

DSM 1 _____ (Office Use)

DSM 2 _____ (Office Use)

SUMMIT CENTER FOR MENTAL HEALTH

Información del Cliente:

La fecha de hoy: _____ Nombre del terapeuta _____

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Número de seguro social: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Correo Electrónico _____ Casado? S/N _____

Información de la póliza de Seguro Primario:

Compañía de seguros: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____

Póliza ID#: _____ Grupo #: _____

Teléfono de Seguros: _____ Nombre del Empleador: _____

El/La Asegurado: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____

Relación del paciente con el asegurado: Auto _____ Cónyuge _____ Niño _____ Otros _____

GARENTE/PERSONA RESPONSABLE

I Autorizo la liberación de cualquier médico u otra información necesaria para procesar esta solicitud. También solicito pago de beneficios del gobierno/seguro a mí o a *La Summit Center for Mental Health*.

Firmado: _____ Fecha: _____

Autorizo el pago de prestaciones médicas a *La Summit Center for Mental Health* por los servicios prestados.

Firmado: _____ Fecha: _____

GARENTE / INFORMACIÓN PARTE RESPONSABLE

Si el garante es diferente que el paciente , por favor complete y firme:

Nombre del Garante _____ FdN: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código post _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Número de seguro social: _____ Relationship to Patient _____

Correo Electrónico _____

Como la parte responsable , entiendo que soy responsable por el pago de los cargos pendientes en esta cuenta.

Firmado _____ **Fecha** _____

The Summit Center For Mental Health

1801 North Mill St.
Suite J
Naperville, IL 60563
Telephone: 815-773-0772

3033 West Jefferson St.
Suite 107
Joliet, IL 60435
Telephone: 815-773-0772

Aviso de prácticas de privacidad - Versión corta

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER

UTILIZADO Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA

INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

Nuestro compromiso con su privacidad

Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su información personal de salud. También estamos obligados por ley a hacerlo. Estas leyes son complicadas, pero nosotros debemos proporcionarle información importante. Esta carta es una versión reducida de la NPP completa, legalmente exigibles, que recibió junto con esto así que referirse a él para obtener más información. Sin embargo, no podemos cubrir todas las posibles situaciones así que por favor hable a nuestro oficial de privacidad (ver al final de este folleto) sobre cualquier duda o problema.

Usamos la información sobre su salud, que obtenemos de usted o de otros principalmente para proporcionarle tratamiento, para tramitar el pago por nuestros servicios o para algunas otras actividades empresariales, que se llaman, en la ley, operaciones de atención médica. Después de haber leído esta cn le pediremos que firme un formulario de consentimiento para usar y compartir su información. Si usted no da su consentimiento y firmar este formulario, nosotros no podemos tratarlo.

Si nosotros o quieres que usemos o revelemos (enviar, compartir, release) su información para cualquier otro fines discutir esto con usted y pedirle que firme una autorización para permitir esto.

Por supuesto vamos a mantener su información médica privada pero hay algunas veces cuando las leyes requieren que usemos o compartir tales como:

1. Cuando hay una amenaza seria a su salud y seguridad o la salud y seguridad de otra persona o del público. Sólo compartiremos información con una persona u organización que es capaz de ayudar a prevenir o reducir la amenaza.
2. Algunos juicios y legales o procedimientos de la corte.

3. Si un oficial de la ley nos obliga a hacerlo.
4. Para la compensación de trabajadores y programas de beneficios similares.

Hay algunas otras situaciones como estas pero que no ocurren muy a menudo. Estas se describen en la versión más larga de la central nuclear.

Sus derechos con respecto a su información de salud

1. Usted puede pedir que nos comuniquemos con usted acerca de su salud y cuestiones conexas en forma particular o en un lugar determinado. Por ejemplo, usted puede pedirnos que llamarte en casa y no en el trabajo para programar o cancelar una cita. Intentaremos nuestro mejor para lo que pides.
2. Usted tiene el derecho de pedirnos que limitar lo que ciertos individuos involucrados en su cuidado o el pago de su atención, como miembros de la familia y amigos. Mientras que no tenemos que estar de acuerdo a su solicitud, si estamos de acuerdo, vamos a mantener nuestro acuerdo excepto si es contra la ley, o en caso de emergencia o cuando la información es necesaria tratarlo.
3. Usted tiene el derecho de mirar la información médica que tenemos *sobre* usted como sus registros médicos y de facturación. Incluso, pueden obtener una copia de estos documentos, pero podemos cargarle. Comuníquese con nuestro oficial de privacidad para organizar cómo ver los registros. Vea a continuación.
4. Si usted cree que la información contenida en sus registros es incorrecta o incompleta, puede pedirnos hacer algunos tipos de cambios (llamados modificación) para información sobre su salud. Tienes que hacer esta solicitud por escrito y enviarlo a nuestro oficial de privacidad. Debe decirnos las razones por las que desea realizar los cambios.
5. Usted tiene el derecho a una copia de este aviso. Si cambiamos este CN nosotros lo publicaremos en nuestra sala de espera y siempre puedes tener una copia de la CN al oficial de privacidad.
6. Usted tiene el derecho de archivo una queja si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados. Usted puede presentar una queja con nuestro oficial de privacidad y con el Secretario del Departamento de salud y servicios humanos. Todas las quejas deben ser por escrito. Cómo presentar una queja no va a cambiar la atención médica que brindamos a usted de ninguna manera.

Si usted tiene preguntas sobre este aviso o nuestra política de privacidad de información de salud, comuníquese con nuestro oficial de privacidad que es y se puede llegar por teléfono o correo Adios en

La fecha efectiva de este aviso es el 14 de abril, 2003

**Aviso de prácticas de privacidad
Recibo y reconocimiento del aviso**

Nombre del paciente/cliente: _____ **DOB** _____

Por la presente reconozco que he recibido y ha dado una oportunidad para leer una copia del Aviso de prácticas de privacidad de **La Summit Center for Mental Health** . Entiendo que si tengo preguntas sobre el aviso o mis derechos de privacidad, puedo contactar con Kathleen Foley en 815-773-0772 xt221

También verifique que entienda lo siguiente:

Toda la información de mis sesiones es confidencial **excepto:**

Si estoy tratando de lastimarme, si estoy tratando de herir a alguien más, o si le digo de un niño o un anciano, abusado, a continuación, el terapeuta debe decírselo a alguien para proteger a mí o a otro.

Hay una cancelación 24 horas honorario. Cuando programar una cita, el terapeuta reserva la hora para mí y si yo no puedo asistir a una sesión debo dar aviso de 24 horas o se le cobrará por la sesión.

Si estoy programado para med-verificar con cualquiera de los médicos, entiendo que estoy obligado a llegar a tiempo. Si llego tarde, entiendo que se deba cambiar mi cita med-check.

El pago al tiempo de servicio se espera a menos que se han hecho otros arreglos

Si el seguro de salud cubre mis sesiones, el centro de la Cumbre me ayudará a solicitar el reembolso de la compañía de seguros. **Cualquier** saldo no pagado después de que el seguro es **mi** responsabilidad de pagar.

Estoy de acuerdo que el centro Cumbre de Salud Mental pueden liberar a mi compañía de seguros cualquier información necesaria para garantizar el pago para el servicio.

Si no pago mi cuenta entonces que puede ser entregado a las colecciones.

En caso de que cualquiera Compruebe que escribo es devuelto NSF (fondos insuficientes) estoy de acuerdo en pagar un cargo por servicio de \$15,00.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo autorizo y consentir voluntariamente toda la atención, tratamiento y otros servicios relacionados que pueden ser pedidos, solicitado, dirección o proporcionan por el centro de la cumbre para proveedores de Salud Mental.

POLÍTICA DE MEDICAMENTOS REFILL

Todos los pacientes deben tener su farmacia fax un formulario de solicitud de recarga de medicación a nuestra oficina vía fax @ 815-773-0771. El médico o enfermera practicante entonces enviará por fax la solicitud a la farmacia.

No se aceptarán solicitudes de teléfono de receta medicamento recargas aparte de medicamentos de la lista II (estimulantes como Ritalin, Adderall, Concerta, etc..).

Todas las solicitudes deben hacerse por lo menos 3 días hábiles antes de ejecutar fuera medicación. Garantizada, pacientes continuarán recibiendo las prescripciones escritas a la hora de su cita con su médico.

Entiendo y estoy de acuerdo con las disposiciones anteriores

Firma del paciente/cliente fecha

Firma de padre, tutor o Representante Personal * Fecha

* Si estás firmando como representante personal de un individuo, por favor describa su autoridad legal para actuar por este individuo (poder notarial, sustituto de atención médica, etc.).

Paciente/cliente se niega a acusar recibo :

Firma del miembro fecha de personal

Inicial

The Summit Center

for Mental Health

3033 W Jefferson St., Suite 107
Joliet, Illinois 60435
Joliet teléfono: **815-773-0772**
Joliet Fax: **815-773-0771**

1801 North Mill Street, Suite J
Naperville, Illinois 60563
Teléfono Naperville: **815-773-0772**
Naperville Fax: **/630-357-3093**

Consentimiento para divulgar información al médico de atención primaria

La comunicación entre el terapeuta y su médico de atención primaria puede ser importante para ayudar a asegurar que usted reciba atención médica integral y de calidad. Esta información puede incluir el diagnóstico, planes de tratamiento, progreso y medicación, si es necesario. Usted puede revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se han tomado medidas confiando en él y en cualquier caso esta autorización vencerá un 1 año desde la fecha de la firma, salvo que se especifique otra fecha.

I, _____
Nombre del paciente – imprimir fecha de nacimiento la paciente Seguridad Social.

Por favor marque uno:

estoy de acuerdo en divulgar información de salud mental/sustancia abuso a mi médico de atención primaria.

No doy mi consentimiento para divulgar cualquier información a mi médico de atención primaria.

Nombre del Médico: _____

Dirección Médico: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono del Médico: _____ Fax: _____

Firma del paciente fecha firma del padre/tutor Fecha

Información para PCP

Este paciente era visto por mí el (fecha) _____ de (diagnóstico) _____

Nombre impreso del proveedor firma fecha proveedor

SUMMIT CENTER FOR MENTAL HEALTH

La fecha de hoy: _____

Nombre _____

Historia Familiar

Padre: ¿Viviendo? S N fecha de la muerte _____ causa: _____

Edad: _____ ocupación: _____

Relación como un niño: gran bueno OK Feria pobre

Relación como adulto: gran bueno OK Feria pobre

Madre: ¿Viviendo? S N fecha de la muerte _____ causa: _____

Edad: _____ ocupación: _____

Relación como un niño: gran bueno OK Feria pobre

Relación como adulto: gran bueno OK Feria pobre

Padres de paso:

Relación como un niño: gran bueno OK Feria pobre

Relación como adulto: gran bueno OK Feria pobre

Lista de hermanos y relación tasa

_____: Gran Buena OK Feria Pobre

_____: Gran Buena OK Feria Pobre

_____: Gran Buena OK Feria Pobre

_____: Gran Buena OK Feria Pobre

_____: Gran Buena OK Feria Pobre

(si necesita más espacio para los hermanos, poner el resto en la parte posterior de esta página)

Nombre_____

Religión: ___Religion de infancia ___

Mi experiencia religiosa de infancia era gran bueno OK Feria pobre ninguno

Marque todas las que son verdaderas de tu infancia

Favoritismo abuso físico Abuso Sexual abuso emocional

Los padres rabias extremismo religioso nunca me sentí bastante bien

Tienes una historia familiar de:

Alcoholismo depresión esquizofrenia juego abuso de drogas

Intentos de suicidio suicidio Enfermedad Mental

Educación

No graduó Diploma de GED /High School algunos colegio graduó

Licenciatura grado avanzado

Historia Marital

Nombre del Cónyuge_____ Edad del Cónyuge_____

Ocupación del Cónyuge _____ Empleador_____

¿Cuánto tiempo llevas casada? _____

Mi matrimonio es gran bueno OK Feria pobre

Número de marriages_____

De fuerza su actual matrimonio

Nombre_____

Problemas de su actual matrimonio

Empleo

Empleador:_____

Dirección:_____

Ciudad, Estado, Código postal _____ Telefono:_____

Su position_____ Cuánto tiempo empleada? _____Años/Meses.

¿Encuentras tu trabajo satisfactorio? S N

¿Lo que (eventualmente) Qué problemas con su empleo?

¿Servicio militar?_____

Detenciones **Y N** Convicciones **Y N**

Compruebe la lista de comprobación - de todas las que apliquen
--

Las Dificultades Financieras Problemas Legales Depresión Ansiedad

Voces en mis pensamientos suicidas cabeza Pensamientos Suicidas Intentos

Llorando Hechizos Dificultad con las Relaciones Soledad Ira Pérdida del Apetito

Aumento de Peso Pérdida de Peso Comer Desorden Auto Abuso

Cambios de Humor Memoria pérdida agitación Enfermedad Mental

Nombre _____

He pensado en hacerme daño He pensado de lastimar a alguien

Anterior hospitalización psiquiátrica Tratamiento previo de Salud Mental

¿Con quien? _____ ¿When? _____ ¿Helpful? S N

Medicamentos que está tomando:

Cualquier otra cosa crees que tu terapeuta debe saber

Nombre _____

The Summit Center for Mental Health

1. ¿Se siente que usted es un bebedor normal? ("normal" – beber tanto o menos que la mayoría de la gente)

Círculo respuesta: Sí NO

2. ¿Has alguna vez despertó la mañana después de algunas copas la noche anterior y encontró que no podría recordar una parte de la noche?

Círculo respuesta: Sí NO

3. ¿Alguno cerca de relativa o cercano amigo se preocupe o se quejan de su forma de beber?

Círculo respuesta: Sí NO

4. Deja de beber sin dificultad después de uno o dos tragos.

Círculo respuesta: Sí NO

5. ¿Te sientes culpable sobre su forma de beber?

Círculo respuesta: Sí NO

6. ¿Asistido nunca a una reunión de Alcohólicos Anónimos (AA).

Círculo respuesta: Sí NO

¿7. Nunca tienes en peleas físicas cuando bebe?

Círculo respuesta: Sí NO

8. ¿Ha beber jamás creado problemas entre tú y un amigo cercano de relativo o cerrar?

Círculo respuesta: Sí NO

¿9. Cualquier miembro de la familia o un amigo cercano desapareció a nadie para obtener ayuda acerca de su forma de beber?

Círculo respuesta: Sí NO

10. ¿Ha perdido a amigos debido a su forma de beber?

Círculo respuesta: Sí NO

¿11. Nunca tienes problemas en el trabajo debido a beber?

Círculo respuesta: Sí NO

12. ¿Ha perdido un trabajo debido a beber?

Círculo respuesta: Sí NO

¿13. Ha ha descuidado sus obligaciones, su familia o su trabajo por dos o más días seguidos porque estaban bebiendo?

Círculo respuesta: Sí NO

14. ¿Bebes antes del mediodía con frecuencia?

Círculo respuesta: Sí NO

15. ¿Alguna vez han dicho que tiene problemas del hígado como la cirrosis?

Círculo respuesta: Sí NO

Nombre _____

16. Después de beber ¿has tenido el delirium tremens (D.T. de), severo sacudidas, visuales o auditivas alucinaciones (audiencia)?

Círculo respuesta: Sí NO

17. ¿Has ido a nadie para obtener ayuda sobre su forma de beber?

Círculo respuesta: Sí NO

18. ¿Ha usted sido hospitalizado debido a beber?

Círculo respuesta: Sí NO

¿19. Tiene su forma de beber nunca dio lugar a su internado en un psiquiátrico?

Círculo respuesta: Sí NO

20. ¿Has ido a cualquier médico, trabajador social, clérigo o clínica de salud mental para obtener ayuda con algún problema emocional en que beber era una parte del problema?

Círculo respuesta: Sí NO

21. ¿Sido arrestado más de una vez por conducir bajo la influencia del alcohol?

Círculo respuesta: Sí NO

22. ¿Ha sido arrestado, aunque sea por unas horas, debido a otro comportamiento mientras bebe?

Círculo respuesta: Sí NO

(en caso afirmativo, cuántos times____)

Alcohol y drogas

¿A qué edad tuviste tu primer trago? _____

¿A partir de qué edad lo hiciste primero probar una droga? _____

Compruebe si alguno de los siguientes que han experimentado con o utilizados:

Para cada uno que busca, ¿con qué frecuencia ¿usted ha utilizado y cuánto?

Los barbitúricos (sedantes) ____ Tranquilizantes (Valium, Xanax, etc.) ____

pastillas para dormir ____ Las anfetaminas (estimulantes) ____ Marihuana ____

Cocaína ____ Los alucinógenos (LSD, STP, PCP) ____

Opiáceos (heroína, morfina, Demerol) ____ Éxtasis ____ Los inhalantes ____

otros medicamentos ____ Sobre el contador medicamentos ____

3033 W. Jefferson St.
Suite 107
Joliet, IL 60435
Telephone: 815-773-0772
Fax: 815-773-0771



1801 North Mill Street
Suite J
Naperville, IL 60563
Telephone: 800-786-3033
Fax: 630-357-3093

Autorización para la tarjeta de crédito sólo para uso interno.

Yo _____, autorizo la Summit Center para mantener mi firma en el archivo y cargar mi tarjeta de crédito indicado a continuación para:

Saldos de todo pacientes (menos de \$250) por los servicios prestados una vez que la solicitud ha sido procesada por mi compañía de seguros. Entiendo que el centro de la Cumbre me contactará por teléfono para todo pacientes saldos superiores a \$250 antes de cargar mi tarjeta.

Los cargos recurrentes por los servicios prestados por los siguientes miembros de la familia:

Nombre del Paciente: _____ FdN: _____
Nombre del Paciente: _____ FdN: _____
Nombre del Paciente: _____ FdN: _____

Marque Uno: Visa ____ MasterCard ____ Discover ____

Dirección de facturación: _____

Ciudad: _____ estado: _____ Zip: _____

Número de Tarjeta de Crédito: _____ Fecha de caducidad: _____

CVV: ____ (3 números en la parte posterior de la tarjeta)

Firma del titular de la tarjeta: _____ Fecha: _____

Número de contacto preferido de titular de la tarjeta: _____

Tengo el derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento y acordaron hacerlo comunicándose con The Summit Center al (815) 773-0772.