	Tel de Trabajo:		Raza:	Lugar de origen:	
	Celular:				
Ocupación:	¿Es mayor de 18 años? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si usted no es mayor de 18 años, el Padre o Guardian deberá firmar estos documentos para consentir el tratamiento y responsabilidad financiera.			

**INFORMACION DEL PADRE O GUARDIAN** *(Requerido si el paciente es menor de edad)*

Nombre:	Número de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Teléfono:	
Dirección: (Si es diferente a la del paciente)	Número de Apartamento:	Ciudad:	Estado:	Zip Code:

**INFORMACION DE SEGURO MEDICO**

Tiene seguro médico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tipo de Seguro: HMO <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> Worker's Comp. <input type="checkbox"/> Other _____			
Seguro Médico Primario:	Número de Póliza:	Número de Grupo:	Número de Autorización:	
Dirección de la Compañía de Seguro Médico:	Teléfono:	Relación con el Asegurado: Usted Mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro _____		
Nombre del Asegurado:	Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social	Dirección (si es distinta a la del paciente)	
¿Es la póliza por medio de su empleador? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de su Empleador:	Dirección de su Compañía de Trabajo:		
¿Seguro Médico Secundario? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de Seguro Médico Secundario:	Número de Póliza:	Número de Grupo:	
Dirección:	Teléfono:	Relación con el Asegurado: Usted Mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro _____		

**INFORMACION CLINICA**

Alergias Conocidas:	Médico Primario:	Teléfono Médico Primario
Contacto en Caso de Emergencia	Relación con el Paciente:	Teléfono:
¿Cuál es su síntoma principal?		

Yo declare que toda la información anterior es cierta y autorizo a esta oficina a dar la información necesaria a mi compañía de seguro. Yo comprendo y acepto la responsabilidad de los cargos necesarios independientemente de la cobertura del seguro.

Firma del Paciente o Guardián \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

# CUESTIONARIO DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Ocupacion: \_\_\_\_\_ Lugar de Empleo \_\_\_\_\_  
Si es estudiante, Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
Vive con?: \_\_\_\_\_  
Quien lo refirio a nosotros? \_\_\_\_\_

Por favor haga una marca a los sintomas que aplican:

- |   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> deprimido            | <input type="checkbox"/> pensamientos suicidas  | <input type="checkbox"/> obsesiones         | <input type="checkbox"/> abuso de alcohol   | <input type="checkbox"/> orinar en la cama     |
| <input type="checkbox"/> ansioso              | <input type="checkbox"/> pensamientos homicidas | <input type="checkbox"/> rituales           | <input type="checkbox"/> abuso de drogas    | <input type="checkbox"/> defecar en la cama    |
| <input type="checkbox"/> falta de interes     | <input type="checkbox"/> actos autodestructivos | <input type="checkbox"/> alucinaciones      | <input type="checkbox"/> convulsiones       | <input type="checkbox"/> problemas aprediendo  |
| <input type="checkbox"/> duerme poco          | <input type="checkbox"/> falta de concentracion | <input type="checkbox"/> creencias extrañas | <input type="checkbox"/> perdida de memoria | <input type="checkbox"/> retardo en desarrollo |
| <input type="checkbox"/> duerme mucho         | <input type="checkbox"/> fluctuaciones de animo | <input type="checkbox"/> trauma             | <input type="checkbox"/> delirios           | <input type="checkbox"/> retardacion mental    |
| <input type="checkbox"/> apetito disminuido   | <input type="checkbox"/> tension muscular       | <input type="checkbox"/> recuerdos negativo | <input type="checkbox"/> hiperactividad     | <input type="checkbox"/> otros: _____          |
| <input type="checkbox"/> aumento de apetito   | <input type="checkbox"/> ataques de panico      | <input type="checkbox"/> pesadillas         | <input type="checkbox"/> impulsividad       | <input type="checkbox"/> otros: _____          |
| <input type="checkbox"/> sentimiento de culpa | <input type="checkbox"/> dolores de cabeza      | <input type="checkbox"/> disasociacion      | <input type="checkbox"/> inatencion         | <input type="checkbox"/> otros: _____          |
| <input type="checkbox"/> me aislo             | <input type="checkbox"/> dolores de estomago    | <input type="checkbox"/> apostar            | <input type="checkbox"/> distraido          | <input type="checkbox"/> otros: _____          |
| <input type="checkbox"/> desesperanzado       | <input type="checkbox"/> dolor de musculos      | <input type="checkbox"/> mentir             | <input type="checkbox"/> caracter explosivo | <input type="checkbox"/> otros: _____          |
| <input type="checkbox"/> sin ayuda            | <input type="checkbox"/> dolor de espalda       | <input type="checkbox"/> miedos             | <input type="checkbox"/> frustracion        | <input type="checkbox"/> otros: _____          |

Duracion de la condicion: \_\_\_\_\_  
Factores Precipitantes: \_\_\_\_\_

Escriba los nombres de medicamentos que usa actualmente las dosis y el nombre del medico que lo ordeno. \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_  
Enfermedade medicas \_\_\_\_\_

Esta usted en ausencia medica del trabajo? No/Si de quien/cuando? \_\_\_\_\_

Esta tomando consejeria? No/Si Nombre del consejero: \_\_\_\_\_

Liste todas sus hospitalizaciones y las fechas: \_\_\_\_\_

Historia de violencia fisica No/Si (por quien?/ Cuando?) \_\_\_\_\_

Historia de violencia domestica No/Si (por quien?/ Cuando?) \_\_\_\_\_

Historia de abuso de drogas/alcohol o cigarrillos? No/Si describa: \_\_\_\_\_

Actualment, usa alcohol, drogas, o cigarrillos? No/Si describa: \_\_\_\_\_

Ha sido arrestado ? No/Si (detalles, Cuando?) \_\_\_\_\_

Esta en probatoria No/Si Nombre de su Oficial de probatoria: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento? \_\_\_\_\_ Criado en ? \_\_\_\_\_

Cuantos hermanos tiene? \_\_\_\_\_ Hermanas? \_\_\_\_\_ Orden de nacimiento? \_\_\_\_\_

Padres divorciados? \_\_\_\_\_ Cuantos años tenia al momento del divorcio? \_\_\_\_\_

Firma (Paciente/Padres/Guardian) \_\_\_\_\_

Imprima el Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



# A NEW PATH IN CHRISTIAN COUNSELING, INC.

## Formulario de Consentimiento de Medicamentos

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

He sido educado por mi suplidor de cuidado de salud en A New Path in Christian Counseling Inc. En relación a los medicamentos que han sido prescritos a  mi hijo,  mi hijo, o  una persona la cual soy el custodio legal, y consiento la administración de estos medicamentos. He sido educado en relación a los posibles efectos secundarios de estos medicamentos, posibles drogas y/o alimentos de acción recíproca que puedan ocurrir mientras tome estos medicamentos y los posibles efectos de estos medicamentos si la persona tomando estos medicamentos queda embarazada. También he sido informado de las razones o propósitos por la cual este medicamento fue prescrito.

Firma de Paciente y/o Custodio Legal:

\_\_\_\_\_

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

- Se recomienda que aquellas mujeres que puedan quedar embarazadas, o estén lactando, discuta esto con su doctor antes de tomar cualquier medicamento.
- Se recomienda que los pacientes deberán ser educados en reportar cualquier efecto secundario que puedan experimentar,- incluyendo pero no limitado – sea reportado inmediatamente al suplidor del cuidado de su salud.
- Se recomienda que cualquier proveedor prescribiendo medicamentos obtenga un historial profundo del paciente que deberá incluir:
  - o Medicamentos, incluyendo los prescritos y medicamentos comprados sin receta, que el paciente esté o haya tomado.
  - o Alergias conocidas por el paciente (medicamentos y/o comidas)
  - o Condiciones médicas del paciente.

Las prescripciones que se le entregarán hoy son por un propósito específico. Como su médico y proveedor de cuidado de salud, es de nuestro interés que todos los medicamentos sean utilizados apropiadamente y según indicado. Los “refills” de los medicamentos deberán ser efectuados entre las horas de 8:00 am y 5:00 pm de lunes a viernes. Se le avisa que deberá llamar con dos o tres días de anticipación.

\_\_\_\_\_

Firma del Proveedor



# CONOCIMIENTO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

## Como utilizamos y revelamos su información médica

Cuando examinamos, diagnosticamos, administramos tratamiento y/o referimos a un paciente, manejamos la información cual la ley lo ha designado como salud protegida del paciente. Nosotros usamos esta información para decidir y proveer cual es el mejor tratamiento para usted. Hay circunstancias en las que dicha información deberá ser provista por otros profesionales de la salud, seguros médicos y/o funcionarios gubernamentales.

El Aviso de Privacidad de la Práctica explica en detalle sus derechos como paciente y de cómo nosotros podemos utilizar y compartir dicha información. Una copia del Aviso de Privacidad le será provista cuando usted la requiera. Al firmar este documento usted da conocimiento de que ha sido informado y que entiende la información arriba ya mencionada, y que está de acuerdo con las condiciones que éstas conllevan.

Si usted no firma este documento acordando los términos de Privacidad de la Práctica, no podemos proveerle tratamiento. Si usted tiene alguna duda o pregunta en cuanto a su información, usted tiene el derecho a informarnos de que o quiere que su tratamiento se comparta con seguros de salud, agencias de pago o para propósitos administrativos. Usted deberá informarnos por escrito la información que usted desea que sea compartida. Estamos dispuestos a respetar sus deseos, más no necesariamente tenemos que estar de acuerdo con dichas limitaciones. No obstante, si decidiéramos estar de acuerdo con sus deseos, prometemos respetarlos hasta donde la ley lo permita.

### CONOCIMIENTO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Otro nombre (si aplica): \_\_\_\_\_

Yo reconozco que A New Path in Christian Counseling Inc., me ha facilitado sus Normas de Privacidad con efectividad desde el 8 de noviembre de 2008.

Si el paciente es menor de edad o incapacitado para consentir tratamiento, Yo confirmo que tengo la custodia legal de este individuo y estoy autorizado a iniciar y consentir este individuo.

Firma del representante legal o autorizado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre (letra molde): \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO MEDICO

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Yo, el paciente estoy de acuerdo y consiento a participar en los servicios que ofrece *A New Path in Christian Counseling, Inc.* Yo comprendo que estoy de acuerdo y consiento sólo los servicios que los proveedores de *ANPCC, Inc.* Están calificados a proveer entre: (1) lo permitido en la licencia del proveedor, certificación y entrenamiento; (2) lo permitido en la licencia del proveedor, certificación y el paciente es menor de 18 años de edad o incapaz de consentir el tratamiento. Yo manifiesto que tengo custodia legal del individuo y estoy autorizado a iniciar y continuar el tratamiento y/o legalmente en nombre de este individuo.

**PROVEER SU INFORMACION:** Autorizo a cualquiera de los Doctores y/o Consejeros que han atendido al paciente a proveer a cualquier compañía de seguro o sus representantes con cualquier información relacionada a hospitalizaciones, tratamientos, interpretación y/o exámenes.

**ASIGNACION DE LOS BENEFICIOS DE SEGURO:** Yo autorizo pago directo a cualquier proveedor de los beneficios que no son colectados por el paciente. Yo también asignó cualquier y todos los derechos de cobertura del seguro médico relacionados con este tratamiento, pero que no exceda los cargos regulares por la consulta, tratamiento, interpretación y/o exámenes.

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA:** Yo comprendo que soy responsable por cualquier servicio dado por un proveedor, sin importar si el servicio es cubierto por el seguro médico. Yo comprendo que el pago debe de ser al momento del servicio al menos se hayan hecho los arreglos necesarios antes de la visita. Los métodos de pago que se aceptan en *ANPCC, Inc.*, son efectivo, Visa, Master Card y Discover. Si mi compañía de Seguro requiere una autorización, yo entiendo que soy responsable por obtener la autorización inicial. Si el Seguro Médico no paga por lo servicios recibidos yo seré responsable por dichos cargos.

**Citas pérdidas o no canceladas con un mínimo de 24 horas de anticipación tendrán un cargo de \$25.00.**

**CONFIRMACION DE CITAS:** En ANPCC, Inc., una de las principales prioridades es mantener la confidencialidad de nuestros pacientes. Como nos comunicaremos con usted con el propósito de confirmar sus citas, por favor indique el número de teléfono que usted prefiere usar.

Teléfono para confirmar sus citas: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Guardián

\_\_\_\_\_  
Nombre de Guardián (si aplica)

\_\_\_\_\_  
Testigo - Fecha





AUTHORIZATION FOR RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION

I hereby authorize and request:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Address

\_\_\_\_\_  
City/State/Zip

\_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_ Fax

To release confidential professional information, including personal, psychological, psychiatric, substance abuse, AIDS-related information, medical records, and opinions resulting from my contact with them, to:

A NEW PATH IN CHRISTIAN CONSELING INC.  
 1140 S. Semoran Blvd. Suite C  
 Orlando, FL 32807-1459  
 P: (407) 271-8990 F: (407) 271-8991

The request specifically includes the following:

- Summary (Specify inclusions and exclusions) \_\_\_\_\_
- Psychiatric Evaluation
- Progress Notes \_\_\_\_\_
- Lab Reports
- Authorization for communication between A NEW PATH IN CHRISTIAN CONSELING INC. and \_\_\_\_\_ regarding all aspects of my treatment, diagnosis, and prognosis.

Other: \_\_\_\_\_

I understand that this consent is revocable upon written notice to the facility, except to the extent that action has already been taken by the facility pursuant to this authorization. This consent shall remain in force for twelve months.

\_\_\_\_\_  
Patient Name (Please Print)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Patient Date of Birth

\_\_\_\_\_  
Signature - Patient, Custodial Parent,  
Custodial Guardian, or Power of Attorney

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date Signed

\_\_\_\_\_  
Witness

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date Signed