

**GATEWAY CHILDREN'S MENTAL HEALTH SERVICES
515A WEST BUTLER RD, GREENVILLE, SC 29607**

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
515A WEST BUTLER RD, GREENVILLE, SC 29607**

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 sustancia? _____

Si usted ha usado o usa actualmente alguna de las sustancias 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
515A WEST BUTLER RD, GREENVILLE, SC 29607**

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 vulneración 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 investigaci3n 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
515A WEST BUTLER RD, GREENVILLE, SC 29607

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
515A WEST BUTLER RD, GREENVILLE, SC 29607**

**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
515A WEST BUTLER RD, GREENVILLE, SC 29607**

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