

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

Jonadab S. Franco, LCSW, LISW-CP
21st Century Counseling, PLLC
Formulario de admisión del cliente

Por favor complete toda la información en este formulario y llévela a la primera cita. Puede parecer largo, pero la mayoría de las preguntas requieren sólo un cheque, por lo que irá rápidamente. Es posible que tenga que preguntar a los miembros de la familia sobre la historia familiar. ¡Gracias!

Nombre del paciente: _____

Nombre del padre o tutor del paciente (si es menor de 18 años):

****Las siguientes preguntas son en referencia al paciente
(no del padre o tutor del paciente)****

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Estado civil: Soltero / Nunca casado Casado Divorciado Separado

Viuda Pareja Doméstica

Por favor enumere los niños y las edades:

Dirección de casa:

(Número de calle)

(Ciudad (*): Estado (*): Código postal)

Teléfono de la casa: _____ sí no

(está bien dejar un mensaje / texto)

Celular / Otro Teléfono: _____ sí no

(Autorización para dejar un mensaje / texto)

Correo electrónico: _____ sí no

* Su dirección de correo electrónico también se usará para crear una cuenta de portal de paciente

* (bien para enviar un mensaje por correo electrónico)

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

¿Cómo se enteró de Jonadab S. Franco, LCSW, LISW-CP: _____

Referido por (si hay):

Información de Contacto en caso de Emergencia:

(Nombre) (Relación) (Teléfono #)

¿Ha recibido previamente algún tipo de servicios de salud mental, tales como servicios de consejería o psiquiátricos: sí no

En caso afirmativo:

(Nombre) (Teléfono)

¿Cuáles son los problemas para los que está buscando ayuda para usted o su hijo (a)?

1. _____

2. _____

3. _____

¿Cuáles son sus metas de tratamiento? ¿Qué quiere que la terapia logre?

Antecedentes de la familia y la historia de la niñez

Por favor, liste todas las condiciones médicas (físicas y mentales) que existen dentro de su familia, así como el miembro de la familia con la condición:

¿Hay antecedentes de abuso de drogas / alcohol y adicción en su familia? En caso afirmativo, sírvase describir:

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

¿Hay algún historial de suicidio en su familia? Si es así, escriba:

¿Tienes hermanos? Si es así, por favor, haga una lista con las edades, identifíquela como hermano o hermana (no liste nombres):

¿A quién recurrir para obtener apoyo en su familia?

¿Fue adoptado? Sí No ¿Dónde creció? _____

Enumere a sus hermanos y sus edades:

¿Cuál es el nombre de tu padre?

¿Cuál es la ocupación de tu padre?

¿Cuál es el nombre de tu madre?

¿Cuál era la ocupación de tu madre?

¿Se divorciaron tus padres? Sí No

Si es así, ¿cuántos años tenía cuando se divorciaron?

Si sus padres se divorciaron, ¿con quién vivía?

Describa su padre y su relación con él:

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

Describa su madre y su relación con ella:

¿Cuántos años tenías cuando saliste de casa?

¿Ha muerto alguien en su familia inmediata?

¿Quién y cuándo?

Historia del desarrollo

¿Su madre tuvo un embarazo difícil con usted? sí no

En caso afirmativo, explíquelo porfavor:

¿Nació prematuro o a término? Si es prematuro, informe cuántas semanas: _____

¿Cómo fue tu nacimiento? Normal / Vaginal C-Sección Fémur o otro:

¿Ha tenido el niño algún problema con alguno de los siguientes?

Sonriendo sí no. En caso afirmativo, explíquelo porfavor:

Sentarse sí no. En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

Caminar sí no. En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

Hablando sí no. En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

Entrenamiento para el baño sí no. En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

Humedecer en la cama sí no. En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

Salud y Medicina

¿Tiene actualmente un médico de cabecera? sí no

Si es así, ¿quién es? _____

¿Actualmente está viendo más de un especialista en salud? sí no

En caso afirmativo, sírvase enumerar:

¿Cuándo fue su último examen físico? _____

Sírvase enumerar cualquier síntoma físico persistente o problemas de salud (por ejemplo, dolor crónico, dolores de cabeza, hipertensión, diabetes, etc. .:

Enumere TODOS los medicamentos recetados actuales y con qué frecuencia los toma: (si ninguno, escriba ninguno)

Nombre del Medicamento | Cantidad total | Dosis diaria | Fecha estimada de inicio

Medicamentos o suplementos sin receta:

¿Cómo describiría su salud física actual (marque una):

Poco Insatisfactorio Satisfactorio Bueno Excelente

Alergias _____ Peso Actual _____ Altura _____

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

Sírvase enumerar las condiciones médicas actuales:

¿Está usted teniendo algún problema con su sueño o patrones de alimentación (si es así, por favor describa):

Por favor, compruebe en la siguiente lista cualquier artículo que ha experimentado recientemente:

- Pérdida de interés en actividades previamente disfrutadas
- Tristeza abrumadora
- Llanto frecuente o llanto
- Sin esperanza
- Ansiedad abrumadora, pánico o preocupación
- Quejas físicas frecuentes (dolores de cabeza, dolor de estómago, etc.)
- Cambio significativo en el peso
- Problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido por la noche
- Hiperactividad o a menudo actúan sin considerar alternativas
- Negativa a seguir reglas o instrucciones, incluso cuando la solicitud es razonable
- Comportamiento negativo hacia compañeros
- Conductas negativas hacia la figura de autoridad de un adulto
- Aumentar los comportamientos de riesgo
- Patrones de pensamiento de carreras o desorganizados
- Pensamientos de suicidio
- Irritabilidad o enojo
- Cambios de humor
- Mutilación propia
- Sobre indulgencia en alcohol, drogas recreativas o actividad sexual

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

Uso de sustancias

¿Alguna vez ha sido tratado por abuso de alcohol o drogas? Sí No

**** Si es NO, salte al encabezado de historial de trauma ****

En caso afirmativo, ¿para qué sustancias?

En caso afirmativo, ¿dónde fue tratado y cuándo?

¿Cuántos días a la semana bebe alcohol? _____

¿Cuál es el menor número de bebidas que vas a beber en un día? _____

¿Cuál es la mayor cantidad de bebidas que vas a beber en un día? _____

En los últimos tres meses, ¿cuál es la mayor cantidad de bebidas alcohólicas que ha consumido en un día? unesdoc.unesco.org unesdoc.unesco.org

¿Alguna vez ha sentido que debería reducir su consumo de alcohol o drogas? Sí No

¿Le ha molestado la gente criticando su consumo de alcohol o drogas? Sí No

¿Alguna vez se sintió mal o culpable por su consumo de alcohol o drogas? Sí No

¿Alguna vez tomó una bebida o usó drogas a primera hora de la mañana para estabilizar sus nervios o para deshacerse de una

¿resaca? Sí No

¿Cree que puede tener un problema con el consumo de alcohol o drogas? Sí No

¿Ha utilizado alguna droga de la calle en los últimos 3 meses? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuáles?

¿Alguna vez ha abusado de medicamentos recetados? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuáles y por cuánto tiempo?

Círcule si alguna vez has probado lo siguiente:

Metanfetamina

Cocaína

Estimulantes (píldoras)

Heroína

LSD o alucinógenos

Marijuana

Analgésicos (no según lo prescrito)

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

- Metadona
- Tranquilizador / pastillas para dormir
- Alcohol
- Éxtasis
- Otros _____

¿Cuántas bebidas con cafeína usted bebe al día? Café _____ Sodas _____ Té _____

Historia del uso de tabaco

¿Cómo fumaste cigarrillos? Sí No

¿Actualmente? Sí No ¿Cuántos paquetes por día en promedio? _____ ¿Cuántos años? _____

¿En el pasado? Sí No ¿Cuántos años fumó? _____ ¿Cuándo renunció? _____

Pipe, cigarros, o tabaco de mascar: ¿Actualmente? Sí No En el pasado? Sí No

¿Que tipo? _____ ¿Con qué frecuencia por día en promedio? _____ ¿Cuántos años? _____

Unesdoc.unesco.org unesdoc.unesco.org

Historia de Trauma

¿Tiene antecedentes de abusos emocionales, sexuales, físicos o por descuido? Sí No

Por favor, describa cuándo, dónde y por quién:

Información Religiosa / Espiritual

¿Te consideras religioso? no sí

Si es así, ¿cuál es su fe? _____

Si no, ¿te consideras espiritual? no sí

¿Considera que su participación es útil durante esta enfermedad, o la participación hace que las cosas sean más difíciles o estresantes para usted? más útil estresante

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

Historia educacional

¿El grado más alto completado? _____ ¿Dónde? _____

¿En qué grado estás actualmente? _____ Nombre de escuela: _____

¿Tuvo que repetir un grado? sí no. En caso afirmativo, ¿qué grado repitió?

¿Tiene actualmente un plan educativo individualizado, IEP o un plan 504? sí no

¿Alguna vez tuvo un Plan Educativo Individualizado (IEP) cuando asistió a la escuela?

sí no

¿Alguna vez has tenido clases especiales? sí no. En caso afirmativo, explíquelo por favor:

¿Mostró algún problema de conducta o comportamiento cuando asistió a la escuela? sí no.

En caso afirmativo, explique el problema de los comportamientos que tuvo en el contexto educativo:

¿Asistió a la universidad? _____ ¿Dónde? _____ ¿Mayor?

Unesdoc.unesco.org unesdoc.unesco.org

¿Cuál es su nivel educativo más alto o grado alcanzado?

Ocupacional y Social

¿Está actualmente: Trabajando Estudiante Desempleado Discapacitado Jubilado

Si está trabajando cual es su ocupación actual:

¿Disfrutas tu profesión actual? sí no

Si no lo que cambiaría: _____

Por favor enumere cualquier problema legal actual en este momento, en su caso:

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

¿Qué tipo de actividades o estrategias de afrontamiento usas cuando estás estresado o abrumado?

¿Cuáles son tus puntos fuertes como persona?

Describe brevemente lo que le ha traído a la terapia en este momento y qué objetivos le gustaría lograr durante la terapia.

¿Hay algo más que usted quisiera que supiéramos?

Contacto de Emergencia _____ Teléfono _____

Firma y fecha de hoy: _____

Firma del tutor (si es menor de 18 años)

**Por favor devolver el Formulario de Ingreso de Cliente completado a:
Jonadab S. Franco, MSW, LCSW, LISW-CP en 304 E Greene Street, Rockingham, NC 28379 para el
momento de la evaluación o cita inicial.**

Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas)

Por favor, ponga una cruz en el cuadro que usted cree que corresponde a cada una de las preguntas: No es cierto, Un tanto cierto, Absolutamente cierto. Nos sería de gran ayuda si respondiese a todas las preguntas lo mejor que pudiera, aunque no esté completamente seguro/a de la respuesta, o le parezca una pregunta rara. Por favor, responda a las preguntas basándose en el comportamiento del niño/a durante los últimos seis meses o durante el presente curso escolar.

Nombre del niño/a Varón/Mujer

Fecha de nacimiento

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está continuamente moviéndose y es revoltoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general cae bien a los otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trata bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo miente o engaña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los otros niños/as se meten con él/ella o se burlan de él/ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños/as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piensa las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termina lo que empieza, tiene buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma Fecha

Madre/padre/maestro/otros (indique, por favor:)

Muchas gracias por su ayuda

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

Treatment Plan Signature Page
(Página de firma del plan de tratamiento)

I have participated in the development of the Service/treatment Plan and I agree with the plan. I am also aware of how I may obtain a copy of this plan.

(He participado en el desarrollo del Plan de Servicio / Tratamiento y estoy de acuerdo con el plan. También estoy al tanto de cómo puedo obtener una copia de este plan.)

Client's signature (*Firma del cliente*)

Date (*Fecha*)

Signature of parent or guardian if under 18 years old
(*Firma del padre o tutor si es menor de 18 años*)

Date (*Fecha*)

Signature of the therapist
(*Firma del terapeuta*)

Date (*Fecha*)

Consumer Name: _____ Date of Birth: _____

Insurance Number: _____ Medical Record #: _____

21st Century Counseling, PLLC

Jonadab S. Franco, MSW, LCSW, LISW-CP
Individual, Couple, and Family Counseling
304 E Greene Street, Rockingham, NC 28379

Phone: (910) 817-9181
Fax/phone: (833) 909-9090
www.21stcenturycounseling.com

Por favor ponga sus iniciales en cada sección y firme a continuación para indicar el reconocimiento y la autorización
Nota: El representante legal debe iniciar y firmar la autorización en lugar de un menor de edad o paciente. La prueba de custodia puede ser solicitada por el psicoterapeuta y formará parte del expediente del paciente.

_____ **Póliza de pago del paciente**

He leído y comprendido la póliza de pago del paciente de 21st Century Counseling, PLLC y estoy de acuerdo en pagar el tratamiento que recibí para mí / el paciente.

_____ **Aviso de Prácticas de Privacidad**

Entiendo que 21st Century Counseling, PLLC utilizará y divulgará mi información de salud / la del paciente para fines de tratamiento, pagos y operaciones de atención médica, según lo permita la ley. Se puede encontrar más información en el Aviso de prácticas de privacidad, que se me ha ofrecido.

_____ **Asignación de beneficios del seguro**

Autorizo el pago de beneficios de salud mental a 21st Century Counseling, PLLC, y por este medio cedo a 21st Century Counseling, PLLC y a los profesionales involucrados en mi / los pacientes, todos los derechos y reclamos de reembolso bajo cualquier póliza de seguro de salud privado, Medicare, Medicaid o cualquier otro programa que yo identifique, cuyos beneficios puedan estar disponibles para pagar los servicios que se me brindaron a mí / al paciente.

_____ **Consentimiento para tratar**

Yo, el paciente o el representante legal del paciente, otorgo permiso a 21st Century Counseling, PLLC y sus representantes autorizados para realizar exámenes / tratamientos que se consideren necesarios o aconsejables para el diagnóstico y el tratamiento. **Entiendo que tengo derecho a rechazar el tratamiento en cualquier momento, ya sea verbalmente o por escrito.** No inicie esta sección si desea rechazar el tratamiento en este momento.

_____ **Derechos y responsabilidades del paciente**

Entiendo que tengo el derecho y la responsabilidad de participar en mi / cuidado y tratamiento del paciente. Entiendo que tengo derecho a ser informado sobre el tratamiento recomendado y la responsabilidad de hacer preguntas si no lo entiendo. Estoy de acuerdo en proporcionar información precisa y completa sobre mi / el historial de salud del paciente y la presentación de la queja, para acordar un plan de tratamiento y seguir ese plan. Entiendo que los proveedores de psicoterapia de 21 Century Counseling, PLLC me tratarán con respeto y acepto hacer lo mismo por ellos.

_____ **Consentimiento para que el proveedor busque servicios de emergencia médica (911)**

Entiendo que el personal de 21st Century Counseling se comunicará con los servicios de emergencia o con el 911 en caso de que el paciente o el representante legal del paciente experimente una emergencia que ponga en peligro la vida.

_____ **Terminación de servicios**

Si no tengo contacto o comunicación con usted durante un período de 30 días, asumiré que ya no tiene la intención de permanecer activo en esta relación terapéutica y su caso se cerrará. Puede volver a la terapia en el futuro si decide continuar con el tratamiento.

Firma del paciente / tutor legal: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

21st Century Counseling, PLLC

Autorización para Uso y Divulgación de Información Protegida de Salud

Este formulario de autorización implementa los requisitos para la autorización del cliente para usar y divulgar información de salud protegida por la ley federal de privacidad de salud (45 CFR Partes 160, 164), la ley federal de confidencialidad de drogas y alcohol (42 CFR Parte 2) (NCGS 130A-143) y la ley de confidencialidad estatal que rige los servicios de salud mental, discapacidades del desarrollo y abuso de sustancias (GS 122 C).

Nombre del cliente: _____ Número de registro: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero de seguro: _____

Yo, _____, Autorizar a la persona clínica de 21st Century Counseling, PLLC a divulgar y / o a obtener de:

_____ la siguiente información:

[Insertar el nombre de la persona o el título de la persona u organización]

Descripción de la información a revelar

(El paciente o la persona legalmente responsable debe inicializar cada artículo para ser revelado)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación
<input type="checkbox"/> Diagnóstico
<input type="checkbox"/> Evaluación Psicosocial
<input type="checkbox"/> Notas de progreso / servicio
<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica
<input type="checkbox"/> Plan o resumen del tratamiento
<input type="checkbox"/> Actualización del tratamiento actual
<input type="checkbox"/> Información sobre la administración de medicamentos
<input type="checkbox"/> Presencia / Participación en el Tratamiento
<input type="checkbox"/> Información médica | <input type="checkbox"/> Información educacional
<input type="checkbox"/> Resumen de la descarga / transferencia
<input type="checkbox"/> Plan de cuidado continuo
<input type="checkbox"/> Progreso en el Tratamiento
<input type="checkbox"/> Información demográfica
<input type="checkbox"/> Notas de Psicoterapia*
(*No se puede combinar con ninguna otra autorización)
<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Otro _____ |
|--|---|

Propósito

El propósito de esta divulgación de información es mejorar la evaluación y la planificación del tratamiento, compartir información relevante para el tratamiento y, cuando sea apropiado, coordinar los servicios de tratamiento. Coordinación de las actividades de atención.

Si el propósito no es la coordinación de cuidado o someter la facturación a su seguro de los servicios proveídos, especifique: _____

Vencimiento

A menos que antes sea revocada, esta autorización expira será válida por 1 año o como se indica de otra manera: _____

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

Condiciones

También entiendo que 21st Century Counseling, PLLC no condiciona mi tratamiento sobre si doy autorización para la divulgación solicitada. Sin embargo, se me ha explicado que el no firmar esta autorización puede tener las siguientes consecuencias: El clínico no podrá coordinar la atención para el cliente. Esta acción puede tener un impacto negativo en el bienestar del cliente.

Forma de divulgación

A menos que haya solicitado específicamente por escrito que la divulgación se realice en cierto formato, nos reservamos el derecho de revelar la información permitida por esta autorización de cualquier manera que consideremos apropiada y consistente con la ley aplicable, incluyendo pero no limitado a , Verbalmente, en formato de papel o electrónicamente.

Redisclosure

Una vez que se divulgue la información de conformidad con esta autorización firmada, entiendo que la ley federal de privacidad (45 C.F.R. partes 160 y 164) que protege la información de salud puede no aplicarse al destinatario de la información y, por tanto, no puede prohibir que el destinatario la divulgue. Otras leyes, sin embargo, pueden prohibir la divulgación. Cuando divulguemos información sobre discapacidades mentales y de salud mental protegida por la ley estatal NCGS § 122C-53(c) o información sobre el tratamiento de abuso de sustancias protegida por la ley federal (42 CFR Parte 2), debemos informar al receptor de la información que la divulgación está prohibida, Por estas dos leyes.

Se me dará una copia de esta autorización para mis registros.

Firma del Paciente / Cliente Fecha

Firma del padre, tutor o persona legalmente responsable, si es necesario Fecha

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

21st Century Counseling, PLLC

Autorización para Uso y Divulgación de Información Protegida de Salud

Este formulario de autorización implementa los requisitos para la autorización del cliente para usar y divulgar información de salud protegida por la ley federal de privacidad de salud (45 CFR Partes 160, 164), la ley federal de confidencialidad de drogas y alcohol (42 CFR Parte 2) (NCGS 130A-143) y la ley de confidencialidad estatal que rige los servicios de salud mental, discapacidades del desarrollo y abuso de sustancias (GS 122 C).

Nombre del cliente: _____ Número de registro: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero de seguro: _____

Yo, _____, Autorizar a la persona clínica de 21st Century Counseling, PLLC a divulgar y / o a obtener de:

_____ la siguiente información:

[Insertar el nombre de la persona o el título de la persona u organización]

Descripción de la información a revelar

(El paciente o la persona legalmente responsable debe inicializar cada artículo para ser revelado)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación
<input type="checkbox"/> Diagnóstico
<input type="checkbox"/> Evaluación Psicosocial
<input type="checkbox"/> Notas de progreso / servicio
<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica
<input type="checkbox"/> Plan o resumen del tratamiento
<input type="checkbox"/> Actualización del tratamiento actual
<input type="checkbox"/> Información sobre la administración de medicamentos
<input type="checkbox"/> Presencia / Participación en el Tratamiento
<input type="checkbox"/> Información médica | <input type="checkbox"/> Información educacional
<input type="checkbox"/> Resumen de la descarga / transferencia
<input type="checkbox"/> Plan de cuidado continuo
<input type="checkbox"/> Progreso en el Tratamiento
<input type="checkbox"/> Información demográfica
<input type="checkbox"/> Notas de Psicoterapia*
(*No se puede combinar con ninguna otra autorización)
<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Otro _____ |
|--|---|

Propósito

El propósito de esta divulgación de información es mejorar la evaluación y la planificación del tratamiento, compartir información relevante para el tratamiento y, cuando sea apropiado, coordinar los servicios de tratamiento. Coordinación de las actividades de atención.

Si el propósito no es la coordinación de cuidado o someter la facturación a su seguro de los servicios proveídos, especifique: _____

Vencimiento

A menos que antes sea revocada, esta autorización expira será válida por 1 año o como se indica de otra manera: _____

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

Condiciones

También entiendo que 21st Century Counseling, PLLC no condiciona mi tratamiento sobre si doy autorización para la divulgación solicitada. Sin embargo, se me ha explicado que el no firmar esta autorización puede tener las siguientes consecuencias: El clínico no podrá coordinar la atención para el cliente. Esta acción puede tener un impacto negativo en el bienestar del cliente.

Forma de divulgación

A menos que haya solicitado específicamente por escrito que la divulgación se realice en cierto formato, nos reservamos el derecho de revelar la información permitida por esta autorización de cualquier manera que consideremos apropiada y consistente con la ley aplicable, incluyendo pero no limitado a , Verbalmente, en formato de papel o electrónicamente.

Redisclosure

Una vez que se divulgue la información de conformidad con esta autorización firmada, entiendo que la ley federal de privacidad (45 C.F.R. partes 160 y 164) que protege la información de salud puede no aplicarse al destinatario de la información y, por tanto, no puede prohibir que el destinatario la divulgue. Otras leyes, sin embargo, pueden prohibir la divulgación. Cuando divulguemos información sobre discapacidades mentales y de salud mental protegida por la ley estatal NCGS § 122C-53(c) o información sobre el tratamiento de abuso de sustancias protegida por la ley federal (42 CFR Parte 2), debemos informar al receptor de la información que la divulgación está prohibida, Por estas dos leyes.

Se me dará una copia de esta autorización para mis registros.

Firma del Paciente / Cliente Fecha

Firma del padre, tutor o persona legalmente responsable, si es necesario Fecha

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

21st Century Counseling, PLLC

Autorización para Uso y Divulgación de Información Protegida de Salud

Este formulario de autorización implementa los requisitos para la autorización del cliente para usar y divulgar información de salud protegida por la ley federal de privacidad de salud (45 CFR Partes 160, 164), la ley federal de confidencialidad de drogas y alcohol (42 CFR Parte 2) (NCGS 130A-143) y la ley de confidencialidad estatal que rige los servicios de salud mental, discapacidades del desarrollo y abuso de sustancias (GS 122 C).

Nombre del cliente: _____ Número de registro: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero de seguro: _____

Yo, _____, Autorizar a la persona clínica de 21st Century Counseling, PLLC a divulgar y / o a obtener de:

_____ la siguiente información:

[Insertar el nombre de la persona o el título de la persona u organización]

Descripción de la información a revelar

(El paciente o la persona legalmente responsable debe inicializar cada artículo para ser revelado)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación
<input type="checkbox"/> Diagnóstico
<input type="checkbox"/> Evaluación Psicosocial
<input type="checkbox"/> Notas de progreso / servicio
<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica
<input type="checkbox"/> Plan o resumen del tratamiento
<input type="checkbox"/> Actualización del tratamiento actual
<input type="checkbox"/> Información sobre la administración de medicamentos
<input type="checkbox"/> Presencia / Participación en el Tratamiento
<input type="checkbox"/> Información médica | <input type="checkbox"/> Información educacional
<input type="checkbox"/> Resumen de la descarga / transferencia
<input type="checkbox"/> Plan de cuidado continuo
<input type="checkbox"/> Progreso en el Tratamiento
<input type="checkbox"/> Información demográfica
<input type="checkbox"/> Notas de Psicoterapia*
(*No se puede combinar con ninguna otra autorización)
<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Otro _____ |
|--|---|

Propósito

El propósito de esta divulgación de información es mejorar la evaluación y la planificación del tratamiento, compartir información relevante para el tratamiento y, cuando sea apropiado, coordinar los servicios de tratamiento. Coordinación de las actividades de atención.

Si el propósito no es la coordinación de cuidado o someter la facturación a su seguro de los servicios proveídos, especifique: _____

Vencimiento

A menos que antes sea revocada, esta autorización expira será válida por 1 año o como se indica de otra manera: _____

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

Condiciones

También entiendo que 21st Century Counseling, PLLC no condiciona mi tratamiento sobre si doy autorización para la divulgación solicitada. Sin embargo, se me ha explicado que el no firmar esta autorización puede tener las siguientes consecuencias: El clínico no podrá coordinar la atención para el cliente. Esta acción puede tener un impacto negativo en el bienestar del cliente.

Forma de divulgación

A menos que haya solicitado específicamente por escrito que la divulgación se realice en cierto formato, nos reservamos el derecho de revelar la información permitida por esta autorización de cualquier manera que consideremos apropiada y consistente con la ley aplicable, incluyendo pero no limitado a , Verbalmente, en formato de papel o electrónicamente.

Redisclosure

Una vez que se divulgue la información de conformidad con esta autorización firmada, entiendo que la ley federal de privacidad (45 C.F.R. partes 160 y 164) que protege la información de salud puede no aplicarse al destinatario de la información y, por tanto, no puede prohibir que el destinatario la divulgue. Otras leyes, sin embargo, pueden prohibir la divulgación. Cuando divulguemos información sobre discapacidades mentales y de salud mental protegida por la ley estatal NCGS § 122C-53(c) o información sobre el tratamiento de abuso de sustancias protegida por la ley federal (42 CFR Parte 2), debemos informar al receptor de la información que la divulgación está prohibida, Por estas dos leyes.

Se me dará una copia de esta autorización para mis registros.

Firma del Paciente / Cliente Fecha

Firma del padre, tutor o persona legalmente responsable, si es necesario Fecha

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

ATTN: FOR STAFF USE ONLY
ATTN: PARA USO DEL PERSONAL SOLAMENTE
SCORING SHEET
Child and Adolescent Level of Care Utilization System

- A. Clinical Level of Care Recommendation
 (Assign before using CALOCUS) _____
- B. Calculation of Composite CALOCUS Score _____

Dimension	Dimension Rating (circle score)					
1. Risk of Harm	1	2	3	4	5	_____
2. Functional Status	1	2	3	4*	5	_____
3. Co-Morbidity	1	2	3	4*	5	_____
4. Recovery Environment						
Environmental Stressors	1	2	3	4	5	_____
Environmental Support	1	2	3	4	5	_____
5. Resiliency and Treatment History	1	2	3	4	5	_____
6. Acceptance and Engagement						
Child/Adolescent	1	2	3	4	5	
Parent and/or primary care taker	1	2	3	4	5	_____

(Note: please record the higher of the two scores)

*Note: **Bold** indicates independent criteria-requires automatic admission to a higher level of care regardless of combined score. A score of 4 results in placement at level 5 and a score of 5 results in placement at level six. * = independent criteria may be waived if sum of IV-A and IV-B scores equal 2.*

COMPOSITE CALOCUS SCORES (add right column)

- C. CALOCUS Derived Level of Care Recommendation (Consult Grid and Decision Tree) _____
- D. Actual (Disposition) Level of Care _____

Reason for Variance from CALOCUS Level of Care Recommendation _____

Patient / Family Name: _____

Name of Scorer: Jonadab S. Franco, LCSW

Signature of Scorer: _____ Date of Scoring: _____