

## INFORMACIÓN ACERCA DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO

**Bienvenido al Centro y gracias por habernos escogido para usar nuestros servicios.** Es importante que usted sea informado acerca de la naturaleza de psicoterapia, las políticas y procedimientos que gobiernan la ayuda que recibirá aquí, las tarifas que cobramos por nuestros servicios, y sus derechos como cliente. En este paquete, hay un lugar para firmar, indicando su consentimiento para tratamiento.

**Pruebas Psicológicas:** Las pruebas psicológicas se puede indicar antes de comenzar la terapia o en algún momento en el curso de la terapia. Tu terapeuta puede discutir estas opciones con usted. Las pruebas psicológicas utilizan muestras de comportamiento con el fin de evaluar el funcionamiento cognitivo y emocional de un individuo dado.

**Psicoterapia.** Las palabras “consejo” y “psicoterapia” (terapia) se usan intercambiadas para indicar formas de ayuda psicológica para varios tipos de angustias personales o de familia (por ejemplo, depresión, ansiedad, problemas matrimoniales). Las metas de la terapia alcanzan el alivio de los síntomas a un cambio de vida significativo como se gana una mejor comprensión de las circunstancias personales, interpersonales y sociales.

Los empleados del Centro incluyen psicólogos con licencia, terapeutas profesionales con licencia, trabajadores sociales licenciados, terapeutas matrimoniales y familiares licenciados, terapeutas pastorales y especialistas con certificaciones en áreas especiales de la práctica. También tenemos empleados y terapeutas en entrenamiento que trabajan bajo la supervisión de terapeutas con licencia, que están practicando para obtener títulos avanzados o para cumplir con las normas de elegibilidad para la licencia. Todos los empleados trabajan dentro de las normas y directrices éticas de las leyes estatales de licencias, las asociaciones profesionales y las normas nacionales de acreditación del Instituto Samaritano. (Una declaración de estándares profesionales y clínicos está disponible si usted lo requiere.)

**Proceso de Terapia:** La terapia comienza con el proceso de recaudar información básica para evaluar sus necesidades y dificultades. Su terapeuta trabajará con usted para determinar el mejor curso de tratamiento. Terapia ha demostrado tener muchos beneficios (por ejemplo, mejores relaciones, soluciones a problemas específicos, reducciones significativas en los sentimientos de angustia). Los avances en la terapia dependen de varios factores, entre ellos la asistencia regular, hablar abiertamente de sus circunstancias con su terapeuta, motivación, esfuerzo, y las circunstancias de la vida.

Usted y su terapeuta decidirán juntos cuando su terapia es completa, pero usted puede optar por retirarse en cualquier momento. Si usted decide retirarse, se le recomienda que tenga al menos una cita final con su terapeuta en lugar de la terminación por teléfono, correo, o por no presentarse. Periódicamente durante el tratamiento, se le puede pedir que complete una encuesta acerca de su progreso. Sus respuestas se utilizan para realizar ajustes en el proceso de la terapia y para ayudar al Centro en la evaluación de las fortalezas y debilidades de nuestros servicios.

El Centro Samaritano cree en un enfoque integrado de tratamiento espiritual y tenemos experiencia en la inclusión de su fe/creencias espirituales y prácticas como parte del proceso terapéutico. Es nuestra filosofía de trabajar dentro de su propio sistema de creencias. Nuestros terapeutas no imponen sus creencias personales sobre usted e incluirán la discusión de la espiritualidad/religión/fe conforme a sus deseos expresados.

### **Sus Derechos como un Cliente.**

Usted tiene todos los derechos establecidos por el Estado de Texas que gobiernan las prácticas clínicas. Estos incluyen:

- El derecho de consentir a un tratamiento,
- El derecho de recibir toda la información de su terapeuta respecto a sus credenciales profesionales,
- El derecho de solicitar un terapeuta diferente,
- El derecho de terminar su tratamiento en cualquier instante,
- El derecho de acceso a los procedimientos para formular una queja,
- El derecho a que su historia clínica mantiene como privado (ver "Confidencialidad" abajo),
- También tiene el derecho de que le expliquen todas las pruebas, procedimientos y recomendaciones en términos sencillos, y también tiene el derecho de rechazar tales pruebas, procedimientos y recomendaciones.

**Confidencialidad:** Lo que usted le dice a su terapeuta será confidencial y no será revelado a otras personas o agencias sin su permiso por Impreso, excepto cuando está obligada por leyes estatales o federales, ordenes de la corte, o como parte de la práctica profesional del centro. Creemos en un enfoque integrado de salud y compartir información sobre usted a otros proveedores de salud médica y / o mental, dentro o fuera del Centro con el fin de maximizar sus resultados del tratamiento. Para más información, por favor consulte nuestro *Aviso de Prácticas de Privacidad y Prácticas de Privacidad de Reconocimiento*. No dude en pedir una aclaración sobre cualquier cosa que no entienda. Su privacidad es muy importante para nosotros, y queremos hacer todo lo posible para protegerla.

**Emergencias:** El Centro no proporciona “servicios de emergencia.” Si usted tiene un problema urgente, nosotros haremos todo lo posible para concertar una cita con usted lo más pronto posible. Si tiene una situación de crisis, contacta uno de los siguientes: Centro de atención continuada del personal (281) 480-7554 (tenga en cuenta que este es un teléfono móvil y por lo tanto no es una línea segura) o la línea directa de MHMR (866) 970-4770 o la línea de crisis en español (713) 526-8088. Abierto por la noche se pueden dejar mensajes en el sistema de correo de voz del Centro, pero no deje un mensaje urgente, ya que estos mensajes no pueden ser revisados hasta el siguiente día hábil.

**Quejas:** Se le anima a hablar primero con nuestro personal acerca de cualquier preocupación que tenga sobre nuestros servicios; Sin embargo, si usted prefiere, usted puede presentar una queja formal ante el Director Clínico dentro de los 45 días siguientes a la vez que se da cuenta de un problema. Vamos a investigar y tratar de resolver en el plazo de 30 días. Si el problema no se resuelve, el director ejecutivo del Centro investigará y preparará una decisión escrita dentro de 10 días. Usted puede apelar la decisión del director ejecutivo directamente con la Junta Directiva del Centro dentro de los 14 días. La decisión del Consejo de Administración es final. Usted no va a ser amenazado o penalizado de ninguna manera por presentar sus preocupaciones informalmente hablando con el personal, o formalmente mediante la presentación de una queja.

**Líneas directas de Quejas del Consumidor:** Terapeutas profesionales con licencia y terapeutas de matrimonios y familias (800) 942-5540, Trabajadores Sociales (800) 232-3162; Psicólogos con Licencia (512) 305-7709; Terapeutas Pastorales (703) 385-6967.

**FORMA DE INFORMACION PERSONAL** Personal Information Form

Fecha \_\_\_\_\_  
Date

**Por favor complete toda la información solicitada. Complete una forma por cada persona que participará en la terapia.**

Nombre First Name \_\_\_\_\_ Segundo Nombre Middle Initial \_\_\_\_\_ Apellido Last Name \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento Birth Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad Age \_\_\_\_\_ Sexo: Gender  Masculino Male  Femenino Female

Dirección Address \_\_\_\_\_ Ciudad City \_\_\_\_\_ Estado State \_\_\_\_\_ Código Postal Zip \_\_\_\_\_

Condado County \_\_\_\_\_ Correo Electrónico Email Address \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa Home Phone \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo Work Phone \_\_\_\_\_ Teléfono Celular Cell Phone \_\_\_\_\_

¿Qué número podemos usar para dejar mensajes y recordatorios de citas? Which number may we use to leave messages and appointment reminders?

Casa Home  Trabajo Work  Celular Cell

Podemos también ponernos en contacto con usted por... May we also contact you by...

Correo Electrónico Email  Mensaje de Texto Text to Cell  Carta Letter

Contacto de Emergencia: Emergency Contact Nombre Name \_\_\_\_\_ Número de Teléfono Phone Number \_\_\_\_\_

Si desea que su estado de cuenta sea enviado a una dirección alternativa por favor indíquenos esa dirección:

If you would like your billing statements to be sent to an alternative address please provide that address below:

Dirección Address \_\_\_\_\_ Ciudad City \_\_\_\_\_ Estado State \_\_\_\_\_ Código Postal Zip \_\_\_\_\_

Nombre(s) de su Doctor Primario /o Psiquiatra: Name(s) of Primary Care Provider and/or Psychiatrist \_\_\_\_\_

**Por favor complete la siguiente información requerida por nuestros fondos de ayuda financiera:**

¿Es miembro de las Fuerzas Armadas de EUA?: Are you a military:

Activo Current Service Member  Veterano Veteran  Miembro de la Familia Family Member  No se aplica N/A

Relación con veterano o miembro de servicio: Relationship to Veteran or Service Member \_\_\_\_\_

\* POR FAVOR PROVEEN DD214 o IDENTIFICACIÓN MILITAR para calificar para nuestra programas y descuentos de "ESPERANZA PARA HÉROES" \*PLEASE PROVIDE DD214 or MILITARY ID to qualify for our HOPE FOR HEROES programs and discounts

Si usted es parte de una familia de militares, usted o un miembro de la familia... If you are part of a military family, have you or a family member been...

ha sido enviado a Irak/ Afganistán previously deployed to Iraq/Afghanistan

está en Irak/Afganistán en el momento currently deployed to Iraq/Afghanistan

Etnicidad: Ethnicity  Africano- Americano African- American  Anglo Anglo/Caucasian  Asiático Asian  Hispano/Latino Hispanic/Latino

Indio American Native American  Otro Other

Ingresos Anuales: Annual Household Income \$ \_\_\_\_\_

Número de personas que viven en la casa: Number of people living in household \_\_\_\_\_

**Información de Seguro Médico: Insurance Information**

Nombre del Seguro Primario: Primary Insurance \_\_\_\_\_ Identificación de Miembro Member ID \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de la Póliza: Policy Holder Name \_\_\_\_\_ Número de Grupo Group Number \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Titular Policy Holder's Date of Birth \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de Seguro Social de Titular: Policyholder Social Security# \_\_\_\_\_ ¿Es un plan de Medicare? Is this a Medicare plan? (sí o no)

Nombre del Seguro Secundario: Secondary Insurance \_\_\_\_\_ Identificación de Miembro Member ID \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de la Póliza: Policy Holder Name \_\_\_\_\_ Número de Grupo Group Number \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Titular Policy Holder's Date of Birth \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de Seguro Social de Titular: Policyholder Social Security# \_\_\_\_\_ ¿Es un plan de Medicare? Is this a Medicare plan? (sí o no)

¿Hay alguien que no sea usted el responsable de los pagos? Will someone other than yourself be responsible for payments?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor complete lo siguiente: If Yes, please complete the following:

**(En esta sección se requiere para menores de edad) (This section is required for minors)**

Nombre de la Organización (si es aplicable): Organization (if applicable) \_\_\_\_\_

Nombre de la Persona First Name \_\_\_\_\_ Apellido Last Name \_\_\_\_\_ Número de Teléfono Phone Number \_\_\_\_\_

Dirección Address \_\_\_\_\_ Ciudad City \_\_\_\_\_ Estado State \_\_\_\_\_ Código Postal Zip \_\_\_\_\_

**La firma de la persona asegurada o responsable:** La firma de la persona asegurada o responsable: Doy mi consentimiento y autorizo al Centro Samaritano para liberar la información de apoyo médico o de otro tipo necesaria para procesar mis reclamaciones de seguros y / o para coleccionar el pago de la persona / organización antes mencionado. Yo autorizo el pago de beneficios médicos al Centro Samaritano. Yo entiendo que soy responsable de todos los deducibles y copagos. Entiendo que soy responsable por el 100% de mis cargos si soy un cliente de pago privado. Entiendo todos los cargos y copagos son debido al tiempo de servicio. Entiendo que debo informar al Centro Samaritano si mi seguro es un plan de **Medicare o Medicaid** y que si no lo hago, estoy renunciando a mis derechos a usar mi plan de seguro de **Medicare o Medicaid** y yo seré responsable de todos los cargos y copagos.

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Printed Name

Signature

Date

# FORMA DE FINANZAS

FINANCIAL WORKSHEET

SOLO PARA PERSONAS QUE NO TIENEN COBERTURA DE SEGURO MÉDICO

FOR PRIVATE PAY, REDUCED-FEE CLIENTS ONLY

## Determinación del Costo por los Servicios:

Si usted no tiene seguro médico o está cubierto por el Programa de Asistencia al Empleado (EAP) y no puede pagar el costo de la terapia (\$120.00) por visita, usted puede calificar para una cuota reducida. **Por favor, complete la siguiente información y proporcionar la documentación adecuada para verificar los ingresos.**

**Parte 1 Ingresos Mensuales** Monthly Family/Household Income

Salario básico Gross Salary and Wages \_\_\_\_\_

Manutención de Niños Child Support \_\_\_\_\_

Jubilación Retirement \_\_\_\_\_

Seguro Social Social Security \_\_\_\_\_

Ingresos de Renta Rental-lease Income \_\_\_\_\_

Otro Ingreso Other Income \_\_\_\_\_

**Ingreso Total** Total Income \_\_\_\_\_

**Parte 2 Gastos Excepcionales** Exceptional Expenses

Pagos Médicos Major Medical \_\_\_\_\_

Cuidado de niños Child Care \_\_\_\_\_

Cuidado de adultos Adult Care \_\_\_\_\_

Otros Gastos Other \_\_\_\_\_

**Gastos Totales** Total Expenses \_\_\_\_\_

¿Número de personas que se soporta bajo este ingreso? : \_\_\_\_\_

Number of Family Members Income Supports

### Reconocimiento

He sido informado de mi cuota reducida y entiendo que yo soy responsable de pagar cualquier saldo acumulado. Entiendo que esta cuota reducida es una beca que se basa en información financiera dada al Centro en el momento de la admisión. **Si en algún momento mi situación financiera cambia, voy a informar al Centro y suministraré información actualizada para ser utilizada en la determinación de un nuevo acuerdo de honorarios.** Además, entiendo que si he acumulado un saldo de crédito en el momento de la terminación del servicio, esos fondos adicionales en mi cuenta se aplicarán a reembolsar al Centro Samaritano para todos los fondos de becas que he recibido.

Yo renuncio a mi derecho a usar el seguro médico, incluyendo Medicare y Medicaid, y entiendo el Centro Samaritano no reclamará al seguro médico por los servicios proporcionados.

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Printed Name Signature Date

Firma del Empleado del Centro Samaritano: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
**KSC Staff's Signature Date**

### Para ser completado por el empleado del Centro

<b><u>To Be Completed By Samaritan Staff</u></b>	
Adjusted Annual Income _____	Agreed Upon Fee _____
Copy of Income Documentation Verified and Collected by (staff initials) _____	
Treating Therapist _____	
Approval/signature of Executive Director or Clinical Director for all insurance or payroll subsidies: _____	
Name	Title

**PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE RECONOCIMIENTO**  
 PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT

**Por Favor Escribe Su Nombre** Client's Name Printed \_\_\_\_\_

**Por favor de leer y completar UNA forma por cada pareja y / o familia.**

Please read and complete ONE form for each couple and/or family.

He revisado el *Aviso de Prácticas de Privacidad* y entiendo y reconozco que:

- El *Aviso de Prácticas de Privacidad* del Centro Samaritano (KSC) se puede encontrar en la sala de espera donde puedo ver en cualquier momento, y puede solicitar una copia de la notificación en cualquier momento. El aviso también está publicada en el sitio web: [www.samaritanhouston.org](http://www.samaritanhouston.org)
- Si tengo alguna pregunta sobre el aviso debo preguntar a mi terapeuta o el Oficial de Privacidad del Centro Samaritano (KSC) para una aclaración.
- El Centro Samaritano (KSC) puede cambiar o modificar su *Aviso de Prácticas de Privacidad* en cualquier momento y tengo el derecho de obtener un *Aviso de Prácticas de Privacidad* revisado por acceso en [www.samaritanhouston.org](http://www.samaritanhouston.org), llamando a la oficina y solicitando una copia revisada enviando por correo, o solicitando una en el momento de mi siguiente cita.

Entiendo que las leyes estatales y / o federales permiten o requieren el uso o divulgación de mi información médica sin mi consentimiento o autorización en las siguientes circunstancias:

- **Abuso Infantil:** Si tenemos razones para creer que un niño ha sido o puede ser abusado, descuidado, o abusado sexualmente, tenemos que hacer un informe dentro de 48 horas al Departamento de Protección y Regulación de Texas.
- **Abuso de Adultos:** Si tenemos razones para creer que una persona mayor o discapacitada ha sido o puede ser abusado, descuidado, o explotado, debemos informar de ello inmediatamente al Departamento de Protección y Regulación de Texas.
- **Supervisión de Salud:** Si se presenta una queja contra nosotros con la Junta Examinadora de Psicólogos del Estado de Texas, tiene la autoridad para citar la información confidencial de salud mental de nuestra parte correspondiente a esa queja.
- **Amenaza Grave a la Salud o Seguridad:** Si determinamos que hay una probabilidad de daño físico inminente por usted a sí mismo o a otros, o hay una probabilidad de daño mental o emocional inmediata para usted, podemos divulgar información confidencial de salud mental correspondiente a personal médico o de aplicación de la ley.
- **Procedimientos Judiciales y Administrativos:** Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa.

**Cada Participante ADULTO en Terapia debe firmar abajo (sólo se necesita una forma para cada pareja y / o familia):**

Each ADULT Participant in Counseling must sign below (only one form is needed for each couple and/or family):

_____ Participante de Terapia o Representante Legal Counseling Participant or Legal Representative	_____ Fecha Date	_____ Descripción de la Autoridad del Representante Legal Description of Legal Representative's Authority
_____ Participante de Terapia o Representante Legal Counseling Participant or Legal Representative	_____ Fecha Date	_____ Descripción de la Autoridad del Representante Legal Description of Legal Representative's Authority
_____ Participante de Terapia o Representante Legal Counseling Participant or Legal Representative	_____ Fecha Date	_____ Descripción de la Autoridad del Representante Legal Description of Legal Representative's Authority
_____ Participante de Terapia o Representante Legal Counseling Participant or Legal Representative	_____ Fecha Date	_____ Descripción de la Autoridad del Representante Legal Description of Legal Representative's Authority

**Si el participante en terapia es menor de edad: If counseling participant is a minor:**

_____ Nombre Impreso del Menor    Print Minor's Name	_____ Nombre Impreso del Menor    Print Minor's Name
_____ Nombre Impreso del Menor    Print Minor's Name	_____ Nombre Impreso del Menor    Print Minor's Name
_____ Firma del Padre, Tutor o Representante Legal Signature of Parent, Guardian or Legal Representative	_____ Fecha Date
_____ Firma del Empleado del Centro Samaritano KSC Staff's Signature	_____ Fecha Date

\_\_\_\_\_  
Descripción de la Autoridad del Representante Legal  
Description of Legal Representative's Authority

# FORMA DE ACUERDO Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

AGREEMENT & CONSENT FOR TREATMENT FORM

**Por Favor Escribe Su Nombre** (Client's Name Printed) \_\_\_\_\_

**Por favor de leer y completar UNA forma por cada pareja y / o familia.** Please read and complete ONE form for each couple and/or family

**He leído y entiendo la información contenida en el documento *Información Acerca de los Servicios del Centro*. Al firmar *Forma de Acuerdo y Consentimiento para Tratamiento*, reconozco que:**

- Consiento en el tratamiento ofrecido por el Centro Samaritano (KSC).
- Voluntariamente acepto la terapia ofrecido por el terapeuta, cuyo nombre se lista en esta forma.
- Puedo retirarme del tratamiento en cualquier instante a menos de que el tratamiento sea ordenado por la corte.
- Tengo 18 años o mayor y no he sido declarado incompetente por una corte legal, o
- Yo soy el padre/madre o guardián/nombrado por la corte u otro representante autorizado del cliente que va a ser tratado, siempre y cuando dicho cliente tiene 17 años de edad o menos,
- En caso de ser menor de edad tengo la autorización de aceptar tratamiento bajo las condiciones descritas en el Código de Familia de Texas (Texas Family Code).
- También declaro que soy responsable financieramente al Centro por todos los servicios y tratamientos proporcionados a la persona mencionada en este consentimiento.
- He recibido una copia de mis derechos como cliente en el Estado de Texas, incluido en *Información Acerca de los Servicios del Centro*.

**Además reconozco lo siguiente:**

- Entiendo que la terapia es un esfuerzo conjunto entre el terapeuta y el cliente, cuyos resultados no pueden garantizarse. El progreso depende de muchos factores, incluyendo la motivación, el esfuerzo y circunstancias de la vida.
- Si mi terapeuta considera que el tratamiento no es adecuado para mis circunstancias, o que necesito ser referido a otro profesional, seré notificado de tal decisión.
- Entiendo que un tratamiento efectivo depende de que asista puntualmente todas las sesiones programadas para mi tratamiento y que yo hable de una manera franca y abierta con mi terapeuta.
- Mi terapeuta me informara de cualquier posible riesgo al solicitar la terapia y buscara la mejor manera de tratamiento.
- Entiendo que tengo derecho de que se me explique en términos simples lo que cubre cualquier prueba, procedimientos y recomendaciones. Tengo el derecho de rechazar pruebas, procedimientos o recomendaciones.
- Se me ha informado que mi terapeuta es un  Personal Terapeuta  Terapeuta en Formación \_\_\_\_\_

(Nombre de terapeuta)

**Reconozco que la información contenida en la Forma de Acuerdo y Consentimiento para Tratamiento se ha puesto a mi disposición, se ha explicado a mí o leído por mí y que fue presentado claramente sin lenguaje técnica. Con mi firma declaro que la información es entendida por mí y me permite hacer un consentimiento voluntario informado a este tratamiento.**

**Cada Participante ADULTO en Terapia debe firmar abajo (sólo se necesita una forma para cada pareja y / o familia):**

Each ADULT Participant in Counseling must sign below (only one form is needed for each couple and/or family):

Participante de Terapia o Representante Legal Counseling Participant or Legal Representative	Fecha Date	Descripción de la Autoridad del Representante Legal Description of Legal Representative's Authority
---	---------------	--

Participante de Terapia o Representante Legal Counseling Participant or Legal Representative	Fecha Date	Descripción de la Autoridad del Representante Legal Description of Legal Representative's Authority
---	---------------	--

Participante de Terapia o Representante Legal Counseling Participant or Legal Representative	Fecha Date	Descripción de la Autoridad del Representante Legal Description of Legal Representative's Authority
---	---------------	--

Participante de Terapia o Representante Legal Counseling Participant or Legal Representative	Fecha Date	Descripción de la Autoridad del Representante Legal Description of Legal Representative's Authority
---	---------------	--

**Si el participante en terapia es menor de edad: If counseling participant is a minor:**

Nombre Impreso del Menor    Print Minor's Name	Nombre Impreso del Menor    Print Minor's Name
--	--

Nombre Impreso del Menor    Print Minor's Name	Nombre Impreso del Menor    Print Minor's Name
--	--

Firma del Padre, Tutor o Representante Legal Signature of Parent, Guardian or Legal Representative	Fecha Date	Descripción de la Autoridad del Representante Legal Description of Legal Representative's Authority
---	---------------	--

Firma del Empleado del Centro Samaritano	Fecha
--	-------

**CUESTIONARIO DE HISTORIA PERSONAL PERSONAL HISTORY QUESTIONNAIRE**

NOMBRE: Name \_\_\_\_\_ Edad: Age \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: Today's Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Razón por buscar terapia: Reason (s) for seeking counseling \_\_\_\_\_  
 ¿De quién fue la idea de que usted buscara ayuda terapia? Who suggested that you seek counseling? \_\_\_\_\_  
 Relación con usted Relationship to you \_\_\_\_\_ ¿Qué es lo que espera lograr con terapia? What do you hope to accomplish in counseling? \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE TERAPIA COUNSELING HISTORY**  Presente Current  Anteriormente – cuándo y por qué? Past - when and why? \_\_\_\_\_  
 ¿Con quién? With whom? \_\_\_\_\_

¿Si anteriormente, logró su meta? If past, did you accomplish your goals?  Sí  No \_\_\_\_\_  
 ¿Qué tipo de terapia? What type of counseling?  Individual Individual  Pareja Couples  Familia Family  Abuso de Substancias Substance Abuse  Grupo Group  Otra Other \_\_\_\_\_

**ESPIRITUALIDAD: SPIRITUALITY:** ¿A quién vas por apoyo en tiempos de necesidad? Whom do you go to for support in time of need?  
 Dios God  Pareja Spouse  Familia Family  Amigos Friends  Otro Other \_\_\_\_\_  Nadie Nobody

¿Qué tan importante son los valores espirituales a usted? How important are spiritual values to you?  
 Mucho Very much  Un poco Somewhat  No, en absoluto Not at all

¿Utiliza oración/ meditación para ayudarse a través de las luchas de la vida? Do you use prayer/ meditation to help you through life struggles?  Sí  No  
 ¿Está activamente involucrado con un grupo que incrementa sus valores espirituales? Are you actively involved with a group that enhances your spiritual values?  Sí  No \_\_\_\_\_  
 ¿Se siente conectado con otros en el grupo? Do you feel connected with others in the group?  Sí  No

¿Usted le gustaría usar la espiritualidad como parte de su terapia? Would you like to use spirituality as part of your therapy?  Sí  No, yo no quiero.

**HISTORIA MÉDICA MEDICAL HISTORY** Mi estado de salud presente... My current physical health is...  Excelente Excellent  Bueno Good  
 Regular Fair  Malo Poor  Muy Malo Very Poor

Estoy bajo el cuidado médico... I am under the care of a doctor ...  Nadie Nobody  Psiquiatra Psychiatrist  Médico de Familia Family Doctor  Especialista Specialist  Acupunturista Acupuncturist  Yerberero Herbalist  Otro Other \_\_\_\_\_

Estoy siendo tratado por... I am being treated for... \_\_\_\_\_  
 Nombre del Doctor(es): Name of Doctor(s) \_\_\_\_\_  
 Fecha de última visita de doctor: Date of Last Doctor's Visit \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de último examen físico: Date of Last Physical \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Medicamentos: Medications**  Sí Yes  No - ¿Qué medicamentos está tomando, incluyendo los que no requieren prescripción médica y dosis?  
 Current Prescriptions and over-the-counter: (Include doses) \_\_\_\_\_

Por favor haga una lista de cualquier enfermedad **mayor**, padecimientos, danos físicos o problemas de salud que haya sufrido a través de los años: Please list any **major** illnesses, injuries, health problems you have had over the years \_\_\_\_\_

**¿Ha sido hospitalizado debido a asuntos de salud mental? Have you ever been hospitalized for mental health issues?**  No  Sí  
 ¿Cuándo? When? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha intentado suicidio? Have your ever attempted suicide?  No  Sí - ¿Cuántas veces? How many times? \_\_\_\_\_  
 ¿Y cuándo? And when? \_\_\_\_\_

**Yo he notado cambios negativos en las siguientes áreas (marque todas las que correspondan):**  
 I have recently noticed increased negative changes in the following areas (check all that apply):

**1. En mi vida diaria: In my everyday life**  Dormir Sleeping  Concentración Concentration  Apetito Appetite  Uso de alcohol o drogas Alcohol or drug abuse  Nivel de Energía Energy level  Ansiedad Anxiety  Depresión Depression  Estrés Stress  Optimismo Optimism  Deseo Sexo Sex drive  Relaciones Personales Relationships  Estado de Humor Moods  Enojo Anger  Pensamientos Negativos Negative Thoughts  dudas sobre sí mismos self-doubts  Cuestiones de Fe Sintiéndose Faith issues  desconectado de los demás feeling disconnected from others  Otra Other \_\_\_\_\_

**2. En el Trabajo: At work:**  Rendimiento Performance  Concentración Concentration  Asistencia Attendance  Conflictos con compañeros de trabajo Co-worker Conflicts  Conflictos con Supervisores Supervisor Conflicts  Frustración Fácilmente Easily Frustrated  Enojarse Getting angry  Bajo Presión Under Pressure  Distracción Distraction  Cometiendo Más Errores Making More Mistakes  Otra Other \_\_\_\_\_

**3. Observaciones de parte de otras personas acerca de mi comportamiento: (explique)** Others' Expressed Concerns: \_\_\_\_\_

**Trabajo: Employment**  Empleado / Autónomo Employed / Self-employed **Compañía? Company?** \_\_\_\_\_  
 ¿Si estas empleado, cuánto tiempo ha trabajado allí? How long? \_\_\_\_\_ **Estas satisfecho con su trabajo? Are you satisfied?**  Sí  No  
 No Empleado Not Employed  Buscando Empleo Seeking Work  Ama de Casa Homemaker  Jubilado Retired  Discapacitado Disabled

Estudiante Student

**Educación: Education** (Circule el último año completado) (circle last year completed) 4 5 6 7 8 9 10 11 12  
 Universidad / Colegio Técnico: College/Tech 1 2 3 4 Postgrado: Graduate 1 2 3 Título(s): Degree(s) \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE RELACIONES PERSONALES Y FAMILIARES RELATIONSHIP AND FAMILY HISTORY**  
 (Elegir más de uno si es necesario) (choose more than one if necessary)

Soltero/a (nunca casado/a) Single (never married)  Casado/a, cuánto tiempo? Married, how long? \_\_\_\_\_  
 Separado(a), cuánto tiempo? Separated how long? \_\_\_\_\_  Divorciado(a), cuánto tiempo? Divorced, how long? \_\_\_\_\_  
 Comprometido(a) Engaged  Relación Committed Relationship  Viudo(a) Widowed  Otro Other \_\_\_\_\_

¿Cuántos años de noviazgo/relación presente antes casarse/vivir juntos? Length of current relationship before marriage/Living together \_\_\_\_\_  
 ¿Si casado anteriormente, cuántas veces? How many previous marriages? \_\_\_\_\_ (Fechas Aproximadas) (Dates) \_\_\_\_\_

Dé la edad y el sexo de sus hijos: Give age and gender of your children \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántos niños bajo su cuidado? How many are under your care? \_\_\_\_\_ **Custodia: Custody:**  Completo Full  Compartido Shared

¿Tiene algún problema de custodia pendientes? Do you have any custody issues pending? \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene algún conflicto con un ex-pareja? Do you have any conflicts with an ex-spouse/Partner? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántos hijos adultos tiene usted? How many adult children do you have? \_\_\_\_\_ ¿Qué tipo de relación tiene con sus hijos? What kind of relationship do you have with your children? \_\_\_\_\_

## Forma de Coordinación de Salud Healthcare Coordination Form

Nombre de Cliente: Client Name \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: Birthdate \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Cliente:** La investigación indica que existe una estrecha relación entre la salud física y mental y que mejores resultados del tratamiento se lograrán si su terapeuta y su médico de atención primaria coordinan su cuidado. Muchas dolencias físicas tienen su origen en problemas psicosociales y los síntomas físicos pueden ser signos de estrés mental. Esta coordinación y la consulta es especialmente importante si usted está tomando medicamentos. Los medicamentos pueden tener efectos secundarios que podrían afectar su estado de ánimo, capacidad de concentración y participar plenamente en la terapia. Esta forma es para dar su consentimiento a consultar con su psiquiatra, médico de atención primaria, enfermera con práctica médica, u otros proveedores para asegurar que usted reciba la mejor atención posible en el Centro Samaritano. La mayoría de las compañías de seguros requieren la coordinación de la atención con toda la salud del comportamiento apropiado y proveedores médicos.

**Por favor marque uno: Please check one**

\_\_\_\_\_ Doy permiso para que usted pueda coordinar mi cuidado con mis otros proveedores de atención médica.  
I give permission for you to coordinate my care with my other healthcare providers.

\_\_\_\_\_ Yo no tengo un médico de atención primaria ni tampoco otro médico en este momento.  
I do not have a Primary Care Physician or see any other doctors at this time.

\_\_\_\_\_ Yo no doy permiso para consultar con otros proveedores en este momento.  
I do not give permission for consultation with other providers at this time.

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_  
Physician Name  
Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Telephone

Nombre de la Clínica: \_\_\_\_\_  
Clinic Name  
Número de Fax: \_\_\_\_\_  
Fax number

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_  
Physician Name  
Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Telephone

Nombre de la Clínica: \_\_\_\_\_  
Clinic Name  
Número de Fax: \_\_\_\_\_  
Fax number

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_  
Physician Name  
Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Telephone

Nombre de la Clínica: \_\_\_\_\_  
Clinic Name  
Número de Fax: \_\_\_\_\_  
Fax number

\_\_\_\_\_  
Firma de Cliente (o Guardián) Client (or Guardian) Signature

\_\_\_\_\_  
Fecha Date

\_\_\_\_\_  
Firma de Terapeuta Therapist's Signature

\_\_\_\_\_  
Fecha Date

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso de Terapeuta Therapist's Name Printed

### PARA SER COMPLETADO POR MÉDICO

**PHYSICIAN/PROVIDER:** You have been identified as this client's medical provider. We want to inform you that your patient was seen for outpatient psychotherapy at the Samaritan Center and has authorized us to consult with you as necessary regarding their treatment. **Please feel free to contact us if you would like additional information.**

**Please acknowledge below that this client is a patient of yours and that you will be available for consult.**

1. \_\_\_\_\_ We have no record of having provided recent medical care to the client.

2. \_\_\_\_\_ This is our patient and we will be available for consult if needed.

Comments/Medication:

\_\_\_\_\_  
Physician's signature (or official representative) Date

**Please Return by fax:** 281-480-4641 Or mail to:  
Krist Samaritan Center , 16441 Space Center Blvd., Suite C-100, Houston, TX 77058 (www.samaritanhouston.org)  
For Samaritan Center Office Use Only: Date faxed to Physician \_\_\_\_\_ Initials \_\_\_\_\_



## Pagos Express y Cargos de Citas Pérdidas

### Express Payments and Missed Appointment Charges

Como una cortesía a usted, tratamos de hacer llamadas de recordatorio para la mayoría de las citas; sin embargo, es su responsabilidad para recordar sus tiempos de la cita. Si usted no puede asistir a su cita, debe llamar para cancelar y / o reprogramar al menos 24 horas de anticipación. Por favor, comprenda que su cita ha sido reservada sólo para usted. Si no recibimos una notificación adecuada para llenar su tiempo asignado, no podemos darle a otra persona la misma oportunidad de recibir servicios. La falta de dar aviso de 24 horas dará lugar a un cargo por cancelación equivalente a la tarifa de la sesión. Si utiliza un seguro para pagar por el asesoramiento, la tarifa de la sesión incluye su copago y la cantidad que recibimos de su seguro o EAP. Si usted paga en privado, la tarifa de la sesión completa es lo que normalmente se paga por una sesión. En ningún caso el cargo será inferior a \$ 20. El cargo de cancelación será aplicada sin importar si recibió o no recibió una llamada de recordatorio. Si tiene alguna pregunta sobre esta política, por favor hable con su terapeuta. Gracias.

Tipo de Tarjeta: Card type    \_\_\_ Visa \_\_\_ MasterCard \_\_\_ American Express \_\_\_ Discover

Número de Tarjeta: Card number \_\_\_\_\_

Fecha de Expiración (mes/año): Expiration date (month/year) \_\_\_\_\_

Código de seguridad de 3 dígitos en el lado trasero de la tarjeta: 3 Digit security code on back of card \_\_\_\_\_

Código postal de facturación: Billing zip code \_\_\_\_\_

Nombre Impreso en su Tarjeta: Name as printed on card \_\_\_\_\_

Entiendo que mi tarjeta de crédito se mantendrá en el archivo y se carga cuando no cancela una cita con 24 horas de anticipación. I understand my credit card will be kept on file and charged when I fail to cancel an appointment 24 hours in advance.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente Client's Signature

\_\_\_\_\_  
Fecha Date

### Opción de Pago Express Express Payment Option

El Centro Samaritano puede mantener su tarjeta de crédito en el archivo y automáticamente le carga por cada cita. Indique a continuación si usted desea este Servicio Express. The Samaritan Center can keep your credit card on file and automatically charge it for each appointment. Please indicate below if you would like this Express Service.

\_\_\_\_\_ Me gustaría que el Centro Samaritano utilice mi tarjeta de crédito cada vez que recibo tratamiento y los servicios, para mi conveniencia. I would like the Samaritan Center to run my credit card each time I receive treatment and services, for my convenience.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente Client's Signature

\_\_\_\_\_  
Fecha Date