



# ALL FAITHS

1709 Moon Street NE  
 Albuquerque, NM 87112  
 505-271-0329 tel  
 505-271-4957 fax  
 www.allfaiths.org

## 2.2 FORMULARIO de ADMISIÓN para ADULTOS: Información sobre el Cliente

Nombre	Fecha	Número de Cliente	Número de Seguros
SÓLO PARA USO OFICIAL:			
Número de Cliente	Fecha efectiva	Número de Seguros	OH No

### SOBRE el CLIENTE

Nombre de cliente	Fecha de nacimiento
Nombre de pareja	Fecha de nacimiento

### SOBRE sus HIJOS

Nombre	<input type="checkbox"/> Completo	<input type="checkbox"/> Mitad	<input type="checkbox"/> Step	<input type="checkbox"/> Adoptado	Fecha de nacimiento
Nombre	<input type="checkbox"/> Completo	<input type="checkbox"/> Mitad	<input type="checkbox"/> Step	<input type="checkbox"/> Adoptado	Fecha de nacimiento
Nombre	<input type="checkbox"/> Completo	<input type="checkbox"/> Mitad	<input type="checkbox"/> Step	<input type="checkbox"/> Adoptado	Fecha de nacimiento
Nombre	<input type="checkbox"/> Completo	<input type="checkbox"/> Mitad	<input type="checkbox"/> Step	<input type="checkbox"/> Adoptado	Fecha de nacimiento
Nombre	<input type="checkbox"/> Completo	<input type="checkbox"/> Mitad	<input type="checkbox"/> Step	<input type="checkbox"/> Adoptado	Fecha de nacimiento
Nombre	<input type="checkbox"/> Completo	<input type="checkbox"/> Mitad	<input type="checkbox"/> Step	<input type="checkbox"/> Adoptado	Fecha de nacimiento
Nombre	<input type="checkbox"/> Completo	<input type="checkbox"/> Mitad	<input type="checkbox"/> Step	<input type="checkbox"/> Adoptado	Fecha de nacimiento
Nombre	<input type="checkbox"/> Completo	<input type="checkbox"/> Mitad	<input type="checkbox"/> Step	<input type="checkbox"/> Adoptado	Fecha de nacimiento

### OTRA GENTE en la VIDA de CLIENTE

Nombre	Relación
Nombre	Relación
Nombre	Relación
Nombre	Relación
Nombre	Relación
Nombre	Relación
Nombre	Relación

REMITIDO a [Por favor, marque uno]:	<input type="checkbox"/> Terapia individual	<input type="checkbox"/> Terapia grupal	<input type="checkbox"/> Servicios de administración de casos
FORMA de PAGAR [Por favor, marque uno]:	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Auto-pago	<input type="checkbox"/> Seguros privados
<input type="checkbox"/> Nuevo Cliente [Por favor, marque uno]:	<input type="checkbox"/> CCSS	<input type="checkbox"/> Terapia	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Cliente de Regresar [Por favor, marque uno]:	<input type="checkbox"/> CCSS	<input type="checkbox"/> Terapia	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro



# ALL FAITHS

1709 Moon Street NE  
Albuquerque, NM 87112

505-271-0329 tel  
505-271-4957 fax  
www.allfaiths.org

## 2.2 FORMULARIO de ADMISIÓN para ADULTOS: Aviso de Practicas Privadas

Nombre Fecha Número de Cliente Número de Seguros

### AVISO DE PRACTICAS PRIVADAS

#### Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

En All Faiths, protegimos la confidencialidad de su información médica. Su historial médico (en inglés, se llama "PHI") es información que se pueda identificarle. Se refiere a sus condiciones de salud física o mental y servicios de salud relacionados. Esta notificación describe cómo All Faiths puede utilizar y divulgar su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. Revísela con cuidado. Si necesita más información, pregúntenos. Para más información sobre la ley, vaya a [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

#### Sus Derechos

- Saber cómo utilizamos y protegimos su historial médico
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico
- Pedimos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad
- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico
- Solicitar comunicación confidencial
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Elegir a alguien que actúe en su nombre

#### Sus Opciones

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Les contamos a su familia y amigos sobre su estado personal
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe
- Proporcionamos atención médica mental

*Nunca compartimos su PHI a menos que nos da el permiso por escrito o por las siguientes excepciones. Nunca vendemos su información personal.*

#### Nuestros Usos y Divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Lo atendemos
- Facturamos por sus servicios
- Realizamos investigaciones médicas
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Dirigimos nuestra organización
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública
- Cumplimos con la ley
- Respondemos a demandas y acciones legales

Específicamente, podemos utilizar y compartir su información en las situaciones siguientes sin su permiso u oportunidad de objeciones:

- Protección de seguridad y salud pública
- Prevención de riesgos individuales de enfermedades comunicables
- Actividades de agencias de supervisión de salud
- Otros requisitos por la ley
- Riesgo de hacerle daño a uno mismo
- Reportajes de abuso y maltrato
- Respuestas a las acciones judiciales

#### Quejas

Usted puede quejarse a nosotros o a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos, si usted cree que sus derechos de divulgaciones han estado violados por nosotros. All Faiths tiene una oficial de privacidad, quien asegura que protegemos su información.

Si usted tiene preguntas o preocupaciones sobre la privacidad y seguridad de su información protegida o desea leer nuestra política en más detalle, se ponga en contacto con nuestra oficial de privacidad, Krisztina Ford, Directora Ejecutiva (CEO), de All Faiths: [kford@allfaiths.org](mailto:kford@allfaiths.org) o 505-271-0329. Este aviso refleja los cambios federales a las leyes de HIPAA desde septiembre 2013 y es efectivo de octubre 2014.

Al firmar abajo, reconozco que he sido informado de las anteriores:

Firma

Fecha

*Cliente o Representante Autorizado*

Firma

Fecha

*Terapeuta de Admisiones*



# ALL FAITHS

1709 Moon Street NE  
Albuquerque, NM 87112

505-271-0329 tel  
505-271-4957 fax  
www.allfaiths.org

## 2.2 FORMULARIO de ADMISIÓN para ADULTOS: Consentimiento para Servicios

Nombre	Fecha	Número de Cliente	Número de Seguros
--------	-------	-------------------	-------------------

### CONSENTIMIENTO para SERVICIOS

#### Bienvenidos a ALL FAITHS

Desde 1956, hemos atendido a personas afectadas por traumas de la niñez y de la familia. All Faiths está comprometida a proveer: un sistema de cuidado accesible a los niños y a las familias para servirles y servicios profesionales y cualitativos con la dignidad, el respeto, y la esperanza. Lea la información abajo para entender nuestra manera de proveer cuidado.

#### Plan de Tratamiento

Como individual/familia en busca de servicios, usted tiene derecho a:

- Recibir trato justo y ético
- Participar en el desarrollo de su tratamiento/plan de servicio
- Negarse a consentir a recibir tratamiento, a participar en proyectos especiales, o a cualquier aspecto del tratamiento/plan de servicio
- Que lo refiramos a otros proveedores de servicios para recibir servicios diferentes o adicionales, si usted desea

#### Colaboración

A All Faiths, creemos que recibir y proveer servicios funcionan como una colaboración. En hacer su compromiso de recibir servicios, considere las siguientes guías que pertenecen a usted(es) y al personal de All Faiths.

- CONTACTO PERSONAL: Es importante que las personas puedan ponerse en contacto las unas con las otras. Usted concuerda en dejarle saber al personal de All Faiths como se puede poner en contacto con ustedes. De la misma manera, el personal de All Faiths les dirá a usted como puede contactarlos a ellos, así como a sus supervisores, en cualquier momento.
- TRATAMIENTO: Es útil y necesario que usted, su familia y el personal de All Faiths trabajen en conjunto para: identificar metas, establecer un compromiso de acción, y escribir un plan de servicio/tratamiento donde compartan el compromiso de acción.
- COMPROMISO: Es un compromiso de todos – los/las clientes, las familias y All Faiths – asistir a las citas o notificar a los otros, si hay que cancelarlas.

#### Mejoramiento de Calidad Continuo

All Faiths está interesada en sus opiniones e ideas sobre cómo podemos mejorar nuestra agencia así como nuestros servicios. Le pedimos autorización para ponernos en contacto con usted para preguntarle sobre su satisfacción con nuestra agencia, su personal y los servicios que ofrecemos.

#### Confidencialidad

Usted tiene la responsabilidad de mantener la confidencialidad de la información compartida, incluyendo la identidad de otros participantes que reciben nuestros servicios. Para nuestro compromiso a usted, repasaremos con usted, nuestros procesos de compartir información bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médico (“Health Insurance Portability and Accountability Act” – HIPAA).

All Faiths va a:

- Proveerle una copia del Aviso de Prácticas Privadas que describe su derecho de copiar, inspeccionar, y corregir su información confidencial sobre su salud (“Protected Health Information” - PHI)
- Proveerle la información y educación sobre cualquier usos y divulgaciones de su PHI
- Obtener un consentimiento informado de usted, por su firma bajo, sobre este documento de Consentimiento para Servicios
- La ley requiere que informemos:
  - 1 Sospecha de abuso o abandono de menores; y
  - 2 Evidencia clara de actos de violencia planeados o cometidos contra sí mismo o contra otros.

#### Expedientes por Escrito y Quejas Formales

Nuestro Aviso de prácticas privadas describe su derecho de presentar una queja por violaciones de su privacidad o de la seguridad relacionada con su PHI. All Faiths lo exhorta a que revise sus derechos y discuta con los proveedores de servicio, sus supervisores, nuestro personal administrativo y/o oficial de privacidad, Krisztina Ford, Directora Ejecutiva (CEO), de All Faiths: kford@allfaiths.org o 505-271-0329. Si el asunto no se resuelve a su satisfacción, siga el proceso de escribir quejas formales, que nosotros le hemos dicho a usted y que usted ha firmado.

En ciertas circunstancias, los tribunales pueden someter una orden de citación de los expedientes. Tales casos, usualmente, implican una disputa de la cual usted estaría muy consciente.

#### Emergencias

All Faiths les ofrece a nuestros clientes servicios de intervención en crisis 24 horas al día. La manera específica de tener acceso a un proveedor de servicios se discutirá durante las sesiones de evaluación y de recopilación de información. Si su preocupación incluye violencia contra si mismo o contra otros o constituye una emergencia médica, tenga la bondad de ir directamente a una sala de emergencia, a un hospital psiquiátrico o llame al 911.



# ALL FAITHS

1709 Moon Street NE  
Albuquerque, NM 87112

505-271-0329 tel  
505-271-4957 fax  
www.allfaiths.org

## 2.2 FORMULARIO de ADMISIÓN para ADULTOS: Consentimiento para Servicios

Nombre Fecha Número de Cliente Número de Seguros

### CONSENTIMIENTO para SERVICIOS [continuado]

#### Financiamiento de Servicios

All Faiths intenta proveer servicios terapéuticos al precio más razonable posible dependiendo en el tipo de plan de seguros que tiene usted. Cada plan o fondo tiene requisitos únicos que nosotros tenemos que cumplir.

- Su PHI es compartida cuando le cargamos servicios de:
    - 1 Medicaid
    - 2 Los fondos generales (no Medicaid) del estado de Nuevo México segregados o apartados para el Departamento de Niños, Jóvenes y Familias ["Child, Youth and Family Department" - CYFD] o para otras agencias
    - 3 Seguros privados
    - 4 Los servicios a la Comisión de Reparación para las Víctimas de Crímenes Violentos de Nuevo México [New Mexico Crime Victims Reparation-NMCVR]
- El/La cliente o su representante autorizado es responsable para pagar todos los gastos que se incurra.

#### Consentimiento para Servicios

Mediante mi firma, confirmé lo siguiente:

- He leído (o me han leído) y entiendo mis derechos y responsabilidades escritos en este documento.
- Doy permiso a All Faiths proveer servicios para la salud mental.
- La información relacionada con mis recursos financieros, beneficios de Medicaid o de NMCVRC es correcta y me comprometo a notificar a All Faith en caso de que haya cambios.
- Soy responsable de cualquier gasto que es parte de este contrato de servicio que se incurra por los niños o por mí. Entiendo si me voy de All Faiths y tengo un balance a pagar debido a costos y pagos que no haya pagado, All Faiths hará todo lo posible por coleccionar pago por esas deudas.
- Doy consentimiento para tratamiento médico de emergencia, si necesario.
- Autorizo a All Faiths ponerse en contacto conmigo por teléfono, por escrito o en persona para recibir información sobre mi experiencia y satisfacción con All Faiths.
- Entiendo que puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento.

Individuos incluidos en este consentimiento:

1 Nombre completo

2 Nombre completo

3 Nombre completo

4 Nombre completo

5 Nombre completo

6 Nombre completo

Firma

Fecha

*Cliente o Representante Autorizado*

Firma

Fecha

*Terapeuta de Admisiones*



# ALL FAITHS

1709 Moon Street NE  
Albuquerque, NM 87112

505-271-0329 tel  
505-271-4957 fax  
www.allfaiths.org

## 2.2 FORMULARIO de ADMISIÓN para ADULTOS: Acuerdo de Pago por Servicio

Nombre Fecha Número de Cliente Número de Seguros

### ACUERDO de PAGO por SERVICIO

Los pagos son un asunto importante para cualquier persona que esté recibiendo servicios profesionales de terapia. Este Acuerdo de Pago por Servicios se preparó para aclarar asuntos relacionados con los pagos. Para los clientes de niño con representantes autorizados, este documento refleja una combinación de todos los seguros que hay para el cliente de niño (habría revisado, si hay información adicional después de la entrevista preliminar). Los proveedores de seguros están reembolsados en el orden siguiente: seguros privados, Medicaid, y, por último, VOCA.

1 Aceptamos pago de reembolso de algunos seguros privados. Le informaremos si aceptamos el pago de reembolso de su compañía de seguros. Todos copagos y/o deducibles debe(n) estar pagados al tiempo de servicio. La compañía de seguros de usted (proporciona una copia de los dos lados de su tarjeta de seguro) y llene la información bajo:

Nombre de compañía de seguros: Asegurado Numero de póliza

Copago Deducible

LAS REGLAS DE MEDICAID REQUIEREN QUE LES FACTURAMOS A LOS SEGUROS PRIVADOS ANTES DE FACTURARLE A MEDICAID

2 Aceptamos pago de reembolso de Medicaid sin ningún costo al cliente o a la familia, a menos que tenga un copago. Todos copagos deben estar pagados al tiempo de service.

MCO [Marque uno]:  Pres/Magellan  Molina  United Healthcare  BCBS

Nombre de persona asegurado: Número de identificación de Medicaid: Copago

SEGUROS PRIVADOS Y MEDICAID DEBEN ESTAR FACTURADOS ANTES DE FACTURARLE A VOCA.

3 Aceptamos los pagos de reembolso de VOCA, como pagador de último recurso para el cliente (excluyendo sesiones de la terapia familiar sin el cliente presente), si usted tiene la documentación aprobada de VOCA.

¿Ha terminado una aplicación para VOCA? [Marque uno]  Sí  No

¿Ha aprobado como un cliente de VOCA? [Marque uno]  Sí  No

4 Usted es responsable de pagar todo los pagos por los servicios provistos, si algún de lo siguiente es verdad:  
a-La única cobertura de seguros que usted tiene es de una compañía de seguros privados que no aceptamos  
b-La cobertura de seguros privados o de Medicaid es expirado  
c-El deducible de los seguros privados no ha llegado al deducible

5 La ley requiere que todos clientes tienen una forma de seguros. All Faiths ya no utiliza una escala de pagos reducidos. En el caso que usted no ha asegurado la cobertura de seguros o expira su cobertura de seguros, usted está obligado a pagar por todos los pagos por servicios, al tiempo de servicio, a menos que usted ha firmado un acuerdo de un plan de pago de parte de nuestro departamento de finanzas.

Nos han hablado de su situación financiera, los pagos y unas opciones de pago. También, hemos llegado a acuerdo sobre el pago por servicios de All Faiths. **Debería pagar todos los pagos al tiempo de servicios.** Los honorarios son debido a que se presta el momento de que el servicio. Al firmar abajo, todos están de acuerdo a los términos y condiciones en este Acuerdo de Pago por Servicios:

Firma

Fecha

Cliente o Representante Autorizado



# ALL FAITHS

1709 Moon Street NE  
Albuquerque, NM 87112

505-271-0329 tel  
505-271-4957 fax  
www.allfaiths.org

## 2.2 FORMULARIO de ADMISIÓN para ADULTOS: Política y Proceso de Quejas del Cliente

Nombre	Fecha	Número de Cliente	Número de Seguros
--------	-------	-------------------	-------------------

### **POLÍTICA y PROCESO de QUEJAS del CLIENTE**

#### **Política de Quejas del Cliente**

All Faiths tiene un protocolo de respuesta para quejas, en caso de que un cliente o miembro de familia decide presentar una queja con All Faiths. Las condiciones para expresar una queja están dichas y presentadas al cliente/miembro de familia en una manera justa y no intimidatoria.

Este proceso de quejas permite a los clientes apelar las decisiones por la cadena de mando de All Faiths. Para proteger los derechos de los clientes, esta política también comunica un proceso para permitir al cliente un "defensor". El defensor puede representar al cliente, cuando lo solicite el cliente. El cliente tiene el derecho de solicitar a un individuo quien no está asociado con All Faiths para actuar como defensor. La organización All Faiths no será responsable del costo del servicio del defensor.

#### **Proceso de Quejas del Cliente**

- 1 Los procesos de quejas por escrito se deberán dar, y claramente explicar, a todos clientes de All Faiths cuando el cliente la solicite. Se colocará un aviso que existe el Proceso de Quejas del Cliente. Esta información deberá incluir el proceso para asegurar los servicios de un "defensor".
- 2 Siempre habrá un intento inicial, por un cliente y Supervisor, de resolver cualquier disputa entre las dos partes.
- 3 El cliente puede solicitar la asistencia de un "defensor de clientes" o a cualquier representante que él/ella escoja en cualquier tiempo después de intentos de resolver la disputa con el Supervisor del Programa. El defensor del cliente puede asistir al cliente en las preparaciones para una reunión o puede en realidad presentar el caso del cliente en las reuniones. El cliente tiene que estar presente en todas las reuniones conciliatorias, ya sea que el defensor del cliente presente el caso o no.
- 4 Si la queja no se resuelve satisfactoriamente para el cliente después de reunirse con el Supervisor, el cliente puede pedir una apelación de la decisión al Director. Esta solicitud para una apelación debe de estar en escrito.
  - Se deberá arreglar prontamente con el cliente, defensor del cliente, Supervisor y Director a fin de resolver la disputa. Esta reunión deberá ocurrir a más tardar tres (3) días hábiles después de que el Director recibe la solicitud por escrito del cliente.
  - Se deberá elaborar un resumen por escrito de la disputa antes de la reunión con el Director. Se le deberá dar una oportunidad al cliente de escribir un resumen. El Supervisor también será responsable de escribir un resumen. Se deberán mantener copias de los resúmenes por el cliente, colocarlas en el expediente del cliente y enviarlos al Director Ejecutivo.
  - Las decisiones del Director deberán ser por escrito, con copias colocadas en el expediente del cliente y enviadas al cliente, a más tardar cinco (5) días hábiles después de la reunión.
- 5 Si no se resuelve la queja satisfactoriamente para el cliente después de la reunión con el Director, el cliente puede apelar la decisión al Director Ejecutivo de All Faiths. Esta solicitud tiene que ser por escrito.
  - Se deberá arreglar prontamente con el cliente, defensor del cliente, Supervisor y Director a fin de resolver la disputa. Esta reunión deberá ocurrir a más tardar tres (3) días hábiles después de que se reciba la solicitud por escrito del cliente por el Director.
  - Las decisiones del Director Ejecutivo deberán estar por escrito, con copias colocadas en el expediente del cliente y enviadas al cliente, a más tardar diez (10) días hábiles después de la reunión. La decisión del Director Ejecutivo es final.

He leído y entiendo estos procesos si tengo una queja en contra el personal de All Faiths.

Firma

Fecha

*Cliente o Representante Autorizado*

Firma

Fecha

*Testigo*



# ALL FAITHS

1709 Moon Street NE  
Albuquerque, NM 87112  
505-271-0329 tel  
505-271-4957 fax  
www.allfaiths.org

## 2.2 FORMULARIO de ADMISIÓN para ADULTOS: Asesoramiento Comprensivo Psicosocial

Nombre Fecha Número de Cliente Número de Seguros

### VIDA FAMILIAR del CLIENTE: ADENDA No: 1

Nombre del cliente Fecha de nacimiento

### COMPOSICIÓN de la FAMILIA [¿Quién vive en casa con el cliente?]

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Género
Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Género
Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Género
Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Género
Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Género
Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Género
Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Género
Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Género
Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Género
Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Género

¿Hay hijos que viven/han vividos aparte de cliente/los padres? ¿Cuándo y a que edad? ¿Cuál era la razón por no vivir en casa?

---

---

---

---

---

---

---

---

### OTROS FAMILIARES IMPORTANTES

• Nombre Relación

---

Dirección

---

• Nombre Relación

---

Dirección

---

• Nombre Relación

---

Dirección

---

• Nombre Relación

---

Dirección

---



# ALL FAITHS

1709 Moon Street NE  
Albuquerque, NM 87112

505-271-0329 tel  
505-271-4957 fax  
www.allfaiths.org

## 2.2 FORMULARIO de ADMISIÓN para ADULTOS: Asesoramiento Comprensivo Psicosocial

Nombre Fecha Número de Cliente Número de Seguros

**VIDA FAMILIAR del CLIENTE: ADENDA No: 1 [continuado]**

### **COSTUMBRES de FAMILIA**

¿Hay eventos / actividades que son importantes para el cliente y la familia? ¿Qué actividades hacen juntos como familia? Por favor explique:

---

---

---

---

---

### **LA VIDA ESPIRITUAL de la FAMILIA**

¿Cuál es la religión del cliente?

---

---

---

---

¿Van a servicios religiosos / ceremonias como familia? Por favor explique:

---

---

---

---

¿Existe alguna práctica espiritual en específico?

---

---

---

---

¿Hay algo referente a la vida en casa de familia que sería importante saber? Por favor explique:

---

---

---

---





# ALL FAITHS

1709 Moon Street NE  
Albuquerque, NM 87112  
505-271-0329 tel  
505-271-4957 fax  
www.allfaiths.org

## 2.2 FORMULARIO de ADMISIÓN para ADULTOS: Asesoramiento Comprensivo Psicosocial

Nombre Fecha Número de Cliente Número de Seguros

### INVENTARIO de TRATAMIENTO: ADENDA No: 2

#### Historia de Tratamiento de Salud de Comportamiento:

Por favor de mencionar en la lista siguiente, los servicios de salud de comportamiento que el cliente haya recibido. (Por ejemplo: terapia, asesoramiento de caso, psiquiatría, tratamiento residencial, MST). Sino ha habido otros servicios favor de marcar "ninguno" en la lista siguiente.

• Fecha de Servicio:	Desde	a
Tipo de Servicio		
Nombre del prestador de servicios / agencia		
• Fecha de Servicio:	Desde	a
Tipo de Servicio		
Nombre del prestador de servicios / agencia		
• Fecha de Servicio:	Desde	a
Tipo de Servicio		
Nombre del prestador de servicios / agencia		
• Fecha de Servicio:	Desde	a
Tipo de Servicio		
Nombre del prestador de servicios / agencia		

#### Terapia Preferencia o Necesidades:

¿Qué días y a qué hora usted prefiere su cita?	Día	Hora
<i>Debe saber que la lista de espera es larga para citas por las tardes y los sábados.</i>		
¿Usted prefiere que la persona dando el servicio de terapia/ asesoramiento sea mujer o hombre?	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre
¿Prefiere un trabajador terapeuta o caso?	<input type="checkbox"/> Terapeuta	<input type="checkbox"/> Trabajador Social
¿Necesita un terapeuta de habla española ?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si uno no está disponible ¿se puede administrar con un terapeuta que habla Inglés?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Hay miembros de su familia que actualmente están recibiendo servicios de terapia en All Faiths?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Cuál es el nombre de la persona recibiendo los servicios?		
¿Quién es la terapeuta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Usted quiere la misma terapeuta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Hay alguna otra información que quisiera compartir que sería útil en la selección de terapeuta?		



# ALL FAITHS

1709 Moon Street NE  
Albuquerque, NM 87112

505-271-0329 tel  
505-271-4957 fax  
www.allfaiths.org

## 2.2 FORMULARIO de ADMISIÓN para ADULTOS: Asesoramiento Comprensivo Psicosocial

Nombre Fecha Número de Cliente Número de Seguros

### HISTORIA MEDICAL del CLIENTE: ADENDA No: 3

Nombre del médico primario PCP Teléfono del médico

Estatura del cliente Peso del cliente Color de pelo Color de ojos

¿Está el cliente al corriente con sus vacunas?  Sí  No

Si no está al corriente, explique ¿por qué no?

Fecha del último examen médico Fecha del último examen dental

### Alergias: Por favor anote todos los alimentos o medicamentos que el cliente tiene alergias a:

1 Alergia:	<input type="checkbox"/> Ligero	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo	Necesita un Epi-pen	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2 Alergia:	<input type="checkbox"/> Ligero	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo	Necesita un Epi-pen	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3 Alergia:	<input type="checkbox"/> Ligero	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo	Necesita un Epi-pen	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5 Alergia:	<input type="checkbox"/> Ligero	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo	Necesita un Epi-pen	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6 Alergia:	<input type="checkbox"/> Ligero	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo	Necesita un Epi-pen	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

### Problemas de Movilidad

¿Necesita el cliente o persona que viene a citas con el cliente algún artículo de asistencia con movimiento como silla de rueda, muletas, aparatos para asistencia con caminar?  Sí  No

### Salud Físico: Marque que aplican

<input type="checkbox"/> Problemas de Visión	<input type="checkbox"/> Problemas auditivos	<input type="checkbox"/> Sinusitis/alergias de estación
<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Asma/respiratorio	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Epilepsia / ataques de	<input type="checkbox"/> Historia de fractura/golpes a la cabeza
<input type="checkbox"/> Accidentes de orina/defecar	<input type="checkbox"/> Anemia/desorden de la sangre	<input type="checkbox"/> Problemas del corazón
<input type="checkbox"/> Infecciones del sistema urinario frecuentes		

Por favor explique los problemas de salud que fueron marcados:

---

---

---

¿Qué tipo de ejercicio hace el cliente y que tan seguido hace ejercicio?

---

---

---



# ALL FAITHS

1709 Moon Street NE  
Albuquerque, NM 87112  
505-271-0329 tel  
505-271-4957 fax  
www.allfaiths.org

## 2.2 FORMULARIO de ADMISIÓN para ADULTOS: Asesoramiento Comprensivo Psicosocial

Nombre Fecha Número de Cliente Número de Seguros

### HISTORIA MEDICAL del CLIENTE: ADENDA No: 3 [continuado]

#### Nutrición y Peso

¿Está el cliente en dieta especial?  Sí  No

Si hay una dieta especial, por favor de explicar:

¿Tiene problemas de apetito?  Sí  No

Si hay problemas, por favor de explicar:

¿Ha habido cambios de peso extremos en los pasados 3 meses?  Sí  No

Si ha habido, por favor de explicar:

¿Cómo describe su cuerpo?  Obeso  Delgado  De peso adecuado  Algún otro

¿Hay períodos de vomitar después de comer regularmente?  Sí  No

Si sucede, por favor de explicar:

#### Problemas del Sueño

¿Cuántas horas duerme por noche?

¿Hay problemas o dificultad en dormir o quedarse dormido?  Sí  No

Si hay dificultad, por favor de explicar:

¿Hay pesadillas cuando está dormido?  Sí  No

Si hay pesadillas, por favor de explicar:

#### Medicamentos Actuales: Por favor explique los medicamentos que el cliente está tomando a:

1 Nombre del Medicamento Dosis Razón por la prescripción Doctor que lo prescribió

2 Nombre del Medicamento Dosis Razón por la prescripción Doctor que lo prescribió

3 Nombre del Medicamento Dosis Razón por la prescripción Doctor que lo prescribió

4 Nombre del Medicamento Dosis Razón por la prescripción Doctor que lo prescribió

5 Nombre del Medicamento Dosis Razón por la prescripción Doctor que lo prescribió



# ALL FAITHS

1709 Moon Street NE  
Albuquerque, NM 87112  
505-271-0329 tel  
505-271-4957 fax  
www.allfaiths.org

## 2.2 FORMULARIO de ADMISIÓN para ADULTOS: Asesoramiento Comprensivo Psicosocial

Nombre Fecha Número de Cliente Número de Seguros

### HISTORIA MEDICAL del CLIENTE: ADENDA No: 3 [continuado]

#### Medicamentos Pasados: Por favor explique los medicamentos que el cliente estaba tomando:

1 Nombre del Medicamento	Dosis	Razón por la prescripción	Doctor que lo prescribió
2 Nombre del Medicamento	Dosis	Razón por la prescripción	Doctor que lo prescribió
3 Nombre del Medicamento	Dosis	Razón por la prescripción	Doctor que lo prescribió
4 Nombre del Medicamento	Dosis	Razón por la prescripción	Doctor que lo prescribió
5 Nombre del Medicamento	Dosis	Razón por la prescripción	Doctor que lo prescribió

¿Había alguno de los medicamentos que toma o ha tomado que puede tener efectos secundarios no deseados?

Sí

No

En caso afirmativo, por favor explique: