



8 Hillside Avenue, Suite 206
 Montclair, NJ 07042
www.evolve-ps.com

(917) 723-9986

Información Biológico

Información Personal:

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Domicilio #: _____
 Trabajo #: _____
 Celular #: _____
 Correo Electrónico: _____
 Sexo: _____
 Etnicidad: _____
 Religión: _____
 Idioma(s): _____

Información de Nacimiento:

Fecha de Nacimiento: _____
 Edad: _____
 Ciudad de Nacimiento: _____
 País de Nacimiento: _____
 Estado Civil: _____
 Fecha de matrimonio: _____
 Nombre de Marido/a: _____

Información del Abogado:

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Oficina #: _____
 Fax #: _____

Miembros de la Familia:

Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Edad	Ocupación/Educación

Formas de Comunicación:

Dra. Garcia puede dejar mensajes en el numero celular provisto? Sí No
 Dra. Garcia puede dejar mensajes en el numero de domicilio provisto? Sí No
 Dra. Garcia puede mandarme mensajes de texto (de asuntos no-clínicos)? Sí No
 Dra. Garcia puede mandarme correos electrónicos (de asuntos no-clínicos)? Sí No

Firma del Cliente

Fecha

Descripción del caso de inmigración:

--

Historia de Educación (chequear el nivel más alto de escuela asistido):

- Universidad/Postgrado, # semestres: _____ Parte de la universidad, # semestres: _____ G.E.D.
 Parte del secundario, Ultimo grado asistido: _____, Año que dejó la escuela: _____
 Parte del primario, Ultimo grado asistido: _____, Año que dejó la escuela: _____
 Si esta asistiendo escuela ahora, escribe el nombre del la escuela, grado actual y tipo de diploma anticipado:

Especifica alguna dificultad que ha tenido con el aprendizaje o el comportamiento durante la escuela:

--

Historia del Empleo (Lista todos trabajos, incluyendo datos y puestos empezando con el trabajo actual):

Nombre del Empleador	Puesto	Responsabilidades	Datos de Empleo

Historia de Inmigración:

Eres un ciudadano de los EE.UU.? Sí No (Si sí, salte a la próxima sección)

Cuando entró los EE.UU.?

Como entró los EE.UU.?

Con quien entró los EE.UU.?

Por favor, comparte sus razones para entrar los EE.UU.:

--	--

Historia Legal:

Ha sido usted arrestado o detenido alguna vez? Sí No (Si Sí, por favor descríbelo abajo:)

Ha sido usted victima de un crimen? Sí No (Si Sí, por favor descríbelo abajo:)

Síntomas Psiquiátricos (Chequea alguna de los síntomas siguientes que has tenido durante el mes pasado):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pensamientos del suicidio | <input type="checkbox"/> Pensamientos de dañar a otros |
| <input type="checkbox"/> Dificultad en dormirse | <input type="checkbox"/> Historia de intentar suicidarse |
| <input type="checkbox"/> Dificultad quedando dormido | <input type="checkbox"/> Cortar o dañar a si mismo |
| <input type="checkbox"/> Despertarse temprano cada día | <input type="checkbox"/> Sentimientos de desesperanza |
| <input type="checkbox"/> Falta de apetito | <input type="checkbox"/> Dificultad decidirse |
| <input type="checkbox"/> Sentimiento de culpa excesivo | <input type="checkbox"/> Dificultad controlando sus emociones |
| <input type="checkbox"/> Falta de motivación | <input type="checkbox"/> Gran aumento o pérdida de pesa |
| <input type="checkbox"/> Energía Excesivo | <input type="checkbox"/> Viendo cosas que los demás no ven |
| <input type="checkbox"/> Dificultad en concentrarse | <input type="checkbox"/> Oír Voces |
| <input type="checkbox"/> Frenesí de ideas | <input type="checkbox"/> Violencia con otros |
| <input type="checkbox"/> Falta de memoria | <input type="checkbox"/> Escenas retrospectivas |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos obsesivos | <input type="checkbox"/> Estado deprimido |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento compulsivo | <input type="checkbox"/> Irritabilidad |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos desorganizadas y disruptivo | <input type="checkbox"/> Impulsividad |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos paranoico | <input type="checkbox"/> Emociones elevado o expansivo |
| <input type="checkbox"/> Altibajos emocionales | <input type="checkbox"/> Comportamiento anoréxico o bulímico |
| <input type="checkbox"/> Fobias | <input type="checkbox"/> Síntomas somáticos |
| <input type="checkbox"/> Ataques de pánico | <input type="checkbox"/> Dificultades con el aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Dificultades en el trabajo |
| <input type="checkbox"/> Historia del abuso física | <input type="checkbox"/> Dificultades familiares |
| <input type="checkbox"/> Historia del abuso sexual | <input type="checkbox"/> Dificultades legales |
| <input type="checkbox"/> Problemas del salud | <input type="checkbox"/> Dependencia del alcohol o otras sustancias |

Cuando empezó los síntomas?

Describe como los síntomas han afectado su vida:

Historia de Salud Mental y Tratamiento:

Es bajo del cuidado de un psiquiatra o psicóloga? Sí No

Si sí: Que es su diagnóstico?

Cual medicaciones está tomando actualmente, si hay medicación?

Cuales son los efectos positivos y negativos del medicación?

Ha recibido terapia o ha estado hospitalizado de razones psiquiátricos? Sí No

Si sí: De que razón buscó ayuda?

Lo ayudó?

Estaba recetado alguna medicación?

Hay alguna miembro de su familia que tiene una historia de problemas emocionales?

Si sí: Quien?

Relación?

Historia del Uso de Alcohol y Drogas (Por favor chequea alguno de los siguiente sustancias que esta usando actualmente y proveer información con respeto al uso):

Sustancia	<input type="checkbox"/> Metanfetamina
<input type="checkbox"/> Cerveza	<input type="checkbox"/> Heroína
<input type="checkbox"/> Licor	<input type="checkbox"/> Barbitúricos (sedantes)
<input type="checkbox"/> Vino	<input type="checkbox"/> PCP, LSD (Alucinógeno)
<input type="checkbox"/> Marihuana	<input type="checkbox"/> Tabaco (cualquier forma)
<input type="checkbox"/> Cocaína/Crack	<input type="checkbox"/> Otra:
Alguna ves ha sentido que debes aminorar el uso de drogas/alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Está en busco de ayuda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hay una historia de problemas con el uso de alcohol/drogas en su familia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Historia Médico:

Esta bajo del cuidado de un médico primario? Sí No

Si sí: Que es su diagnosis?

Cual medicaciones, si hay, esta recetado actualmente?

Esta tomando los medicaciones con regularidad?

Cuales son los positivos y los negativo efectos del mediación?

Liste algunos cirugías mayores:

Liste alguno enfermedad grave o heridas incluyendo heridos en la cabeza:

Fecha del ultimo examen físico:

Información Adicional:

Firma del Cliente

Fecha

Evolve Psychological Services, LLC

Noticia de Prácticas de Privacidad

**Este noticia describe como información medico sobre usted puede estar utilizado y revelado y como usted puede obtener acceso a este información.
Por favor, repase este noticia con cuidado.**

Su registro de salud contiene información personal sobre Ud. y su salud. Este información sobre Ud. que puede identificarse y que tiene que ver con su pasado, presente o futuro salud físico o mental o condición y servicios de atención médica domina Información de Salud Protegida (“ISP”). Este noticia de prácticas de privacidad describe como podemos utilizar y revelar su ISP de acuerdo a ley aplicable y el Asociación de Psicólogo Americano Código de Éticos. También, lo describe sus derechos con respecto a como puede obtener acceso y controlar su ISP.

Nosotros estamos requeridos por ley a mantener la privacidad del ISP y proveerse la noticia de nuestra obligaciones legales y prácticos de privacidad con respeto al ISP. Estamos requerido a soportar los términos de este Noticia de Prácticos de Privacidad. Reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestra Noticia de Prácticos de Privacidad en cualquier momento. Alguna Noticia de Prácticos de Privacidad nueva seria efectivo para todas ISP que tenemos en eso momento. Nosotros proveeremos una copia de la edición corregida de la Noticia de Prácticos de Privacidad en manera de una publicación por Internet en nuestra sitio, mandando una copia por correo disponible bajo pedido o proveyendo uno en la tiempo de su próxima cita.

COMO PODEMOS UTILIZAR Y REVELAR INFORMACION DE LA SALUD SOBRE USTED

Para Tratamiento. Su ISP puede ser utilizado y relevado por los que son involucrado en su asistencia médica a los efectos de proveyendo, coordinando, o dirigiendo su tratamiento y servicios pertinentes. Esto incluye consultas con supervisores clínicos o otros miembros del equipo de tratamiento. Solo podemos revelar ISP a cualquier consultor con su autorización.

Para Pago. Podemos utilizar y relevar ISP para que podemos recibir pago para los servicios y tratamientos proveído a Ud. Esto solo se hará con su consentimiento. Ejemplos de actividades relacionado con pago son: determinación de cobertura de seguro, el procesamiento de demandas de su seguro médico, repasando los servicios proveído para determinar necesidad médico. Si es necesario utilizar una empresa de cobros por una falta de pago, solo revelamos la cantidad minima de ISP que es necesario para el cobro.

Para Operaciones de Atención Médica. Podemos utilizar o revelar ISP como es necesario para soportar nuestras actividades empresarial incluyendo, pero no limitado a, actividades relacionados con evaluaciones, actividades de evaluación de empleado, licencia y conducto o organizando otras actividades empresariales. Por ejemplo, podemos usar su ISP con un tercero que desarrolla actividades empresariales (Ej., facturación o servicios teclares) dado que tenemos una contrato escrita con la empresa que lo requiere que protegen la privacidad de su ISP. Para propósitos de entrenar o enseñar ISP seria revelado con su autorización.

Requerido Por Ley. Bajo la ley, debemos revelarse a Ud. su ISP a petición. Además, debemos revelar ISP al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos a propósito de investigaciones o determinando nuestra cumplimiento con los requeridos de la Ley de Privacidad.

Sin Autorización. Ley aplicable estándares éticos permitirnos a revelar información sobre usted sin autorización suyo. Los tipos de utilizaciones y revelaciones que pueden ser hecho sin su autorización son los que son:

- Requeridos por Ley, como reportaje obligatorio a las autoridades de sospecho de abuso o negligencia de niños o abuso de personas mayores; o la auditoría obligatoria de agencias gubernales o investigaciones (como Consejo de Licencia Psicológica o El Departamento de Salud).
- Requeridos del tribunal
- Necesario para prevenir o reducir una amenaza seria y inminente a la salud o seguridad del persona o publico. Si la información esta revelado para prevenir una amenaza seria y inminente sería revelado a una persona capaz de prevenir o reducir la amenaza, incluyendo el victima de la amenaza.

Permiso Verbal. Podemos revelar su información a miembros de su familia que son involucrados en su tratamiento, dado que tenemos su permiso verbal.

Con Autorización. Utilizaciones y revelaciones que no son permitidos específicamente por ley aplicable puede ser revelado solo con su consentimiento escrito, lo que puede estar revocado.

SUS DERECHOS CON RESPETO A SU ISP

Usted tiene los siguientes derechos con respeto al ISP que tenemos sobre Ud. para ejercer alguna de sus derechos, por favor enviar una solicitud escrita a nuestra directivo de privacidad: Nicole Garcia, PhD, 8 Hillside Avenue, Suite 206, Montclair, NJ 07042.

- **Derecho al Acceso de Inspeccionar y Copiar.** Tiene el derecho, lo que puede ser restringido solo en circunstancias excepcionales, para inspeccionar y copiar ISP que puede ser utilizado para tomar decisiones sobre su tratamiento. Este derecho incluye anotaciones médicos. Su derecho de inspeccionar y copiar ISP solo sería restringido en los situaciones donde hay evidencia persuasivo que el acceso se puede causar daño a Ud. Podemos cobrar una pago razonable por las copias
- **Derecho de Modificar.** Si Ud. siente que el ISP que tenemos sobre Ud. es correcto o que es incompleto, puede preguntarnos a modificar la información, aunque no estamos requerido a estar de acuerdo con la modificación.
- **Derecho a Una Explicación de Revelaciones.** Usted tiene el derecho a solicitar una explicación de algunas revelaciones que hacemos de su ISP. Podemos cobrar una pago razonable por la explicación si pide para mas que una explicación en una periodo de 12 meses.
- **Derecho de Solicitar Restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en el uso o revelación de su ISP para tratamiento, pago, o operaciones de asistencia médica. No estamos requerido a estar de acuerdo con la solicitud.
- **Derecho de Solicitar Comunicación Confidencial.** Usted tiene el derecho de solicitar que comunicamos contigo sobre asuntos médicos en tal manera o tal lugar.
- **Derecho a una Copia de Este Noticia.** Usted tiene el derecho a una copia de este noticia.

Quejas

Si cree que nosotros se han violado sus derechos de privacidad, Ud. tiene el derecho de presentar una queja escrita a nuestra directivo de privacidad: Nicole Garcia, PhD, 8 Hillside Avenue, Suite 206, Montclair, NJ 07042, O con La Secretaria de Salud y Servicios Humanos a 200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201 o por teléfono (202) 619-0257. **Nosotros no se castigaremos a Ud. para presentar una queja.**

La fecha efectiva de este noticia es el 14 de Abril, 2008.

Evolve Psychological Services, LLC

Noticia de Prácticos de Privacidad

Recibo y de Reconocimiento Noticia

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo por la presente reconocer que he recibido y se me han dado una oportunidad de leer una copia de la Noticia de Prácticos de Privacidad de Evolve Psychological Services. Entiendo que si tengo algunas preguntas al respecto a la noticia o mis derechos de privacidad, Yo puedo contactar a Dra. Garcia en la dirección y/o el numero abajo:

8 Hillside Avenue, Suite 206
Montclair, NJ 07042
(917) 723-9986.

Firma del Cliente

Relación

Fecha

Evolve Psychological Services, LLC

Consentimiento Informado para la Evaluación Psicológica.

Este formulario documenta que yo _____ doy mi consentimiento y acuerdo a aceptar la evaluación Psicológica de _____.

He discutido completamente con Dra. Garcia lo que está implicado en la evaluación y estoy de acuerdo con las reglas de horarios, precio, citas faltadas, pagos de los seguros y otras materias descritas en este formulario. Nuestras discusiones han incluido la etapa inicial de la evaluación, las formulaciones diagnósticas, recomendaciones, el resumen del informe después de la evaluación, la confidencialidad, y el mantenimiento del registro. Me han informado y entiendo las metas de la evaluación psicológica y las ventajas y los riesgos de la evaluación. Además, la Dra. Garcia ha discutido cómo alcanzarla en situaciones de emergencia.

Entiendo que la información de la evaluación es mantenida confidencial y no será revelada a otras sin consentimiento escrito. Algunas excepciones son:

1. La Dra./el Dr. es requerida por la ley reportar a las autoridades sospecho de abuso o negligencia de niños o abuso de personas mayores.
2. En caso que yo proponga lastimar otra persona o a mí misma y haiga peligro inmediato, la Dra./el Dr. puede tomar medidas para advertir o proteger a la persona en riesgo. Esta protección puede ser en la forma de informar esa persona, miembros de la familia, la policía, u otros médicos.

Yo entiendo que la evaluación ocurrirá en un tiempo y pago acordado, \$_____, y yo será responsable para el pago en el momento de la evaluación. El precio de la evaluación psicológica incluye la entrevista clínica y la evaluación, clasificación y interpretación de todas las medidas administradas y la escritura del resumen clínica incluyendo información de antecedentes, información médico, psiquiátrico, ocupacional y legal que es relevante, diagnosis posibles y recomendaciones, o otra información pertinente.

Yo también entiendo que yo soy responsable para el pago de otros servicios que puedo solicitar incluyendo consultaciones telefónicas más de 15 minutos, la preparación de registros adicionales o resúmenes de tratamiento, y tiempo utilizado desarrollando algún otro servicio que incluye testificando en el tribunal (el pago esta prorrateado para incluir el tiempo utilizado en el tribunal, el tiempo utilizado proveyendo el testigo, el tiempo utilizado con el informe legal resumido y el tiempo de viaje hasta y desde el tribunal al pago prorrateado de \$250/hora).

Yo entiendo que puedo discutir los términos del acuerdo de la evaluación con la psicóloga incluyendo las razones para la evaluación y algunos aspectos financieros. Al firmar a continuación yo estoy atestiguando al hecho que he leído, discutido y entendido este formulario y doy mi consentimiento a la evaluación psicológica.

Firma del Cliente

Fecha

Evolve Psychological Services, LLC

Consentimiento para Revelar Información Confidencial

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Domicilio #: _____

_____ Celular #: _____

Tipo de información a estar revelado: Información Psicológica y de Comportamiento

Propósito para revelar el información: Evaluación Psicológica y Evaluación de Funcionamiento Actual

De (Abogado): _____

A (Psicologo): _____

Yo autorizo el renuncia periódico del información arriba, al persona identificado arriba como sea necesario para organizar tratamiento o pruebas. Yo entiendo que tengo el derecho de cancelar el consentimiento para revelar información en cualquier momento.

Mi consentimiento para revelar información de la persona/servicio identificado arriba expirará cuando ya no soy recibiendo servicios o un año de este fecha, cualquiera ocurra primero.

Firma del Cliente

Fecha