

# 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 – ADULTO – PAGO PRIVADO O A SEGURANZA

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

***Tenga en cuenta que una vez que haya completado este Formulario de admisión, la Sra. Oshita-Dunn revisará y discutirá la información proporcionada durante su primera sesión. Es importante que sepa que la Sra. Oshita-Dunn se especializa en ciertas áreas de la salud mental. Puede haber casos en los que se haga una determinación (basada en la nueva información proporcionada) de que su(s) problema(s) puede(n) quedar fuera de la especialidad. En tales casos, se le remitirá a su proveedor de seguros (si corresponde) para asegurarse de recibir la terapia más adecuada para satisfacer sus necesidades. Si se solicita, se proporcionará una lista de médicos suplentes.***

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

Pago privado     Pago por a seguridad (nombre de seguridad) \_\_\_\_\_

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad \_\_\_  Género:     Mujer     Masculino     Otro \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

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

Ocupacion/Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cómo supiste de nosotros? \_\_\_\_\_

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

Motivo(s) para Buscar

Terapia \_\_\_\_\_

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

**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)

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

¿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: \_\_\_\_\_

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

Medicamentos  
pasados: \_\_\_\_\_ Dosificación: \_\_\_\_\_

Medicamentos  
pasados: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

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

## PROGRAMACIÓN / PROCESO DE CONFIRMACIÓN

1. Llamarás y programarás tu cita.
2. Una vez que se haya programado su cita, recibirá un mensaje de texto dentro de las 24 horas posteriores a la hora de su cita solicitando que responda con CONFIRMAR, REPROGRAMAR o CANCELAR su cita. Una respuesta DEBE ser recibida antes de las 5 pm de ese mismo día.
3. Si no responde antes de las 5 p.m., su cita se CANCELARÁ automáticamente.
4. Si CONFIRMÓ su cita, pero no se presenta, o cancela con menos de 24 horas de anticipación) se considerará un NO-SHOW.
5. Las cancelaciones con menos de 24 horas de anticipación se evaluarán con un \$55.00 (Pago Privado). A los clientes asegurados se le cobrará una tarifa de acuerdo con la política de transportistas.

### 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 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 (a) 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 Por Faltas/Tardía serán discrecionales y una decisión final tomada por la terapeuta.

He discutido, reconocido y comprendido la Póliza de Cancelación Tardía/Faltas.

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

## 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 este 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 se le dará la opción de pasar privado/ de pago en efectivo/tarjeta de crédito.

#### **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 de 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: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

## 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:

- 1. Usted me dice que planea causarse 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.
  
- 2. 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.
  
- 3. 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.
  
- 4. 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.**

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

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

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

## **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: \_\_\_\_\_

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

Therapist's Notes:

---

---

---

---

---

---

---

---

---