

Holy Family Servicios de Consejeria

Nota de Progreso Medico

Nombre de Cliente(s): _____ Fecha: _____ Hora: _____

Tipo de Consejeria: Individual Pareja Familia Grupo Supervision Contacto Telefonico

Evaluacion Critica Riesgo de Suicidio: (circule uno) active, passivo, ninguno, plan

Riesgo Homicidio/Violencia: (circule uno) si, no, intento, plan

Uso A&D (circule uno) alto, mediano, bajo, ninguno

Si Usted contesta que "si" a algunas de las preguntas en la Evaluacion Critica
expliquese _____

Diagnostico: _____ Cambio en Diagnostico Si/No Si
expliquese: _____

Sintomas

Presente/topico/tensiones _____

Metas del Tratamiento en general/en esta sesion

Tarea completada de la ultima Sesion Si No

(2)

Intervenciones: (circule) Proveer Suporte, Cognitivo, Conducta, Insesibilidad, Role-play, Inter-relacional, gestalt, procesar reccuerdos de la infancias, educacion de sintomas, entrenar en el uso de hablar positivo, confrontar Resistencia, mirar la historia de la infancia, asistir en estrategia diarias, explorar sentimientos, educar en las consecuencias de las acciones

Respuesta del Cliente(s)

intervenciones:

Nivel de Funcionamiento o Participacion/Motivacion: Alta Mediano Bajo

Progreso: Coriente Tratamiento Effective: Si No Que cambios haran:

Plan De Tratamiento:

Tarea: (Circule) Biblioterapia, escritura, practicar como hablar positivamente, cambiar lo que esta haciendo mal, participar en el programa de AA, practicar habilidades de comunicacion, manejar tensiones, ejercicios de matrimonio, soporte de otros

Otros-expliquese

Holy Family Servicios De Consejeria

Examen de la Condicion Mental

Appariencia: Limpio _____ Desarreglado _____ Vestido Apropriadamente _____

Senales Sicologicas: Relajado _____ Inquieto _____ Lloroso _____ Tenso _____ Agitado _____
Actividad Mobil _____

Attitude & Modales: Accesible _____ Evasivo _____ Defensivo _____
Reservado _____ Agresivo _____ Optimista _____
Pasivo _____ Rencoroso _____ Irritable _____

Orientacion: Tiempo _____ Lugar _____ Persona _____ Situacion _____
Contacto Visual _____ Directo _____ Intermitente _____ Intenso _____
Bajo _____

Verbal: Contesta Apropiadamente _____ Detalladamente _____ Vago _____
Circunstancial _____ Repetitivo _____ Despacio _____ Deprisa _____

Pensamiento: Normal _____ Alucinando _____ Delirante _____ Obsesivo _____ Analitico _____
Impetuoso _____

Comentarios: _____

Psicoterapista: _____

Fecha: _____

Holy Family Servicios De Consejeria

Plan De Tratamiento

Cliente(s) _____ Iniciales _____ Status Matrimonial _____

Historial/Problema Presente: _____

Simtomas Presente (Marque todo lo applicable)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas de Relacion | <input type="checkbox"/> Problemas Matrimoniales |
| <input type="checkbox"/> Separacion/Divorcio | <input type="checkbox"/> Muerte/Perdida |
| <input type="checkbox"/> Pensamiento Obsessivos | <input type="checkbox"/> Pensamientos Paranoicos |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos Desorganizados | <input type="checkbox"/> Ideas de Suicidio |
| <input type="checkbox"/> Dificultad de Concentracion | <input type="checkbox"/> Pensamientos Violentos |
| <input type="checkbox"/> Perdidad de Memoria | <input type="checkbox"/> Bajo sentido de Estema |
| <input type="checkbox"/> Sentido de Culpabilidad | <input type="checkbox"/> Suenos malos |
| <input type="checkbox"/> Disorientacion | <input type="checkbox"/> Agression |
| <input type="checkbox"/> Voces Traumaticas | <input type="checkbox"/> Soledad |
| <input type="checkbox"/> Insomnio | <input type="checkbox"/> Victima de Abuso Verbal |
| <input type="checkbox"/> Victima de Abuso Fisico | <input type="checkbox"/> Victima de Abuso Sexual |
| <input type="checkbox"/> Abuso de Otros | <input type="checkbox"/> Codependencia |
| <input type="checkbox"/> Perdida de Apetito | <input type="checkbox"/> Gloton |
| <input type="checkbox"/> Problemas Sexuales | <input type="checkbox"/> Anorexica |
| <input type="checkbox"/> Bolimia | <input type="checkbox"/> Problemas con Alcoholismo |
| <input type="checkbox"/> Mentiras/Robando | <input type="checkbox"/> Problemas de Adicciones |
| <input type="checkbox"/> Problemas Legales | <input type="checkbox"/> Problemas Finianceros |
| <input type="checkbox"/> Problemas Espirituales | <input type="checkbox"/> Problemas de Carrera |
| <input type="checkbox"/> Problemas de LLorar | <input type="checkbox"/> No Motivacion |
| <input type="checkbox"/> No Esperanza | <input type="checkbox"/> Fatiga |
| <input type="checkbox"/> Halar el Pelo | <input type="checkbox"/> Mutilaciones |
| <input type="checkbox"/> Sentido de Suicidio | <input type="checkbox"/> Sentido de Homicidio |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Tensiones |
| <input type="checkbox"/> Anciedad | <input type="checkbox"/> Inseguridades |
| <input type="checkbox"/> Celos | <input type="checkbox"/> Soledad |
| <input type="checkbox"/> Enojo | <input type="checkbox"/> Hostilidad |

(2)

Otros intomas

HOLY FAMILY SERVICIOS DE CONSEJERIA

FORMA DE INGRESO

Bienvenido a nuestra practica basada en la fe donde es nuestra meta el poder ayudarle con las deficultades que Usted esta teniendo. Porfavor llenar las siguientes formas que nos ayudara a tratarlo mejor:

Fecha: _____ Nombre de Cliente(s) _____

Direccion: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Codigo Postal _____

Quien lo Refirio: _____

Telefono Preferido: Celular _____ Casa _____

Email: _____

Sexo: M _____ F _____ Raza/Etnica _____

Quisiera Recibir Informacion de nuestra lista de email? Si/No

Status Matrimonial: _____ Numero de Anos: _____

El Cliente es menos de 18 anos: Si/No

Nombre del Pariente/Gardian Legal:

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR:

LISTA DE MIEMBROS DE LA FAMILIA:

Holy Family Servicios De Consejeria

Historial Familiar/Social:

1. Experiencias Traumáticas/Perdidas/Hospitalizaciones/Problemas Médicos:

2. Presentación Del Problema Presente:

3. Otro Historial Revelante:

DIAGNOSIS:

Axis I _____

Axis II _____

Axis III _____

Axis IV _____

Axis V _____

(2)

Problemas Tratado

Objetivos de Consejeria

1. _____ 1. _____

2. _____ 2. _____

3. _____ 3. _____

4. _____ 4. _____

Psicoterapista	Fecha	Cliente	Fecha
-----------------------	--------------	----------------	--------------

**HOLY FAMILY SERVICIOS DE CONSEJERIA
CONTRACTO/CONSENTIMIENTO**

Nombre del Cliente: _____

El valor de cada session de consejeria/psicoterapia es de \$125 dolares.

Para aquellas personas que no pueden pagar la cantidad total por la session y quisieran ser considerados para una escala de pago de acuerdo a sus ingresos, deben responder a lo siguiente:

GANANCIAS ANUALES POR FAMILIA

\$15,000 OMENOS _____	\$35,000 - \$45,000 _____
\$15,000 - \$25,000 _____	\$45,000 - \$60,000 _____
\$25,000 - \$35,000 _____	\$60,000 O MAS _____

Los clientes deberan pagar por cada cita el mismo dia de la cita.

CONTRATO

1. Yo acepto pagar \$125.00 menos un descuento (basado en sus Ingresos) de \$ _____ por session de consejeria/psicoterapia en los servicios de Holy Family el dia de mi cita. La cantidad ajustada es de \$ _____ por session.
2. Yo entiendo que las condiciones de trabajo e otros factores podran ser tomados en cuenta para reconsiderar la cantidad de dinero que se pagar por las sesiones con mi terapeutica.
3. Yo me comprometo a pagar por las citas a las cuales no asista y no notifique a mi terapeuta con 24 horas de anticipation.
4. He leído la Regulamiento de Privacidad.
5. En CASO DE EMERGENCIA vaya a el hospital mas cercano.
6. Si su cheque hasido devuelto le cobraran un cgo de \$50.00 _____ iniciales
7. Si nosotros tenemos que ir a corte basado en una citacion Usted en responsable de esos cargos _____ iniciales
8. Su firma en esta forma dice que Usted ha leído, entiende y esta de acuerdo.

Firma del Cliente

Fecha

HOLY FAMILY SERVICIOS DE CONSEJERIA ACUERDO PARA PARTICIPAR EN LOS SERVICIOS MENOR DE EDAD

Yo, _____ el padre o el guardian legal de _____ nacido _____/_____/_____ (menor de edad) estoy de acuerdo que el/ella participe en servicios por medio de Holy Family Servicios de Consejeria. A mi hijo(a) y a mi, se nos explico a fondo el servicio en el cual el/ella participara, al igual que nuestros derechos y responsabilidades como clientes, y entendemos que la participacion en este/estos servicios es enteramente voluntaria. Entiendo que puedo retirar a mi hijo(a) de este servicio en cualquier momento, sin repercusiones o penalidades.

Tambien entiendo que tengo derecho de ser un participante activo en el tratamiento si siento que no es de beneficio para el/ella.

DENUNCIA POR MANDATO:

Entiendo que la ley requiere que el personal de Holy Family Servicios de Consejeria, como reporteros asignados por mandato, denuncien los casos que implican abuso o negligencia, sabido o sospechado, a un nino(a) o a un adulto dependiente; o amenazas de dano a uno mismo y/o a otros. Estos seran reportados a las autoridades apropiadas (Ej., departamento de la familia y ninos, policia).

CONFIDENCIALIDAD:

Entiendo que la informacion personal de mi hijo(a) sera privada; y no sera compartida con otras personas excepto bajo las siguientes circunstancias:

-
1. Mi authorization por escrito;
 2. Recibo del personal de una orden judicial ordenando la publicacion de tal informacion;
 3. Toda divulgacion y deberes asignados por mandato
-

Entiendo que el exito de este servicio depende del esfuerzo y participacion activo de mi hijo(a) y mi apoyo durante el periodo del servicio.

Entiendo que si yo o mi hijo(a) tenemos cualquier pregunta referente al tratamiento/servicio o sobre cualquier aspecto del tratamiento/servicio, yo y/o mi hijo(a) podemos pedir a nuestro proveedor de servicio de Holy Family Servicios de Consejeria una clarificacion.

(2)

Atestiguo al hecho de que soy el guardian legal del memor mencionando y concedo mi permiso para que participe en este servicio.

Firma del Menor

Fecha

FIRMA DEL GUARDIAN LEGAL

Fecha

Psicoterapista

Fecha

HOLY FAMILY SERVICIOS DE CONSEJERIA

ACUERDO PARA PARTICIPAR EN LOS SERVICIOS

CLIENTE ADULTO

Yo _____, he solicitado y estoy de acuerdo en participar en servicios proveídos por Holy Family Servicios de Consejería. El servicio en el que participare; así como, al igual que nuestros derechos y responsabilidades como clientes, y entendemos que la participación en este/estos servicio es enteramente voluntaria. Entiendo que puedo retirarme de este servicio en cualquier momento, sin repercusiones o penalidades.

También entiendo que tengo derecho de ser un participante activo en el tratamiento y puedo rechazar una parte o todo el tratamiento si pienso que no es de mi interés.

DENUNCIA POR MANDATO:

Entiendo que la ley requiere que el personal de Holy Family Servicios de Consejería, como reporteros asignados por mandato, denuncien los casos que implican abuso o negligencia, sabido o sospechado, a un niño(a) o a un adulto dependiente; o amenazas de dano a uno mismo y/o a otros. Estos serán reportados a las autoridades apropiadas (Ej., departamento de la familia y niños, policía).

CONFIDENCIALIDAD:

Entiendo que mi información personal será privada; y no será compartida con otras personas excepto bajo las siguientes circunstancias:

-
1. Mi autorización por escrito;
 2. Recibo del personal de una orden judicial ordenando la publicación de tal información;
 3. Toda divulgación y deberes asignados por mandato para advertir casos, según los descritos arriba.
-

Entiendo que el éxito de este servicio es adquirido depende del esfuerzo y participación activa a través del período del servicio.

(2)

Entiendo que si yo tengo cualquier pregunta referente al tratamiento/servicio o sobre cualquier aspecto del tratamiento/servicio, yo puedo pedir a nuestro proveedor de servicio de Holy Family Servicios de Consejería una clarificación.

Firma del Cliente

Fecha

Psicoterapeuta

Fecha

SUS DERECHOS Y REPOSABILIDADES COMO PERSONA QUE RECIBE SERVICIOS DE HOLY FAMILY SERVICIOS DE CONSEJERIA

Debido a que nuestro interes es propocionarle un buen servicio, Holy Family Servicios de Consejeria, ha identificado lo que consideramos que son sus derechos esenciales al utilizar nuestros servicios. Igualmente importantes son las responsabilidades que usted debe llevar a cabo para beneficiarse completamente de los servicios de consejeria y las experiencias educativas en las cuales usted participara. Estos derechos y responsabilidades estan enumerados para su informacion a continuacion:

DERECHOS:

1. Usted tiene derecho a ser tratado con dignidad y respeto sin importar la edad, sexo, raza, color, pais de origen, religion, impedimentos fisicos, o capacidad de pago.
 2. Usted tiene derechos a participar en su plan de cuidado o plan de servicio, y de ayudar a elaborar este plan, y tiene derecho a solicitar una copia de su plan de servicio.
 3. Usted tiene derecho a saber que expedientes seran guardados de su tratamiento, a tener acceso a sus expediente y a requerir la correction de informacion incorrecta.
 4. Usted tiene derecho a ser informado sobre otros recursos apropiados y a ser referido a estos recursos cuando usted deje la agencia.
 5. Usted tiene derecho a que la informacion sobre sus servicios se mantega confidencial, excepto segun lo limitado por la ley y reglamentos.
 6. Usted tiene derecho a quejarse, a iniciar revision de cualquier aspecto de su servicio, o de traer una queja escrita si sus derechos han sido violados.
 7. Usted tiene derecho a rechazar un tipo de tratamiento especifico, si no cree que el tratamiento sea el mas conveniente para usted.
 8. Usted tiene derecho de recibir respuestas a todas las peticiones razonables, puntualmente y adecuadamente dentro de la capacidad de Holy Family Servicios De Consejeria.
-

RESPONSABILIDADES:

1. Usted tiene la responsabilidad de participar activamente y cooperar en la planificacion y en la realizacion del plan de servicio.
 2. Usted tiene la responsabilidad de mantener sus citas o de cancelarlas avisando por lo menos 24 horas antes, a menos que circunstancias excepcionales hagan esto imposible. Las cancelaciones se deben hacer en el plazo de 24 horas de la cita programada, o se le cargara el honorario acordado.
 3. Usted tiene la responsabilidad de pagar puntualmente los servicios rendidos bajo el sistema de honorarios, si se aplica a usted.
-
-

(2)

-
4. Usted tiene la responsabilidad de tratar a nuestro personal con respeto y dignidad.
 5. Usted tiene la responsabilidad de informarnos de cualquier problema con el servicio.
-

TERMINATION:

EL no cumplir con estas responsabilidades basicas consistentemente, o tener un comportamiento que evite que el personal de la agencia le proporcione servicios a usted (e.g., los comportamientos agresivos o amenazadores, claras evidencias de no querer asistir a las sesiones) puede dar lugar a terminar los servicios antes de que se haya terminado el tratamiento.

Hoja de la Firma:

Yo, _____ he recibido una copia de mis derechos y responsabilidades como cliente de Holy Family Servicios de Consejeria en el idioma de Espanol. Tengo entendido que si tengo cualquier pregunta o preocupacion por mis derechos y responsabilidades como cliente, en cualquier momento, yo puedo pedir clarificacion a un miembro del personal de Holy Family Servicios de Consejeria.

FIRMA DEL CLIENTE

FECHA
