



AVENUES OF LIFE COUNSELING AND COACHING

439 Green Street Gainesville, GA 30501

Nuevo Formulario De Cliente

El siguiente formulario, que formará un parte de su registro confidencial, nos permitirá obtener una comprensión más rápida de usted. Responda cada pregunta de la manera más completa y cuidadosa posible. Utilice la parte inferior de la última página para obtener información adicional o comentarios.

¿Cómo aprendiste sobre Avenues of Life Counseling and Coaching: (circle uno) Avenues of Life sita de la net: Facebook : Google mapa : Psychology Today : Yelp : Google buscado: un conocido: otro: _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Generó _____

Dirección actual _____ Teléfono _____

Numero

Calle

Celular número

Ciudad

Estado

Código Postal

Dirección de correo electrónico

Estado Civil: Soltero(a) _____ Casado(a) _____ (# de Años _____) Divorciado(a) _____ Separado(a) _____ Widowed _____

Actualmente Viviendo Con: Padres _____ Esposo(a) _____ Compañero(a) _____ Solo(a) _____ Otro: _____

Miembro de la Familia para notificar en caso de Emergencia:

Nombre _____ Dirección _____

Número Telefónico _____ Relación _____

Ocupación: _____ Total de horas trabajadas por semana: _____

Empleado por: _____ Años de educación: _____ Telefono _____

Referido por: _____

Afiliación Religiosa: _____ Nombre del Pastor: _____

Miembro Activo _____ Miembro Inactivo _____

Iglesia a la que Asistes: _____

Miembros de su Familia o personas que viven con usted: (continúa en la página siguiente)

Relación Nombre Edad Ultimo Grado Completado Ocupación

Describe cualquier problema físico que tenga que requiere medicamentos o cuidado de físico.:

Actualmente estás recibiendo tratamiento médico? _____ si tu respuesta es sí, el nombre de su Doctor: _____

Información de Salud: _____

Estás tomando medicamentos actualmente? _____ por favor enumere sus medicamentos: _____

Asesoramiento Previo/Terapia? _____
Si la respuesta es sí, cuando?

Donde y con quien?

Nombre	Título
Dirección	Teléfono

Enumera a sus padres (vivos o fallecidos) y cualquier hermano o hermana:

Relación	Nombre	Edad	Último grado en la escuela	Ocupación	Con qué frecuencia los ves?
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

En sus propias palabras, describa brevemente el problema principal que lo llevó a buscar asesoramiento en este momento.

¿Ha habido momentos en que el problema mejoró o desapareció? Sí _____ No _____

Sí tu respuesta es sí, cuando?

Hubo momentos en que el problema era especialmente malo? Sí _____ No _____ Explica _____

Enumere a cualquier persona que consideres que haya un parte importante en la causa de tus problemas.

Enumere a cualquier persona que lo ayude a enfrentar sus problemas _____

Por favor marque el tipo de asesoramiento que desee:

Individual ___ Prematrimonial ___ Matrimonio ___ Niño/Adolescente ___ Crisis a corto plazo ___ Familia ___ Adicción ___

Grupo ___ Recuperación del Divorcio ___ Tristeza / Pérdida ___ Enfermedad ___ Abuso ___ Violencia Doméstica ___ No Se ___

Control de la Ira ___ Manejo del Estrés ___ Problemas Sexuales ___ Curación Emocional ___ Relaciones ___

Otro _____

Haga una marca de verificación junto a cada elemento que identifique un área de interés para usted. Coloque dos cheques por los elementos que son más importantes ...

- | | |
|--|--|
| ___ Adicciones (alcohol, drogas, comida, apostando, sexo, etc.) | ___ Problemas con niños |
| ___ Ira | ___ Problemas con padres |
| ___ Depresión | ___ Preocupaciones Religiosas/Espirituales |
| ___ Dificultades de Educación/Aprendizaje | ___ Preocupaciones Sexuales |
| ___ Dificultades Alimentarias | ___ Pensamientos de Suicidio |
| ___ Miedo / Ansiedad / Ataques de Pánico /Confusión | ___ Problemas para Tomar Decisiones |
| ___ Problemas Conyugales | ___ Infeliz la Mayor Parte del Tiempo |
| ___ Salud/Problemas Físicas | ___ Adicción de un Miembro de la Familia |
| ___ Problemas con las Relaciones Sociales | ___ Trabajo/Se trata del Trabajo |
| ___ Problemas económicos | ___ Preocupación |
| ___ Problemas de Salud Mental (Especifícalo) _____ | ___ Otro |

Yo, _____ (escriba su nombre), leí la hoja de políticas, completé el formulario de admisión y me presenté a un consejero por mi propia voluntad. No responsabilizaré a Avenues of Life Counseling, ni a su personal, por el resultado de la terapia. (Es mi decisión seguir el consejo o no)

Firma

Fecha

Para clientes de 17 años y menores, se requiere la firma de su tutor legal o padre custodio.

Firma del Padre o Tutor Legal

Fecha

Preguntas, Comentarios o Más Información:



AVENUES OF LIFE COUNSELING AND COACHING

Autorización y Consentimiento

Nombre del Cliente _____ Nombre del Padre o Tutor legal _____

1. Confidencialidad: Por favor inicial ____ (cliente/padre o tutor legal)

Toda comunicación entre el cliente y el consejero de El Consejero Pastoral Certificado por la Junta de Elizabeth Evans es confidencial y no se revelará a menos que lo exija la ley. La ley nos exige denunciar el abuso / negligencia infantil, las principales tendencias suicidas y los posibles homicidios. Su familia no recibirá ninguna información de nosotros a menos que usted lo solicite. Nuestros archivos se mantienen bloqueados. Si desea que analicemos su caso con otra persona, se le pedirá que firme un "Formulario de autorización para divulgar información". Entiendo que mi consejero puede usar y divulgar la información de salud personal de los clientes para ayudar a brindar atención médica al cliente, para manejar la facturación y el pago, y para encargarse de la otra operación de atención médica. Seguimos las decisiones de HIPPA de los Estados Unidos para la privacidad.

2. Cancelación de Citas: Por favor inicial ____ (cliente/padre o tutor legal)

Se cobrará un cargo de la mitad de la tarifa regular por la sesión perdida cuando se cancele dentro de las 24 horas previas a la sesión programada o no se presente a la sesión.

3. Autorización para divulgar información a un médico de atención primaria: Por favor inicial ____ (cliente/padre o tutor legal)

La comunicación entre los proveedores de salud conductual y su médico de atención primaria es importante para garantizar que reciba atención médica integral y de calidad; Por la presente autorizo la divulgación de mi información de salud protegida relacionada con mi evaluación y tratamiento a mi médico de atención primaria. Entiendo que esta información puede incluir diagnósticos, plan de tratamiento y progreso, e información sobre medicamentos si es necesario. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya invocado.

4. Consentimiento para Autorización de Tratamiento Por favor inicial ____ (cliente/padre o tutor legal)

Autorizo y solicito a mi consejero y entrenador que lleve a cabo una evaluación psicosocial, tratamiento y / o procedimientos de diagnóstico que ahora, o durante el curso de mi tratamiento se vuelven aconsejables. Entiendo que el propósito de estos procedimientos se me explicará a pedido y que están sujetos a mi acuerdo. También entiendo que si bien el curso de mi tratamiento está diseñado para ser útil, mi consejero no puede garantizar el resultado de mi tratamiento. Además, el proceso psicoterapéutico puede provocar sentimientos y reacciones incómodos, como ansiedad, tristeza e ira. Entiendo que las reacciones se trabajarán en esas entre mi consejero y yo. Con estos entendimientos, autorizo el tratamiento para mí. Doy permiso para desarrollar tratamiento y / o brindar tratamiento. En el caso de que me enferme o me lastime mientras estoy en la oficina, autorizo a mi consejera, Elizabeth Evans, a proporcionar / obtener servicios médicos de emergencia (por ejemplo, llamar a una ambulancia / 911).

Inicial ____ Firma de Cliente/padre o tutor legal _____ Fecha _____



AVENUES OF LIFE COUNSELING AND COACHING

Formulario de Autorización de Tarjeta de Débito / Crédito POR FAVOR COMPLETE ESTA AUTORIZACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre de quién es el titular de la tarjeta

Dirección de Envío:

Código Postal: _____

Dirección de Correo Electrónico:

Tipo de Tarjeta de Crédito: _____ Visa _____ MasterCard _____ Discover _____ Am Ex

Número del Tarjeta de Crédito:

Fecha de Caducidad:

Números de Identificación de su Tarjeta (último 3 dígitos ubicado en el reverso de la tarjeta de crédito):

Autorizo Avenues of Life Counseling and Coaching 439 Green Street Gainesville, Ga. 30501 a cobrar mi factura pendiente por sesiones.

Titular de la tarjeta: nombre, signo y fecha en letra de imprenta abajo:

Firma:

Nombre Impreso:

Fecha:
