



Orlando Office

1400 North Semoran Boulevard Suite E, Orlando, 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 (Adulto): Información del Cliente**

Fecha de hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_

Su Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre Preferido: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

Género: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
(se puede necesitar para el seguro médico)

Su estado civil:  Soltero/a  Casado/a  Separado/a  Divorciado/a  Viudo/a

Dirección: \_\_\_\_\_  
Número 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

Celular/Móvil: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ¿Mandar un texto?  Sí  No ¿Dejar un mensaje?  Sí  No

Teléfono Secundario: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje?  Sí  No

Su correo electrónico: \_\_\_\_\_  
**\*\*CCS tiene un "Portal de Paciente" (Patient Portal) para acceder su portal virtual, se requiere un correo electrónico.**

Su contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ ¿Esta persona vive con usted?  Sí  No

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su relación con esta persona?: \_\_\_\_\_

¿Cómo aprendiste de CCS?: \_\_\_\_\_

**¿Qué servicios le interesan? Un proveedor puede recomendar servicios adicionales para su tratamiento.**

Evaluación Psiquiátrica  Manejo de Medicamentos Psiquiátricos  Terapia individual  Terapia Familiar

Terapia para Parejas  Terapia grupal/de grupo  Servicios de Rehabilitación Psicosocial (PSR)

Otro: \_\_\_\_\_

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

Prefiero esta oficina de CCS:  Orlando  EN  Kissimmee

Yo fui referido por los Servicios de Rehabilitación Vocacional del Dept. de Educación de la FL:  Sí  No



Orlando Office

1400 North Semoran Boulevard Suite E, Orlando, 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

**Seguro Médico/ de Salud del Cliente (Por favor completar toda la sección.)**

Su/Nombre del Suscriptor/Cliente (escriba igual como en la tarjeta): \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía del Seguro Médico (Primario): \_\_\_\_\_

# del Miembro (Member ID #): \_\_\_\_\_ Relación al Suscriptor:  Yo  Esposo/a  Padre

Nombre del Seguro Médico secundario (si tiene un plan secundario): \_\_\_\_\_

# del Miembro (Member ID #): \_\_\_\_\_ Relación al Suscriptor:  Yo  Esposo/a  Padre

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

CCS solo ofrece servicios de EAP para terapia, no para evaluaciones psiquiátricas o servicios de medicamentos.

**Pago de los Servicios & la Asignación de Beneficios**

**Confirmación del Cliente**

Yo, (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 mí, o mi compañía de seguro de salud/médico, o a mi 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.

Yo 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 Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy



Orlando Office

1400 North Semoran Boulevard Suite E, Orlando, 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

**Médico/Médico de Atención Primaria (Información requerida.)**

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Nombre de la oficina/ grupo: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Número y calle # de Oficina/Unidad Ciudad Estado Código Postal

**Farmacia (Requerido si usted está interesado en el manejo de medicamentos.)**

Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Número y calle # de Oficina/Unidad Ciudad Estado Código Postal

Tarjeta de uso de cannabis medicinal / marihuana:  Sí  No # de ID/Paciente: \_\_\_\_\_

\*\*Clientes con marihuana prescrita deben divulgar al proveedor médico de CCS y proporcionar una copia de la tarjeta.

**Información de Salud Mental**

¿Para qué inquietudes o problemas está buscando servicios de salud mental? : \_\_\_\_\_

¿Usted ha recibido previamente servicios de consejería/psicoterapia?  Sí  No

¿Usted ha usado previamente medicamentos psiquiátricos/condiciones mentales-emocionales?  Sí  No

¿Ha sido hospitalizado previamente por razones psiquiátricas/de salud mental?  Sí  No

Fecha aproximada	Duración de la estadía	Hospital	Motivo de admisión

Medicamentos psiquiátricos/de salud mental actuales (si los hay): \_\_\_\_\_

¿Tiene una discapacidad o impedimento que requiera adaptaciones en la oficina?  Sí  No

Por favor de identificar esas adaptaciones: \_\_\_\_\_



Orlando Office

1400 North Semoran Boulevard Suite E, Orlando, 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: Medico Primario**

Esto es una autorización para que Compass Counseling Services, LLC (CCS) pueda divulgar, obtener y/o intercambiar información protegida de su salud mental con su médico primario para los propósitos de coordinar cuidado médico y tratamiento. Al firmar este formulario, la información confidencial psicológica y psiquiátrica puede ser divulgada y/o discutida con las personas o agencias identificadas 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** darle autorización a CCS para cualquier divulgación de información a medico primario.
- Yo autorizo a **CCS para recibir y obtener** información de mi médico de atención primaria, además de **liberar** una copia del registro de la visita inicial a mi **médico y / o** liberar copias de mis notas de visita cuando lo **solicite el médico**.

**2. Nombre de Medico Primario:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Grupo/Oficina Medica:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Numero de Fax:** \_\_\_\_\_

**3. TIPO DE INFORMACION QUE SE DIVULGA:**

Esta autorización no representa una solicitud completa de acceso a registros médicos. Para que un médico de atención primaria acceda al registro completo, deberá completarse una autorización por separado.

**4. 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.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL CLIENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CLIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA DE HOY

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL TUTOR LEGAL/ REPRESENTANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/ TUTOR LEGAL/ REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
FECHA DE HOY



Orlando Office

1400 North Semoran Boulevard Suite E, Orlando, 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 para Miembro Familiar/Representante Personal**

Autorizo a la(s) persona(s) (adultos de 18 años o más) identificada(s) a continuación a comunicarse con Compass Counseling Services, LLC (CCS) con respecto a mi información de cuidado/tratamiento médico para fines específicos.

NOMBRE	TELÉFONO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
Yo autorizo a esta persona a (marque todo lo que se aplican): <input type="checkbox"/> TODOS LOS PROPÓSITOS ENUMERADOS AQUÍ		
<input type="checkbox"/> Crear o Cancelar Citas <input type="checkbox"/> Recoger Registros médicos <input type="checkbox"/> Recoger Formularios /Cartas <input type="checkbox"/> Hablar Sobre Facturas <input type="checkbox"/> Participar en Sesiones <input type="checkbox"/> Recoger Recetas en la Oficina		

NOMBRE	TELÉFONO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
Yo autorizo a esta persona a (marque todo lo que se aplican): <input type="checkbox"/> TODOS LOS PROPÓSITOS ENUMERADOS AQUÍ		
<input type="checkbox"/> Crear o Cancelar Citas <input type="checkbox"/> Recoger Registros médicos <input type="checkbox"/> Recoger Formularios /Cartas <input type="checkbox"/> Hablar Sobre Facturas <input type="checkbox"/> Participar en Sesiones <input type="checkbox"/> Recoger Recetas en la Oficina		

NOMBRE	TELÉFONO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
Yo autorizo a esta persona a (marque todo lo que se aplican): <input type="checkbox"/> TODOS LOS PROPÓSITOS ENUMERADOS AQUÍ		
<input type="checkbox"/> Crear o Cancelar Citas <input type="checkbox"/> Recoger Registros médicos <input type="checkbox"/> Recoger Formularios /Cartas <input type="checkbox"/> Hablar Sobre Facturas <input type="checkbox"/> Participar en Sesiones <input type="checkbox"/> Recoger Recetas en la Oficina		

Mi firma a continuación representa que entiendo que este formulario es válido por un año a partir de la fecha de firma y puede ser revocado por mí (o mi representante legal) en cualquier momento por escrito a CCS. También entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago por servicios o elegibilidad para beneficios. Además, entiendo que se necesita una autorización por separado si quiero darle a alguien acceso completo a mi registro de salud.

_____	_____	_____	_____
NOMBRE DEL CLIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	FIRMA DEL CLIENTE	FECHA DE HOY
_____	_____	_____	_____
NOMBRE DEL TUTOR LEGAL/ REPRESENTANTE	FIRMA DEL PADRE/ TUTOR LEGAL/ REPRESENTANTE LEGAL		FECHA DE HOY



Orlando Office

1400 North Semoran Boulevard Suite E, Orlando, 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 (Adulto): 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:

- \_\_\_\_\_ 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.
- \_\_\_\_\_ 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.
- \_\_\_\_\_ 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** (no es pago por el seguro médico). 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 en la Florida para mi 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 darme apoyo inmediato. He recibido recursos de crisis que puedo usar.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL CLIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CLIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA DE HOY

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL TUTOR LEGAL/ REPRESENTANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/ TUTOR LEGAL/ REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
FECHA DE HOY