



### 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

Seleccione uno:  Casado(a)  Divorciado(a)  Solo  Viudo(a)  Separado(a)

### Información del seguro primario

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Numero de identificación: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Donde trabaja?: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del asegurado(a): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado(a): \_\_\_\_\_

Dirección del asegurado(a): \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, código postal: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el asegurado:  El mismo(a)  Esposo(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 como recordatorio. Para autorizar dichos recordatorios para sus citas mediante 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 recordatorios: \_\_\_\_\_

Correo electrónico autorizado por el cliente para recibir recordatorios de cita: \_\_\_\_\_

Por favor indique su preferencia:

Recordatorio de llamada telefónica

Recordatorio de texto

Recordatorio de correo electrónico



Formulario de admisión para adultos

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.** \_\_\_\_\_ iniciales
- 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.
- 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.

**El padre que acompaña al niño(a) a la sesión es responsable de cualquier pago a menos que se hayan hecho otros arreglos con la Gerente de la oficina a cargo de la facturación.**

Firma: \_\_\_\_\_ 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 adultos

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

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

Autorización para discutir mi información médica y mi cuenta:

Usted puede hablar de mi información **médica** con:

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

Relación: \_\_\_\_\_

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

Relación: \_\_\_\_\_

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

Relación: \_\_\_\_\_

Usted puede hablar de información acerca de mi **cita** con:

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

Relación: \_\_\_\_\_

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

Relación: \_\_\_\_\_

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

Relación: \_\_\_\_\_

Usted puede hablar de mi información de **cuenta** con:

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

Relación: \_\_\_\_\_

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

Relación: \_\_\_\_\_

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

Relación: \_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_

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

Consentimiento para el tratamiento: por la presente autorizo y consiento voluntariamente a todo cuidado, tratamiento y otros servicios relacionados que pueden ser ordenados, solicitados, dirigidos o proporcionados por Marcia S. Gibson PsyD & Associates, P. C. **Entiendo y acepto las políticas anteriores y autorizo que mi información clínica y de la cuenta sea discutida como se indicó anteriormente.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
\* Firma de los padres, Guardián, o Responsable

\_\_\_\_\_  
Relación/autoridad

\_\_\_\_\_  
Fecha

Problemas por los cuales has venido a vernos: \_\_\_\_\_

**Síntomas actuales:**

- Depresión  Cambios de humor  Enojo, irritabilidad, mal temperamento  Pensamientos de muerte/morir
- Pensamientos suicidas  Llanto  Pérdida de placer/interés  Pérdida de motivación  Desesperanza/insignificancia
- Evitación  Fatiga, sin energía  Aumento de energía  Problemas de sueño  Lesiones hacia uno mismo(a)
- Pensamientos agitados  Preocupaciones  Ansiedad o ataques de pánico  Agitación  Impulsividad
- Aumento de comportamiento arriesgado  Desconfianza/Sospechoso(a)  Escuchar voces  Ver cosas  Cambio de libido
- Cambio de apetito  Pensamientos homicidas  Problemas con la atención/concentración/enfoque
- Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad(TDAH)  Problemas con la memoria
- Otros – por favor describir: \_\_\_\_\_

**Evaluación del riesgo de suicidio:**

- ¿Has tenido pensamientos que no quieres vivir?  No  Sí    ¿tienes esos pensamientos ahora?  No  Sí
- ¿alguna vez has intentado suicidarte?  No  Sí    Número de veces \_\_\_\_\_ ¿Cuándo fue el intento más reciente? \_\_\_\_\_
- ¿ha muerto alguien en su familia por suicidio?  No  Sí ¿Quién? \_\_\_\_\_

**Historial de tratamientos anteriores:**

- ¿ha recibido tratamiento en el pasado para problemas de salud mental??  No  Sí
- Tipo de tratamiento:     Terapia de conversación     Medicamentos  Hospitalizado: # de veces? \_\_\_\_\_
- Cuando fue la más reciente \_\_\_\_\_    Diagnóstico anterior, si se conoce: \_\_\_\_\_

**Antecedentes familiares de psiquiatría:**

Por favor, compruebe si los miembros de la familia tienen (o podrían tener) cualquiera de los siguientes problemas:

- Depresión: \_\_\_\_\_
- Esquizofrenia: \_\_\_\_\_
- Bipolar: \_\_\_\_\_
- Adicciones: \_\_\_\_\_
- Ansiedad: \_\_\_\_\_
- TEPT: \_\_\_\_\_
- TDAH/ADD: \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_

**Historia del uso de sustancias/adicción:**

- ¿utiliza productos de tabaco?  No  Sí    ¿Que utiliza, y cuánto? \_\_\_\_\_
- ¿tiene problemas con el alcohol, drogas, o medicamentos?  No  Sí – describir \_\_\_\_\_



Formulario de admisión para adultos

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

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

¿ha sido tratado por problemas con alcohol o drogas?  No  Sí-Describa: \_\_\_\_\_

**Historia social:**

¿Dónde creciste? \_\_\_\_\_ Calidad de la niñez  Feliz  Adecuada  Difícil

Criado por \_\_\_\_\_ # Hermanos \_\_\_\_\_ # Hermanas \_\_\_\_\_

¿Abuso en el hogar?  No  Sí - Marque todos los que apliquen:  Físico  Emocional  Sexual  Negligencia

Estado civil:  Soltero, nunca casado  Casado/pareja \_\_\_\_\_ años  Divorciado  Viuda

# pasado matrimonios? \_\_\_\_\_ Relación con el cónyuge/pareja:  Feliz  Adecuada  Difícil

¿Tienes hijos?  No  Sí- ¿Cuáles son sus edades: \_\_\_\_\_

¿Nivel más alto de educación? \_\_\_\_\_ Cómo te fue en la escuela: \_\_\_\_\_

Ocupación:  Empleado \_\_\_\_\_  Sin trabajo  Desempleado  Retirado  Discapacitado

Historia militar:  No  Sí: Rama \_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_ Tipo de descarga \_\_\_\_\_

Historia legal: ¿alguna vez ha sido arrestado  No  Sí: describir \_\_\_\_\_

¿problemas legales actuales?  No  Sí describir: \_\_\_\_\_

**Historia clínica:**

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_ Fecha aproximada del último examen: \_\_\_\_\_

¿Cómo describiría su salud física? \_\_\_\_\_

Por favor revise cualquiera de las siguientes condiciones de salud para las cuales usted está siendo tratado o(a):

Presión arterial alta  Diabetes  Enfermedad hepática  Enfermedades cardíacas

Problema de la tiroides  Estómago, intestinal  Colesterol alto  Convulsiones  Apnea del sueño

Derrame cerebral  Dolor de cabeza/migrañas  convulsiones  dolor donde: \_\_\_\_\_

asma  EPOC, bronquitis  cáncer de tipo: \_\_\_\_\_

**Problemas médicos no incluidos arriba:** \_\_\_\_\_

**Cirugías pasadas:** \_\_\_\_\_

**Alergias (medicamentos u otros):** \_\_\_\_\_

**Medicamentos actuales:** \_\_\_\_\_



Formulario de admisión para adultos

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

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

**Consentimiento para divulgar información al médico de cabecera**

Comunicación entre Marcia S. Gibson PsyD & Associates P. C., el terapeuta y su médico de cabecera pueden ser importantes para asegurarnos de que usted reciba atención médica integral y de calidad. Esta información puede incluir diagnósticos, planes de tratamiento, progreso y medicación. Usted puede revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado decisiones basadas en dichos diagnósticos, planes de tratamiento, progreso y medicación. En cualquier caso, este consentimiento expirará un (1) año a partir de la fecha que sea firmado, a menos que se especifique otra fecha.

Yo, \_\_\_\_\_  
Paciente/cliente (escribir) Fecha de nacimiento

Por favor marque uno:

- Estoy de acuerdo en divulgar información de salud mental/abuso de sustancias a mi médico de cabecera.
- No doy mi consentimiento para divulgar cualquier información a mi médico de cabecera.

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Dirección del médico: \_\_\_\_\_

Teléfono del médico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
\* Firma del padre, guardián o representante personal

\_\_\_\_\_  
Relación/autoridad

\_\_\_\_\_  
Fecha

Información para el médico de cabecera:

La firma del individuo(a) que aparece anteriormente, fue visto el \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_  
Fecha Diagnóstico

Bajo el cuidado de \_\_\_\_\_  
Terapeuta