



Comprehensive Assessment Center
Psychological Evaluations, Consultations, and Interventions

6625 Miami Lakes Drive, Suite 328 ❖ Miami Lakes, FL 33014 ❖ Tel: 305-779-8565 ❖ Fax: 305-779-8564

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tel. Domicilio: (____) _____ Tel. Trabajo: (____) _____

Pager: (____) _____ Tel. Celular: (____) _____

El mejor número para localizarlo? (____) _____ Podemos dejarle un mensaje? Si ___ No ___

Número de Seguridad Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: ___ Sexo ___

Quien lo refirió? _____ Podemos darle las gracias por la remisión? ___ Si ___ No

Si se puede, nota la dirección _____

Lugar de Nacimiento: _____ Estado Civil: (Casado) (Soltero) (Divorciado) (Viudo)
(Cohabitanes)

Empleador: _____ Ocupación: _____

Nombre de Esposa/Pareja: _____ Ocupación: _____

Ha informado a su esposa/pareja que usted esta concurrendo a psicoterapia? Si ___ No ___

Referido por: _____ Es esta la primera vez que concurre a terapia? Si ___ No ___

Problema(s) Presentado(s): _____

Describa brevemente que lo llevó a solicitar servicios terapéuticos al presente. Identifique información desencadenante e histórica: _____

Historia de su Desarrollo

Desde su recuerdo, como describiría usted su temprana infancia? Estable ___ Inestable ___ Por favor explíquese: _____

Identifique quien le fue la persona que le brindó los cuidados primarios y describa su relación con dicha persona? _____

De niño, usted sufrió alguna forma de abuso? Físico:___ Sexual: ___ Negligencia: _____
Si ha respondido afirmativamente, por favor explíquese: _____

Salud en su Infancia: _____ Excelente:_____ Buena: _____ Escasa: Si ha respondido escasa, por favor explíquese: _____

Si usted emigró de otro país, por favor identifique su país de origen, y que edad tenía usted cuando llegó a Estados Unidos? _____

Rendimiento académico: Excelente ___ Promedio ___ Pobre ___ Si respondió pobre, explique por que? _____

Grado académico mas alto obtenido?_____ Religión primaria en la que fue educado? _____

Historia Familiar

Madre: _____ Vive ___ Falleció ___ Edad _____

Dirección: _____ Ocupación(es): _____

Padre: _____ Vive ___ Fallecido ___ Edad _____

Dirección: _____ Ocupación(es): _____

Número de años que sus padres están o han estado casados? _____ Si están divorciados, que edad tenía usted cuando se divorciaron? _____

Otras personas que viven en su hogar?

Nombre	Edad	Grado/Ocupación	Relación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Historia Matrimonial

Es este su primer matrimonio? Si ___ No ___ Años de matrimonio? ___ N/A ___

Brevemente describa la relación con su esposa/o: _____

Fechas de matrimonios previos (Si los hay): _____

Tiene usted hijos de su actual o previos matrimonios? Si ___ No ___ En caso de haber respondido afirmativamente, escriba sus nombres y edades:

Historia Médica

Altura ___ Peso ___ Por favor haga una lista de las enfermedades y/o accidentes padecidos y las fechas correspondientes en que ocurrieron: _____

Operaciones mayores y fechas de las mismas: _____ Hospitalización
(es): No ___ Si ___ Si respondió afirmativamente, escriba las fechas y

Motivo de las mismas: _____

Alergias? _____

Medicación Actual: _____

Fecha de su último Evaluación Médica: _____ Resultados: _____

Realiza usted alguna actividad física? Sí ___ No ___ Explíquese: _____

Salud Mental

Previa psicoterapia sin internación? No ___ Si ___ Si respondió en forma afirmativa, escriba las fechas de las mismas _____

Nombre de los anteriores profesionales que le atendieron: _____

Tratamiento psiquiátrico previo? Si ___ No ___ Si respondió afirmativamente escriba las fechas de los mismos _____

Que tipo de servicio recibió? Interno (ambulatorio) _____ Externo ___

Si recibió tratamiento ambulatorio, fue usted hospitalizado? Yes ___ No ___

Está usted actualmente bajo supervisión de psiquiatra? Si ___ No ___ Si respondió afirmativamente, indique el nombre del médico psiquiatra, la información de contacto y la medicación psiquiátrica que se le prescribió.

Dr. _____ Tel. _____ Medicación: _____

Existen antecedentes en su familia de enfermedad mental? Si ___ No ___ Si respondió afirmativamente por favor explíquese: _____

En caso de emergencia, a quien se debe contactar? _____

Consumo de Substancias

Ha fumado alguna vez? _____ Si respondió afirmativamente a que edad comenzó a fumar?

Actualmente fuma? Si ___ No ___ Si respondió afirmativamente, cuantos cigarrillos fuma a diario?

Frecuencia habitual: a diario _____ por semana _____ por mes _____

Motivos por los que fuma: social ___ recreacional ___ adicción ___ no fuma ___ Alguna vez trató de dejar de fumar? Si ___ No ___ Si respondió afirmativamente, fue por usted mismo o con ayuda de medicación?

Tuvo éxito? Si ___ No ___ Por favor explíquese _____

Por favor indique que condiciones médicas padece que resulten de su hábito de fumar _____

Consumo de Alcohol

Alguna vez ha consumido usted alcohol? Si ___ No ___ Si respondió afirmativamente, a que edad comenzó a beber? _____

Actualmente consume bebidas alcohólicas? Si ___ No ___ Si respondió afirmativamente, cuantos vasos por día consume? _____

Frecuencia corriente: a diario ___ por semana ___ por mes _____

Motivos por los que bebe: social ___ recreacional ___ adicción ___ no bebe ___ Alguna vez trató de dejar la bebida? Si ___ No ___ Si respondió afirmativamente, fue por usted mismo, o con ayuda externa?

Ha necesitado tratamiento para su problema de alcoholismo? Si ___ No ___ Si respondió afirmativamente, indique en que fechas y donde _____

Consumo de Drogas

Alguna vez ha consumido drogas? Si ___ No ___ Si respondió afirmativamente, indique que clase de drogas ha utilizado y en que fechas _____

Frecuentemente, usted consume drogas? Si ___ No ___ Si respondió afirmativamente, cual es la droga que usted consume habitualmente? _____

Edad en que comenzó a consumir drogas? _____

Frecuencia corriente: a diario ___ por semana ___ por mes _____

Motivos por los que consume drogas: social ___ recreacional ___ adicción ___ no consume drogas.

___ Alguna vez ha tratado de abandonar el consumo? Si ___ No ___ Si respondió afirmativamente, fue por

usted mismo o con ayuda externa? _____ Ha necesitado tratamiento por su consumo de drogas? Si ___ No ___ Si respondió afirmativamente, indique en que fecha(s) y donde:

Evaluación de riesgo de Suicidio

Historia de pensamientos, o ideas suicidas: No ___ Si ___ Si respondió afirmativamente indique fecha(s):

_____ Historia de amenazas de suicidio: No ___ Si ___ Si respondió afirmativamente, indique fecha(s)

_____ Acto(s) y/o Intento(s) de suicidio: No ___ Si ___ Si respondió afirmativamente indique fecha(s) y explíquese: _____

Violencia y Agresividad

Historia de ideas suicidas: Si ___ No ___ Si respondió afirmativamente indique fecha(s) _____

Historia de ideas homicidas: Si ___ No ___ Si respondió afirmativamente indique fecha(s) _____

Historia de acoso sexual: Si ___ No ___ Si respondió afirmativamente, indique fecha(s) _____

_____ Historia de auto-agresiones: Si ___ No ___ Si respondió afirmativamente indique fecha(s) y explique como lo hizo _____

Destrucción de propiedad pero sin daño físico de personas: Si ___ No ___ Si respondió afirmativamente indique fecha(s) y explique _____

_____ Antecedentes de crueldad con animales: Si ___ No ___ Antecedentes de enuresis nocturna (orinarse mientras dormía): Si ___ No ___ Si respondió afirmativamente, indique con que frecuencia y hasta edad? _____

Episodios de Furia Ciega: Si ___ No ___ Si respondió afirmativamente indique fecha(s) y explíquese

Historia de arrestos: Si ___ No ___ Si respondió afirmativamente, indique fecha(s) y explique _____

Historia de encarcelamientos: Si ___ No ___ Si respondió afirmativamente indique fecha(s) y explique

Consentimiento de Tratamiento

Yo voluntariamente me comprometo y doy consentimiento a recibir tratamiento psicoterapéutico de Tania Diaz, Psy.D. para mí mismo y/o miembros de mi familia.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en imprenta: _____ Relación (de no ser el paciente) _____

Responsabilidad de Pago del Paciente

Yo habiendo discutido la responsabilidad por el pago del tratamiento, asumo la total responsabilidad financiera por mí mismo y/o miembros de mi familia. Yo soy el responsable de cumplir con los costos de deducible, co-pago, así como con los costos de aquellos servicios de tratamiento que no estén cubiertos por mi seguro médico. En la eventualidad de que mi seguro se negara a cubrir los costos por los servicios, yo acepto la responsabilidad del pago con prontitud de cualquier tratamiento y servicio suministrado a mi persona y/o a miembros de mi familia. Adicionalmente, si mi compañía de seguro médico me enviara en forma directa el importe correspondiente al pago por los servicios recibidos, yo, en forma inmediata (con un plazo máximo de 5 días) haré efectivo dicho pago a la Dra. Tania Díaz.

Habiendo sido agendada una cita exclusiva para mi y/o miembros de mi familia, quedo en conocimiento de que en el caso de imposibilidad de asistir a la cita concertada, deberé comunicarlo con 24 horas de antelación. En la eventualidad de no cumplir con las 24 horas de antelación mencionadas, será mi responsabilidad, hacer efectivo el pago de honorarios por valor de \$70.00, por dicha cita fijada que no fuera cancelada.

Así mismo, quedo en conocimiento que los cargos por otros servicios profesionales recibidos serán agregados a los cargos de mi cuenta. (Teléfono, contactos, horario de corte, etc.)

Firma: _____ Fecha: _____

Firma Registrada

Amablemente acepte una fotocopia de esta autorización como si fuera la autorización original. Yo autorizo que se pueda divulgar información médica o referente a pagos requerida para procesar mis reclamos y/o los reclamos de miembros de mi familia así como otros reclamos relacionados..

Firma: _____ Fecha: _____

Acuerdo de Asignación de Beneficios

Yo, por la presente autorizo se paguen los beneficios del seguro en forma directa a la Dra Tania Diaz Psy.D., o por mi intermedio, por el valor equivalente a la totalidad de los servicios profesionales.,

Firma _____ Fecha: _____

Política de no cancelación, citas perdidas, no presentarse a la cita

Comprehensive Assessment Center, Inc. es un grupo de profesionales dedicados cuya misión es asegurar que cada uno de nuestros clientes alcance su máximo potencial. En un esfuerzo por alcanzar las metas terapéuticas, le pedimos que se comprometa a cumplir con sus citas. Si por alguna razón Ud. no pudiera atender a su cita le pedimos que notifique a la oficina con un mínimo de 24 horas antes de la fecha fijada para su cita. Esta política es necesaria para asegurar un adecuado funcionamiento de la oficina.

Si Ud. fallara en notificar a la oficina dentro de las 24 horas de su cita, Ud. será responsable de pagar \$50 por costo de cancelación. Esta cifra es solo un mínimo cargo que hemos fijado por citas perdidas, no presentarse a las citas o por no cancelar a tiempo su cita. Nosotros no podemos cobrar a su seguro medico por citas que han sido perdidas de manera que Ud. será responsable de este pago.

Yo _____ autorizo a “Comprehensive Assessment Center, Inc” a cobrar a mi tarjeta de crédito la cantidad de \$50 en el caso de que yo no llame para cancelar mi cita 24 horas antes de la cita establecida o sin aviso previo.

INFORMACION DE LA TARJETA DE CREDITO:

Número de Tarjeta de Crédito

Fecha de Expiración: ____/____ Código VID: _____

Dirección

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ - _____

País: (si no es USA) _____

Teléfono: _____ - _____ - _____

Como dueño de esta tarjeta, autorizo por la presente esta transacción.

Firma _____ Fecha: ____/____/____

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DESEMİNAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Cuando yo le examino, diagnóstico, trato o le refiero obtengo aquello a lo que la ley se refiere como Información Médica Protegida (PHI por sus siglas en Inglés). Yo necesito esta información para decidir cual es el mejor tratamiento para usted y para proveer dicho tratamiento. Además puedo compartir esta información con otros que le proveen tratamiento, aquellos que puedan necesitarla para coordinar el pago de su tratamiento y en otros asuntos administrativos o gubernamentales. Al firmar este documento usted me está dando su consentimiento para el uso de su información en mi oficina y para compartirla según sea necesario. **Si usted no firma este formulario de consentimiento afirmando su acuerdo con lo estipulado en el Aviso de Prácticas de Privacidad, yo no puedo proveer su tratamiento.** En el futuro yo puedo variar como uso y comparto su información, al igual que el Aviso de Prácticas de Privacidad puede cambiar. Si yo elijo cambiar la forma en que uso su información usted puede obtener una copia de la nueva práctica llamándome al 305-779-8565. Si a usted le preocupa parte de su Información, usted tiene el derecho de pedirme que no use o comparta dicha información para efectos de su tratamiento o para obtener el pago por dicho tratamiento o en otros asuntos administrativos. Usted tendrá que pedirme esto por escrito. Aunque no me encuentro obligada a aceptar estas limitaciones trataré de respetar sus deseos. En el caso de que yo le participe mi acuerdo con su solicitud me comprometo a acatar sus deseos.

Confidencialidad

La información que Ud. comparte conmigo, tanto escrita (cuestionarios de admisión) como verbalmente, es parte de la “Información de salud protegida” y es considerada confidencial. Yo no compartiré esta información con nadie, incluyendo a ningún familiar suyo o proveedor médico sin su autorización escrita. Si Ud. es menor de edad, sus padres tienen el derecho legal a tener acceso a la información que nosotros compartimos en sesión. Yo analizaré con cada cliente menor de edad y sus padres/ guardianes legales las expectativas de intercambio de información entre padres/ hijos, terapeuta/ menor, y terapeuta/ padres según su situación particular. Es importante que Ud. comprenda las limitaciones legales relacionadas con la confidencialidad que incluyen pero no se limitan a:

1. Cuando las personas expresan intención de hacerse daño a sí mismos o a otras personas, el terapeuta deberá quebrar dicha confidencialidad para asegurar la salud y la seguridad de todos los involucrados.
2. Los terapeutas deben, por ley, reportar toda información documentando abuso o negligencia hacia un niño o anciano a las autoridades del estado pertinentes.
3. Cuando un juez ordena que la información sea divulgada, yo no puedo garantizar que la apelación sea confirmada, pero sí hare todo lo que esté a mi alcance para no divulgar su información confidencial.
4. EL Acta Patriot de 2001 requiere en determinadas circunstancias que yo provea sus documentos, papeles, archivo a agentes federales de la ley cuando ellos los requieran y prohíbe que yo divulgue a mi cliente que el FBI este buscando u obteniendo estos documentos bajo este Acta.
5. Yo divulgaré su información protegida de salud cuando Ud. lo autorice firmando una Autorización para divulgar la información. Solo yo, su terapeuta, y/o la Dra. Tania Díaz tienen acceso a su información. Los asistentes de la administración solo tienen acceso a la

parte administrativa de su record, como su información o historia de pago y no sus reportes o notas medicas.

Renuncia a derecho de cita judicial

De manera de protegerlo a Ud. y la información que Ud. y/o su hijo/s me provee durante nuestras sesiones le pido a cada cliente que renuncien a su derecho de llamarme como testigo para la corte por cualquier razón. La comunicación que UD. / su hijo/s proveen durante las sesiones es considerada privilegiada y confidencial. Si Ud. anticipa la necesidad de que yo como su terapeuta me envuelva en alguna actividad con la corte, yo la referiré con gusto a otro profesional que se ajuste mejor a sus necesidades.

El cliente que firma aquí ha leído, discutido y comprende este acuerdo y políticas expresadas.

Nombre

Firma

Anuncio de acuerdo de no participar en los foros legales

Este formulario es un acuerdo entre usted, _____ y yo,

(Nombre del cliente)

_____. Cuando utilizo la palabra "Ud." abajo, hablamos de su hijo, pariente

(Nombre del médico)

u otra persona cuyo nombre aparezca aquí _____.

Al examinar, diagnosticar, tratar o derivarlo a otro profesional, proporciono servicios relacionados con la evaluación psicológica o el tratamiento. No voy a servir como su representante en ningún asunto legal que pueda surgir, ni apareceré en la Corte para representarlo a usted o a su tutor o guardia legal. Las conclusiones de la evaluación o el tratamiento pueden ser proporcionados, independiente de mi comparecencia en la Corte.

Al firmar este formulario usted acuerda con lo aquí mencionado. Por favor lea esto antes de firmar este formulario de consentimiento.

Si Ud. no está de acuerdo y no firma este formulario de consentimiento acordando que no participe en los foros legales, no puedo tratarlo.

Firma de cliente o su representante personal

____/____/____
Fecha

Nombre impreso de cliente o representante personal cliente

Relación con el

Firma del representante autorizado de esta práctica

Fecha notificación de prácticas de privacidad se le dio al representante personal de padre de cliente ____/____/____