Respuestas son solo para propositos de la subvencion

**PROMISE PLACE**

FORMA DE ENTRADA



ID cliente#:

Defensor:

Terapista:

SOLO PARA EMPLEADOS

Apellido: escoge su preferencia:

Primer nombre:

Segundo nombre: Direccion(calle):

Ciudad: Estado: Codigo Postal: En persona

Telefono de casa: Por telefono

Telefono celular: Por Video

Telefono de trabajo: Permiso a dejar mensaje

Sexo: Permiso a recibir recordatorios de cita

Atendido terapia individual antes? Si No

Con quien?

Cuando?

Que tipo?

Esta viendo un terapista ahora? Si No

Terapia de pareja/familia anterior? Si No Con quien? Cuando?

Educacion: K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Colegio/universidad: 1 2 3 4 5 6 7

Escuela de graduacion: Carrera:

Esta en la escuela ahorita? Si No Otro(explique)

Referido por: Individual Doctor DSS Hospital Cliente anterior Otro

Nombre:

Fecha de nacimiento: Edad:

Correo electronico:

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Viviendo juntos

En caso de emergencia, información de contacto;

Nombre:

Numero de telefono:

Relacion:

**PROMISE PLACE**

FORMA DE ENTRADA

Respuestas son solo para propositos de la subvencion

Cuales son las preocupaciones que lo trajeron a Promise Place hoy?

Preocupaciones en su vida son:

Por cuánto tiempo se a sentido haci?

 Expectaciones del tratamiento y cuales resultados quisiera ver:

Metas que quiere cumplir en terapia?

1.

2.

3.

Sintomas presente (en su propias palabras) las pasadas cuatro semanas:

Síntomas que está experimentando por favor circular

ESTADO ANIMICO triste exaltado sin esperanza baja energía pobre concentración

ANSIEDAD preocupación pánico miedo compulsivo irritable

PENSAMIENTOS alucinaciones discurso desorganizado Obsesivo distractable

 COMPORTAMIENTO Agresivo ausente escaparse desorganizado hiperactivo

Problemas durmiendo:

Problemas de apetito:

Pensamientos de suicidio:

Pensamiento homicida:

Otros:

**PROMISE PLACE**

FORMA DE ENTRADA

Respuestas son solo para propositos de la subvencion

HISTORIA DE ABUSO:

Fisico: Si No

Violencia sexual: Si No

Emocional: Si No

Drogas: Si No

Violencia domestica: Si No

Explique:

Edad que empezó:

Edad que termino: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otro sintomas por favor cheque todo lo que aplica

 NUNCA POCO MODERADO GRAVE

Llora\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Deprimido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cambio de humor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agitacion\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Letargico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mal concentracion\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Irritable\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ansiedad/tension\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ataques de panico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Obsesiones/compulsion\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Juicio deteriorado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Funcionamiento intelectual detereorado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Discurso inapropriado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fobias\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Deficit de memoria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Disfuncion sexual\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hostilidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Violento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Conflicto de autoridad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Opositor desafienta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Conducta disruptiva\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aislamiento social\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alucinaciones\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ideas paranoicas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sintomas psicoticos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PROMISE PLACE**

FORMA DE ENTRADA

Respuestas son solo para propositos de la subvencion

Hay alguna órden de custodia en efecto con sus hijo(s)? Si No

Una copia de la orden es requerida por Promise Place.Puede dar copia? Si No

Su terapia es por orden de corte o por DSS? Si No

Quienes son los individuales que usted considera su “sistema de apoyo”?

Cuales son sus fuerzas personales que le ayudan con dificultades?

Cuanto alcohol consume: Diario semanal ocasional nunca

Uso de sustancias Marihuana cocaína hielo drogas RX pastillas prescripciones

Frecuencia de uso:

Tratamiento anterior:

HIstoria de adicción en la familia? Si No

Quien?

Sustancia:

Usando presentemente:

Tratamiento anterior:

Nombre de su médico?

Psiquiatra?

Condiciones médicas serias o crónicas:

Medicamentos que está tomando?

Es complaciente con su medicamento? Si No

Nombre de empleo:

ocupacion :

Medio tiempo o tiempo completo:

Número de personas en su hogar:

Adultos : Ninos:

Ingresos anuales?

Afiliación militares?

Tiene algunas necesidades especiales? Si No

Por favor explique:

Algún obstáculo que lo previene atender terapia?(transportación, niñera)

**Promise Place póliza y procedimientos**

Promise place es una 501(c) 3 agencia sin ánimo de lucro sirviendo a los condados de Craven, Jones y Pamlico desde 1978. Es nuestra misión parar la violencia sexual y su impacto usando apoyo,educación, y advocacion. Para poder ayudar nosotros dependemos en fondos por parte de subsidios local o federal, recaudadores de fondos, y donaciones privadas.

**Advocacion**

De parte de nuestro programa de advocación, un defensor entrenado le ayudara con apoyo para usted y su familia. Cualquier individual que a sido afectado por violencia sexual o violencia de familia califican para estos servicios. Nuestros servicios son ofrecidos por nuestros advocados entrenados y pueden ser los siguiente:explicando su opciones, ayudando aplicar para competencia para víctimas, acompañarla durante exámenes en el hospital después de un ataque sexual, recursos combinatorios, acompañarla a corte.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(iniciales)

**Cobros**

Nuestros servicios de advocacion son ofrecidos para usted y su familia a no gasto.

Si usted o un miembro de su familia a sido victimas de un ataque sexual o violencia de familia usted califica para terapia financiada por subvenciones. Por favor hable con unos de nuestros defensores o terapistas para determinar para cuantos sesiones califica \_\_\_\_\_\_\_\_\_(iniciales)

**Citas perdidas**

Por que tenemos muchos clientes esperando servicios. Promise Place le pide que si usted no puede complir con su cita por favor cancele 24 horas antes, si falta en cumplir puede ser multado $25.

Si usted pierde más de dos citas seguidas o si hace muchas cancelaciones, su terapista tiene derecho a terminar con sus sesiones de terapia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(iniciales)

**Ninos/menores/dependientes**

Promise Place quisiera acomodar a cada individual y horario de cada familia.Pero por casos de emergencias médicas,Promise Place no puede dejar niños, adolescentes, o dependes estar en la agencia sin supervisión de un adulto. Si usted no puede supervisar a su hijo, adolesente, o depende por favor haga arreglos anterior, o hable con nuestra directora ejecutiva para poder asistir a su familia lo mejor que podamos. \_\_\_\_\_\_\_\_(iniciales)

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

Firma de emplieado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  **Promise Place**

Forma de autorización de privacidad HIPPA

Autorización para usar o compartir información médica privada

(requerido por parte de seguro médico portabilidad y responsabilidad 45 C.F.R partes 160 y 164)

 Autorizacion

Autorizo a *Promise Place* usar y compartir información médica privada a :

* Terapista
* Departamento de policia
* Departamento de servicios sociales
* Abogado de distrito
* Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha efectiva

Esta autorización de información cubre la información médico de:

* .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O

* Todo pasado, presente,y futuro

Extensión de autorización

* Solo comunicación verbal en el caso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(evento, o fechas)
* Mi record de salud mental entero
* Solo porciones en relación de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(evento,fechas especificas)

 Razón de liberacion de informacion

Mas tratamiento de salud mental investigacion legal determinar disabilidad

Rehabilitacion profesional requerido por individual Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esto no incluye diagnosis de abuso de substancia o HIV/SIDA, eso requiere otra forma de autorización.

Compartir alguna información personal o demográfica es requerida por las siguiente razones: para hacer acomodaciones de servicios, hacer citas, y por subsidios

Yo entiendo que la información compartida en la primera cita inicial sera compartida con mi terapista. Si yo no quiero que algunas partes sean compartidas , debe ser escrito.

Entiendo que yo tengo derecho a recibir una copia de esta autorización, yo entiendo que cualquier cambio debe ser escrito y puede completarlo a cualquier tiempo en Promise Place.

Doy permiso a Promise Place a dejar mensajes en los número(s) siguientes:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(primero)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(segundo)

En el caso de que otra persona conteste el telefono le doy permiso a Promise Place a dejar mensajes con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Servicios no son condicionales a firmar esta forma. Yo entiendo que tengo derecho a no firmar esta forma.pero referencias para servicios de terapia no podrán hacer completado sin esta forma.

Esta autorización será válida por 365 días de la fecha firmada.

Firma de cliente o guardián legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre escrito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1401 Park Avenue 115 South Market St. 11097 Highway 55

New Bern, NC 28560 Trenton, NC 28585 Grantsboro, NC 28529

252-636-3381 252-448-1069 252-745-9439

Fax 252-636-2278

**Autorización y consentimiento para recibir recordatorios de cita electrónicos**

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_fecha de nacimiento\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ID cliente\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La razon para esta autorización es para poder recibir textos o/y correo electronicos para recordarle de su cita. El texto/correo electrónico será limitado a recordatorios solo. Conversaciones, sesiones de terapia o comunicación no serán conducidos por texto o correo electrónico.

Yo se que servicios de texto y correo electrónicos no son seguros y no protegen su información privada.no son cubridos por la ley de aseguranza medica portabilidad y contabilidad.

Me han dado la oportunidad para discutir recordatorios electrónicos con mi terapista, y tuve todas mis preguntas resueltas.

Yo quiero recibir y doy consentimiento para recibir recordatorios de cita electrónicos por modos de servicios texto o correo electrónico que no son seguros.

Entiendo que puedo cancelar esta autorización para recibir recordatorios electrónicos a cualquier tiempo que quiera.una carta tendrá que ser escrita a su terapista, si usted cancela, sus acciones anteriores no serán afectado.

Yo e leído y entiendo la descripción de arriba sobre los riesgos y responsabilidades asociados con recordatorios de cita electrónicos.

Firmando este documento está en acuerdo a no poner liabilidad a Promise Place o mi terapista por informacion compartida sobre recordatorios de cita mandados por una red no seguro. También entiendo que si no respondo a mi recordatorio 18 horas antes de la cita, la cita será cancelada automáticamente.

Estoy de acuerdo en asumir todo la responsabilidad.

Correo electrónico de cliente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de cliente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de cliente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Fecha

Firma de padres/guardian\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Fecha

Staff signature\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_