



66 Park Street, Suite 105 Montclair, NJ 07042  
330 West 38th Street, Suite 1201 New York, NY 10018

[www.evolve-ps.com](http://www.evolve-ps.com)  
(917) 723-9986

### Información Biológico

#### Información Personal:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Domicilio #: \_\_\_\_\_  
Trabajo #: \_\_\_\_\_  
Celular #: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
País de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_  
Etnicidad: \_\_\_\_\_  
Religión: \_\_\_\_\_  
Idioma(s): \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_  
# Hijos: \_\_\_\_\_

#### Contacto de Emergencia:

Contacto #1: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Domicilio#: \_\_\_\_\_  
Trabajo #: \_\_\_\_\_  
Celular #: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Contacto #2: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Domicilio #: \_\_\_\_\_  
Trabajo #: \_\_\_\_\_  
Celular #: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

#### Información del Seguro:

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_  
Nombre del Plan: \_\_\_\_\_  
Numero de Identificación: \_\_\_\_\_

Nombre del Titular: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

#### Fuente de Referencia:

Proveedor de salud mental: \_\_\_\_\_  
 Amigo o Miembro de la familia: \_\_\_\_\_  
 [www.evolve-ps.com](http://www.evolve-ps.com)  
 Otro: \_\_\_\_\_  
 Médico Primario: \_\_\_\_\_  
 Internet (google, yahoo, bing, etc): \_\_\_\_\_  
 [www.psychologytoday.com](http://www.psychologytoday.com)

#### Formas de Comunicación

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

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Evolve Psychological Services, LLC

---

## Informe del Problema del Cliente

<b>Descripción del problema(s) actual:</b>
Describe su razón(es) para buscar tratamiento.
Desde cuando ha tenido el/los problema(s)?
Que piensa que son las causas de su problema(s)?
Hay algunas formas de apoyo que mejoran su problema(s), por ejemplo, familia, amigos, otro?
Hay algunas formas de estrés que empeoran su problema(s), por ejemplo, dificultades financieras, problemas familiares, problemas médicos, alguna otra cosa?
Describe alguna evento y/o cambio que ha ocurrido en el año pasado.
Que se ha hecho para resolver la problema(s)?
Por que decidió a buscar ayuda?
Hay alguna cosa que se ha impedido de conseguir la ayuda que necesitas?
Que tipo de ayuda piensa que seria lo mas beneficios?

<b>Composición del hogar:</b>		
Nombre	Relación	Edad

<b>Marque todo lo que corresponda a usted:</b>	
<input type="checkbox"/> Pensamientos del suicidio	<input type="checkbox"/> Pensamientos de lastimar a otros
<input type="checkbox"/> Dificultad en dormirse	<input type="checkbox"/> Historia de intento de suicidio
<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"/> Dificultades para tomar decisiones
<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 peso
<input type="checkbox"/> Energía Excesivo	<input type="checkbox"/> Alucinaciones visuales
<input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse	<input type="checkbox"/> Alucinaciones auditivas
<input type="checkbox"/> Frenesí de ideas	<input type="checkbox"/> Comportamiento violento hacia otras
<input type="checkbox"/> Falta de memoria	<input type="checkbox"/> Hormigueo o entumecimiento
<input type="checkbox"/> Pensamientos obsesivos	<input type="checkbox"/> Flashbacks
<input type="checkbox"/> Comportamiento compulsivo	<input type="checkbox"/> Estado deprimido
<input type="checkbox"/> Pensamientos desorganizadas y disruptivo	<input type="checkbox"/> Humor irritable
<input type="checkbox"/> Paranoia	<input type="checkbox"/> Comportamiento impulsivo
<input type="checkbox"/> Altibajos emocionales	<input type="checkbox"/> Emociones elevado o expansivo
<input type="checkbox"/> Fobias	<input type="checkbox"/> Comportamiento anoréxico o bulímico
<input type="checkbox"/> Ataques de pánico	<input type="checkbox"/> Síntomas somáticos
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Dificultades con el aprendizaje
<input type="checkbox"/> Historia del abuso física	<input type="checkbox"/> Dificultades en el trabajo
<input type="checkbox"/> Historia del abuso sexual	<input type="checkbox"/> Dificultades familiares
<input type="checkbox"/> Dificultades financieras	<input type="checkbox"/> Dificultades legales
<input type="checkbox"/> Problemas del salud	<input type="checkbox"/> Dependencia del alcohol o otras sustancias

<b>Salud Mental y Historia de Tratamiento:</b>
<p>Esta usted bajo el cuidado de un psiquiatra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si sí: Como se llama la psiquiatra?</p> <p>Que es su diagnosis?</p> <p>Cuales son sus medicamentos recetado, si hay algunas?</p> <p>Los usa consistentemente?</p> <p>Cuales son los efectos positivos y negativos de los medicamentos?</p>
<p>Has recibido tratamiento de salud mental en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si sí: Por que razón buscaste ayuda?</p> <p>Lo ayudó?</p> <p>Con cual doctor estabas en tratamiento?</p> <p>Cuanto tiempo estabas en tratamiento?</p> <p>Les prescribieron medicamentos?</p>
<p>Alguna vez ha sido hospitalizado psiquiátricamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si sí: Por que razón buscaste ayuda?</p> <p>Lo ayudó?</p> <p>En cual hospital recibiste el tratamiento?</p> <p>Por cuanto tiempo recibió el tratamiento?</p> <p>Les prescribieron medicamentos?</p>
<p>Tiene una historia familiar de problemas emocionales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si sí: Quien?</p> <p>Relación?</p> <p>Tipo de problema?</p>

<b>Historia del Uso de Alcohol y Drogas</b> (Por favor marque alguno de los siguiente sustancias que esta usando actualmente y proveer información con respeto al uso):					
Sustancia	Edad de primer uso	Uso durante el semana	Uso durante el fin de semana	Uso durante el mes	Ultimo uso
<input type="checkbox"/> Cerveza					
<input type="checkbox"/> Licor					
<input type="checkbox"/> Vino					
<input type="checkbox"/> Marihuana					
<input type="checkbox"/> Cocaína/Crack					
<input type="checkbox"/> Metanfetamina					
<input type="checkbox"/> Heroína					
<input type="checkbox"/> Barbitúricos (sedantes)					
<input type="checkbox"/> PCP, LSD (Alucinógeno)					
<input type="checkbox"/> Tabaco (cualquier forma)					
<input type="checkbox"/> Otra:					
Alguna ves ha sentido que debes aminorar el uso de drogas/alcohol?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Alguna ves ha tenido un amigo que expresó preocupaciones con respeto a su uso?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Alguna ves ha sentido culpable por su consumo de alcohol o drogas?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Alguna ves ha tenido ganas de usar drogas o beber el próximo día para calmar sus nervios?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Esta usted en recuperación de abusar alcohol o drogas?				<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	

<b>Historia del Salud Física:</b>
Esta actualmente bajo el cuidado de un médico primario? Si sí: Como se llama su médico? Que es su diagnosis? Que medicamentos se les recetan? Esta tomando los medicamentos con regularidad? Cuales son los efectos positivos y negativos de la mediación?
Liste algunos problemas médicos o físicos y cuando fueron diagnosticados:
Liste algunos cirugías mayores:
Liste algunos enfermedades graves o heridas incluyendo heridos en la cabeza:
Liste algunos alergias a comida o medicación:
Fecha del ultimo examen físico:

\_\_\_\_\_  
*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 respeto 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 sería 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 tecleares) 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 sería 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 respecto 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, 66 Park Street, Suite 105, 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, 66 Park Street, Suite 105, Montclair, NJ 07042, O con La Secretaria de Salud y Servicios Humanos a 200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201 o por telefono (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 reconozco 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:

66 Park Street, Suite 105  
Montclair, NJ 07042  
(917) 723-9986.

\_\_\_\_\_  
*Firma del Cliente*

\_\_\_\_\_  
*Relación*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

# Evolve Psychological Services, LLC

---

## Consentimiento Informado Para la Sicoterapia Del Adulto

Este formulario documenta que yo \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento y acuerdo a aceptar el tratamiento psicoterapico de \_\_\_\_\_.

He discutido completamente con la Dra lo qué está implicado en psicoterapia 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 del tratamiento, las formulaciones diagnóstico, el método de tratamiento propuesto, la confidencialidad, y el mantenimiento del registro. Me han informado y entiendo las metas del tratamiento y las ventajas y los riesgos del tratamiento. Además, la Dra. ha discutido cómo alcanzarla en situaciones de emergencia.

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

1. La Dra. 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 mi misma y haiga peligro inmediato, la Dra. puede tomar medidas para advertir o proteger a la persona en riesgo. Esta proteccion puede ser en la forma de informar esa persona, miembros de la familia, la policía, u otros médicos.
3. La Dra. puede necesitar informar a otro medico sobre algunos aspectos del tratamiento cuando la Dra. esta ausente o inaccesible.
4. Si mi seguro médico o plan cuidado administrado me reembolsa o paga mi psicoterapia, puede ser que tenga que renunciar mi confidencialidad y que la Dra. le de información sobre mi tratamiento.

Entiendo que las sesiones ocurrirán en un tiempo y precio convenido, \$\_\_\_\_\_, que durara 45 minutos y que seré responsable pagar a la hora de cada sesión. A menos que la Dra. reciba 24 horas de aviso de cancelar la cita, soy responsable del pago de esa sesión. Porque la mayoría de los seguros medicos no cubren sesiones faltadas, seré responsable del honorario completo de la sesión. También entiendo que soy responsable del pago de otros servicios incluyendo la escritura de reportes, consultas del teléfono que duran más de 15 minutos, preparación de registro o sumario de tratamiento, y del tiempo pasado realizando cualquier otro servicio.

Entiendo que puedo discutir los términos del acuerdo de la psicoterapia con la Dra. incluyendo las metas y frecuencia así como cualquier aspecto financiero. Firmando abajo atestiguo que he leído, discutido, y entendido esta forma y doy mi consentimiento al tratamiento.

---

*Firma del Cliente*

---

*Fecha*



# Evolve Psychological Services, LLC

---

## Consentimiento para Revelar Información Confidencial

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Domicilio #: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_

Tipo de información a estar revelado: \_\_\_\_\_

Propósito para revelar el información: \_\_\_\_\_

De: \_\_\_\_\_

A (Psicologa): \_\_\_\_\_

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*