



## INFORMACION DEL CLIENTE

### Datos Demograficos

|                     |                |                                                                      |                         |                           |  |
|---------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------|--|
| Nombre              | Segundo Nombre | Apellido(s)                                                          |                         | Últimos 4 dígitos del SS# |  |
|                     |                |                                                                      |                         |                           |  |
| Fecha de Nacimiento | Edad           | Identidad de Género                                                  | Etnia / Raza (Opcional) | Estado Civil              |  |
|                     |                | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino |                         |                           |  |
| Dirección           |                | Ciudad                                                               | Estado                  | Código Postal             |  |
|                     |                |                                                                      | DE                      |                           |  |
| Correo Electrónico  |                | Teléfono Celular                                                     | Teléfono Casa/Trabajo   |                           |  |
|                     |                |                                                                      |                         |                           |  |

¿Podemos dejar un mensaje de voz? ☐ Sí ☐ No Si no, contacto preferido: \_\_\_\_\_

### PARA MENORES (MENORES DE 18 AÑOS) — COMPLETE SI APLICA

|                           |          |                  |                    |
|---------------------------|----------|------------------|--------------------|
| Nombre del Padre/Tutor #1 | Relación | Teléfono Celular | Correo Electrónico |
|                           |          |                  |                    |
| Nombre del Padre/Tutor #2 | Relación | Teléfono Celular | Correo Electrónico |
|                           |          |                  |                    |

¿Los padres están separados/divorciados? ☐ Sí ☐ No Custodia legal: \_\_\_\_\_ Acuerdo de visita por orden judicial: \_\_\_\_\_

*La ley de Delaware otorga a los menores de 12 años o más ciertos derechos de confidencialidad. Se le aclarará el alcance de la confidencialidad con usted(es) en la primera cita.*

### CONTACTOS DE EMERGENCIA Y DESIGNADOS

|                                          |          |                    |
|------------------------------------------|----------|--------------------|
| Nombre del Contacto de Emergencia        | Relación | Teléfono           |
|                                          |          |                    |
| Nombre del Contacto Designado (opcional) | Teléfono | Correo Electrónico |
|                                          |          |                    |

*El contacto designado puede gestionar citas y asuntos administrativos, pero NO tendrá acceso a registros psicológicos sin una autorización HIPAA por separado.*

### MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

|                               |                        |          |
|-------------------------------|------------------------|----------|
| Nombre del Médico / Proveedor | Nombre del Consultorio | Teléfono |
|                               |                        |          |

|                   |                                                                                                            |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| _____ (Iniciales) | <b>Autorizo</b> a mi terapeuta a contactar a mi médico de atención primaria para coordinación de cuidados. |
| _____ (Iniciales) | <b>NO autorizo</b> contacto con mi médico. (Doy la información solo para registros/records.)               |



## PAGO Y SEGURO

|                          |                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>_____ (Iniciales)</b> | <b>NO usare seguro médico:</b> Acepto plena responsabilidad por todos los honorarios. Mi PHI NO será divulgada a ningún asegurador. Si aplica, se proporcionará un superbill a solicitud para posible reembolso a través de su seguro médico. |
| <b>_____ (Iniciales)</b> | <b>Usaré seguro médico.</b> Autorizo a Embrace the Change Counseling a facturar a mi seguro médico y divulgar la PHI mínima necesaria para la facturación.                                                                                    |

Si usa seguro médico O necesita un SUPERBILL, complete a continuación:

|                                    |                                        |                                |
|------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|
| <b>Compañía de Seguros</b>         | <b>ID del Seguro #</b>                 | <b>Grupo #</b>                 |
|                                    |                                        |                                |
| <b>Nombre completo del titular</b> | <b>Fecha de Nacimiento del Titular</b> | <b>Relación con el Cliente</b> |
|                                    |                                        |                                |

## ACUERDO FINANCIERO & CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

### HONORARIOS Y TARIFAS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <p><b>Sesiones y Facturación:</b> Los servicios no cubiertos por el seguro se facturan directamente a usted. Las llamadas telefónicas de menos de 5 minutos no se cobran; las llamadas de más de 5 minutos se facturan a \$25.00 por incremento de 15 minutos. La correspondencia extendida, evaluaciones y cartas a profesionales externos se facturan a \$175.00/hora.</p> <p><b>Cancelación y Ausencia (no show):</b> Se requiere aviso de 24 horas. Se aplica un cargo de \$50.00 por cancelaciones tardías o ausencias. No facturable al seguro; debe pagarse antes de la próxima sesión.</p> <p><b>Tarjeta de Crédito/Débito:</b> Se aplica un cargo de procesamiento del 4%. Los pagos en exceso serán reembolsados o acreditados.</p> <p><b>Servicios Legales/Judiciales:</b> Si se requiere la presencia del terapeuta en tribunal o proporcionar servicios legales: \$1,750/día o \$300/hora, pagadero por adelantado. No cubierto por seguro.</p> <p><b>Seguro:</b> Usted es responsable de verificar sus propios beneficios, deducibles y copagos. Los saldos de cuenta deben pagarse antes o en la próxima sesión.</p> <p><b>Dificultad Financiera:</b> Por favor hable con su terapeuta. Una escala de honorarios ajustada puede estar disponible según el caso.</p> <p><b>Participación Legal / Judicial:</b> Embrace the Change Counseling no realiza evaluaciones de custodia o forenses, incluyendo recomendaciones sobre aptitud parental o determinaciones legales. Si se requiere participar en procedimientos legales:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se aplicarán los honorarios correspondientes según el acuerdo financiero. La confidencialidad puede ser limitada.</li><li>• La información divulgada puede convertirse en parte del registro público.</li></ul> | <b>_____ (Iniciales)</b> |
| <b>He leído y acepto el Acuerdo de Honorarios y las Políticas Financieras anteriores.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                          |

### PARTE RESPONSABLE (SI ALGUIEN MÁS QUE EL CLIENTE PAGARÁ)

|                                       |                 |                 |                           |
|---------------------------------------|-----------------|-----------------|---------------------------|
| <b>Nombre de la Parte Responsable</b> | <b>Relación</b> | <b>Teléfono</b> | <b>Correo Electrónico</b> |
|                                       |                 |                 |                           |

### HIPAA — AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Reconozco que he recibido y tuve la oportunidad de leer el Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP) de Embrace the Change Counseling, que explica cómo puede usarse y divulgarse mi información de salud protegida (PHI). Entiendo que:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mi PHI puede usarse para tratamiento, pago y operaciones de atención médica sin autorización adicional.</li><li>• Puedo solicitar un NPP actualizado en cualquier momento. Mi tratamiento no está condicionado a firmar este reconocimiento.</li></ul> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



- Tengo derecho a acceder, enmendar y obtener un registro de divulgaciones de mi información de salud.
- Tengo derecho a presentar una queja ante el Oficial de Privacidad (Alba Reynoso) o el Secretario de HHS de EE.UU., sin temor a represalias.
- Puedo revocar cualquier autorización por escrito en cualquier momento, excepto donde ya se hayan tomado acciones.

\_\_\_\_ (Iniciales)

He leído y comprendido el NPP anterior. Reconozco haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad.

☐ El Cliente se niega a reconocer la recepción Firma del Personal (si se negó):

#### LÍMITES DE CONFIDENCIALIDAD

La confidencialidad es una parte esencial de la relación terapéutica. Sin embargo, existen circunstancias en las que su terapeuta está legalmente o éticamente obligado/a a divulgar información sin su consentimiento, incluyendo:

- Riesgo de daño a usted mismo u otros. Sospecha de abuso o negligencia de un menor, anciano o adulto dependiente.
- Órdenes judiciales o procedimientos legales. Cumplimiento con requisitos legales, de licencia o reglamentarios.
- Defensa o respuesta ante una reclamación, queja o procedimiento legal presentado por el cliente o en nombre del cliente, divulgando solo la información mínima necesaria conforme a la ley aplicable.
- Emergencias médicas o coordinación de cuidados cuando sea necesario. Divulgaciones limitadas para facturación, pago u operaciones de atención médica. Se harán esfuerzos razonables para informarle de tales divulgaciones cuando sea apropiado.

\_\_\_\_ (Iniciales)

He leído y comprendido los límites de confidencialidad.

#### AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIÓN DE VIOLACIÓN DE SEGURIDAD

Autorizo a Embrace the Change Counseling a contactarme por teléfono o verbalmente en caso de una violación de información de salud protegida (PHI). Dicha notificación será documentada. Conforme a las Reglas de Notificación de Violaciones HIPAA, este aviso verbal/telefónico es solo por conveniencia administrativa y no renuncia a ningún derecho que tenga bajo HIPAA.

\_\_\_\_ (Iniciales)

Autorizo notificación telefónica/verbal en caso de una violación de PHI.

#### CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y AUTORIZACIONES

**Consentimiento para Tratamiento:** Doy mi consentimiento voluntario para recibir psicoterapia, terapia de arte y servicios terapéuticos relacionados de Embrace the Change Counseling y Alba Reynoso, LCSW, ATR-BC. La naturaleza, propósito, beneficios y riesgos me han sido explicados.

**Autorización de Facturación HIPAA:** Autorizo el uso y divulgación de mi PHI para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Asigno todos los beneficios de salud mental aplicables directamente a mi terapeuta hasta que se revoque por escrito.

**Terapia de Arte y Obras de Arte:** Doy mi consentimiento para fotografías o videos de mis obras de arte para el mantenimiento de registros. Las obras no recogidas después de ser cliente inactivo serán eliminadas conforme a la ley aplicable.

**Técnicas Terapéuticas:** Entiendo que algunas técnicas terapéuticas pueden implicar la proximidad del/de la terapeuta y/o contacto limitado y no invasivo, como en la mano, brazo, hombro o frente, cuando sea clínicamente apropiado y solo con mi permiso. Entiendo que el contacto es opcional, puedo declinar o detenerlo en cualquier momento, y declinar no afectará mi atención.

**Registros Electrónicos:** Doy mi consentimiento para que mis registros y obras de arte sean fotografiados, escaneados o almacenados en sistemas compatibles con HIPAA.

**Alta por Inactividad / Estado de Cliente Inactivo:** Los clientes que no hayan asistido a una sesión y que no hayan respondido a los intentos de contacto de la práctica durante 90 días consecutivos podrán ser dados de alta de los servicios. La práctica realizará esfuerzos razonables para comunicarse con el cliente antes del cierre de su caso.

**Derechos y Revocación:** Mi participación es voluntaria. Puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento. La revocación no afecta acciones previas tomadas en base a este consentimiento.

**Acuerdo Financiero:** Acepto la política de cancelación (cargo de \$50), todos los copagos, deducibles aplicables y un cargo del 4% por pagos con tarjeta de crédito/débito.

**DERECHOS DEL CLIENTE:** Como cliente, tiene derecho a: Hacer preguntas sobre su tratamiento. Negarse o discontinuar los servicios en cualquier momento. Solicitar referencias o una segunda opinión. Acceder a sus registros conforme a la ley aplicable. Recibir servicios en un ambiente respetuoso y profesional.



|                                                                                                                                                   |                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div style="background-color: yellow; width: 100px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">(Iniciales)</div> | <b>He leído, entendido y doy mi consentimiento a los términos de tratamiento y autorizaciones anteriores.</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### CONSENTIMIENTO DE TELESALUD — COMPLETE SOLO SI APLICA

La telesalud utiliza comunicaciones electrónicas (video, teléfono o mensajería segura) para brindar servicios de atención médica de forma remota. Incluye evaluación, diagnóstico, tratamiento y gestión de cuidados.

**Beneficios:** Mejor acceso, continuidad de atención, reducción de viajes, programación flexible.

**Riesgos:** Las fallas tecnológicas pueden interrumpir las sesiones. La transmisión electrónica conlleva cierto riesgo de interceptación. El/la terapeuta puede determinar que la telesalud no es clínicamente apropiada y recomendar atención presencial.

**Plataforma:** Las sesiones utilizan plataformas compatibles con HIPAA. Usted es responsable de participar desde una ubicación privada y confidencial utilizando una conexión a internet segura.

**Licencia y Jurisdicción:** Los servicios se brindan conforme a las leyes de licencia del estado de Delaware. Los servicios de telesalud solo pueden prestarse cuando el cliente se encuentre físicamente en un estado donde el/la terapeuta tenga licencia o esté legalmente autorizado/a para prestar servicios en el momento de la sesión.

**Procedimientos de Emergencia:** Si surge una crisis, su terapeuta intentará comunicarse por teléfono y/o contactar a su contacto de emergencia o a los servicios de emergencia locales. Usted es responsable de mantener actualizada la información de contacto de emergencia.

**Embrace the Change Counseling no es un servicio de emergencia. Si está experimentando una crisis, llame al 911, vaya a la sala de emergencias más cercana, o comuníquese con la Línea de Crisis y Suicidio 988.**

**Ubicación de la Sesión:** Entiendo que soy responsable de informar a mi terapeuta sobre mi ubicación física actual al inicio de cada sesión de telesalud por razones de seguridad y legales.

**Política de Grabación:** La grabación de audio, video o pantalla no autorizada de las sesiones de telesalud está prohibida sin consentimiento previo por escrito.

**Si se Pierde la Conexión:** Intente reconectarse utilizando la misma plataforma. Si no es posible reconectarse en 10 minutos, el/la terapeuta le contactará por teléfono para continuar la sesión o reprogramarla si es necesario.

**Ubicación habitual de telesalud (solo como referencia):**

|                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div style="background-color: yellow; width: 100px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">(Iniciales)</div> | <b>He leído y comprendido lo anterior. Doy mi consentimiento para recibir servicios a través de telesalud (terapia en línea). Puedo retirar este consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a atención futura.</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### POLÍTICA DE COMUNICACIÓN

La comunicación fuera de las sesiones programadas (teléfono, correo electrónico o mensajería) está destinada únicamente a propósitos administrativos.

- Los mensajes son monitoreados durante el horario comercial.
- Las respuestas pueden demorar hasta 24–48 horas.
- La comunicación no debe usarse para emergencias o preocupaciones clínicas urgentes.

|                                                                                                                                                   |                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <div style="background-color: yellow; width: 100px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">(Iniciales)</div> | <b>Entiendo y acepto la política de comunicación.</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|

#### LÍMITES PROFESIONALES Y REDES SOCIALES

Para proteger su privacidad y confidencialidad:

- Puede elegir seguir o interactuar con las cuentas de redes sociales públicas del terapeuta y/o el consultorio; sin embargo, esto es completamente opcional.
- El/la terapeuta no brinda servicios clínicos, no responde a preocupaciones personales ni se involucra en comunicación terapéutica a través de redes sociales.
- Cualquier interacción en plataformas públicas será general y profesional, y no reconocerá su condición de cliente.

|                                                                                                                                                   |                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <div style="background-color: yellow; width: 100px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">(Iniciales)</div> | <b>Entiendo y acepto los límites profesionales y la política de redes sociales.</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|



### COMPLETE SI APLICA — REPRESENTANTE PERSONAL / AUTORIDAD LEGAL

Si firma en nombre de otra persona, indique su autoridad legal (p. ej., poder notarial, representante de atención médica, tutor legal). Al firmar en nombre de otra persona, confirma que tiene la autoridad legal para dar consentimiento en nombre del cliente y proporcionará la documentación de respaldo a solicitud. Por favor proveer una copia del documento legal.

| Nombre del Representante | Relación | Documento Legal / N° de Referencia de Orden Judicial, si aplica |
|--------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------|
|                          |          |                                                                 |

Al firmar a continuación, confirmo que he leído, comprendido y aceptado todos los términos de las secciones anteriores.

| Firma del Cliente / Tutor | Nombre en Letra de Imprenta | Fecha |
|---------------------------|-----------------------------|-------|
|                           |                             |       |



## EVALUACION CLINICA INICIAL — MOTIVO DE CONSULTA

*Toda la información es confidencial y está protegida bajo HIPAA.*

### MOTIVO PARA SOLICITAR SERVICIOS

|                                                                                              |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Describa brevemente por qué está buscando tratamiento en este momento:                       |                             |
| <br><br><br><br>                                                                             |                             |
| ¿Cuándo notó esto por primera vez?                                                           | ¿Con qué frecuencia ocurre? |
| <br><br>                                                                                     | <br><br>                    |
| ¿Qué ha intentado ya para abordar este problema?                                             |                             |
| <br><br>                                                                                     |                             |
| ¿Cuáles son sus metas para la terapia? Es decir, ¿Cómo sabría que el problema está resuelto? |                             |
| A.<br><br>                                                                                   |                             |
| B.<br><br>                                                                                   |                             |
| C.<br><br>                                                                                   |                             |

### SÍNTOMAS ACTUALES — MARQUE TODOS LOS QUE APLICAN

- |                                                                          |                                                                                                 |                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Demasiada presión / estrés                      | <input type="checkbox"/> Ansiedad o preocupación excesiva                                       | <input type="checkbox"/> Pérdidas de memoria o desmayos                  |
| <input type="checkbox"/> Sentirse solo/a                                 | <input type="checkbox"/> Sentimientos de enojo o arrebatos                                      | <input type="checkbox"/> Uso de alcohol                                  |
| <input type="checkbox"/> Sentirse en estado de crisis constante          | <input type="checkbox"/> Entumecimiento o desconexión emocional                                 | <input type="checkbox"/> Pesadillas                                      |
| <input type="checkbox"/> Miedo excesivo a lugares u objetos              | <input type="checkbox"/> Dificultad para hacer amigos/as                                        | <input type="checkbox"/> Preocupaciones financieras                      |
| <input type="checkbox"/> Sentirse como si estaría mejor muerto/a         | <input type="checkbox"/> Sentir que las personas "van en su contra"                             | <input type="checkbox"/> Incapacidad para controlar pensamientos         |
| <input type="checkbox"/> Sentirse manipulado/a o controlado/a            | <input type="checkbox"/> Dificultad para tomar decisiones                                       | <input type="checkbox"/> Accesos de llanto                               |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de interés en relaciones sexuales       | <input type="checkbox"/> Preocupaciones sobre salud física                                      | <input type="checkbox"/> Problemas digestivos                            |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito — ¿desde cuándo?<br>_____    | <input type="checkbox"/> Baja autoconfianza / autoestima                                        |                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Aumento de apetito — ¿desde cuándo?<br>_____    | <input type="checkbox"/> Pérdida de interés en actividades habituales                           | <input type="checkbox"/> Sentirse atrapado/a en habitaciones o edificios |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso significativa — ¿cuánto?        | <input type="checkbox"/> Insomnio — hora de dormir: _____<br>horas de sueño: _____ desde: _____ | <input type="checkbox"/> Despertarse de noche — ¿cuántas veces?<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Aumento de peso significativo — ¿cuánto?        | <input type="checkbox"/> Dormir demasiado: _____ ¿horas<br>por día? _____ ¿desde? _____         | <input type="checkbox"/> Uso de drogas sin/con receta                    |
| <input type="checkbox"/> Alucinaciones (auditivas/visuales/otras)        | <input type="checkbox"/> Sentirse distante de Dios / espiritualidad                             | <input type="checkbox"/> Obsesiones o compulsiones                       |
| <input type="checkbox"/> Problemas de conducta (gritar, golpear, mentir) | <input type="checkbox"/> Incapacidad para concentrarse en el trabajo/escuela                    | Otros:                                                                   |

### ANTECEDENTES

|                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Salud Física:</b> <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Deficiente | <b>Salud Mental:</b> <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Deficiente |
| <br>                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                             |



|                                                                                                                                                      |                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Rol de la espiritualidad/religión en su vida: <input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> No significativo |                       |
| ¿Con quién vive?                                                                                                                                     | Empleador (si aplica) |
|                                                                                                                                                      |                       |

## HISTORIAL PSIQUIATRICO, MEDICO Y DE SUSTANCIAS

### HISTORIAL PSIQUIÁTRICO

|                                                                                                                 |                    |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------|
| ¿Ha recibido tratamiento de salud mental anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                    |                          |
| Terapeuta / Proveedor Anterior                                                                                  | Fechas Aproximadas | Razón por el tratamiento |
|                                                                                                                 |                    |                          |

  

|                                   |               |                     |
|-----------------------------------|---------------|---------------------|
| Nombre del Psiquiatra (si lo hay) | Última visita | Razón para terminar |
|                                   |               |                     |

|                                                                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Por favor escriba los diagnósticos psiquiátricos / de salud mental que ha recibido: |  |
|                                                                                     |  |

|                                                                                                                                                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ¿Ha sido hospitalizado/a por razones psiquiátricas o relacionadas con sustancias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí explique: _____ |  |
| ¿Alguna vez ha sentido deseos suicidas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, ¿cuándo? _____ Explique: _____                           |  |
| ¿Está experimentando pensamientos suicidas actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, ¿tiene un plan? _____                    |  |
| ¿Posee un arma de fuego? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, describa el almacenamiento: _____                                       |  |

### PARTICIPACIÓN LEGAL

¿Ha sido arrestado/a? ☐ Sí ☐ No      ¿Está actualmente en libertad condicional? ☐ Sí ☐ No

¿Las terapias son obligatorio para usted? ☐ Sí ☐ No      Si es sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Está involucrado/a en procedimientos legales (tribunal de familia, inmigración, discapacidad, compensación laboral)? ☐ Sí ☐ No

Si es Si, Explique: \_\_\_\_\_

### HISTORIAL DE ABUSO — MARQUE TODOS LOS QUE APLICAN

|           |                  |                           |                       |
|-----------|------------------|---------------------------|-----------------------|
| Tipo      | ¿Cuándo ocurrió? | ¿Quién fue el abusador/a? | Información adicional |
| Físico    |                  |                           |                       |
| Emocional |                  |                           |                       |
| Sexual    |                  |                           |                       |



### HISTORIAL MÉDICO

|                                       |                            |
|---------------------------------------|----------------------------|
| Nombre del Médico de cabecera/Familia | Última vez que fue visto/a |
|                                       |                            |

|                                                       |
|-------------------------------------------------------|
| Condiciones médicas/físicas que le han diagnosticado: |
|                                                       |

|                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Ha tenido cirugías? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí explique: _____ |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                 |       |       |                    |
|-------------------------------------------------|-------|-------|--------------------|
| Medicamentos Actuales (sin receta o recetados): |       |       |                    |
| Medicamento                                     | Dosis | Razón | Médico Prescriptor |
|                                                 |       |       |                    |
|                                                 |       |       |                    |
|                                                 |       |       |                    |
|                                                 |       |       |                    |

### HÁBITOS ACTUALES O PASADOS

| Drogas/Sustancia / Hábito | Actual | Pasado | Cuánto | Con Qué Frecuencia | Última vez / Notas |
|---------------------------|--------|--------|--------|--------------------|--------------------|
|                           |        |        |        |                    |                    |
|                           |        |        |        |                    |                    |
|                           |        |        |        |                    |                    |
|                           |        |        |        |                    |                    |
|                           |        |        |        |                    |                    |

Para el uso de alcohol/drogas: indique en la columna de Notas si actualmente está sobrio/a y por cuánto tiempo.

### CERTIFICACIÓN

Certifico que toda la información proporcionada en este paquete de admisión es precisa y completa según mi mejor entendimiento. Entiendo que la falsificación de información puede resultar en la terminación de los servicios.

|                           |                             |       |
|---------------------------|-----------------------------|-------|
| Firma del Cliente o Tutor | Nombre en Letra de Imprenta | Fecha |
|                           |                             |       |



### AUTORIZACIONES OPCIONALES — MEDIOS, MERCADEO Y COMUNICACIONES

| Nombre del Cliente | Fecha de Nacimiento | Fecha |
|--------------------|---------------------|-------|
|                    |                     |       |

| # | AUTORIZACIÓN                                                          | DESCRIPCIÓN Y CONSENTIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | INICIALES         |
|---|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1 | <b>Grabación de Audio (AutoNotes AI, Zoom AI y Similares)</b>         | Autorizo el uso de tecnología de grabación de audio, incluyendo AutoNotes AI, transcripciones de Zoom AI u aplicaciones similares, únicamente para documentación clínica, administrativa y de facturación. Las grabaciones se eliminan después de la transcripción y NO se usan para entrenamiento del software del proveedor. Puedo retirar este consentimiento por escrito en cualquier momento sin afectar mi tratamiento. | <u>          </u> |
| 2 | <b>Comunicación No Segura (Correo Electrónico, Mensajería, Chats)</b> | Autorizo a Embrace the Change Counseling, a comunicarse conmigo a través de plataformas no seguras (Email, WhatsApp, Telegram, SMS), que pueden no proteger completamente mi información bajo HIPAA. Se me ha ofrecido información sobre opciones más seguras. Puedo revocar por escrito en cualquier momento.                                                                                                                | <u>          </u> |
| 3 | <b>Fotografía para Documentación Clínica</b>                          | Autorizo la fotografía y video durante sesiones o eventos exclusivamente para documentación clínica y mantenimiento de registros conforme a los estándares clínicos y legales. Estas imágenes no se usarán para mercadeo sin una autorización por separado.                                                                                                                                                                   | <u>          </u> |
| 4 | <b>Testimonio y Publicidad</b>                                        | Autorizo a Embrace the Change Counseling, y a Alba Reynoso, LCSW, ATR-BC a usar mis testimonios, comentarios, fotos, videos y grabaciones de audio para mercadeo, publicidad y redes sociales (sitio web, Instagram, Facebook, YouTube). Mi PHI será manejada conforme a HIPAA. Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.                                                                             | <u>          </u> |
| 5 | <b>Fotografía, Video y Grabación</b>                                  | Autorizo a Embrace the Change Counseling, a fotografiarme y grabarme en audio/video durante sesiones, talleres o eventos para documentación clínica, capacitación y/o propósitos de mercadeo, incluyendo redes sociales. La participación es voluntaria. Puedo revocar por escrito en cualquier momento.                                                                                                                      | <u>          </u> |
| 6 | <b>Comunicaciones de Mercadeo por Correo Electrónico</b>              | Autorizo a Embrace the Change Counseling, a enviarme correos electrónicos sobre nuevos servicios, talleres, eventos y materiales de mercadeo. La participación es voluntaria y no es un requisito para el tratamiento. Puedo optar por no recibirlos o revocar por escrito en cualquier momento.                                                                                                                              | <u>          </u> |

Al poner mis iniciales solo en las autorizaciones que deseo otorgar (y dejando en blanco aquellas que rechazo), confirmo que he leído cada elemento y entiendo que mis elecciones son independientes y no afectarán la calidad de mi atención.

**Firma del Cliente/Tutor:** \_\_\_\_\_

Solo para uso de la oficina: Fecha recibido: \_\_\_\_\_ Revisado por: Alba Reynoso