

**GATEWAY CHILDREN'S MENTAL HEALTH SERVICES**  
**2406A N. MAIN STREET, ANDERSON, SC 29621**

Día: \_\_\_\_\_ # de ID de Medicaid (si es aplicable): \_\_\_\_\_

Nombre de el cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
# de Seguro Social (Para clients de Medicaid y clients de Medco Solamente): \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Nombre de el asegurador (Si es diferente): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre de el Guardián (Si es aplicable): \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Dirección física (Si es diferente que postal): \_\_\_\_\_

Numero de telefono (Casa) \_\_\_\_\_ Celular/Otro: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Numero de telefono (Trabajo): \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

Niños – Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Status de Custodia: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Status de Custodia: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Satus de Custodia: \_\_\_\_\_

Otros en el hogar – Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Razón para la Terapia: \_\_\_\_\_

Servicios de Terapias pasadas – cuando, donde, y la razón: \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones Mentales – cuando, donde, y la razón: \_\_\_\_\_

Miembros de la familia con un diagnostic mental – quién y diagnóstico: \_\_\_\_\_

Alguna vez ha sido abusada/o? Si No Tipo? Fisico, Sexual, Emocional, Verbal, Negligencia

**INFORMACION MÉDICA-** Describa algún problema medico en el pasado o presente que pueden ser pertinente saber en este momento. (e.g. la tiroides, convulsiones, cáncer, diabetes, enfermedades transmitidas sexualmente, Hepatitis):

**MEDICAMENTOS** que este tomando actualmente: \_\_\_\_\_

**ACTIVIDADES INVOLUCRADAS EN:** \_\_\_\_\_

**ASISTENCIAS ESCOLARES Y CIUDAD:** \_\_\_\_\_

**GATEWAY CHILDREN'S MENTAL HEALTH SERVICES  
2406A N. MAIN STREET, ANDERSON, SC 29621**

Fecha: \_\_\_\_\_ Cliente: \_\_\_\_\_ # de Medicaid (Si ahi uno): \_\_\_\_\_

**ABUSO DE SUSTANCIAS (Si es aplicable):**

El uso entre familia en el pasado y el presente- quién y que substancia? \_\_\_\_\_

Si usted ha usado o usa actualmente alguna de las substancias a continuación, Porfavor escriba cuánto, con qué frecuencia y el ultimo uso:

Alcohol \_\_\_\_\_

Marijuana \_\_\_\_\_

Sedantes (Benzodiacepinas, Barbituarates) \_\_\_\_\_

Estimulantes (Crack, Cocaina, Metanfetamina, Velocidad) \_\_\_\_\_

Los Alucinógenos (LSD, Hongos, Mescalina) \_\_\_\_\_

Opiáceos (Heroína, Codeína, Morfina) \_\_\_\_\_

Inhalantes \_\_\_\_\_

Esteroides \_\_\_\_\_

Cafeína \_\_\_\_\_

Nicotina \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DEL DESAROLLO DEL MENOR (Si es aplicable)**

**PRÉNATAL:**

Uso de alcohol? Si No      Uso de nicotina? Si No      Uso de drogas ilegales? Si No

**NACIMIENTO:** Normal / Trauma de nacimiento / NICU / Cesárea / Peso bajo al nacer / Prematuro / Otro

**INFANCIA (Del nacimiento a los 2 años):** Feliz/ Cólico / Llanto excesivo / Hiperactivo(a) / Retraso en el desarrollo/ Problemas de alimentación

**DESARROLLO:** (N= Normal, D=Difícil) (círcule uno para cada uno)

Habilidades motoras: N D    Audición: N D    Lenguaje: N D    "El habla": N D

Visión: N D    Entrenamiento para ir a baño: N D    Cognitiva: N D

Alguna pérdida importante/ separaciones de miembros de la familia/ Personas segnicantes? Si No  
Describir \_\_\_\_\_

Traumas- cuándo y qué: \_\_\_\_\_

**GATEWAY CHILDREN'S MENTAL HEALTH SERVICES  
2406A N. MAIN STREET, ANDERSON, SC 29621**

**POLITICAS DE LA OFICIANA**

Bienvenidos a mi oficina. Este formulario es para ofrecerle información muy valiosa sobre las responsabilidades legales y éticas dentro de esta práctica. Porfavor lea cuidadosamente y no dude en discutir cualquiera de estos temas conmigo.

**Confidencialidad** – Este aviso describe cómo la información sobre usted puede ser usada y revelada, de la misma manera de cómo usted puede tener acceso a esta información. Información compartida durante las sesiones se llevará a cabo en la más estricta confidencialidad. Toda la información revelada por usted en una sesión de terapia, y mayoría de la información colocada en su archivo sera considerada “información de salud protegida” por el Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad (HIPAA). La información de salud protegida es todos sus registros médicos y otra información identificable obtenida o revelada en cualquier forma (electronicamente, por papel, O oral). Como tal, su información de salud protegida no se puede distribuir a cualquier persona sin su consentimiento expresado voluntariamente por escrito O autorización, con las excepciones que se definen a continuación. Si usted deseara que yo consultara con su medico, abogado, etc., se le pedirá que firme una forma de “consentimiento para revelar información”

Uso O revelación de la siguiente “información de salud protegida” no requiere su consentimiento o autorización previa cuando:

1. Requerido por la ley, por ejemplo; cuando los expedientes son citados por un juez.
2. Correr peligro, por ejemplo; cuando la vida de alguien esta en peligro,tales cómo es el deber de advertir y obtener ayuda para alguien que es un peligro para si mismo, el abuso infantil, el abuso de ancianos, etc.
3. Procedimientos judiciales y administrativos, cómo por ejemplo; un caso en el que está reclamando la negligencia o la vuneración de la ética.
4. Hacer cumplir la Ley, pr ejemplo; cuando usted reclama problemas de salud mental cómo defensa en un caso civil o penal.
5. La compensación, cómo el uso de su información básica obtenida en la terapia cómo resultado de un reclamo de compensación para trabajadores.

**CITAS-** cada terapeuta agenda sus propias citas. Usted puede hacer una cita llamando a ellos directamente. Todos los detalles que queden en el buzón de voz serán manejados de manera confidencial. Citas por lo general duran 50 minutos. Si hay una emergencia de vida o muerte, marque el 0 en su teléfono o vaya al hospital más cercano. Si se necesita un cambio en una cita, llame tan pronto que se le sea posible con el fin de prevenir un cobro de honorario (Vér la sección de pago a continuación). Si muestra un patron de llegar tarde o cancelación de dos sesiones sin previa notificación, sera determinado por la Terapeuta si los servicios a través de esta oficina continuará. Si se determina que los servicios serán descontinuados, la terapeuta le ayudará con opciones para continuar los servicios de terapia en otro lugar.

**Aseguranza/Medicaid-** Esta oficina presentara reclamaciones de su parte a su debido seguro. Usted es responsable de pagar cualquiera copago o deducible que determine su plan de seguro.

**Pagos-** Se requieren en el momento de los servicios, en efectivo, cheque o tarjeta de débito/crédito. Cheques se deveran hacer a nombre de Wendy Chaney.

**Honorarios-** Para los clients de seguros, hay una tarifa de “No presentarse” y de “cancelación tarde” de \$50.00 que se cobrará si usted no llama dentro de las 24 horas de su/la cita. Entiendo que habrá emergencias o situaciones donde no podrá llamar en ese tiempo asignado, y cada caso se considerará.

**Beneficios y Consecuencias de la Psicoterapia-** asesoramiento le ayudará a tener un estilo de vida más saludable para usted. Pondrá en evidencia las emociones honestas y pensamientos que pueden ser difícil sentir o abordar, pero el cambio requiere que usted sea honesto consigo mismo y tenga valor. Tratamiento no siempre tiene éxito. Para los de pareja o en terapia de pareja, las investigaci3ns muestran que existe una mayor posibilidad de divorcio si solo uno/a de la pareja esta asistiendo a terapia.

Si tiene alguna pregunta sobre el contenido de este document, Porfavor consulte a su terapeuta.

**GATEWAY CHILDREN'S MENTAL HEALTH SERVICES**  
**2406A N. MAIN STREET, ANDERSON, SC 29621**

**AUTORIZACIÓN DE PAGOS Y SEGUROS / ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Es política de esta oficina que todos los pagos por servicios de asesoramiento se realicen en el momento de su visita, y en algunos casos hecha después de los servicios. El pago de los servicios es obligatorio independientemente de quién trae al niño para ser visto. La parte responsable es el tutor legal del niño.

• Inicial \_\_\_\_\_ (para clientes de Medicaid) Entiendo y acepto que si Medicaid se niega a pagar para los servicios de mi hijo o solicita el pago de servicios pagados (recuperación), entonces lo haré ser responsable de esas tarifas.

• Inicial \_\_\_\_\_ (para clientes de Medicaid) Entiendo y acepto que si Medicaid aparece en su sistema y un seguro bajo el cual mi hijo estaba o actualmente está bajo, necesito proporcionar ese seguro información a Gateway. Medicaid debería entonces pagar por los servicios. Si no brindo el seguro información, tendré que pagar una tarifa de auto-pago de \$ 100 por evaluación y \$ 75 por hora de terapia.

• Inicial \_\_\_\_\_ (para todos los clientes) Si tengo que pagar la tarifa de pago personal, entiendo que los precios están sujetos para cambiar y acusar recibo de las siguientes tarifas de auto pago, si mi hijo no tiene Beneficios de Medicaid o no puede usar sus beneficios de Medicaid: admisión / visita inicial \$ 100, visitas de seguimiento \$ 75. Y si paga con cheque personal, si el cheque no borra el banco correctamente y se le cobra una tarifa incurridos, entonces la tarifa que se le cobra será de \$ 35 y deberá pagarse antes de la próxima cita de su hijo comienzo.

Firma (requerida): \_\_\_\_\_ (tutor legal del cliente)

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

**GATEWAY CHILDREN'S MENTAL HEALTH SERVICES  
2406A N. MAIN STREET, ANDERSON, SC 29621**

**DECLARACIÓN DE REVELACIÓN PROFESIONAL  
Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Medicaid ID: \_\_\_\_\_

Entiendo que mi participación en terapias individuales, familiares o grupales es voluntaria. Yo puedo terminar la relación terapéutica en cualquier momento. Entiendo que toda la información compartida se guarda en estricta confidencialidad y se libera mediante mi permiso por escrito a personas o instituciones específicas por razones específicas, excepto en circunstancias especiales como se especifica en las Políticas. Estas las excepciones son obligatorias por el estatuto del estado.

He recibido y revisado con un terapeuta de Gateway el documento de Políticas de Office y entender su contenido Bajo sus términos, yo también reconozco que doy mi consentimiento a todo asesoramiento servicios proporcionados por cualquier consejero de Gateway, consejero asignado o reasignado. Buscaré tratamiento hasta el momento en que se cumplan los objetivos del tratamiento u otras razones para la finalización de los servicios han sido especificados Entiendo que la psicoterapia es una relación mutua, que puede ser terminado por cualquiera de las partes por razones específicas.

Todos los que participan en la terapia debe firmar este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

**GATEWAY CHILDREN'S MENTAL HEALTH SERVICES  
2406A N. MAIN STREET, ANDERSON, SC 29621**

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

Estoy completando este formulario para permitir el uso y el intercambio de información de salud protegida.

Nombre del cliente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Autorizo a Gateway para facturar los servicios a Medicaid.

Autorizo ( terapeuta ) \_\_\_\_\_ utilizar o divulgar la información que puede incluir la educación , los datos psicológicos, psiquiátricos , médicos y sociales que podría ser útil en la evaluación y tratamiento del cliente y para este fin.

A/ DE:

Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono / Dirección / Fax: \_\_\_\_\_

INCIALES & FECHA por debajo de lo que se apruebe para ser recibidos o enviados a los lugares de la lista anterior

_____	Notas de Psicoterapia	_____	Receive	_____	Send
_____	Historial Médico	_____	Receive	_____	Send
_____	Correspondencia	_____	Receive	_____	Send:
_____	Otro	_____	Receive	_____	Send

Otra explicación: \_\_\_\_\_

Entiendo que mis archivos son protegidos según los Reglamentos de Confidencialidad federales y no pueden ser revelados sin mi consentimiento por escrito a menos que por otra parte no asegurado en las Normas. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento excepto hasta el punto de que la acción ha sido tomada en la confianza en él y que pase lo que pase este consentimiento expiró automáticamente como descrito abajo.

Esta autorización será continua a menos que un margen de tiempo sea especificado. La especificación de la fecha, acontecimiento o condición sobre la cual este consentimiento expira: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Relación con cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Relación con cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Terapeuta

\_\_\_\_\_  
Fecha