

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL CLIENTE

DEMOGRAFÍA DEL CLIENTE

Fecha: _____

Nombre completo: _____ Nombre que prefiere: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino
mes / día / año

Status marital: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Dirección: _____ Apt/Suite #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona postal: _____

Teléfono casa: _____ Podemos dejar un mensaje en este teléfono: Sí No

Teléfono celular: _____ Podemos dejar un mensaje en este teléfono: Sí No

Teléfono trabajo: _____ Podemos dejar un mensaje en este teléfono: Sí No

Correo electrónico: _____ Podemos dejar un mensaje en este teléfono: Sí No

Referido/a por: _____

PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO

Si es un menor, favor proveer nombre del pariente o guardián: _____

Si es referido por un/a siquiatra, favor proveer la siguiente información:

Nombre del/a Siquiatra: _____ Tel. oficina: _____

Dirección: _____ Apt/Suite #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona postal: _____

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono casa: _____ Teléfono Celular: _____

ACUERDO DE PERSONA RESPONSABLE

Certifico que la información suministrada es cierta y correcta. Asumo la responsabilidad de pagar por cualquier cantidad no cubierta por el seguro incluyendo el copago y deducibles correspondientes a los servicios ejercidos por **Dreamline Counseling & Therapy Services, LLC**. Notificación de 24 horas es requerida si no puede asistir a una sesión. De lo contrario, habrá un cargo de \$30.

Firma del Cliente/Pariente/Guardián/Garantizador: _____ Fecha: _____

Nombre del cliente (letra de molde): _____

Consentimiento del Cliente

Autorizo a Digna L. Montañez y a sus colegas a proveer directamente o a través de consulta, consejo de salud mental, a mí hoy u otro día. Estoy consciente de que estos servicios no garantizan la mejoría o curación de cualquier trastorno o angustia mental.

En relación con lo anterior, entiendo que cualquier información que se pida de mí ahora o en el futuro será mantenido en mis registros y/o archivos. Cualquier información contenida en estos registros o archivos se utilizará para proveerme asesoramiento y no se pondrá a disposición de personas o entidades sin mi consentimiento por escrito. También entiendo que Digna L. Montañez y sus colegas están obligados a mantener toda la información relacionada con mi caso completamente confidencial.

Información necesaria para llevar a cabo las funciones oficiales de un gran jurado, otro tribunal, agencia de leyes enforzadas, o el Comité de Investigación Legislativa se dará a conocer cuando sea solicitado por citación u orden judicial, después de consultar con un asesor legal.

Estoy de acuerdo en pagar o hacer arreglos para el pago de los servicios. Estoy consciente de que se puede interrumpir el tratamiento si mi cuenta está en moratoria por un exceso de tres sesiones.

Firma de cliente

Fecha

LIMITES DE CONFIDENCIALIDAD

Información discutida durante la sesión de terapia se mantiene confidencial y no será revelada sin autorización por escrito, excepto en las siguientes condiciones:

- El cliente amenaza con suicidio.
- El cliente amenaza con hacerle daño a otra/s persona/s, incluyendo asesinato, asalto u otro daño físico
- El cliente reporta sospecha de abuso a menores, incluyendo, pero no limitado, a maltrato físico y abuso sexual.
- El cliente reporta sospechas de abuso o explotación de una persona adulta o un adulto discapacitado.
- Registros son requeridos por la corte y firmado por un juez.

La ley del estado de Florida ordena que los profesionales de la salud mental deben informar de estas situaciones a las personas y/o agencias apropiadas.

Las comunicaciones entre el terapeuta y el paciente se considerarán confidencial según las leyes del Estado de la Florida.

Entendiendo lo anterior, estoy de acuerdo con estos límites de confidencialidad.

Firma de cliente

Fecha