

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 – CONSEJERÍA DE RELACIONES

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

FECHA DE HOY: _____

Pago privado Aseguranza _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha De Nacimiento: __/__/__ Edad__ Género: Mujer Masculino Otro _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Estado civil: soltero (a) Casado (a) Divorciado (a) Co-habitación Novios

Nombre del cónyuge/pareja: _____

Nombres y edades de los niños

Nombre (s)	Edad	¿Con quién residen?

Contacto/Relación de Emergencia: _____

Teléfono: _____

Ocupación/Empleador: _____

¿Cómo supiste de nosotros?? _____

¿Qué problemas te traen aquí en este momento?

Por favor, califique su nivel actual de satisfacción/felicidad de relación dando vueltas a un número que se corresponde con sus sentimientos actuales / percepción de la relación

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(Muy feliz/satisfecho) (Muy infeliz/insatisfecho)

¿Usted o su pareja han estado en consejería individual antes de? Sí No
En caso afirmativo, indique brevemente el problema que se abordó:

¿Cuál fue el resultado?

Muy exitoso Algo exitoso Nada cambiado

Somewhat Worse Mucho peor

¿Siente que usted o su pareja pueden tener un problema con el alcohol/drogas? Sí No

¿Las redes sociales (Facebook, Instagram, Snapchat, sitios de citas) ha sido un problema en su relación? Sí No

Si está casado, ¿ha llegado el tema del divorcio? Sí No

Haga que usted o su pareja sean golpeados, con restricciones físicas, que utilicen violencia o la otra persona? Sí No

En caso afirmativo, ¿hay algún problema legal pendiente como Violencia Doméstica, Órdenes de Restricción, otras órdenes judiciales. Por favor, explique

¿Qué espera lograr mediante el asesoramiento?

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
NO SE 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 llamadas de cancelación con menos de 24 horas de anticipación se considerarán una cancelación tardía y se aplicarán una tarifa 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 se enviará tanto a usted como a su compañía de seguros (*si corresponde*) explicando el motivo de la descarga 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 Falta/Tardía serán discrecionales y una decisión final tomada por el terapeuta tratante.

He discutido, reconocido y comprendido plenamente la Póliza de Cancelación Tardía de No Llamar/Faltas.

Fecha: _____

Nombre de impresión: _____

Nombre del signo: _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA:

Pagos que se rendirán el mismo día del servicio

Oshita Counseling tiene mucho cuidado para asegurar que las necesidades terapéuticas de cada cliente se satisfagan de una manera que sea ética y beneficiosa para el cliente. Reconocemos que puede haber situaciones en las que la compañía de seguros de un cliente ya no cubra sus sesiones de terapia. Debido a que Oshita Counseling no proporciona servicios (gratis), le pedimos que verifique que su cobertura de seguro está activa antes de su sesión. También intentamos hacer lo mismo.

Una vez que un Cliente ya no sea elegible para la cobertura de seguro, le notificaremos antes de su cita y se le dará la opción de pasar a un cliente privado/ de pago en efectivo.

Póliza de Cobros:

En caso de que un cliente no realice el pago de una sesión que ya no esté cubierta por su proveedor de seguros, o no pague ninguna tarifa falta, oshita consejería notificará al cliente dos veces dentro de un período de 30 días para darle tiempo para remediar la cantidad vencida. Transcurridos 30 días sin pago, el asunto se someterá a cobros.

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

Fecha: _____ Impresión _____

Firmar _____

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
- Usted decide interrumpir el tratamiento
- Siento que usted puede estar en necesidad de un mayor nivel de tratamiento y sus problemas caen fuera del alcance de mi práctica. En este caso, se proporcionarán las referencias apropiadas
- Citas perdidas excesivas
- Comportamiento inapropiado y/o comentarios durante el tratamiento

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. 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: _____ Firmar: _____

PÓLIZA DE "SIN SECRETOS"

En ningún momento durante el curso de la terapia voy a involucrar a cualquiera de las partes en la comunicación fuera de la presencia de la otra parte. En otras palabras, si necesitas que sepa algo, entonces es importante que tu pareja sea consciente de ello también y que se haga cuando estemos en sesión juntos. No responderé a mensajes de texto, llamadas o correos electrónicos "contando" sobre la otra persona.

Fecha: _____

Nombre de impresión: _____ Firma: _____

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 cualquier inquietud y/o pregunta que el cliente tuviera relacionada con este formulario.

Fecha: _____

Norma L. Oshita-Dunn, M.S., LMFT
State License: MFC#103325

Notas: Ninguno

