



Información del cliente

Fecha de hoy: _____ Terapeuta: _____

Nombre: _____ Medio: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono de casa: _____ ¿Podemos dejar mensajes? Sí No

Teléfono celular: _____ ¿Podemos dejar mensajes? Sí No

Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Podemos dejar información confidencial en su correo electrónico? Sí No

Información del seguro primario

Compañía de seguros: _____

Numero de identificación: _____ # de Grupo: _____

Teléfono: _____ ¿Donde trabaja?: _____

Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento del asegurado(a): _____

Dirección del asegurado(a): _____

Ciudad, Estado, código postal: _____

Relación del paciente con el asegurado: El mismo(a) Espos(a) Hijo(a) Otro: _____



Autorización/Asignación de beneficios y divulgación de información

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otra forma necesaria para procesar esta reclamación. También solicito el pago de beneficios del gobierno/seguro para mí mismo o para Marcia S. Gibson PsyD & Associates, P. C.

Firmado: _____ Fecha: _____

Autorizo el pago de beneficios médicos a Marcia S. Gibson PsyD & Associates, P. C. por los servicios prestados.

Firmado: _____ Fecha: _____

Doy permiso para Marcia S. Gibson PsyD & Associates, P. C. para enviar la información requerida a mi compañía de seguros o a mi programa de asistencia al empleado (EAP). Soy consciente de que por medio de mi firma en este documento estoy autorizando y que esta autorización permanecerá válida hasta que avise por escrito dando mí revocando de dicha autorización. También entiendo que seré responsable de los saldos no pagados incluyendo copagos, deducibles y servicios no cubiertos. Entiendo que las citas perdidas o canceladas menos de 24 horas antes de la cita me será facturada al 100%. Entiendo que mi seguro o EAP no cubre el costo de las sesiones perdidas.

Firmado: _____ Fecha: _____

Información de la persona responsable de pagos

Si la persona responsable de hacer pagos es diferente al paciente, por favor complete y firme:

Nombre de la persona responsable: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Número de seguro social: _____ Relación con el paciente: _____

Correo electrónico: _____

Como parte responsable, entiendo que soy responsable del pago de cualquier cargo pendiente en esta cuenta.

Firmado: _____ Fecha: _____



Autorización

Permiso para recibir recordatorio de citas pregrabadas llamadas telefónicas, textos o correos electrónicos

Como servicio a nuestros clientes, ahora ofrecemos llamadas de recordatorio de citas, textos y/o mensajes de correo electrónico recordatorio. Para autorizar la recepción de las llamadas, textos o mensajes de correo electrónico, por favor llene la siguiente información y proporcione el número de teléfono y/o el correo electrónico donde desea recibir estos mensajes.

Al proporcionar su número de teléfono y/o correo electrónico a continuación, usted da su consentimiento para recibir llamadas de recordatorio de citas, textos o correos electrónicos. No es necesario que firme esta autorización; sin embargo, si no firma esta autorización, no podremos proporcionarle las llamadas de recordatorio de cortesía y/o los correos electrónicos.

Nombre del cliente: _____

Firma del cliente

Fecha

Firma del padre o guardián (si el cliente es menor de edad)

Fecha

Número de teléfono autorizado por el cliente para recibir llamadas de recordatorio: _____

Número de teléfono autorizado por el cliente para recibir los textos de recordatorio: _____

Correo electrónico autorizado por el cliente para recibir citas de recordatorio: _____

Por favor indique su preferencia:

Recordatorio de llamada telefónica

Recordatorio de texto

Recordatorio de correo electrónico



Formulario de admisión para niños/adolescentes

Nombre: _____

Fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento: _____

POLITICAS DE OFICINA

Confidencialidad:

- La información en mis sesiones es confidencial EXCEPTO si amenazo con hacerme daño a mí mismo o a alguien más, o si tengo conocimiento de que un niño o una persona mayor está siendo abusado(a). En cualquiera de estos casos, el terapeuta tendrá que actuar sobre esta información para protegerme a mí o a otra persona.

Citas:

- Las sesiones de psicoterapia duran alrededor de **50-55 minutos**.
- Hay una tarifa de cancelación de 24 horas. Cuando programo una cita, el terapeuta reserva ese tiempo para mí y ***Si no puedo asistir a una sesión debo dar 24 horas de cancelación o se me cobrará el cargo por servicio de honorarios por la sesión.***
- La visita inicial se considera solamente como una evaluación y no es una garantía de que el tratamiento empiece en dicha visita.

Pagos y Facturación:

- El pago por servicios debe hacerse en el momento de la cita, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Si tengo un seguro de gastos médico que cubre mis sesiones, Marcia S. Gibson PsyD & Associates P. C. me ayudará a pedir el reembolso de la compañía de seguros. **Cualquier saldo que no sea cubierto por mi compañía de seguros, es mi responsabilidad de pagar.**
- Estoy de acuerdo en que Marcia S. Gibson PsyD & Associates P. C. puede divulgar cualquier información necesaria con mi compañía de seguros para cubrir el pago por el servicio.
- Si no pago mi cuenta, entonces puede ser entregado a colecciones.
- El padre que acompaña al niño(a) a la sesión es responsable de cualquier pago.
- El padre/madre es responsable de mandar a su hijo(a) con un cheque, or tarjeta de credito, o debe haber una autorización firmada para poder cobrar los co-pays, co-insurances, y deductibles.
- En el caso de que algún cheque sea devuelto con FI (fondos insuficientes) estoy de acuerdo en pagar ***un honorario del servicio para cubrir estos gastos de \$25.00.***
- Balances de \$200.00 or más, deberán ser pagados antes de confirmar su próxima cita.

Firma: _____ fecha: _____

Firma del padre, guardián o representante legal *

Fecha



404 W. Boughton Road, Suite A
Bolingbrook, IL 60440

Autorización de tarjeta de crédito

Sólo para uso interno.

Yo, _____, autorizo a Marcia S. Gibson PsyD & Associates, P. C. para mantener mi firma en archivo y para hacer cobros a mi tarjeta de crédito mencionada abajo para:

Todos los copagos y coaseguros que se incurran en cada sesión, si hay alguno.

Todos los saldos de los pacientes (menos de \$250) por los servicios prestados una vez que la reclamación de mi compañía de seguros ha sido procesada.

Yo entiendo que Marcia S. Gibson PsyD & Associates, P. C. me llamara por por teléfono para cualquier saldo que exceda \$250 antes de cobrar a mi tarjeta.

Autorizo cobros recurrentes por servicios prestados para los siguientes miembros de la familia:

Nombre del paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre del paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre del paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre del paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____

Marque uno: Visa _____ Master Card _____ Discover _____

Dirección de facturación: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Número de tarjeta de crédito: _____ Fecha de vencimiento: _____

CVV: _____ (3 números en la parte posterior de la tarjeta)

Firma del titular de la tarjeta: _____ Fecha: _____

Número de contacto preferido por el titular: _____

Tengo el derecho de rescindir de esta autorización en cualquier momento poniéndome en contacto con Marcia S. Gibson PsyD & Associates P. C. al (630) 759-4000.



Formulario de admisión para niños/adolescentes

Nombre: _____ Fecha: _____

Nombre del padre/guardián: _____ Relación con el cliente: _____

En sus propias palabras, díganos por qué está buscando atención a través de Marcia S. Gibson PsyD & Associates, P. C.: _____

¿Cuál es/es su objetivo (s) para buscar atención a través de Marcia s. Gibson PsyD & Associates, P. C.: _____

¿Qué ha intentado usted que ha ayudado a su hijo? _____

¿los padres están divorciados? S N

En caso afirmativo, ¿ambos padres son conscientes de que el niño(a) está en terapia? S N

Si no, por favor explique: _____



Nombre: _____

Fecha: _____

Lista de síntomas presentados:

- Dificultades financieras Problemas legales Depresión Ansiedad Problemas para dormir Perfeccionismo
- Voces en mi cabeza Pensamientos suicidas Intentos de suicidio Llanto Hiperactividad Melindroso(a)
- Dificultad con las relaciones Soledad Ira Pérdida del apetito Trauma o abuso Rivalidad entre hermanos
- Aumento de peso Pérdida de peso Trastorno alimentario Lesiones hacia uno mismo(a) Cambios de humor
- Pesadillas Sexting Pérdida de memoria Agitación Falta de concentración Historia de retraso en el desarrollo
- Fuego-comenzando Apuestas Pensamientos de herirme a mí mismo Pensamientos de herir a alguien más
- Alucinaciones Propenso(a) a accidentes Acoso en la escuela Dificultades en la escuela
- Problemas para usar o entender la comunicación no verbal Pornografía Dificultad con las interacciones sociales
- Deficiencia para control impulsos Malas calificaciones Crueldad hacia las personas o los animales
- Rechazo a la escuela Vandalismo o robo Problemas al separarse de padres/familia Víctima de acoso en la escuela
- Otros – por favor describir: _____

Historia de la salud mental:

Si su hijo ha recibido tratamiento/hospitalización mental en el pasado, por favor díganos:

- | | | |
|--------------|---------------------|--|
| Lugar: _____ | ¿Cuándo fue?: _____ | ¿Útil? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Lugar: _____ | ¿Cuándo fue?: _____ | ¿Útil? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Lugar: _____ | ¿Cuándo fue?: _____ | ¿Útil? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Lugar: _____ | ¿Cuándo fue?: _____ | ¿Útil? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |

Por favor díganos cualquier diagnóstico mental que se le haya dado a su hijo(a) en el pasado: _____

Por favor díganos cualquier medicamento para la salud mental que su hijo haya tomado en el pasado: _____

Por favor indique todos los medicamentos de su hijo(a) (incluyendo hierbas y medicamentos de venta libre): _____



Formulario de admisión para niños/adolescentes

Nombre: _____

Fecha: _____

Historia clínica:

Médico/pediatra de cabecera: _____

Fecha del último examen: _____

Alergias a medicamentos: _____

Alergias alimentos/ambientales: _____

Por favor liste enfermedades que su hijo(a) tenga o para las cuáles esté tomando medicamentos: _____

Historial médico:

Por favor, indicar si algo de lo siguiente está presente:

- Hospitalizaciones Cirugías Prematuridad Asma Traumatismo craneal Convulsiones Desmayo
 Soplos cardíacos Palpitaciones cardíacas Píldora anticonceptiva o inyecciones Actividad sexual en los últimos 3 años
 Uso de tabaco, alcohol, drogas recreacionales o píldoras (incluyendo el uso de una sola vez)
 Otros: _____

Nacimiento y desarrollo:

¿hubo complicaciones durante el embarazo? S N

Si es así, ¿qué pasó? _____

¿hubo tabaco, alcohol, drogas o exposición a toxinas durante el embarazo? S N

Si es así, ¿qué exposición ocurrió? _____

¿hubo alguna complicación durante el parto? S N

Si es así, ¿qué pasó? _____

Peso del nacimiento: _____ Término completo Prematuro (_____ semanas antes)

Otros: _____

¿dejó el hospital alrededor de 2-3 días después del parto? S N

Si no, ¿qué sucedió? _____

Por favor díganos cuando su hijo(a):

Habló sus primeras palabras: _____

Comenzó a usar frases de 2-3 palabras: _____

Comenzó a sentarse sin ayuda: _____

Comenzó a caminar: _____

Comenzó ir al baño sólo(a): _____



Formulario de admisión para niños/adolescentes

Nombre: _____ Fecha: _____

¿alguna vez su hijo(a) ha retrocedido o perdido inesperadamente habilidades de desarrollo? S N

Si es así, ¿qué habilidades fueron afectadas: _____

¿tiene su hijo/a algún problema actual para ir al baño sólo(a)? S N

Si es así, por favor explique: _____

Historial Social:

Padre: ¿Vive? S N Fecha de fallecimiento: _____ Causa: _____

Edad: _____ Ocupación: _____ Educación: _____

Relación con el niño(a) es: Excelente Buena Más o menos Mala

Madre: ¿Vive? S N Fecha de fallecimiento: _____ Causa: _____

Edad: _____ Ocupación: _____ Educación: _____

Relación con el niño(a) es: Excelente Buena Más o menos Mala

Estado de los padres del niño(a):

Nunca se casaron Casados Separados desde: _____ Divorciados desde _____

Hermanos: (si se necesita espacio adicional para los hermanos, por favor use la parte posterior de esta página.)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Relación con el niño es: Excelente Buena Más o menos Mala

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Relación con el niño es: Excelente Buena Más o menos Mala

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Relación con el niño es: Excelente Buena Más o menos Mala

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Relación con el niño es: Excelente Buena Más o menos Mala

Por favor díganos quién vive en el hogar con su hijo: _____

Religión de la familia: _____



Nombre: _____

Fecha: _____

Nombre de la escuela del niño: _____

Grado: _____

¿recibe su hijo alguno de los siguientes servicios?

IEP Educación especial Terapia del habla Fisioterapia Terapia ocupacional

¿el sistema escolar/profesores reportan algún problema? Si es así, por favor explique: _____

Historia familiar:

¿Hay algún antecedente familiar de:

- TDAH Trastorno bipolar Ansiedad Depresión OCD Problemas cardíacos
 Esquizofrenia, psicosis Autismo, Asperger, PDD Trastornos cognitivos y de aprendizaje
 Problemas legales o encarcelamiento Alcoholismo Abuso de drogas Apuestas Convulsiones
 Hospitalizaciones de salud mental Abuso emocional Intentos de suicidio Suicidio
 Maltrato físico Abuso sexual Violencia doméstica

Por favor mencione cualquier otra enfermedad mental o médica que ocurra en la familia: _____

¿hay algo más que le gustaría que el terapeuta de su hijo(a) estuviera enterado(a)? _____
