



HISPANIC FAMILY COUNSELING, INC.

Orange/Seminole/Osceola/Brevard:
 Main Office: 6900 S. Orange Blossom Trail, Suite 402 • Orlando, FL. 32809
 Phone (407) 382-9079 • Fax (407) 964-1274
 referrals@hisfafam.com • www.hisfafam.com

RECORD #

INFORMACION DE ADMISION

Información Demográfica del Cliente:						
Nombre: _____ S.S : _____ - _____ - _____ DOB: _____ Edad: _____						
Padre/Tutor: _____ Relación: _____						
Dirección: _____ Ciudad: _____ Condado: _____						
Estado: _____ Cód. Postal: _____ Tel.: _____ Otro Tel.: _____						
Email: _____						
Bilingüe Requerido: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Idioma: _____ Religión: _____ Razón de Servicios: _____						
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Estado Legal: <input type="checkbox"/> Menor en custodia del padre/tutor <input type="checkbox"/> Menor en custodia del Estado <input type="checkbox"/> Adulto competente <input type="checkbox"/> Adulto Incompetente						
Estado Civil:		Discapacidad:		Raza:		Etnia:
<input type="checkbox"/> Nunca se ha casado		<input type="checkbox"/> Discapacidad en desarrollo		<input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Venezolano <input type="checkbox"/> Nicaragüense
<input type="checkbox"/> Casado		<input type="checkbox"/> Discapacidad Física		<input type="checkbox"/> Negro		<input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Colombiano <input type="checkbox"/> Peruano
<input type="checkbox"/> Viudo		<input type="checkbox"/> No-Ambulatorio		<input type="checkbox"/> Indio (Nat. Americano)		<input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Hondureño <input type="checkbox"/> Costarricense
<input type="checkbox"/> Divorciado		<input type="checkbox"/> Discapacidad Visual		<input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Panameño <input type="checkbox"/> Salvadoreño
<input type="checkbox"/> Separado		<input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva		<input type="checkbox"/> Islas Pacifico		<input type="checkbox"/> Haitiano <input type="checkbox"/> Dominicano <input type="checkbox"/> Argentino
<input type="checkbox"/> Desconocido		<input type="checkbox"/> Discapacidad Psiquiátrica		<input type="checkbox"/> Multi-racial		<input type="checkbox"/> Guatemalteco <input type="checkbox"/> Brasileño <input type="checkbox"/> Paraguayo
		<input type="checkbox"/> Ninguna				<input type="checkbox"/> Boliviano <input type="checkbox"/> Otro: _____
Otros Servicios Actuales						
<input type="checkbox"/> No servicios actuales						
<input type="checkbox"/> Medico Primario Nombre/Institución: _____ Tel.: _____ Diréc.: _____						
<input type="checkbox"/> Salud Mental/Comportamiento Nombre/Agencia: _____ Tel.: _____ Razón: _____						
<input type="checkbox"/> Psiquiátrica/Medicación Nombre/Agencia: _____ Tel.: _____ Medicación: _____						
<input type="checkbox"/> Libertad Condicional Nombre del Oficial: _____ Tel.: _____ Cargos: _____						
<input type="checkbox"/> Otro: _____ Nombre/Agencia: _____ Tel.: _____						
Información sobre el Financiamiento (Señalar uno) Aetna, AHCA, Amerigroup, Anthem, AvMed, Beacon, Care Plus, Cenpatico, Champus, Children's Medical Services, CHD, Cigna, Corvel, EAP, Deveraux, Florida Health Care, Florida True Health, Freedom, Healthese, Humana, LifeSynch, Magellan, Medicaid, Medicare, HMO, Med One, MHnet, Multiplan, Optium, Prestigie, Psychcare, Staywell, Sunshine, Tricare, United Behavioral Health, Value Options, Wellcare., United Health Care						
<input type="checkbox"/> Medicaid # _____ <input type="checkbox"/> Medicare # _____ Seguro/Poliza # _____						
<input type="checkbox"/> Seguro Privado: _____ Monto Copago: _____ ID# _____ Grupo# _____						
Telf. Aseguradora: _____ Dirección Aseg.: _____						
<input type="checkbox"/> Otro Seguro: _____ <input type="checkbox"/> Monto de Auto pago _____						
Información del lugar de Trabajo/Estudio						
<input type="checkbox"/> Regular Ed <input type="checkbox"/> EH <input type="checkbox"/> SED <input type="checkbox"/> SLD <input type="checkbox"/> EMH <input type="checkbox"/> TMH <input type="checkbox"/> PMH <input type="checkbox"/> VE <input type="checkbox"/> Autístico <input type="checkbox"/> ESOL <input type="checkbox"/> Otro: _____						
Escuela: _____ Persona de Contacto: _____ Tel.: _____						
Dirección: _____						
Problemas: <input type="checkbox"/> Suspendido/Expulsado <input type="checkbox"/> Atrasado <input type="checkbox"/> Absentismo <input type="checkbox"/> Autoridad <input type="checkbox"/> Comportamiento <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____						
Empleador: _____ Tiempo trabajando ahí: _____ Tel.: _____						
Dirección: _____						
Problemas en el sitio de trabajo: _____						
Referido por:						
Agencia que refiere: _____ Persona que refiere: _____ Tel.: _____						
Email: _____ Fax: _____ Razón de Referencia: _____ Servicios Solicitados: _____						
Fuente de referencia (señalar uno):						
<input type="checkbox"/> Auto referido		<input type="checkbox"/> Escuela		<input type="checkbox"/> Sitio de Adicciones (ARF)		<input type="checkbox"/> Aplicación de la Ley
<input type="checkbox"/> Proveedor de Abuso de sustancias		<input type="checkbox"/> Empleador (EAP)		<input type="checkbox"/> Supervisor del caso		<input type="checkbox"/> DCF-ADM
<input type="checkbox"/> Proveedor de Salud Mental		<input type="checkbox"/> Familia/Amigos/Iglesia/Welfare		<input type="checkbox"/> Hospital Comunitario		<input type="checkbox"/> DCF-Foster Care
<input type="checkbox"/> Justicia Juvenil		<input type="checkbox"/> Orden de la Corter		<input type="checkbox"/> DCF-Protección		<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Salud Mental del Condado		<input type="checkbox"/> Libertad Condicional		<input type="checkbox"/> Doctor		
Composición Familiar:						
√	Nombre	Relación	FDN	Sexo	Raza	Comentarios
Para uso de la Agencia solamente:						
Fecha de Admisión: _____ Diagnóstico: _____ Nombre del Terapeuta: _____						

Firma del Terapeuta

Credenciales

Fecha



CONSENTIMIENTO DE ADMISION

Nombre del Cliente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y LA UBICACION DEL TRATAMIENTO: Yo soy el tutor legal o el adulto competente y autorizo para que el cliente mencionado anteriormente participe en el tratamiento a través de Hispanic Family Counseling Inc. en las siguientes ubicaciones:

___ SI ___ NO Oficina de HFC: Altamonte, Brevard, Kissimmee, Orlando _____

___ SI ___ NO Domicilio del Cliente: _____

___ SI ___ NO Escuela del Cliente: _____

___ SI ___ NO Otro: _____

Doy permiso y consentimiento para identificar a individuos y organizaciones que sean parte del tratamiento del mencionado cliente. Reconozco y entiendo que las personas identificadas tendrán acceso a la información confidencial para el propósito de evaluación y el tratamiento.

Familia: _____ Esposo _____ Hermanos _____ Abuelos _____ Padres Adoptivos _____ Padrastros

Escuela: _____ Profesor _____ Director Personal _____ Consejero/Guía

Agencia que refiere: _____

Otros Proveedores: _____

Medico Primario _____ Teléfono _____

CONFIDENCIALIDAD: Cualquier información sobre usted es considerada como privada y no se compartirá con nadie sin su consentimiento. Hay algunas excepciones en las que estamos obligados a divulgar información acerca de usted.

- Nosotros estamos obligados a reportar la sospecha de abuso y negligencia infantil en el Estado de la Florida.
- Nosotros tenemos el deber de advertir a las potenciales víctimas si creemos que sus vidas están en peligro.
- Nosotros estamos obligados a liberar una copia de los registros y/o testimonios si es citado en los tribunales/corte.

AUTORIZACIÓN DE FINANCIAMIENTO: Yo autorizo _____ (organismo de financiación o de recursos) para pagar los servicios directamente a Hispanic Family Counseling Inc. Es mi obligación ser responsable de los gastos que esta fuente de financiamiento no cubre. Yo entiendo que cualquier información confidencial será necesario revelar a la agencia de financiamiento o de recursos con el fin de procesar cualquier reclamo y obtener el reembolso.

La información en esta página ha sido explicada a mi persona. Yo entiendo que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento para lo mencionado anteriormente, sin embargo, yo no puedo revocar el consentimiento para la acción que ya se ha tomado. Una copia de esta versión será igual de válida como la original.

Yo he recibido una copia del folleto de los "Derechos del Cliente", el cual describe mis derechos y responsabilidades, incluyendo a quien contactar para quejas y reclamos.

ESTE CONSENTIMIENTO VENCE 1 AÑO A PARTIR DE SER FIRMADO.

 Firma del Cliente/Tutor/Cuidador

 Fecha

 Testigo

 Fecha



HISPANIC FAMILY COUNSELING, INC

Orange/Seminole/Osceola/Brevard:
Main Office: 6900 S. Orange Blossom Trail, Suite 402 • Orlando, FL 32809
Phone (407) 382-9079 • Fax (407) 964-1274
referrals@hisfafam.com • www.hisfafam.com

RECORD # _____

POLITICA DE CANCELACION/NO SHOW

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

La asistencia regular a las citas programadas es muy importante. Nuestros servicios no serán eficaces si usted no mantiene sus citas. La asistencia irregular, especialmente un "no show", también es inconveniente y costoso para el personal asignado para ayudarlo. Por lo tanto, es su responsabilidad de asistir a todas las citas programadas. **Las sesiones duran de entre 45 a 50 minutos, dependiendo del seguro medico que tenga el cliente.**

Siempre que sea posible, por favor notifique al terapeuta asignado con al menos **24 horas de anticipación** si usted no será capaz de asistir a la cita programada.

POLITICA DE CANCELACION: Si el cliente llama al terapeuta asignado con al menos una hora antes de la cita programada, eso será considerado como una "Cancelación", sin embargo se prefiere el aviso de 24 horas antes.

1. Después de la primera cancelación, un miembro de la Agencia llamara para reprogramar la cita.
2. Después de dos cancelaciones seguidas, el Director de la Agencia enviara una carta en la cual se indicara que si el cliente desea continuar con los servicios él o ella deberán llamar al Director de la Agencia directamente.
3. Después de la tercera cancelación, los servicios serán terminados.
4. Si el cliente cancela tres veces, con algo de asistencia entre cada cancelación, el terapeuta asignado discutirá con el cliente sobre posibles soluciones para la asistencia irregular.

POLITICA DE NO SHOW: Si el cliente no llama a cancelar la cita con al menos una hora de anticipación, eso será considerado como un "No Show."

1. Si el cliente no notifica al terapeuta asignado antes de una "cita en casa" perdida, al cliente se le cargara el valor de \$25 como una tarifa de viáticos para cubrir los gastos del terapeuta de haber viajado a la "cita en casa".
2. Si el cliente no notifica al terapeuta asignado antes de una "visita al sitio de trabajo" o una "sesión en la escuela", al cliente se le cargara un valor de \$25 como una tarifa de viáticos para cubrir los gastos del terapeuta de haber ido viajado al lugar asignado para la cita.
3. Después del primer "No Show," un miembro de la Agencia llamara para reprogramar la cita.
4. Después del segundo "No Show," el Director de la Agencia enviara una carta en la cual se indicara que el cliente desea continuar con los servicios; deberá acercarse a la oficina de la Agencia para completar una solicitud de restablecimiento de servicios. De esta manera, el cliente renovara su compromiso de asistir a las sesiones o llamar al personal con anterioridad si necesita reprogramar.
5. Después del tercer "No Show," el caso será terminado.

Yo he leído la Política de Cancelación/No Show de Hispanic Family Counseling Inc. y entiendo que la asistencia regular es necesaria para que el tratamiento sea efectivo. Por lo tanto, me comprometo a asistir a todas las sesiones programadas. Si no puedo asistir a una cita, llamare al personal de la Agencia con un mínimo de 24 horas de antelación para reprogramar. Si tengo una emergencia que me impida asistir, llamare al terapeuta asignado al menos una hora antes de la cita para cancelar.

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Padre/Cuidador/Guardian/Custodio

Fecha