

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 - IEHP

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 de nuevo a su proveedor de seguros para asegurarse de recibir la terapia más adecuada para satisfacer sus necesidades.

FECHA DE HOY: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha De Nacimiento: ___/___/___ Edad ___ Género: Mujer Masculino Otro _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

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

Ocupación/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, explique lo siguiente)

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 el 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 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: _____

Firma: _____



Publicación del cliente /Divulgación de la información de tratamiento

La cumplimentación de este documento autoriza el uso y/o divulgación de su información de tratamiento.

Nombre del Cliente: _____

Dirección del Cliente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

<p><i>Por lo presente autorizo:</i></p> <p>Oshita Counseling Norma L. Oshita-Dunn 78401, HWY 111, Suite V La Quinta, Ca. 92253 Phone: 760-972-6882 Fax: 760-459-1031 Email: NormaOshita@gmail.com</p>	<p><i>Divulgar información de Tratamiento:</i></p> <p>Inland Empire Health Plan (IEHP) 10801 6th St #120 Rancho Cucamonga, CA 917308 800-751-5909</p>
---	---

Fecha: _____

Firma: _____

PROGRAMACIÓN / PROCESO DE CONFIRMACIÓN

1. Llamará y programará 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, se le considerará un UNA FALTA.
- 5.

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 de 15 minutos tarde no da tiempo para una sesión adecuada y será identificada como una cita perdida - su seguro transportado será notificado. Si necesita cancelar o reprogramar, necesito 24 horas de anticipación. Las notificaciones con menos de 24 horas de anticipación se considerarán una cancelación tardía.

- 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. Aviso será enviado a IEHP explicando el motivo del alta 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 No Llamar/Faltas/Tardía serán discrecionales y una decisión final tomada por el terapeuta.

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

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:

- **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.**

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 (a) 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:
