



## Encuesta de su Vida (Confidential)

Fecha/Date: \_\_\_\_\_ Nombre del Terapeuta/Therapist Name: \_\_\_\_\_

Office Location:   Downingtown    West Chester    Kennett Square    Audubon    Coatesville

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Si menor de edad, Padre/Madre/ Guardián: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre  Mujer

Número de Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje? No  Si

Número de Celular: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje? No  Si

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Damos la bienvenida a personas de todas las creencias, o ninguna fe, sin juicio ni presión. Le gustaría que su fe fuera incluida en su terapia? No  Si  No lo se

Relaciones: Soltero/a  Casado/a  años(s) \_\_\_\_\_ Divorciado/a  años(s) \_\_\_\_\_ Comprometido/a

fecha de boda \_\_\_\_\_ Separado/a  Meses \_\_\_\_\_ Viudo/a

Educación (ultimo nivel completado): \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Por favor escriba los nombres y edades de sus hijos/a: \_\_\_\_\_

(Continúa del otro lado)

**Salud Física:**

Muy Buena  Buena  Mala

Enfermedades o Incapacidades Recientes: \_\_\_\_\_

¿Actualmente, está tomando medicamentos? No  Si  (Por favor indique cuales y la dosis) \_\_\_\_\_

Medico Primario: \_\_\_\_\_

Fecha de su ultimo físico: \_\_\_\_\_ Chequeo de la tiroides No  Si

**Salud Mental**

¿Usted ha utilizado consejería en el pasado? No  Si

¿Consumes alcohol u otras drogas de venta libre o sin receta? No  Si

¿Hay historia de alcoholismo o drogadicción en su familia? No  Si

¿Hay historia de problemas de su salud mental en su familia? No  Si

¿Alguna vez ha sido físicamente abusado/a? No  Si

¿Alguna vez ha sido emocionalmente abusado/a? No  Si

¿Alguna vez ha sido abusado/a sexualmente? No  Si

¿Sus preocupaciones interfieren con su trabajo? No  Si

¿Sus preocupaciones interfieren con su vida familiar? No  Si

¿Alguna vez ha intentado suicidarse? No  Si

¿Alguna vez ha sido hospitalizado/a por razones de salud? No  Si

¿Alguna vez ha tenido problemas legales? No  Si

¿Cuánto tiempo ha persistido este problema? \_\_\_\_\_

¿Bajo que condiciones se empeoran sus problemas? \_\_\_\_\_

¿Que gravedad tiene su problema presente? Ninguna  Leve  Moderada  Sumamente

¿Motivación para resolver el problema? Ninguna  Leve  Moderada  Sumamente

¿Optimismo sobre la posibilidad que el problema sea resuelto? Ninguna  Leve  Moderada  Sumamente

**Historia Familiar**

Edad de su madre: \_\_\_\_\_ ¿Si murió, qué edad tenía usted cuando murió? \_\_\_\_\_

Edad de su padre: \_\_\_\_\_ ¿Si murió, qué edad tenía usted cuando murió? \_\_\_\_\_

Si sus padres están separados, o se separaron, ¿qué edad tenía cuando eso pasó? \_\_\_\_\_

Número de hermanos: \_\_\_\_\_ Edades de sus hermanos \_\_\_\_\_

Número de hermanas: \_\_\_\_\_ Edades de sus hermanas \_\_\_\_\_

Usted fue adoptado o criado con padres que no eran sus padres biológicos. Por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describa brevemente la personalidad de su madre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describa brevemente la personalidad de su padre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describa brevemente la personalidad de su padrastro o madrastra: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describa brevemente la relación que tienes con las siguientes personas actualmente:

Madre: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_

Madrastra: \_\_\_\_\_

Padrastro: \_\_\_\_\_



## Política de Confidencialidad / Consentimiento para Tratamiento

Todos los consejeros en El Centro de Paz tienen experiencia y formación profesional. La relación que se establece con nuestros consejeros es voluntaria y usted tiene el derecho de terminar la relación en cualquier momento. Toda la información acerca de usted o de sus registros es estrictamente confidencial. La información se comparte solamente con personal profesional autorizado, incluyendo supervisores clínicos, y las personas que usted ha enumerado a continuación. Las únicas excepciones a esta política son las siguientes:

- Si nuestro personal tiene razones para creer que un niño ha sido abusado física o sexualmente, estamos obligados por ley a informar al servicio de la protección del estado. No vamos a hacer una determinación de que cualquier conducta es ilegal o inapropiada. Esta determinación se hace por el estado.
- Si nuestro personal tiene razones para creer que un cliente puede perjudicar seriamente a el / ella misma u otra persona, estamos obligados a divulgar información para proteger a la persona que pueda resultar perjudicada.
- Registros seleccionados pueden estar a la disposición de organizaciones que se tratan de certificación o licencias para la revisión de nuestros procedimientos con registros.
- Si se comparte la información durante una sesión de terapia individual que impactara la terapia o la relación de la pareja, el consejero puede compartir esa información con el cónyuge / o la pareja. Cualquiera de los cónyuges puede optar por poner fin a la terapia de pareja y comenzar la terapia individual, en ese momento, la información compartida sería confidencial, incluyendo el cónyuge.
- Si usted elige tener la terapia electrónica, través del uso de los teléfonos celulares, correo electrónico, videoconferencia, etc. Por favor, comprenda los riesgos de seguridad que se incluyen. Los consejeros del Centro de Paz hará todo lo posible para garantizar la confidencialidad y seguridad, pero con la tecnología, la confidencialidad y la seguridad no siempre se puede garantizar.
- Los niños menores de 14 años necesitan consentimiento firmado de ambos padres o tutor legal para el tratamiento.

En el tratamiento de una pareja o una familia, El Centro de Paz solicitará la autorización de todos los miembros de la unidad de tratamiento antes de la divulgación de información confidencial a otra persona. Yo / Nosotros entendemos que para proteger la confidencialidad, cualquier pregunta que no sea la mencionada (escrita, telefónica o personal) no será contestada hasta que yo / nosotros firmamos una liberación de información separada.

Yo/Nosotros permitimos que las siguientes personas oigan transmitir información de las sesiones de consejería:

---

(Continúa del otro lado)

## Limitación de Litigios

Como participante en la terapia en el Centro de Paz yo / nosotros entendemos y aceptamos que ningún empleado, agente o director del Centro Paz será llamado como testigo para testificar en nuestro nombre o en nombre de nuestros hijos en cualquier procedimiento legal concerniente con mi o nuestra terapia. Además, entiendo y estoy de acuerdo, y para aquellos que nos representan, que ninguna documentación, excepto las recomendaciones, preparada conjuntamente con el Centro de Paz, estará sujeta a citación o depósito de documentos para uso en procedimientos legales. Yo / nosotros entendemos que esta provisión es necesaria para fomentar intercambios francos, abiertos y significativos entre mí y nosotros mismos y el / la terapeuta. Yo / nosotros entendemos que estoy / estamos renunciando a nuestro derecho de usar testimonios, registros u otra información contenida en el Centro de Paz, pero que yo o nosotros los hacemos voluntariamente, y sin influencia indebida, con el propósito de establecer confidencialidad y Privilegio para mí y el Centro de Paz, cuyo derecho y privilegio no serán revocados en lo sucesivo por mí o mi representante legal. Entendemos que la única comunicación entre el Centro de Paz y / o la Corte se limitará a una carta de formulario que indique cuándo se iniciaron los servicios y / o si el cliente completó, no completó o todavía está recibiendo tratamiento.

## Políticas de pago / Escala de cuotas

El tiempo del consejero ha sido reservado para usted, usted se compromete a dar por lo menos 24 horas, una tarifa puede ser cargada. Usted acepta la responsabilidad financiera para los cargos en que incurra durante el transcurso de tener el Centro de Paz proveer servicios, incluyendo las comisiones bancarias por cheques devueltos. Yo / Nosotros entendemos las políticas de pago para las sesiones privadas y que el salario completo es de \$125 por sesión por hora. Yo / Nosotros entendemos que para mis sesiones una tarifa por hora \$\_\_\_\_\_ ha sido determinada por mi terapeuta.

Reconozco por nuestras firmas individuales a continuación, que cada uno de nosotros ha leído esta política, que la comprendemos y que he tenido la oportunidad de discutir su contenido con nuestro terapeuta y que entro en terapia de acuerdo con esta política.

_____ Firma del Terapeuta/Therapist Signature	_____ Imprimir nombre del Terapeuta/Print Therapist Name	_____ Fecha/Date
Office Location:   Downingtown <input type="checkbox"/> West Chester <input type="checkbox"/> Kennett Square <input type="checkbox"/> Audubon <input type="checkbox"/> Coatesville <input type="checkbox"/>		
_____ Firma (Cliente, Padre, o Guardian)	_____ Imprimir nombre del Cliente	_____ Fecha
_____ Firma	_____ Imprimir	_____ Fecha
_____ Firma	_____ Imprimir	_____ Fecha