



Orlando Office

1400 North Semoran Blvd Orlando, Suite E. FL 32807
Phone: (407) 823 - 8421 / Fax: (407) 823 - 8195

Kissimmee Office

201 Ruby Avenue, Suite B Kissimmee, FL 34741
Phone: (407) 933 - 1847 / Fax: (407) 933 - 1849

Formulario de Admisión (Niño/a Menor de 18 años): Información del Cliente

Fecha de hoy: ____/____/____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____

Nombre de Niño/a: _____ Nombre Preferido: _____
Nombre Apellido

Número de Seguro Social: _____ Género: _____ Grado/Nivel: _____
(se puede necesitar para el seguro médico)

Dirección: _____
Numero de hogar y calle # de Apartamento/Unidad Ciudad Estado Código Postal

Raza y etnicidad (marque todas las que correspondan): Asiático/Pacífico Isleño Afroamericano/Negro
 Latino/Hispano Indígena estadounidense Blanco Negarse a especificar

Estado civil de los padres: Solteros Casados Separados Divorciados Viudos

Nombre del Padre/Tutor Legal: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
Nombre Apellido

¿Esta persona tiene custodia legal? Sí No (CCS podrá pedir documentación para comprobar.)

¿Esta persona vive con el cliente? Sí No Relación al cliente: Madre Padre Abuelo/a Otro: _____

Celular/Móvil: (____) _____ - _____ ¿Podemos mandar un texto? Sí No ¿Dejar mensaje? Sí No
Casa o Trabajo: (____) _____ - _____ ¿Podemos dejar mensaje? Sí No

Nombre del Padre/Tutor Legal: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
Nombre Apellido

¿Tiene custodia legal? Sí No ¿Vive con el cliente? Sí No ¿Podemos compartir información de citas? Sí No

Celular/Móvil: (____) _____ - _____ ¿Podemos mandar un texto? Sí No ¿Dejar mensaje? Sí No
Casa o Trabajo: (____) _____ - _____ ¿Podemos dejar mensaje? Sí No

Su contacto de emergencia: _____ ¿Esta persona vive con el cliente? Sí No
Teléfono: (____) _____ - _____ ¿Cuál es la relación entre esta persona y el cliente?: _____

Compass Counseling Services, LLC tiene un "Patient Portal" o un portal virtual para clientes donde puedes ver sus citas, pedir cambios, ver facturas y acceder su información médica. Para entrar a este portal, por favor provea su correo electrónico:

_____@_____

Proveedor de Atención Primaria -PCP (Información Requerida)

Nombre del proveedor: _____ Grupo de PCP (si es aplicable): _____

Teléfono: (____) _____ - _____ Fax: (____) _____ - _____

Dirección: _____
Numero y calle # de Oficina/Unidad Ciudad Estado Código Postal



Orlando Office

1400 North Semoran Blvd Orlando, Suite E. FL 32807
Phone: (407) 823 - 8421 / Fax: (407) 823 - 8195

Kissimmee Office

201 Ruby Avenue, Suite B Kissimmee, FL 34741
Phone: (407) 933 - 1847 / Fax: (407) 933 - 1849

Farmacia (Para el manejo de medicamentos) & Psictria

Farmacia: _____ Grupo de PCP (si es aplicable): _____

Teléfono: (____) _____ - _____ Fax: (____) _____ - _____

Dirección: _____
Numero y calle # de Oficina/Unidad Ciudad Estado Código Postal

Psiquiatra (actual o anterior): _____ Grupo de PCP (si es aplicable): _____

Teléfono: (____) _____ - _____ Fax: (____) _____ - _____

Dirección: _____
Numero y calle # de Oficina/Unidad Ciudad Estado Código Postal

Datos sobre Su Seguro Médico/ de Salud (Por favor completar toda la sección.)

Compañía de Seguro Médico (Primario): _____ # de póliza: _____

Nombre del Suscriptor: _____ Relación al Suscriptor: Yo Esposo/a Padre

Empleador (para plan grupal): _____

¿Estas utilizando servicios de un plan EAP (Programa de Asistencia para Empleados): Sí No

Seguro Médico (Secundario): _____ # de póliza: _____

Nombre del Suscriptor: _____ Relación al Suscriptor: _____

Información sobre el Seguro Médico & la Asignación de Beneficios

Confirmación del Cliente

Yo, (nombre del padre/tutor legal) _____, padre/tutor legal de (nombre del cliente) _____,

certifico que la información declarada anteriormente es cierta y precisa, a mi leal saber y entender. Yo autorizo a Compass Counseling Services, LLC (CCS), a facturar a mi compañía de seguro de salud/médico o a su representante por todos los servicios que recibo. Además, yo autorizo a mi compañía de seguro médico o a su representante a realizar el pago directo de los beneficios a CCS o a sus proveedores bajo los términos y condiciones de mi contrato de atención médica. Es mi responsabilidad entender mi cobertura, incluyendo entender los copagos, coaseguros y deducibles. Esto también incluye comprender qué servicios están cubiertos o no. También es mi responsabilidad informar a CCS si hay un cambio en mi seguro o cobertura.

De acuerdo con mi contrato de atención médica, entiendo que soy responsable en última instancia del pago de todos los servicios. Acepto que los padres, tutores o representantes personales son responsables de todos los honorarios y servicios prestados para el tratamiento de un menor/niño. **Yo seré responsable de cualquier cuidado que se me brinde, o del cliente de quien soy legalmente responsable, incluso cuando no esté cubierto por la compañía de seguros. Acepto todos los pagos, incluidos los copagos, los coaseguros, la recolección de muestras y los deducibles. Entiendo que presentar una reclamación ante mi compañía de seguros no me exime de mi responsabilidad por el pago de todos los cargos.** Además, autorizo al personal apropiado de CCS a llenar todos y cada uno de los documentos necesarios o reclamos electrónicos requeridos por mi compañía de seguros o compañía de cuidado administrado, incluyendo, pero no limitado a: planes de tratamiento, formularios de reclamo de seguro e información sobre la terminación de atención. Afirmo que he leído, entiendo y acepto las autorizaciones indicadas anteriormente.

Firma del Padre/Tutor Legal del Cliente

Fecha de hoy



Orlando Office

1400 North Semoran Blvd Orlando, Suite E. FL 32807
Phone: (407) 823 - 8421 / Fax: (407) 823 - 8195

Kissimmee Office

201 Ruby Avenue, Suite B Kissimmee, FL 34741
Phone: (407) 933 - 1847 / Fax: (407) 933 - 1849

Fuente de Referencia/Referido

¿Cómo se enteró de CCS? Médico de Atención Primaria (PCP) Compañía de Seguros DCF DOJ Amigo/a
 Escuela/Maestro Terapeuta Anterior Psiquiatra Anterior CCS Sitio Web Otro: _____

Nombre de Referido: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Dirección: _____
Numero y calle # de Oficina/Unidad Ciudad Estado Código Postal

Sí No Yo completaré una Autorización/Divulgación de Expedientes ("Records Release") para que CCS pueda obtener, divulgar e intercambiar mi información de tratamiento con mi fuente de referencia.

Explicación sobre la Autorización/Divulgación de Expedientes y la Información Protegida de Salud Mental

Para que CCS libere, obtenga y/o dialogar su información médica privada (PHI) con otro proveedor, personas o agencias a las que usted pueda estar afiliado, debe firmar una **Autorización/Divulgación de Expedientes ("Records Release")**. En la siguiente página, se le pedirá que autorice o rechace la autorización para cualquier divulgación de información relacionada con su tratamiento de salud mental en CCS.

Se requiere una **Autorización/Divulgación de Expedientes ("Records Release")** separado para cada individuo/proveedor/entidad/agencia para el cual usted decida conceder autorización para divulgar, obtener y/o intercambiar información con respecto a sus registros de salud mental de CCS. Puede decidir qué partes de sus registros desea publicar. Este formulario expirará **un año después de la fecha firmada a menos que se revoque por escrito**.

Entidades/personas/agencias comunes que clientes proporcionan autorización, incluye, pero no se limita al médico de atención primaria (PCP)**, la fuente de referencia, la escuela, el empleador, los proveedores de salud mental anteriores (terapeuta o psiquiatra), una agencia comunitaria, una agencia gubernamental, un abogado, etc. ****CCS alienta a todos sus clientes a proporcionar una autorización a su médico de atención primaria para coordinar el cuidado médico.** CCS compartirá información básica (como confirmar que usted es un cliente de CCS) con su proveedor de atención primaria a menos que un cliente pida "restringir" esta divulgación. Por favor considere usar la página siguiente para autorizar a su médico de atención primaria.

Para más formularios de autorización, por favor pregunte al personal de recepción o descargue una copia adicional del sitio web de CCS o del "Portal del Paciente." Para solicitar registros de salud mental específicos de CCS, consulte al personal de recepción para obtener una **Solicitud de Documentación**. Todas las solicitudes tardarán un mínimo de 7-10 días laborales en completarse. Puede haber una tarifa por la documentación solicitada, y se espera que los clientes paguen todas las tarifas asociadas antes de recibir la documentación solicitada.



Orlando Office

1400 North Semoran Blvd Orlando, Suite E. FL 32807
Phone: (407) 823 - 8421 / Fax: (407) 823 - 8195

Kissimmee Office

201 Ruby Avenue, Suite B Kissimmee, FL 34741
Phone: (407) 933 - 1847 / Fax: (407) 933 - 1849

Autorización/Divulgación de Expedientes y la Información Protegida de Salud Mental

Esto es una autorización para que Compass Counseling Services, LLC (CCS) pueda divulgar, obtener y/o intercambiar información de salud mental protegida. Al firmar este formulario, la información confidencial psicológica y psiquiátrica puede ser divulgada y/o discutida con las personas o agencias enumeradas a continuación a menos que se indique por exclusiones o limitaciones. Este formulario se firma voluntariamente y puede ser revocado en cualquier momento. Todas las divulgaciones realizadas de conformidad con este formulario son válidas siempre y cuando se hayan realizado antes de la fecha de revocación.

Nombre del Cliente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

1. POR FAVOR MARQUE/INDIQUE:

- Por lo presente me NIEGO a dar autorización para cualquier divulgación de información, incluyendo a medico primario, en este momento.
Yo autorizo a mi proveedor de CCS a LIBERAR y RECIBIR información de salud mental/psicológica/psiquiátrica hacia/y desde el SEGUNDO INTERLOCUTOR/PERSONA/ENTIDAD como se indica a continuación:

2. SEGUNDO INTERLOCUTOR/PERSONA/ENTIDAD:

Nombre: _____
Dirección: _____
Numero de Fax: _____ Teléfono: _____

3. TIPO DE INFORMACION QUE SE DIVULGA:

- Yo autorizo la divulgación de TODA la información de salud, incluyendo información relacionada con la medicina, farmacia, salud mental, abuso de sustancias, y psicoterapia.
Yo autorizo SOLAMENTE la divulgación de la siguiente información: Carta Confirmando el Cliente
Evaluación de Consejería con el Plan de Tratamiento Resumen de Alta de Consejería Evaluación Psiquiátrica con el Plan de Tratamiento
Lista de Medicamentos Psiquiátricos Resultados/Diagnósticos de Laboratorio Notas de Progreso (Medicamentos)
Resultados de Evaluación Psicológicas de CCS Registro/Expediente del Tratamiento para el Abuso de Sustancia
Otro (especificar): _____

4. PROPOSITO: Seguro Médico/Pago Uso Personal Participación en Citas Acción Legal Información sobre el Tratamiento

- Comunicación con el Cliente/Coordinación de Cuidad Seguimiento de Tratamiento Coordinación de Citas
Otro (especificar): _____

5. Indique las exclusiones o limitaciones aquí: _____

Yo certifico que mi información de salud está siendo revelada a petición mía o a petición de mi representante personal. Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para los beneficios no dependen de mi firma de esta autorización. Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo este documento y que he dado voluntariamente a CCS/mi proveedor la autorización para divulgar mis registros. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando una notificación por escrito a mi proveedor. Sin embargo, la revocación no tendrá ningún efecto en ninguna acción tomada antes de la fecha en que se reciba mi revocación. Entiendo que mi información puede ser redistribuida por la persona u organización autorizada que recibe la información, y en ese momento, la información ya no puede estar protegida bajo los términos de este acuerdo. También, yo soy consciente de que la utilización de mi salud y o mis registros de salud mental para fines legales se dejan en manos de la interpretación de los representantes legales y pueden o no ser beneficiosos para mi caso legal. Esta autorización expirará un año después de la fecha firmada a menos que se revoque por escrito.

Entiendo que una solicitud de documentación tardará un mínimo de 7-10 días laborales en completarse. Entiendo que puede haber una tarifa por la documentación solicitada, y acepto pagar todas las tarifas asociadas antes de recibir la documentación solicitada. (Consulte con el personal de la oficina para determinar las tarifas asociadas). También entiendo que la solicitud de documentación puede contener información personal y sensible, y acepto la divulgación de esta información según lo solicitado.

Nombre del Cliente

Firma del Cliente

Fecha de hoy

Nombre del Padre/ Tutor Legal/ Representante Legal

Firma del Padre/ Tutor Legal/ Representante Legal

Fecha de hoy

Por favor marque (si aplica): Esta autorización se da en nombre de este paciente debido a ser menor de edad o por que el/ella no puede firmar.



Orlando Office

1400 North Semoran Blvd Orlando, Suite E. FL 32807
Phone: (407) 823 - 8421 / Fax: (407) 823 - 8195

Kissimmee Office

201 Ruby Avenue, Suite B Kissimmee, FL 34741
Phone: (407) 933 - 1847 / Fax: (407) 933 - 1849

Formulario de Admisión (Niño/a Menor de 18 años): Información de Salud Mental

¿Quién está completando este formulario? Joven Padre/Tutor Legal Joven y Padre/Tutor Legal

Por favor describa las preocupaciones o el problema que lo trajo aquí hoy: _____

¿Cuándo notaste por primera vez este problema?: _____

Describe cualquier tratamiento que haya intentado para abordar este problema y/u otros problemas:

	¿Cuándo? (Empiezo – Final)	¿Dónde?	¿Por qué/razón?
Terapia ambulatoria/consejería			
Medicamentos (salud mental)			
Hospitalización psiquiátrica			
Tratamiento de drogas/alcohol			
Grupos de autoayuda/apoyo			
Otro (especificar):			

¿Cuál es su objetivo para la terapia? _____

¿Qué tipo de servicios a continuación consideraría al trabajar con proveedores de CCS para su problema? Los servicios se ofrecerán en función de la necesidad médica en colaboración con su proveedor. Terapia individual

- Terapia Familiar Terapia para Parejas Terapia grupal/de grupo Evaluación Psiquiátrica
 Manejo de Medicamentos Psiquiátricos Servicios de Rehabilitación Psicosocial (PSR) Otro: _____

Prefiero un proveedor que hable: Inglés Español No tengo preferencia Otro: _____

Prefiero esta ubicación de CCS: Orlando Kissimmee Yo soy capaz de usar escaleras: Sí No

Para llegar a la oficina de CCS para los servicios, yo voy a (comprobar todos los que se aplican): utilizar mi propio carro
 utilizar el transporte público utilizar MediCab utilizar Uber/Lyft/Otros pedirle a un familiar/amigo que me lleve
 caminar montar en bicicleta

Yo tengo una discapacidad física y necesito las siguientes adaptaciones: _____

Otra información que usted cree que deberíamos saber de ti: _____

En general, mis días y horas disponibles para las citas son: _____



Orlando Office

1400 North Semoran Blvd Orlando, Suite E. FL 32807
Phone: (407) 823 - 8421 / Fax: (407) 823 - 8195

Kissimmee Office

201 Ruby Avenue, Suite B Kissimmee, FL 34741
Phone: (407) 933 - 1847 / Fax: (407) 933 - 1849

Formulario de Admisión (Niño/a Menor de 18 años): El Acuse de Recibo del Manual del Cliente

Esta página es un **Acuse de Recibo del Manual del Cliente** que describe las expectativas, políticas y prácticas con respecto a los servicios de CCS. El Manual del Cliente se da para que usted lo pueda leer y guardar. El Manual del Cliente incluye, pero no se limita a: derechos y responsabilidades del cliente/paciente, proceso de servicios de tratamiento, riesgos y beneficios del tratamiento de salud mental, pólizas de privacidad, opciones de tratamiento y necesidad médica, póliza de detección de drogas en orina (UDS), honorarios y costos de servicio, menores de edad y temas de custodia, temas de salud y seguridad, recursos de emergencia y crisis. Por favor **complete y firme esta página** para confirmar que usted ha recibido una copia del Manual del Cliente antes del inicio del tratamiento.

Sus iniciales a continuación indican su comprensión y aceptación de estas pólizas y prácticas escritas aquí y en el Manual del Cliente.

Sus Iniciales: Por favor, escriba sus iniciales en las líneas para mostrar su acuerdo y comprensión:

- _____ He leído y entiendo los **Derechos y Responsabilidades del Cliente/Paciente** para los servicios en CCS. Esto incluye quejas, tarifas, pólizas de no presentación/cancelación de citas, y mis derechos. **Yo entiendo que para citas en persona me tengo que permanecer en el sitio de CCS durante la cita del niño/joven.**
- _____ He leído y entiendo las expectativas y pólizas relacionadas con los costos y tarifas de servicios en CCS. Si **cancelo en menos de las 24 horas o no me presento para una cita, yo pagaré \$25.** Soy responsable del pago de copagos, coaseguros, deducibles y honorarios no cubiertos por mi plan.
- _____ He leído y entiendo el **Formulario de Consentimiento Informado para la Evaluación y Tratamiento.** Solicito y doy mi consentimiento voluntariamente a la evaluación de la salud conductual, la atención, el tratamiento o los servicios y autorizo a mi proveedor a proporcionar la atención, el tratamiento o los servicios que se consideren necesarios y aconsejables. Entiendo que la práctica del tratamiento de salud conductual no es una ciencia exacta y reconozco que nadie ha hecho garantías o promesas en cuanto a los resultados que puedo recibir. Entiendo los riesgos y beneficios del tratamiento de salud mental.
- _____ He leído y entiendo el **Consentimiento Informado para los Servicios de TeleSalud/TeleMedicina.** Yo certifico que, si los servicios son virtuales, yo doy mi consentimiento para esto y entiendo cualquier riesgo que pueda estar asociado con este servicio. **También acepto permanecer con el cliente en la Florida y en el mismo lugar físico para la cita virtual con mi proveedor de CCS (licenciado/registrado en FL).**
- _____ He recibido el **Aviso de Prácticas de Privacidad**, que explica mis derechos y los límites en las formas en que mi proveedor puede usar o divulgar información de salud personal para proporcionar el servicio. Entiendo que CCS compartirá información básica con mi proveedor de atención primaria a menos que yo pida "restringir" esta divulgación. Esto incluye privacidad y excepciones a la confidencialidad. Cualquier pregunta que yo tengo con respecto a estas prácticas ha sido respondida.
- _____ He leído y entiendo la **Póliza de Detección de Drogas en la Orina (UDS)** de CCS. Si un proveedor de CCS determina que un menor puede beneficiarse de una evaluación, se proporcionará un nuevo formulario de consentimiento al padre/tutor legal.
- _____ He leído y entiendo **las expectativas de CCS y las recomendaciones para situaciones de crisis.** Entiendo que mi proveedor de CCS puede no estar disponible para proporcionarme apoyo inmediato. He recibido recursos de crisis que puedo usar.
- _____ Confirmando que **he recibido y leído mi copia del Manual del Cliente** y que cualquier pregunta ha sido respondida. Sé que las versiones impresas y electrónicas están disponibles a mi petición.

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del Padre/ Tutor Legal/ Representante Legal

Firma del Padre/ Tutor Legal/ Representante Legal

Fecha de Hoy