



**Centennial
Counseling
Center**

1120 E. Main St.
Cedar Crossing Building
St. Charles, IL 60174
630.377.6613
Fax 630.377.6225

1 E. County Line Road
Arrowhead Professional
Building
Sandwich, IL 60548
815.786.8606
Fax 815.786.1541

76 W. Countryside Parkway
Yorkville Professional Building
Yorkville, IL 60560
630.553.1600
Fax 630.553.5119

INFORMACION DE CLIENTE

Nombre de paciente _____
 Direccion: _____
 Ciudad, Estado, Codado: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____
 Genero: Varon Mujer Estado de civil: Casado/o Soltero/a Otro/o
 Estado de trabajo: Empleado Sin empleo Estudiante diari Estudiante tiempo parcial
 Empleado o Escuela y la direccion: _____
 Relacion al que tiene aseguranza: Si mismo/a Espos/a Hijo/ Otro/a
 Telefono de casa: _____ Podemos dejar un mensaje? Si No
 Telefono de trabajo: _____ Podemos dejar un mensaje? Si No
 Telefono de celular: _____ Podemos dejar un mensaje? Si No
 Otros asisten a los miembros de la familia: _____
Others you wish to have access to your appointment schedules, and/or billing information. (If you elect this option we will provide releases that spell out the limits of information to be released.)
 Name : _____ Phone: _____
 Name : _____ Phone: _____

Informacion de referencia

Como supo Usted (Circula uno)
 de nosotros? Amigo/a Profesional Internet Aseguranza.Libro de telefono Otro
 Referrido por: _____
 Direccion: _____
 Numero de telefono: _____

Informacion de su doctor primario

Nombre de PCP: _____
 Direccion de PCP : _____
 Numero de telefono: _____

Si está seguro de la presentación, por favor complete a

Nombre y direccion de aseguranza: _____

 Nombre y direccion de empleador de la persona con aseguranza: _____

 Numero de telefono de casa _____ Fecha de nacimiento: _____

 Numero de telefono de trabajo: _____ SSN: _____

No tiene que llenar lo demas si tiene tarjeta de aseguranza que podemos hacer copia.
 Nombre de aseguranza: _____
 Claims Address: _____

For office use only DSM: _____ Authorization #: _____

Nombre de Cliente: _____ Fecha: _____

Nombre de la persona llenando este documento: _____

Por favor, compruebe la frecuencia de estos síntomas se produjeron en los últimos seis meses. Si usted es un padre completando esta forma para que su niño / adolescente, por favor indica los síntomas de su niño / adolescente en los últimos seis meses.

| Síntoma | Nunca o Casi nunca | Varias veces al mes | Casi cada día | Síntoma | Nunca o Casi nunca | Varias veces al mes | Casi cada día |
|--------------------------------------|--------------------|---------------------|---------------|--------------------------------------|--------------------|---------------------|---------------|
| Sentido de culpa | | | | Sin esperanza del futuro | | | |
| Preocupacion | | | | Pensando en muerte | | | |
| Demasiado energia | | | | Pensando en suicidarse | | | |
| Agresivo/a | | | | Problemas con otros en familia | | | |
| Enojo incontrolable | | | | Pensando del pasado | | | |
| Miedo de trabajo/escuela | | | | Llorando excesivamente | | | |
| Miedo de salir de casa | | | | Sintiendose triste | | | |
| Dormir caminando | | | | Pesadillas | | | |
| Problemas con dormirse | | | | Sentimientos de ansiedad | | | |
| Problemas con mantenerse dormido/a | | | | Sentimientos de panico | | | |
| Pierde la memoria | | | | Problemas de enojo | | | |
| Dificultad haciendo decisiones | | | | Celos | | | |
| Sintiendose solo/a | | | | Impaciencia | | | |
| Dificultad concentrando | | | | Sin confianza en si mismo/a | | | |
| Cambios de genio rapidos | | | | Corto de respiracion | | | |
| Inquietud | | | | Corazon palpapiando rapido | | | |
| Se distrae fácilmente | | | | Dolores de Pecho | | | |
| Problemas llevandose con otros | | | | Sentimientos sin realidad | | | |
| Se siente sin valor | | | | Mintiendo | | | |
| Demasiado cansado/a | | | | Problemas en case | | | |
| apetito pobre o sin apetito | | | | Uso del alcohol | | | |
| Come de mas | | | | Uso de drogas | | | |
| Bingeing | | | | Apagones | | | |
| preocupación con comer | | | | Problemas de estomago | | | |
| Vomitando | | | | Sin control de pensamientos | | | |
| Duerme demasiado | | | | Sin control de comportamiento | | | |
| Oye voces | | | | Abuso fisico de sí mismo oa otros | | | |
| Problemas en el trabajo o la escuela | | | | Abuso emocional de sí mismo oa otros | | | |
| Robando | | | | Otro | | | |

Medicamentos u otros problemas médicos (alergias, tiroides, diabetes, etc) que debemos saber: _____

INFORMACIÓN de ADMISIÓN

Antes de comenzar el tratamiento, usted debe ser consciente de los posibles beneficios y riesgos de los servicios de consejería. La mayoría de los individuos, parejas y familias que obtengan servicios de salud mental se beneficien de este proceso. El proceso terapéutico es en general muy útil y puede dar lugar a la mejora de humor, aumento de la autoestima, y una mayor capacidad para tomar decisiones que faciliten el desarrollo físico, emocional y relacional de salud, pero existen algunos riesgos. En el curso del proceso terapéutico de las personas pueden experimentar los sentimientos no deseados. Si los sentimientos de tristeza, ira, culpabilidad, frustración o dolor profundo se plantean en el asesoramiento, la experiencia puede ser inesperado y angustiante. Además, los individuos, parejas y familias pueden encontrar que el proceso de consejería lleva a un lugar de toma de decisiones importantes de la vida. Mientras que su consejero/a honra y respeta su derecho a tomar decisiones por usted, personas importantes en tu vida puede no estar de acuerdo con una dirección que decida seguir. Estas experiencias pueden producir nuevas oportunidades, así como retos únicos. No deje de hablar con su consejero/a sobre los objetivos del tratamiento o los procedimientos, especialmente si experiencia incomodidad o está preocupados por el resultado del tratamiento.

Horario y disponibilidad: La línea telefónica del Centro de Centennial Counseling está bien respondida por nuestro personal o cambiado a un sistema de correo de voz, 24 horas al día, 7 días a la semana. Se espera que los consejeros/as que se espera regresen las llamadas inmediatamente, pero a veces no están en condiciones de devolver las llamadas tan pronto como se pueda exigir. Algunos consejeros/as no están disponibles los fines de semana. Examine la disponibilidad con su consejero/a. En caso de que su consejero/a no está disponible en una emergencia, vaya a la sala de emergencia más cercana, o póngase en contacto con uno de los siguientes servicios de intervención en crisis: Kane Co: 630/966-9393; Kendall Co: 630/553-1400; DeKalb Co: 866/242-0111, o bien, DuPage Co: 630/627-1700. También puede llamar al 911, o llame a su médico de atención primaria o psiquiatra.

Pago y tarifas: El pago se espera se le presenta los servicios. Esta oficina acepta en efectivo, cheques y tarjetas de crédito. Si el pago no se realiza en el momento del servicio, le pedimos que para resolver el proyecto de ley antes del próximo período de sesiones. Los servicios son generalmente 45 - 50 minutos de duración. Usted es responsable de los honorarios que se cobran. Cualquier cambio en la tasa será discutido con usted de antemano. En los casos en que el cliente es un menor de edad, el padre / madre o tutor es el responsable de la cuenta. Si necesita cancelar o cambiar una cita, avise a la oficina por lo menos 24 horas antes de la terapia o sesión de grupo con el fin de evitar un cargo por la falta de nombramiento o de cancelación tarde. Tenga en cuenta que las compañías de seguros no cubren pérdidas, o de no presentarse a los citas. **Usted será Seguros:** Dado que usted es responsable de su factura en el Centro de Centennial Counseling que está en su mejor interés para verificar los detalles de su póliza de seguro de salud y compartir esa información con nuestra oficina comercial. La Oficina de Negocios de Centennial Counseling le ayudará a verificar su cobertura y generar un formulario de reclamación de seguros precisa que ser enviado directamente a usted o a su compañía de seguros. En algunos casos, son contratos de seguros con compañías aéreas que afectan a sus obligaciones financieras con Centennial Counseling y su tconsejo/a. En todos los casos, usted seguirá siendo responsable de su proyecto de ley con sujeción a los términos de su contrato de seguros con el Centennial Counseling Centro de Consejería. **Usted seguirá siendo responsable de todos los cargos no pagados por el seguro, salvo acordado de antemano. Usted es completamente responsable de este cargo si usted no da la debida notificación de 24 horas.**

Primera sesión: \$185.00 Siguiete sesiones: \$130.00 Si cancela tarde o no asiste: \$130.00

Aseguranza Asi como usted es personalmente responsable de deducibles, copagos, coseguro, no cubierto, de cumplir los requisitos, o no autorizado de servicios. Tenga en cuenta que no todos los consejeros/as en el Centro de Consejería del Centennial pueden participar con su plan. Puesto que usted es responsable por el pago si su aseguradora no cubre este servicio, le recomendamos que verifique su cobertura antes de o dentro de 24 horas de la primera cita para estar seguro de que el consejero/a es un proveedor de cubiertas y estos servicios serán cubiertos

Otros Gastos: Las compañías de seguros cubren el costo de pruebas psicológicas muy inconsistentemente. Haremos todo lo posible para verificar de antemano si el costo de una prueba psicológica será cubierto, pero, en general, usted debe esperar a pagar de su bolsillo para completar la prueba psicológica. Hay un cargo de \$20 todos los cheques devueltos. Un cheque sin fondos debe ser reemplazado con dinero en efectivo, cheque certificado o giro postal. Las cuentas morosas puede ser referido para la recogida y presentación de informes de crédito, así como interés añadido a los saldos de más de 60 días. Usted es responsable de todos los honorarios de abogados y costas judiciales incurridos por Centenario Centro de Asesoramiento en relación con la recuperación de las tasas impagadas consejería.

Notificación de Privacidad

En Centro de Consejería de Centennial ("CCC") estamos comprometidos con el tratamiento y uso de información protegida de salud responsable. Este aviso describe los procedimientos que utilizamos para proteger su información, y las circunstancias en que su información personal de salud puede ser revelada. También describe sus derechos en lo que se refiere a esta información. Las reglas de la confidencialidad de los registros de salud mental se registran en la de Illinois de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo de confidencialidad y en la Ley de normas de privacidad de la Health Insurance Portability and Accountability Act. Le recomendamos que revise dichas disposiciones a fin de comprender plenamente los procedimientos y sus derechos.

Nos esforzamos para proteger su información personal de salud.

En la CCC, se hace todo lo posible para mantener su información personal de salud privado. Algunos de nuestros procedimientos será evidente para usted. Por ejemplo, cuando llame para discutir un problema con el personal administrativo, se puede pedirle alguna pieza de información de identificación para confirmar su identidad. Algotros sucederan tras bambalinas. Los archivos están protegidos con llave estaciones de trabajo y cifrados, si se transfiere por vía electrónica. Archivos están asegurados en armarios bajo llave por la noche, y se hace todo lo posible para evitar que otros puedan ver su información personal de salud cuando se está trabajando en por los miembros del personal durante el día. Si tiene alguna pregunta sobre su privacidad, por favor, traer a nuestra atención.

Usted tiene derecho a copiar o revisar sus registros de salud mental.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y / o copia de su expediente médico. Si después de revisar su expediente, usted cree que cualquier declaración está en error, usted tiene derecho a solicitar que la persona que hizo la entrada haga una corrección. Cada vez que solicita una revisión, su solicitud y de las medidas adoptadas serán anotados en el registro. Si un profesional decide a mantener una declaración con la que usted no está de acuerdo, usted tiene el derecho a añadir una cláusula adicional escrita indicando por qué usted cree que la entrada está en el error. Cada vez que la sección del registro es liberado, su modificación debe ser incluido.

Las siguientes personas pueden tener acceso a un registro de salud mental sin autorización escrita.

1) la persona que recibe los servicios, 2) el padre o tutor de un niño/a que es menor de 12 años de edad; 3) el beneficiario si es de 12 años de edad o mayores; 4) el padre o tutor de un beneficiario que se al menos 12 pero menor de 18 años, si el destinatario no se opone, o si el terapeuta considera que no hay una razón para denegar el acceso, *pero nada en esta declaración tiene el propósito de evitar un padre o tutor de un niño que tiene por lo menos 12, pero menos de 18, de solicitar y recibir la siguiente información: actual estado físico y mental, el diagnóstico, las necesidades de tratamiento, los servicios proveídos, y los servicios necesarios*; 5) un tutor legal de un receptor que tiene 18 años o más; 6) un abogado, tutor ad litem, o poder notarial u otra persona que esté legalmente autorizada para acceder a los registros. Estamos encantados de darle asistencia en la comprensión de los registros.

En las siguientes circunstancias, podemos revelar sus registros sin su autorización.

Hay circunstancias que imponen limitaciones a un derecho del cliente o la capacidad para mantener la comunicación privilegiada. Un terapeuta puede revelar un registro sin su consentimiento: 1) a un supervisor, terapeuta de la consulta, o miembro del personal del equipo que participan en la prestación de servicios, un registro de custodia, o una persona que actúe bajo la supervisión de la terapeuta, 2) cuando un terapeuta considera una clara y existe peligro inmediato de una o más personas, 3) cuando la revelación es necesaria para proporcionar un recipiente con la atención médica de emergencia o el acceso a las prestaciones necesarias cuando el destinatario no está en condiciones de renunciar o hacer valer sus derechos; 4) cuando el abuso o descuido de un niño es sospechosa, 5) cuando se consulta a un terapeuta con un empresario, abogado, profesional de responsabilidad, o de otras empresas asociadas en relación con el cuidado o tratamiento que él o ella ha prestado, incluyendo la revelación a socios de negocios que nos puede ayudar a proseguir pago (pero cada uno de estos beneficiarios se mantienen a las normas de privacidad de HIPAA y no daran mas la información); 6) cuando se introduce un destinatario de su estado mental o de cualquier aspecto de los servicios recibidos para esa condición como un elemento de una reivindicación

Derechos adicionales.

Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre ciertos usos y revelación de información personal de salud. Sin embargo, la CCC no es necesario estar de acuerdo con la petición de restricción, y, en algunos casos, está prohibido por la ley de estar de acuerdo a la petición de restricción. Usted tiene derecho a solicitar y recibir una contabilidad de las revelaciones que hacemos a otras personas.

CCC se reserva el derecho de cambiar los términos de su Política de Privacidad y para hacer la nueva política para todas las disposiciones información personal de salud que mantiene. Usted será notificado de cualquier cambio en la política.

Si usted cree que su privacidad ha sido violado, en primer lugar señalar el asunto a la Oficina del Administrador de la oficina donde se reciben los servicios. Si usted tiene una controversia que no se puede resolver, póngase en contacto con el Privacy Officer, el Dr. David Norton, o su designado, en el 630/377-6613. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles, EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos, 200 Independence Ave., SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201. No puede haber represalias por presentar una queja.

DOCUMENTO DE “FIRMA PRESENTADO”

- Se me han explicado los costos por servicios.
- Entiendo que yo soy **responsable** por mi bil; mientras Centennial Counseling Center (CCC) hara todo lo posible para ayudarme, el bil es mi responsabilidad.
- Autorizo el intercambio de la información necesaria a todas las compañías de seguros para que pagen por los sevicios que CCC le provee.
- Autorizo que CCC actue como mi agente en ayudarme obtener pago de las companias de aseguro.
- Autorizo que la aseguranza mande los pagos directamente a CCC.
- Entiendo, y se me ha dado una copia de, Documento con Información de Admisión. Pedire explicaciones y aclaraciones de cualquier parte de la información que yo no entiendo.
- Entiendo, y se me ha dado una copia de, la Notificación de Privacidad tal como lo exige la Health Insurance Portability and Accountability Act. Pedire explicaciones y aclaraciones de cualquier parte de la información que yo no entiendo.

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Con su permiso, nos gustaría enviarle nuestro boletín trimestral que se destacan diversos problemas de salud mental. La lista de correo que generamos para enviar el boletín no se utilizarán para ningún otro propósito. ¿Desea recibir el boletín informativo?

Yes

No

**Notificación del deseo para Consultar con el Médico de Atención Primaria
Firma del terapeuta y de Verificación de Poderes**

A menos que renunciar a esta notificación, la ley de Illinois requiere que su terapeuta notifique a su médico personal, si tiene una, que está buscando o recibir servicios de salud mental. Creemos que es conveniente para nosotros consultar y trabajar junto con su médico de atención primaria sobre su cuidado. Por favor, indique su deseo marcando la caja que corresponde y provee la información solicitada:



- Estoy de acuerdo en que usted le notifique a mi médico personal que estoy buscando o** recibire servicios de salud mental. Además de esta forma, estoy firmando adjunto Autorización para ceder información que permita Centro de Consejería de Centennial para comunicarse con mi médico.
- Yo renuncio la notificación al Médico de Atención Primaria que estoy buscando o** recibire servicios de salud mental, y le dirijo a usted que no se comunique con el **Médico de Atención Primaria.**
- No tengo un médico personal y no deseo consultar con uno. Por lo tanto, renuncio la notificación a mi médico personal que estoy buscando o recibiendo servicios de salud mental.**

Médico de Atención Primaria

Dirección del médico

Firma de Cliente Fecha

Padre, madre o tutor legal Firma Fecha

Firma del terapeuta y sus Credenciales Fecha

1120 E. Main St.
Cedar Crossing Building
St. Charles, IL 60174
630.377.6613
Fax 630.377.6225

1 E. County Line Road
Arrowhead Professional Building
Sandwich, IL 60548
815.786.8606
Fax 815.786.1541

76 W. Countryside Parkway
Yorkville Professional Building
Yorkville, IL 60560
630.553.1600
Fax 630.553.5119

Notification Sent to Physician on _____
Date