

# OSHITA COUNSELING



NORMA L. OSHITA-DUNN, LMFT  
LICENSED MARRIAGE & FAMILY THERAPIST • MFC #103325  
78401 HWY 111, SUITE V, LA QUINTA, CA 92253  
PHONE : (760) 972-6882 • FAX : (760) 459-1031  
NORMAOSHITA@GMAIL.COM

---

## FORMULARIO DE ADMISIÓN – MANEJO DE LA IRA –ORDENADO (A) POR LA CORTE

*Toda la información se mantiene confidencial y no se divulgará sin su permiso por escrito.*

FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL CASO

*(si aún no asido acusado por la corte- llene lo mejor de su capacidad)*

Nombre:	Apellido:
Caso / Cargos	
Número de sesiones ordenadas por la corte	
Nombre del abogado (a) / Teléfono	
¿Existe una orden de restricción en el lugar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Contra quién?	
¿Está actualmente ordenado (a) por la corte para participar en cualquier otro programa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, ¿en qué programas participa?	
¿Este incidente estaba relacionado con el alcohol/drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, ¿cuántos incidentes relacionados con el alcohol/drogas ha tenido en el pasado?	

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Género: Mujer Masculin Otro\_\_\_\_\_

Dirección:\_\_\_\_\_

Ciudad:\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_\_ Código postal:\_\_\_\_\_

Teléfono:\_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero (a)  Casado (a)  Divorciado(a)  Viudo (a)  Co-Habitación  Separados

¿Cuántos hijos tiene? \_\_\_\_\_

¿Fueron afectados por sus acciones?  Sí  No

En caso afirmativo,

explique:\_\_\_\_\_

Ocupación/Nombre del empleador:\_\_\_\_\_

Número de teléfono del empleador:\_\_\_\_\_

¿Dependientes en su casa Sí.....Cuántos\_\_\_\_\_  No\_\_\_\_\_

Contacto/Relación de Emergencia:\_\_\_\_\_ Teléfono:\_\_\_\_\_

**Síntomas: Por favor, circule cualquier síntoma que se aplique:**

Agresiones/Estallidos de ira	Ansiedad	Dolor en el pecho/tensión
Trastorno alimenticio	Fatiga	Preocupante
Irritabilidad	Problemas de memoria	Inutilidad
Pensamiento suicida	Pérdida/ganancia de peso	Inquietud
Abuso de alcohol/drogas	Evitar a las personas	Depresión
Estado de ánimo elevado	Miedos	Juego
Soledad	Humor	Ataques de pánico
Temblando	Retiro	Pensamientos de carreras
Dificultad para pensar	Impotencia	Trastorno del sueño
Dificultad para concentrarse	Mareos	Impulsividad
Jaquecas	Adicción sexual	Estrés
Otro	Dificultades sexuales	Desesperanza

**Estrés actual : Círculo de todos los que aplican**

Conflicto matrimonial/relación	Problemas de salud	Conflicto con los padres
Relaciones con pares deficientes	físico	Movimiento reciente
Problemas legales	Conflicto con los niños	Problemas de vivienda
Víctima de abuso	Pérdida o cambio de empleo	Conflicto con la familia
Separación/Divorcio	Muerte reciente	Problemas financieros
Problemas en el trabajo	Emocional	Otro (Escriba a continuación)

¿Has estado en algún tipo de consejería en el pasado?  Sí  No  
(En caso afirmativo, sírvase explicarlo a continuación)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Algo mas que quiera informale a su Terapeuta?

\_\_\_\_\_

¿Estás viendo a un psiquiatra:  Sí  No (En caso afirmativo, rellene la información a continuación)

Nombre y número de teléfono\_\_\_\_\_

La última vez visto por el psiquiatra:\_\_\_\_\_

Médico de atención primaria:\_\_\_\_\_Número de teléfono:\_\_\_\_\_

Fecha de la última visita:\_\_\_\_\_ Fecha del último examen físico:\_\_\_\_\_

Medicamentos actuales:\_\_\_\_\_ Dosificación:\_\_\_\_\_

**ATESTACIÓN DEL CLIENTE CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE FORMULARIO DE ADMISIÓN**

Por la presente atestiguo y verifico que la información que he proporcionado anteriormente es fiel a mi mejor conocimiento. Si, en algún momento posterior, recuerdo información que no está en este formulario que considero que sería relevante para mi tratamiento, actualizaré mi terapeuta.

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

Nombre de impresión:\_\_\_\_\_ Nombre del signo:\_\_\_\_\_

## NO LLAMADA/ FALTAS/ PÓLIZA DE CANCELACIÓN TARDÍA

Esta póliza se ha establecido con el fin de proporcionar el más alto nivel de servicios clínicos a todos nuestros clientes. Se ha demostrado que la asistencia constante al tratamiento proporciona la mayor oportunidad de éxito. Al proporcionar un aviso adecuado de una cancelación, es posible que podamos acomodar a otros clientes con su espacio de citas. Además, programo tiempo a un lado para asegurarme de que reciba mi atención indivisa y la expectativa es que llegará al menos 5 minutos antes para su sesión.

***Por favor, haga los arreglos para el cuidado de niños  
NOSE PERMITE A LOS NIÑOS EN LA ZONA DE ESPERA***

Una llegada tardía de 15 minutos de más no da tiempo para una sesión adecuada y se identificará como una cita perdida - su compañía de seguros(*si corresponde*) será notificado. Si necesita cancelar o reprogramar, necesito 24 horas de anticipación. Las cancelaciones dentro de las 24 horas de la cita se considerarán una cancelación tardía y se aplicará una tarifa de cancelación de \$55.00.

- Se permitirá a un Cliente continuar con su terapia después de dos cancelaciones faltas/tardías, siempre que se proporcione una explicación aceptable al Terapeuta.
- Después de tres (3) Faltas/cancelaciones tardías, el Cliente será dado de alta del tratamiento, ya que el cliente habrá demostrado una falta de compromiso con el proceso terapéutico y por lo tanto no sería un candidato adecuado para el tratamiento. El aviso será enviado tanto al tribunal como a su abogado explicando el motivo de la baja y todas las citas futuras serán eliminadas del horario.
- Si bien entendemos que surgen emergencias y que puede no ser posible dar tal aviso, las excepciones a la Póliza de Cancelación Por Faltas/Tardía serán discrecionales y una decisión final

He discutido, reconocido y comprendido completamente la póliza de cancelación tardía de No Llamada/Faltas.

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

Nombre de impresión: \_\_\_\_\_

Nombre del signo: \_\_\_\_\_

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA:**

***Pagos que se rendirán el mismo día del servicio***

**Póliza de Cobros:**

En caso de que un cliente no realice el pago de una sesión o no pague ninguna tarifa de Falta, Oshita Counseling notificará al cliente dos veces dentro de un período de 30 días para darle tiempo para pagar el monto vencido. Después de 30 días ha transcurrido sin pago, el asunto será entregado a una agencia de cobro para el cobro de la deuda. También se enviará un aviso al Tribunal Superior del Condado de Riverside y al Departamento de Libertad Condicional.

He leído, entiendo y acepto los términos y condiciones establecidos anteriormente y mi obligación según lo establecido en la sección de Responsabilidad Financiera.

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

Nombre de impresión \_\_\_\_\_

Nombre del signo \_\_\_\_\_

## DIVULGACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Durante la terapia exploraremos diferentes aspectos del funcionamiento, incluyendo historias emocionales difíciles de diferentes etapas de su vida. A veces, estos problemas incluyen cosas que no quieres que otros sepan. Como regla general, mantengo confidencial toda la información que comparte conmigo, sin embargo, por ley estoy obligado a revelar información si tengo o no su permiso. He enumerado algunas de estas situaciones a continuación:

- **Usted me dice que planea causar se hace un daño grave o la muerte a sí mismo**, y creo que tiene la intención y la capacidad de llevar a cabo esta amenaza en un futuro cercano. Debo tomar medidas para informar a un miembro de la familia, padre/tutor o equipo especializado de lo que me ha dicho y lo grave que creo que es esta amenaza. Debo asegurarme de que esté protegido de hacerte daño.
- **Me dices que planeas causar daño grave o muerte a alguien** que pueda ser identificado, y creo que tienes la intención y la capacidad de llevar a cabo esta amenaza en un futuro muy cercano. En esta situación, debo informar a las autoridades y debo informar a la persona a la que piensa dañar.
- **Usted me dice que un niño está siendo abusado física, sexual, emocionalmente** o que usted ha sido abusado en el pasado. En esta situación, estoy obligado por ley a reportar el abuso a los Servicios de Protección Infantil.
- **Usted me dice que una persona mayor está siendo abusada, física, sexual, financiera o emocionalmente, momento en el que tendré que reportarme a los Servicios de Protección para Adultos.**
- **Situación.** Usted está involucrado en un caso judicial y se hace una solicitud de información sobre su consejería o terapia. Si esto sucede, no revelaré información sin su acuerdo por escrito a menos que el tribunal me exija hacerlo a través de citación. Haré todo lo que pueda dentro de la ley para proteger su confidencialidad, y si estoy obligado a revelar información al tribunal, le informaré que esto está sucediendo.

**He discutido estos problemas con mi terapeuta, y entiendo que la confidencialidad se puede romper cuando hay seria amenaza de autolesiones, daño a otros, o la seguridad de los niños y ancianos, o si es citado por la corte.**

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

Nombre de impresión: \_\_\_\_\_

Nombre del signo: \_\_\_\_\_

## **TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO**

La terminación de los servicios puede ocurrir por diferentes razones y puede terminarse cuando ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- La finalización de los servicios se logra
- Siento que necesita un mayor nivel de tratamiento y que sus problemas quedan fuera del alcance de mi práctica. En este caso, se proporcionarán las referencias apropiadas
- Citas perdidas excesivas. Se enviará un informe a la Corte, A la Libertad Condicional y a su abogado (a).
- Comportamiento inapropiado y / o comentarios durante el tratamiento – Un informe será enviado inmediatamente a la Corte, Probation y su abogado (a).

## **DIVULGACIÓN CON RESPECTO A LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO**

### **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

He sido informado y entiendo que si bien hay beneficios significativos para participar en la terapia, ya que puede tener un efecto impactante y positivo en la mitigación de los síntomas relacionados con los problemas de cada individuo, no es de ninguna manera una garantía de un resultado favorable con respecto al proceso de terapia o su caso judicial. Como tal, doy mi consentimiento para el tratamiento.

He leído, discutido y entiendo la "Terminación del tratamiento", y "Divulgación con respecto a los resultados del tratamiento / Consentimiento para el tratamiento".

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

Nombre de impresión: \_\_\_\_\_

Nombre del signo: \_\_\_\_\_

*Esta página solo para uso del Terapeuta*

**La atestación del terapeuta**

He revisado este formulario de admisión y preguntado al cliente si entendían y acordaban los términos y condiciones de tratamiento establecidos anteriormente. Además, abordé y agarré con respecto a cualquier inquietud y/o pregunta que el cliente tuviera relacionada con este formulario, antes del inicio del tratamiento.

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

\_\_\_\_\_  
Norma L. Oshita-Dunn, M.S., LMFT  
Licencia de Estado: MFC-103325

Notas:  Ninguno

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_