

### Formulario de Admisión – Adultos/Menores

La información solicitada en este formulario se mantendrá confidencial. Por favor, llene el formulario lo más completo posible.

#### Información del Cliente

Nombre legal (Nombre, Inicial 2do Nombre, Apellido) \_\_\_\_\_

Nombre de preferencia \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Podemos enviarle correo electrónico  S  N

Para recordatorios de citas, podemos:  Llamarle  Dejar mensaje de voz  Enviar mensaje de texto  
 Ninguna de las anteriores Prefiere:  Celular  Casa

¿Alguna vez ha recibido tratamiento ambulatorio (consejería, terapia, psiquiatría) por problemas de salud mental?

S  N Si respondió sí, por favor responda cuándo y dónde \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha estado hospitalizado/a o recibido tratamiento hospitalario por problemas de salud mental?

S  N Si respondió sí, por favor responda cuándo y dónde \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha intentado suicidarse?  S  N

Si respondió sí, por favor escriba la fecha de los intentos y el método utilizado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Actualmente tiene acceso a un arma de fuego?  S  N

¿Alguna vez se ha suicidado alguien cercano a usted?  S  N

Si respondió sí, por favor responda quién y cuándo \_\_\_\_\_

¿Quién vive en casa con usted? \_\_\_\_\_

¿Actualmente está sufriendo de violencia o abuso doméstico?  S  N

¿Le preocupa poder pagar el tratamiento/su copago sería una barrera para el tratamiento?  S  N

**Contacto de emergencia:** Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

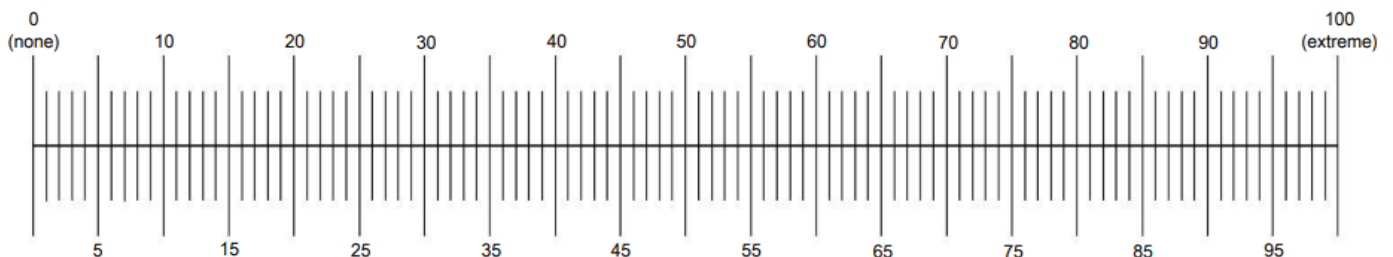
Relación con el cliente \_\_\_\_\_

### Escala de Reconocimiento de Suicidio (formato corto)

	En total desacu- erdo	En desacu- erdo	Neutro	En acuerdo	En total acuerdo
1. Nadie puede ayudarme a resolver mis problemas.	1	2	3	4	5
2. Soy totalmente indigno/a del amor.	1	2	3	4	5
3. Nada puede ayudarme a resolver mis problemas.	1	2	3	4	5
4. Es imposible describir lo mal que me siento.	1	2	3	4	5
5. No puedo seguir enfrentando mis problemas por más tiempo.	1	2	3	4	5
6. No puedo imaginarme a nadie capaz de aguantar este tipo de dolor.	1	2	3	4	5
7. No hay nada en mí que se salve	1	2	3	4	5
8. No merezco vivir otro momento.	1	2	3	4	5
9. No hay nadie más detestable que yo.	1	2	3	4	5
<i>Puntaje para uso exclusivo del consejero/a:</i>	_____ + _____ + _____ + _____ + _____				Total = _____

### Escala Analógica Visual de Suicidio (formato corto)

Muestre qué tan extremo es ahora mismo el deseo del suicidarse. Marque la casilla correspondiente al número.



¿Qué otra información es importante que sepa su terapeuta?

Si el documento está siendo completado a nombre de un menor de edad, ¿existe un documento legal que describa la relación/custodia?  S  N

¿Ha sido el menor de edad víctima de manoteo (bullying)?  S  N  No sé

**Plan de Manejo de Crisis:**

Entiendo que en caso de emergencia/crisis, o si el consejero/a no puede determinar claramente los factores para garantizar mi propia seguridad o la de otra persona durante la consulta, mi consejero/a tiene derecho a comunicarse con las siguientes personas para asistencia adicional:

1) Nombre de contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono(s): \_\_\_\_\_

2) Nombre de contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono(s): \_\_\_\_\_

3) Nombre de contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono(s): \_\_\_\_\_

Entiendo que, si lo considera necesario, mi consejero/a puede solicitar un Chequeo de Bienestar, comunicarse con las autoridades locales y/o el 911. Mi consejero/a también puede recomendar un tratamiento alternativo o remitirme a la próxima cita de crisis disponible con el personal de PBCG.

**Acuse de recibido**

**La información escrita en este formulario es correcta a mi saber y entender**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre/Guardián si el cliente es menor

\_\_\_\_\_  
Fecha



### **Consentimiento informado para Psicoterapia/Consejería, y Recepción de Prácticas de Privacidad**

Me ha sido proporcionada una copia impresa de la *Explicación de Servicios de Psicoterapia/Servicios de Consejería* y de la *Notificación de Prácticas de Privacidad*. El terapeuta/consejero/trabajador social clínico también me ha dado una explicación verbal de los servicios y las prácticas de privacidad de psicoterapia/consejería/trabajo social clínico, así como las excepciones a la confidencialidad. He tenido la oportunidad de revisar el documento *Explicación de Servicios de Psicoterapia/Servicios de Consejería y Notificación de Prácticas de Privacidad* y otra información pertinente, y de hacer preguntas. Todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Estoy tomando una decisión informada, libre de toda presión, para participar en servicios de psicoterapia/consejería/trabajo social clínico, y para que se utilice mi información no identificable con fines de investigación académica. Si quisiera retirar mi información no identificable de la recopilación y evaluación de datos, debo enviar una solicitud por escrito al correo electrónico [reception@pbcg.org](mailto:reception@pbcg.org). Entiendo que no se me negarán los servicios si decido retirar mi información no identificable de la recopilación de datos.

Si se considera necesario o apropiado usar los servicios de teleconsejería de Permian Basin Counseling & Guidance, acepto el Consentimiento informado de Tele-salud/Tele-consejería proporcionado en el documento *Explicación de Servicios de Psicoterapia/Servicios de Consejería y Notificación de Prácticas de Privacidad*. Tengo la oportunidad de discutir las políticas de telesalud con mi terapeuta y hacer cualquier pregunta que pueda tener con respecto a los servicios de teleconsejería antes de usar los servicios.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente o Padre/Madre/Guardián si el  
cliente es menor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del personal de PBCG

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Información Demográfica**

**Género**

- Hombre
- Mujer
- No binario/3º género
- Prefiero autodescribirme: \_\_\_\_\_
- Prefiero no contestar

**Orientación sexual**

- Heterosexual
- Lesbiana, gay u homosexual
- Bisexual
- Prefiero autodescribirme: \_\_\_\_\_
- Prefiero no contestar

**¿Se identifica como transgénero?**

- Sí
  - Mujer a Hombre
  - Hombre a Mujer
- No
- Prefiero no contestar

**Pronombre Preferido:**  Ella  Él  Otro: \_\_\_\_\_

**Estado civil:**  Soltero/a  Con pareja  Unión libre  Comprometido/a  
 Casado/a  Separado/a  Divorciado/a  Viudo/a  Otro: \_\_\_\_\_

**¿Es Hispano o Latino?**  Sí  No  Prefiero no contestar

**Independientemente de su respuesta anterior, por favor indique a que raza se identifica (marque todas las que aplica):**  Negro/Afroamericano  Asiático/a  Blanco/a  Americano de Alaska/ Indio Americano  
 Isleño/a del Pacífico  Otra \_\_\_\_\_  Prefiero no contestar

**¿Es actualmente estudiante?**  Sí  No  Prefiero no contestar

**Educación - Nivel más alto de educación completado:**  Menos de secundaria  Secundaria/GED  
 Algunas clases en la universidad, sin diploma  Título de Asociado  Grado de Licenciatura  
 Título de Posgrado  Prefiero no contestar

**Empleo:**  Trabaja 1-39 horas  Trabaja 40+ horas (tiempo completo)  Desempleado y buscando trabajo  
 Desempleado, no buscando trabajo  Pensionado/Retirado  Discapacitado, incapaz de trabajar  
 Prefiero no contestar

**Ingresos del hogar: (suma del ingreso bruto de todos los miembros del hogar en el último año calendario)**

- \$0 - \$9,999  \$10,000 - \$19,999  \$20,000 - \$29,999  \$30,000 - \$39,999  \$40,000 - \$49,999
- \$50,000 - \$59,999  \$60,000 - \$69,999  \$70,000 - \$79,999  \$80,000 - \$89,999  \$90,000 - \$99,999  \$100,000 o más  Prefiero no contestar

**En los últimos 30 días, usted**

- ¿Ha estado sin hogar/alojamiento?  Sí  No Número de días: \_\_\_\_\_
- ¿Ha estado hospitalizado por cuestiones de salud mental/abuso de sustancias?  Sí  No Número de días: \_\_\_\_\_
- ¿Ha estado hospitalizado por cuestiones de tratamiento médico?  Sí  No Número de días: \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido alguna interacción con la ley (arresto, multa, etc)?  Sí  No Número de días: \_\_\_\_\_

**Acuse de recibido**

- La información escrita en este formulario es correcta a mi saber y entender
- Me niego a proporcionar información demográfica

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre/Guardián si el cliente es menor

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Tele-salud/Tele-consejería**

La Tele-salud/Tele-consejería se refiere al diagnóstico, consulta, facturación, consulta educativa, entrenamiento profesional y capacitación impartido de manera electrónica. Esto permite a los consejeros de Permian Basin Counseling & Guidance (PBCG) conectarse con clientes a través de audio/video interactivo. Uno de los beneficio de esta modalidad, es que los clientes y los consejeros pueden comunicarse sin estar físicamente presentes en el mismo lugar. Esto puede ser beneficioso si el cliente se muda a un lugar diferente o no le es posible estar físicamente presente en la consulta. También puede servir como una oportunidad para recibir tratamiento para aquellos clientes que no tengan acceso a tratamiento en su comunidad.

Algunos de los consejeros de PBCG practican los dos modos de consejería, presencial y virtual. Por favor, consulte con nuestra recepción para determinar si estas opciones están disponibles para usted. Si es adecuado y ambas partes tienen la capacidad de hacerlo, en ocasiones las consultas pueden cambiar de un modo al otro.

**Plan de Manejo de Crisis:**

Entiendo que en caso de emergencia/crisis, o si el consejero/a no puede determinar claramente los factores para garantizar mi propia seguridad o la de otra persona durante la consulta, mi consejero/a tiene derecho a comunicarse con las siguientes personas para asistencia adicional:

1) Nombre de contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono(s): \_\_\_\_\_

2) Nombre de contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono(s): \_\_\_\_\_

3) Nombre de contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono(s): \_\_\_\_\_

Entiendo que, si lo considera necesario, mi consejero/a puede solicitar un Chequeo de Bienestar, comunicarse con las autoridades locales y/o el 911. Mi consejero/a también puede recomendar un tratamiento alternativo o remitirme a la próxima cita de crisis disponible con el personal de PBCG.

**Acuse de recibido**

**La información escrita en este formulario es correcta a mi saber y entender**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre/Guardián si el cliente es  
menor

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Consentimiento informado para Psicoterapia/Consejería, y Recepción de Prácticas de Privacidad**

NombredelCliente: \_\_\_\_\_

Me ha sido proporcionada una copia impresa de la *Explicación de Servicios de Psicoterapia/Servicios de Consejería* y de la *Notificación de Prácticas de Privacidad*. El terapeuta/consejero/trabajador social clínico también me ha dado una explicación verbal de los servicios y las prácticas de privacidad de psicoterapia/consejería/trabajo social clínico, así como las excepciones a la confidencialidad. Tal información también puede ser encontrada la página web de PBCG ([www.sanangelocounseling.org](http://www.sanangelocounseling.org)), sección de Forms, con el título Explanation of Services and Privacy Practices He tenido la oportunidad de revisar el documento *Explicación de Servicios de Psicoterapia/Servicios de Consejería y Notificación de Practicas de Privacidad* y otra información pertinente, y de hacer preguntas. Todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Estoy tomando una decisión informada, libre de toda presión, para participar en servicios de psicoterapia/consejería/trabajo social clínico, y para que se utilice mi información no identificable con fines de investigación académica. Si quisiera retirar mi información no identificable de la recopilación y evaluación de datos, debo enviar una solicitud por escrito. Entiendo que no se me negarán los servicios si decido retirar mi información al correo electrónico [reception@pbcg.org](mailto:reception@pbcg.org) no identificable de la recopilación de datos.

Si se considera necesario o apropiado usar los servicios de teleconsejería de Permian Basin Counseling & Guidance, acepto el Consentimiento informado de Tele-salud/Tele-consejería proporcionado en el documento *Explicación de Servicios de Psicoterapia/Servicios de Consejería y Notificación de Practicas de Privacidad*. Tal información también puede ser encontrada la página web de PBCG ([www.sanangelocounseling.org](http://www.sanangelocounseling.org)), sección de formularios (Forms), con el título Explanation of Services and Privacy Practices. Tengo la oportunidad de discutir las políticas de telesalud con mi terapeuta y hacer cualquier pregunta que pueda tener con respecto a los servicios de teleconsejería antes de usar los servicios.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente o Padre/Madre/Guardián si el cliente es menor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
\_ Firma del personal de PBCG

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Formulario de Elegibilidad para el Programa Militar

La información solicitada en este formulario será utilizada para ayudar a determinar su elegibilidad para los servicios proporcionados a los miembros del servicio militar y sus familias. Por favor, llene el formulario lo más completo posible.

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

1. ¿El cliente ha prestado servicio militar para los Estados Unidos?  S  N

Actualmente, ¿cuál es su estado militar?

- Servicio Activo
- Servicio previo
- Guardia Nacional/Reservas

2. ¿Está el cliente relacionado con alguien que haya o este actualmente prestando servicio militar en los Estados Unidos (ver las siguientes opciones) ?  S  N

- Esposo/a
- Hijo/a
- Hermano/a
- Padre/Madre
- Abuelo/a

☛ **Si usted contestó no a las preguntas 1 o 2, usted no tiene que continuar llenando este formulario.**

3. Por favor, contestar las siguientes preguntas con información sobre usted o el familiar que haya o este actualmente prestando servicio militar

- a. Fechas de servicio: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_
- b. ¿Discapacidad relacionada con el servicio militar?  S  N
- c. Rango:  Oficial  Alistado  Suboficial
- d. Rama:  La Armada  El Cuerpo de Marines  El Ejercito  La Guardia Costera  
 La Fuerza Aérea  Fuerza Espacial



### **Elegibilidad de estatus militar o de dependiente con base a la siguiente documentación**

A los individuos que soliciten servicios del Programa Miliar y aseguren que cuentan con los requisitos de elegibilidad sin haber entregado la documentación requerida, se les proporcionara elegibilidad por tres sesiones. Esto les dará suficiente tiempo para adquirir las muestras de elegibilidad. Por favor, lea el siguiente listado de documentos con los que se puede verificar su elegibilidad. Si el individuo es un miembro de la familia, para obtener los servicios financiados por este programa deberá presentar prueba del servicio militar del familiar y de la relación con el miembro del servicio miliar.

- DD 214, Certificado de alta o baja del servicio activo
- NGB-22, Informe de la Guardia Nacional de separación y registro de servicio
- NA Form 13038, Certificado de Servicio Militar
- Carta oficial del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) o carta de discapacidad
- Una carta sobre sus beneficios de VA
- Licencia de conducir del estado de Texas, con designación de veterano/a
- Certificado de verificación de servicio militar activo del Manpower Data Center del Departamento de Defense (sólo para aquellos en servicio activo)
- Identificación del VA
- Identificación de veterano emitida por el estado (para el miembro de servicio o un dependiente)
- Seguro médico Tricare, Triwest, o CHAMP VA

#### **Familia**

- Tarjeta de identificación de los servicios uniformados
- Certificado de Matrimonio (debe incluir por lo menos uno de los documentos listados anteriormente)
- Certificado de Nacimiento (debe incluir por lo menos uno de los documentos listados anteriormente)
- Certificado de Adopción (debe incluir por lo menos uno de los documentos listados anteriormente)
- Seguro médico Tricare, Triwest, o CHAMP VA

#### **Cónyuge sobreviviente**

- Tarjeta de identificación de los servicios uniformados
- Certificado de Matrimonio (debe incluir por lo menos uno de los documentos listados anteriormente)
- Certificado de difunción (debe incluir por lo menos uno de los documentos listados anteriormente)
- Seguro médico Tricare, Triwest, o CHAMP VA

- Copia de los documentos de elegibilidad fue proporcionada e incluida en el perfil del cliente.**

**Alerta creada en el perfil del cliente indicando que necesita documentación (“needs military documentation”)**

\_\_\_\_\_  
\_ Firma del personal de PBCG

\_\_\_\_\_  
Fecha