



(630) 474-3900 call or text
(630) 474-3903 fax
info@madrigalconsultingandcounseling.com

Cuestionario de Admisión del Cliente

Por favor complete este formulario y llévelo con usted a su primera sesión.
Tenga en cuenta: la información proporcionada en este formulario está protegida como información confidencial.

Información Personal

Nombre: _____ Fecha: _____
Padre / madre / tutor legal (si es menor de 18 años): _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____
Teléfono de la casa: _____ ¿Podemos dejar un mensaje? ___Si ___No
Celular / Trabajo / Otro teléfono: _____ ¿Podemos enviar un mensaje de texto o dejar un mensaje? ___Si ___No
Correo electrónico: _____ ¿Podemos enviar un correo electrónico? ___Si ___No
Celular / Trabajo / Otro teléfono (si es menor de 18 años): _____ ¿Podemos enviar un mensaje de texto o dejar un mensaje? ___Si ___No
Correo electrónico (si es menor de 18 años): _____ ¿Podemos enviar un correo electrónico? ___Si ___No

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Raza: _____

Estado Civil

___ Nunca Casado ___ Asociación Doméstica ___ Mariado
___ Apartado ___ Divorciado ___ Viudo

¿Cómo supo de nuestra práctica? _____

Nombre del médico de atención primaria: _____ Dirección: _____
Teléfono: _____

¿Ha recibido anteriormente algún tipo de servicios de salud mental (psicoterapia, servicios psiquiátricos, etc.)?
___ No ___ Sí, terapeuta / practicante anterior: _____

¿Actualmente estás tomando algún medicamento recetado? ___ No ___ Si
Si la respuesta es Sí, indique los medicamentos, el motivo de las recetas y las fechas:

Información general y de salud mental

1. ¿Cómo calificaría su salud física actual? (por favor circule uno)

Pobre Insatisfactorio Satisfactorio Bueno Muy bien

Enumere cualquier problema de salud específico que esté experimentando actualmente: _____

2. ¿Cómo calificaría sus hábitos de sueño actuales? (por favor circule uno)

Pobre Insatisfactorio Satisfactorio Bueno Muy bien

Enumere cualquier problema de salud específico que esté experimentando actualmente: _____

3. ¿Cuántas veces por semana haces ejercicio? _____
 ¿En qué tipo de ejercicio participas? _____
4. Enumere cualquier dificultad que experimente con su apetito o problemas de alimentación: _____
5. ¿Actualmente estás experimentando una tristeza, un dolor o una depresión abrumadores? ___ No ___ Si
 Si es así, ¿aproximadamente por cuánto tiempo? _____
6. ¿Está experimentando actualmente ansiedad, ataques de pánico o tiene alguna fobia? ___ No ___ Si
 Si la respuesta es Sí, ¿cuándo comenzó a experimentar esto? _____
7. ¿Actualmente estás experimentando dolor crónico? ___ No ___ Si
 En caso afirmativo, describa: _____
8. ¿Bebes alcohol más de una vez a la semana? ___ No ___ Si
9. ¿Con qué frecuencia te involucras en el uso recreativo de drogas? ___ Diarios ___ Semana ___ Mesual ___ Nunca
10. ¿Estás actualmente en una relación romántica? ___ No ___ Si
 En una escala del 1 al 10 (1 siendo pobre y 10 excepcional), ¿cómo calificaría su relación? _____
11. ¿Es usted / cónyuge / hijo / madre / padre en servicio activo / veterano militar? ___ No ___ Si
 Explique: _____

Historia Familiar de Salud Mental

En la sección a continuación, identifique si hay antecedentes familiares de alguno de los siguientes. En caso afirmativo, por favor indique la familia la relación del miembro con usted en el espacio provisto (por ejemplo, padre, abuela, tío, etc.):

<u>Historia de</u>	<u>Por favor circule uno</u>	<u>Lista de miembros de familia</u>
Abuso de alcohol / sustancias	si / no	_____
Ansiedad	si / no	_____
Depresión	si / no	_____
Violencia doméstica	si / no	_____
Desorden alimenticio	si / no	_____
Obesidad	si / no	_____
Comportamiento compulsivo obsesivo	si / no	_____
Esquizofrenia	si / no	_____
Intentos de suicidio	si / no	_____

Información Adicional

1. ¿Tiene usted empleo actualmente? ___ No ___ Si
 Si la respuesta es Sí, ¿cuál es su situación laboral actual? _____

 ¿Disfrutas tu trabajo? ¿Hay algo estresante en su trabajo actual? _____

2. ¿Te consideras espiritual o religioso? ___ No ___ Si
 Si la respuesta es Sí, describa su fe o creencia: _____

3. ¿Qué consideras algunas de tus fortalezas? _____

4. ¿Qué consideras algunas de tus debilidades? _____

5. ¿Qué te gustaría lograr fuera de tu tiempo en terapia? _____

6. ¿Qué está buscando de su terapeuta que lo ayudará con el progreso? _____

Madrigal Consulting and Counseling, LLP

Consentimiento Para Tratamiento y Límites de Responsabilidad

Límites de Servicios y Asunción de Riesgos:

Las sesiones de terapia conllevan tanto beneficios como riesgos. Las sesiones de terapia pueden reducir significativamente la cantidad de angustia alguien está sintiendo, mejora las relaciones y / o resuelve otros problemas específicos. Sin embargo, estas mejoras y no se puede garantizar ninguna "cura" para ninguna condición debido a las muchas variables que afectan estas sesiones de terapia. Experimentar sentimientos incómodos, discutir situaciones desagradables y / o aspectos de su vida se consideran riesgos de las sesiones de terapia.

Límites de Confidencialidad:

Lo que discuten durante su sesión de terapia se mantiene confidencial. No hay contenidos de las sesiones de terapia, ya sea verbal o escrito puede ser compartido con otra parte sin su consentimiento por escrito o el consentimiento por escrito de su guardián legal. La siguiente es una lista de excepciones:

Deber de Advertir y Proteger

Sí revela un plan o amenaza con hacerse daño, el terapeuta debe intentar notificar a su familia y notificar a las autoridades legales. Además, si revela un plan para amenazar o dañar a otra persona, el terapeuta debe advertir a la posible víctima y notificar a las autoridades legales.

Abuso de Niños y Adultos Vulnerables

Si usted revela, o se sospecha, que hay abuso o negligencia dañina de niños o adultos vulnerables (es decir, los ancianos, discapacitados / incompetentes), el terapeuta debe informar esta información a los agencia estatal y / o autoridades legales.

Exposición Prenatal a Sustancias Controladas

Los terapeutas deben reportar cualquier exposición prenatal admitida a sustancias controladas que puedan ser dañinas la madre o el niño.

Menores / Tutela

Los padres o tutores legales de clientes menores no emancipados tienen derecho a acceder a los registros de los clientes.

Proveedores de Seguros

Las compañías de seguros y otros pagadores de terceros reciben información que solicitan con respecto a servicios a los clientes.

Pasantes de Asesoramiento Clínico

Madrigal Consulting and Counseling trabaja en asociación con el trabajo social de posgrado de la Universidad y programas de psicología para apoyar la capacitación y supervisión adecuadas de los estudiantes graduados que están estudiando en el campo para ser clínicos con licencia. Como resultado, se le puede pedir que dé su consentimiento para permitir que pasantes clínicos graduados para observar o apoyar en su sesión. En cualquier momento se puede rechazar el consentimiento.

El tipo de información que se puede solicitar incluye: tipos de servicio, fechas / horas de servicio, diagnóstico, plan de tratamiento, descripción del deterioro, progreso de la terapia, notas de casos, resúmenes, etc.

Al firmar a continuación, aceptó el supuesto anterior de riesgo y los límites de confidencialidad y entiendo su significados y ramificaciones.

Firma del cliente (12+ años de edad)

Fecha

Padre / Tutor (si es cliente menor de 18 años)

Fecha

Madrigal Consulting and Counseling, LLP

Formulario de Autorización de Seguro y Política Financiera

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

Dirección de casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección de correo electrónico: _____ ¿Podemos enviar un correo electrónico? Si No

Ocupación: _____

Empleador: _____ Años allí: _____

Dirección del empleado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del trabajo: _____ ¿Podemos comunicarnos con usted en el trabajo? Si No

Seguro Primario

Nombre de la compañía de seguros: _____

Nombre del asegurado: _____

Número de identificación de miembro: _____ Número de grupo: _____

Seguro Secundario

Nombre de la compañía de seguros: _____

Nombre del asegurado: _____

Número de identificación de miembro: _____ Número de grupo: _____

Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Ocupación: _____

Empleador: _____ Años allí: _____

Dirección del empleado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del trabajo: _____

En caso de emergencia:

Contacto: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ Número alternativo: _____

Nuestra oficina presentará un seguro para todos los servicios reembolsables, tanto a su principal como a su aseguradoras secundarias. Recuerde que usted es responsable de todos los copagos, deducibles, coseguros y montos de servicios no cubiertos. Al firmar este documento, usted comprenda que es responsable financieramente de todos los servicios prestados por Madrigal Consultoría y asesoramiento, LLP, con o sin cobertura de seguro.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mi reclamo.

Firma del paciente o parte responsable: _____ Fecha: _____

Autorizo el pago de beneficios médicos a Madrigal Consulting and Counseling, LLP.

Firma del paciente o parte responsable: _____ Fecha: _____

Cualquier saldo que no se haya pagado 90 días después de la prestación de los servicios se considerará moroso. Un cargo por mora de 1.5% por mes se añadirá a su cuenta. El retraso en el pago el cargo se facturará cada mes hasta que se pague el saldo vencido.

En caso de que esta cuenta entre en incumplimiento y nuestra oficina la entregue a nuestro exterior agencia de colecciones / abogado, se acepta y acuerda que el 30% de la cantidad principal de la saldo adeudado se agrega como agencia de cobros / honorarios de abogados.

Firma del paciente o parte responsable: _____ Fecha: _____

Madrigal Consulting and Counseling, LLP

Formulario de Autorización de la Tarjeta de Crédito

Como cortesía a nuestros clientes y familias, ofrecemos pagos con tarjetas de crédito o débito. Esta información se guardará en un archivo seguro. Tienes dos opciones:

1) We cargará en su tarjeta de crédito / débito de **forma regular** para sus copagos, deducibles, coseguros y cualquier monto de servicio no cubierto, incluida la tarifa por no presentación. Esta opción es requerido para aquellos con planes de seguro con deducible alto (\$ 1000 o más). 2) Usted puede elegir esta opción si solo desea mantener una tarjeta de crédito / débito en el archivo.

Nombre del cliente: _____

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Cremallera

Número de teléfono: _____

Tipo de tarjeta (Por favor circule): Visa MasterCard American Express Discover

Número de tarjeta de crédito: _____

Fecha de vencimiento: _____ Código de seguridad de 3 dígitos: _____

Autorizo a Madrigal Consulting and Counseling, LLP para ejecutar mi tarjeta de crédito / débito para los copagos, deducibles y coseguros adeudados, cualquier monto de servicio no cubierto y cargos por no presentación.

Firma del cliente

Fecha

Uso exclusivo de la oficina del departamento de facturación de Madrigal

Verificación de beneficios completada: _____

Monto del copago: _____

Cantidad deducible a cumplir: _____

Cantidad facturada al cliente para las sesiones: _____

Madrigal Consulting and Counseling, LLP

Cancelación y Política de Citas Perdidas

La continuidad de la atención es un aspecto importante de la prestación de terapia de salud mental y conductual. Las cancelaciones frecuentes y / o el no presentarse a las sesiones pueden causar largos períodos entre sesiones de terapia e impacta la efectividad de su tratamiento. Para su conveniencia, nosotros trate de adaptarse a su horario trabajando con usted para elegir los horarios de sesión más adecuados para tú. Nos esforzamos por brindar atención de calidad, por lo tanto, su cooperación para cumplir con su cita es de gran importancia.

Si no puede asistir a una cita, le solicitamos que nos brinde al menos 24 horas al día. Aviso previo a nuestra oficina. Ya que no podemos usar este tiempo para otro cliente, por favor tenga en cuenta que se le facturará el costo de su sesión programada si no se cancela oportunamente, a menos que dicha cancelación se deba a una enfermedad o una emergencia.

Agradecemos su ayuda para mantener el horario de la oficina en funcionamiento de manera oportuna y eficiente.

Firma del cliente (padre / tutor si es menor de 18 años)

Fecha



450 E. 22nd Street, Suite 158, Lombard IL 60148
(630) 474-3900
(630) 474-3903 fax
www.MadrigalConsultingandCounseling.com

El virus COVID-19 es una enfermedad grave y altamente contagiosa que ha requerido que los funcionarios de salud estatales y locales proporcionen pautas para controlar la propagación del virus. El personal de Madrigal ha utilizado estas pautas como los estándares mínimos para los servicios de asesoramiento en persona. Por tu seguridad y la seguridad de nuestro personal y comunidad, debes cumplir con todas las medidas y protocolos para poder recibir servicios presencialmente en Madrigal. Estos protocolos están sujetos a cambios basados en la mejor información que tenemos de esos funcionarios de salud.

- Todos los clientes e invitados deben usar una máscara cuando se encuentren en los espacios comunes.
- Todos los clientes deben usar una máscara en la oficina del terapeuta.
- Todos los clientes deben lavarse o desinfectarse las manos al ingresar al edificio, después de usar los baños y cada vez que se toquen la cara.
- Todos los clientes deben mantener una distancia de 6 pies de cualquier persona en el edificio, a menos que sean del mismo hogar.
- Todos los clientes deben esperar para ingresar a la oficina hasta la hora de inicio de su sesión. Espere afuera o en su automóvil hasta que su terapeuta le notifique que está listo. Actualmente, nuestra sala de espera está cerrada.
- Solo se permiten clientes en la oficina. Para niños menores de 18 años, un padre / tutor puede acompañar al cliente. No se permite la entrada a la oficina a niños y familiares que no sean clientes de Madrigal.
- Todos los clientes entienden que se les harán preguntas de detección de COVID-19 sobre cualquier síntoma que tengan. El personal de Madrigal tiene derecho a pedirle que re programe el uso de telesalud si responde "Sí" a cualquier pregunta.
- Todos los clientes entienden que se les controlará la temperatura al entrar a la oficina. Los clientes con una temperatura superior a 100.4 no podrán asistir a su sesión de terapia en persona y se les pedirá que participen en telesalud durante dos semanas o hasta que un médico lo autorice.
- Todos los clientes deberán desinfectarse las manos al entrar a la oficina.
- Los clientes que se identifiquen como miembros de la población vulnerable / de alto riesgo deben continuar con la teleterapia hasta nuevo aviso. Todos los clientes que asisten a sesiones de terapia en persona están de acuerdo en que no son miembros de la población vulnerable o de alto riesgo.
- Los clientes que dieron positivo en COVID y asistieron a una sesión de terapia en persona en las últimas 2 semanas deben notificar a su terapeuta de inmediato. Si da positivo en la prueba de COVID, los servicios en persona se pausarán y la telesalud se reanudará durante dos semanas o hasta que un médico lo autorice.



450 E. 22nd Street, Suite 158, Lombard IL 60148
(630) 474-3900
(630) 474-3903 fax
www.MadrigalConsultingandCounseling.com

- Es posible que las visitas personales no estén disponibles para todos los terapeutas de Madrigal, debido a sus necesidades personales.
- Nos reservamos el derecho de exigir citas de telesalud para cualquiera o todos los clientes en lugar de citas en persona si creemos que es necesario para mantener la seguridad del personal de Madrigal y de nuestros clientes.

Debido al largo período de incubación del virus COVID-19, así como a la realidad de que un individuo puede ser portador del virus sin ningún síntoma o conciencia, el contacto cara a cara con cualquier otro miembro de la comunidad aumenta el riesgo de transmisión de el virus.

Madrigal continuará brindando terapia individual, de pareja y familiar a través de una plataforma de telesalud. Sugerimos encarecidamente que los clientes continúen utilizando la telesalud para los servicios de terapia y que las sesiones en persona se utilicen para los clientes con los que no es posible o no se sugiere la telesalud, como clientes con problemas de privacidad o seguridad, clientes que reciben terapia mediante ciertas modalidades que no son conductivas a telesalud y clientes que necesitan un mayor nivel de atención. Al elegir sesiones en persona en lugar de telesalud, reconoce el mayor riesgo de contraer el virus en la oficina y acepta ese riesgo.

Reconocimiento del paciente / cliente

Confirmando que he leído el Aviso anterior y entiendo y acepto que existe un mayor riesgo de contraer el virus COVID-19 al venir a esta oficina y estar en esta oficina para sesiones en persona. Entiendo y acepto el riesgo adicional de contraer COVID-19 por contacto en esta oficina. También reconozco que podría contraer el virus COVID-19 de una multitud de fuentes fuera de la oficina y no relacionadas con mi visita aquí. Reconozco que sería muy difícil para cualquiera probar de quién o dónde contrajo COVID-19. Asumo el riesgo de estar en esta oficina y proceder con los servicios en Madrigal.

Nombre

Firma

Fecha