

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 – CRIANZA – CORTE ORDENADO

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

FECHA DE HOY: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Número de caso: _____

Número de sesiones: 8 10 12 16 Otro _____

Fuente de referencia: Tribunal Obligatorio Abogado Otro _____

DOB: ___/___/___ Género: Mujer Masculino

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Teléfono: _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Separados Co-habitación

Ocupación/Nombre del empleador: _____

Número de teléfono: _____

Dependientes en su hogar?: Sí Cuántos _____ No

Contacto de emergencia/teléfono: _____

Relación de contacto de emergencia con usted: _____

Nombres y edades de los niños

Nombre	Edad	¿Con quién residen?

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)

¿Ha estado en algún tipo de consejería en el pasado? Sí No
(En caso afirmativo, explique)

Motivo de la remisión:

¿Algo más que quieras que el terapeuta sepa? (Escriba a continuación)

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

Por la presente atestigo 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 no-show/tardías, siempre que se proporcione una explicación aceptable al Terapeuta.
- Después de tres (3) no shows/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 Política de Cancelación Por No-Show/Tardía serán discrecionales y una decisión final tomada por el terapeuta tratante.

He discutido, reconocido y comprendido completamente la política 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 No Show, 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 y a su abogado.
- Comportamiento inapropiado y / o comentarios durante el tratamiento – Un informe será enviado inmediatamente a la Corte y su abogado.

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

