



**FCS Formulario de Admisión**  
**INFORMACION DEL CLIENTE**

(Rev. Nov. 2015)

<b>INFORMACIÓN DEL CLIENTE</b>		
Nombre:	Edad:	Fecha de nacimiento:
Domicilio, ciudad, estado, código postal:		Condado:
Teléfono de la casa:		Teléfono celular:
Nombre del empleador:	Ocupación:	Teléfono del trabajo:
<b>PERSONA RESPONSABLE DE PAGO Y/O TUTOR LEGAL (si es diferente)</b>		
Nombre:	Edad:	Fecha de nacimiento:
Relación con el cliente (marque uno): <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/tutor <input type="checkbox"/> Otros:		
Domicilio, ciudad, estado, código postal:		Condado:
Teléfono de casa:		Teléfono celular:
Nombre del empleador:	Ocupación:	Teléfono del trabajo:
Seguro Médico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la compañía de seguros:	
Nombre del contacto de emergencia (que no viva en el hogar):		Número de teléfono:

**YO, el firmante, doy mi consentimiento para mí o para otra persona como tutor legal (como se indica en el paquete de admisión) para ser tratados por Family Counseling Service.**

\_\_\_\_\_  
 Firma del responsable o cliente

\_\_\_\_\_  
 Fecha

.....Para uso de la oficina solamente.....

Consejero asignado: \_\_\_\_\_ Co-pago: \_\_\_\_\_



## ACUERDO FINANCIERO

### Tarifas de servicio de Family Counseling Service

Los honorarios de terapia del servicio de Family Counseling Service (FCS) están basados en **la totalidad de sus Ingresos Brutos Mensuales** (antes de que le quiten los taxes). Su ingreso se aplica a nuestra escala para determinar su cuota. Para recibir beneficios según nuestra escala de pago, será necesario traer **verificación de todos los ingresos y completar el formulario pidiendo asistencia financiera.**

### Honorarios de reportes o cartas a terciarios

Se proporcionará cualquier carta o informes por escrito en su nombre a un costo de **\$50** por carta o reporte **APARTE y en ADICION** a la tarifa de sesiones regulares.

### Pagos

El pago de la sesión es requerido en el momento del servicio, a menos que se hallan hecho arreglos previos con el Director Ejecutivo. No se programarán citas si el cliente debe pagos sin la previa autorización del Director Ejecutivo.

### Compromiso de pago para personas sin seguro medico

**Yo**, confirmo que estoy de acuerdo en pagar a FCS la cuota determinada por la escala de asistencia financiera de la agencia. En caso de tener seguro médico y que mi compañía de seguros se niegue a pagar, pagaré la cuota según lo determinado por la escala. Mi co-pago será considerado como pago parcial. Entiendo que FCS no extenderá crédito sin la previa aprobación del Director Ejecutivo. Si mi pago no ha sido hecho o está retrasado, FCS puede tomar las medidas legales pertinentes.

### Cancelaciones y Faltas

Debido a la alta demanda de nuestros servicios de asesoría, le pedimos que mantenga todas las citas que planifica. FCS requiere notificación de 24 horas para cancelar su cita o recibirá una cuota de **cancelación tardía de \$25**. Si usted no llama para cancelar su cita o no asiste a su cita, deberá pagar **una cuota de FALTA de \$25**. Estas cuotas deberán ser prepagadas antes de poder hacer otra cita. Si usted tiene alguna pregunta acerca de estos honorarios o las políticas anteriores, por favor, pregunte al personal administrativo.

**Más de dos (2) “faltas” o “cancelación tardía” pueden anular su oportunidad de recibir ayuda financiera. Si eso ocurre, usted será responsable por el costo estándar de la sesión de \$125 por hora**



## Family Counseling Service of Northern Utah

A United Way agency serving Weber, Morgan, Box Elder & Davis counties

**YO, el abajo firmante he leído, entiendo y estoy de acuerdo con las políticas anteriores en relación a honorarios y citas.** Además, doy permiso para extender mi información a terceros en caso de ser necesario (por ejemplo seguranzas u otra persona a quien yo especifique).

También me comprometo a asignar todos los pagos del seguro a Family Counseling Service (FCS) y a pedir que esta asignación permanezca en el archivo con mi compañía de seguros. Pagos serán abonados directamente a FCS por sus servicios. Yo certifico que una copia de esta asignación será tan válida como la original.

Entiendo que mi seguro puede tener un deducible. Un deducible es una cantidad que tengo que pagar antes de que el seguro cubra los cargos. **Sé que soy responsable** de pagar cualquier monto no cubierto por mi seguro, debido a mi deducible, dentro de 30 días de notificación por esta agencia a FCS.

**Yo, el abajo firmante reconozco** que el proveedor no puede aceptar la responsabilidad de requerir pago por cualquier indemnización o negociar cualquier arreglo sobre un reclamo disputado con mi seguro. Estoy de acuerdo que en el caso de falta de pago de la cantidad adeudada por mi cuenta, **Yo seré responsable por el pago completo.** (Por ejemplo, los costos de corte, honorarios de abogado, cuotas, etc.).

---

Firma de la parte responsable o cliente

---

Fecha

---

Firma del empleado de FCS

---

Fecha



## Family Counseling Service of Northern Utah

A United Way agency serving Weber, Morgan, Box Elder & Davis counties

### **-GUARDE ESTA PÁGINA PARA TUS REGISTROS- AVISO DE SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD**

Family Counseling Service (FCS) se compromete a mantener la privacidad de su información personal conforme a la ley federal conocida como el "**Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996**". Como parte de este compromiso, este aviso le informa de sus derechos y nuestras obligaciones legales y prácticas que protejan esta información de personas, organizaciones y empresas no autorizadas. FCS promete a adherirse a los siguientes deberes legales y asegurar que sus derechos legales sean preservados.

**“Esta declaración describe como su información personal/médica puede ser usada y compartida en caso necesario y también como usted puede tener acceso a la dicha información. Por favor lea detenidamente.**

#### NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN PERSONAL

Al trabajar con usted como cliente, FCS puede usar y **compartir** su información personal sin su autorización (**con excepción de sus notas de psicoterapia**) en los siguientes aspectos que son "permitidos" bajo la regulación federal y otras leyes aplicables:

1. **A usted**, FCS puede contactarlo utilizando la información telefónica que proporcionó. Podemos proveerlo con una descripción y explicación de los resultados de los exámenes recibidos o para recordarle de citas o citas perdidas, **a menos que usted indique lo contrario**.
2. **A personal de FCS** entre FCS terapeutas y personal de administración para brindarle nuestros servicios incluyendo tratamiento, actividades financieras y otras operaciones de atención médica;
3. **A otras agencias** (con su permiso) que le estén proporcionando atención médica y/o servicios
4. **Para obtener pago**, por ejemplo, compartir información personal *limitada* con una compañía de seguros, sistema judicial o agencia de cobranza para que asista en la obtención del pago adeudado a FCS;
5. **A agencias estatales** del cuidado de la salud que han estado involucradas y con sus representantes con el propósito de llevar a cabo operaciones de atención médica, evaluaciones de calidad, competencia y protección contra el fraude;
6. **A autoridades sanitarias públicas** autorizadas por la ley para proteger la salud pública, como por ejemplo, cuando una persona contrae una enfermedad contagiosa o para reportar la intoxicación alimentaria obtenida de un establecimiento de venta por menor;
7. **A organismos gubernamentales** para reportar *abuso físico o sexual o abandono o el abuso físico o sexual o negligencia (dentro de ciertos límites de tiempo) de una persona que es discapacitados, ancianos o vulnerables* como es requerido por la ley estatal.

**-GUARDE ESTA PÁGINA PARA TUS REGISTROS-**

8. **A su empleador** cuando servicios están siendo prestados por dirección y supervisión de su empleador,
9. **A la corte o tribunal** cuando se están proporcionando servicios debido a una recomendación de la corte o en respuesta a una orden judicial o como parte de un procedimiento judicial o administrativo;
10. **A individuos autorizados** según lo requerido por ley llevar a cabo control de cumplimiento gubernamental, auditoría, actividades legales o actuaciones, *con excepción de las investigaciones relativas a clientes específicos que son registros confidenciales que requieren su autorización a menos ordenado por un tribunal de justicia,*
11. **A la policía o seguridad gubernamental** proporcionando información *limitada* que razonablemente pueden disminuir una amenaza grave e inminente para la salud y la seguridad de usted o de otro individuo "identificable".
12. **A personas gubernamentales autorizadas** con fines de mantener la seguridad nacional;
13. **A un "contacto de emergencia"** a quien usted indique o una agencia de alivio de desastre autorizado sobre su condición de salud general, sobre su paradero o directamente relevante cuando en el juicio de FCS considere que dicha divulgación sería en su mejor interés o atención médica en casos de socorro ante desastres o en casos de emergencia.

Cualquier otro uso o divulgación se realizará sólo **con su autorización por escrito** (que usted puede revocar por escrito como lo ha establecido el reglamento de la ley federal).

## **SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD**

Usted tiene los siguientes derechos después de presentar una solicitud por escrito a FCS:

1. **Acceder, inspeccionar, petición para modificar y obtener una copia de su información personal** que se encuentre en nuestro poder y saber qué información personal ha sido proporcionada a otras personas que normalmente no son parte del proceso de atención de salud, tratamiento y apoyo administrativo o normalmente permitido por la ley. Esta información personal ***no*** se extiende a notas de psicoterapia, información lidiando con un procedimiento legal, una fuente confidencial donde usted haya consentido (sobre una base temporal) a ser parte de un proyecto de investigación, o información que está restringida por otras leyes y reglamentos aplicables. Si FCS no le proporciona acceso, inspección, o una copia de su información personal porque FCS siente que puede haber un riesgo para usted u otra persona, usted puede apelar por escrito a FCS y recibir una respuesta del Director Ejecutivo por escrito en un periodo de 30 días.
2. Usted tiene el derecho de ***solicitar copia de sus registros sin tener que dar explicación*** y FCS debe dar cabida a dichas solicitudes para proporcionarle su información personal o registros a través de los medios "alternativos" o lugares "alternativos" para hacer este tipo de comunicaciones **confidenciales**.



## Family Counseling Service of Northern Utah

A United Way agency serving Weber, Morgan, Box Elder & Davis counties

### **-GUARDE ESTA PÁGINA PARA TUS REGISTROS-**

3. Usted tiene el derecho de solicitar que FCS **restrinja los usos o divulgaciones** de su información personal (incluyendo restringir la comercialización de productos, servicios y proporcionarle baratos regalos promocionales); sin embargo, no está bajo ninguna obligación de cumplir con tales solicitudes.
4. Finalmente, usted también tiene el derecho a una **copia de cualquier publicación de información** autorizada por FCS.

**Cambios.** Cambios a estos derechos de privacidad y mis obligaciones están sujetos a cambios y FCS reserva el derecho de modificar estos derechos y obligaciones conforme a leyes y reglamentos aplicables. FCS publicara cambios nuevos y usted puede solicitarlos por vía oral o por escrito sin costo alguno.

**Preguntas y Quejas.** Tiene derecho de hacer preguntas y de quejarse al Director Ejecutivo de FCS y al US Secretario de Salud y Servicios Humanos, si crees que nosotros hemos violado sus derechos de privacidad. Usted también tiene la garantía de FCS, como es requerido por la ley, que no haremos ninguna represalia en su contra por haber presentado una queja. Quejas o preguntas sobre este aviso, pueden presentarse al Director Ejecutivo de FCS o a:

Curt Watson, LCSW  
FCS Director Ejecutivo  
Office 801-399-1600

U.S. Dept. of Health & Human Services  
Civil Rights  
1961 Stout St. Room 1428  
Denver CO 80294-3538  
Telephone: (303) 844-2024



## **Family Counseling Service of Northern Utah**

A United Way agency serving Weber, Morgan, Box Elder & Davis counties

### **ADMITO HABER RECIBIDO NOTIFICACIÓN DE MIS DERECHOS DE PRIVACIDAD**

Yo, \_\_\_\_, por la presente, reconozco que he recibido una copia de la notificación de mis derechos de privacidad según lo requerido por la ley 45 CFR 164.520.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente o persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Family Counseling Service of Northern Utah

A United Way agency serving Weber, Morgan, Box Elder & Davis counties

## PROBLEMA DEL CLIENTE

Nombre del cliente:

**Instrucciones** - con el fin de proporcionarle el mejor asesoramiento posible, por favor describa en detalle los problemas que han causado que busque tratamiento. (Cualquier cosa que usted pueda decirnos acerca del problema es útil, por ejemplo, cuál es el problema, cuánto tiempo ha tenido este problema, cómo lo afecta, que ha hecho para hacerle frente al problema en el pasado, etc.)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## HISTORIA PERSONAL

<b>INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL CLIENTES</b>			
Nombre del cliente:		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Edad (años): <input type="checkbox"/> 0-5 <input type="checkbox"/> 6-11 <input type="checkbox"/> 12-17 <input type="checkbox"/> 18-23 <input type="checkbox"/> 24-44 <input type="checkbox"/> 45-54 <input type="checkbox"/> 55-69 <input type="checkbox"/> 70 o más			
Grupo étnico: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Africano-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Otro:			
Condado de residencia:		<input type="checkbox"/> Weber <input type="checkbox"/> Davis <input type="checkbox"/> Morgan <input type="checkbox"/> Box Elder <input type="checkbox"/> Otro:	
¿Es usted refugiado:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Salario Bruto Anual (antes de que le saquen taxes) familiar bruta anual:		<input type="checkbox"/> \$0-\$9.999 <input type="checkbox"/> \$10.000 – \$14.999 <input type="checkbox"/> \$15.000-\$24.999 <input type="checkbox"/> \$25.000-\$34.999 <input type="checkbox"/> \$35.000 +	
<b>OTRA INFORMACIÓN DOMÉSTICA</b>			
Cantidad de otro ingreso anual (pensión alimenticia, manutención de niños, SSI, asistencia pública, pensiones, etc..)		Ingrese el monto: \$	
Otras personas que viven en el hogar			
Nombre	Sexo	Fecha de nacimiento	Edad
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
<b>INFORMACIÓN DE ASESORAMIENTO</b>			
Problemas <input type="checkbox"/> 1. Depresión <input type="checkbox"/> 2. Duelo/Luto/pérdida <input type="checkbox"/> 3. Comunicación <input type="checkbox"/> 4. Violencia doméstica <input type="checkbox"/> 5. Sin esperanza <input type="checkbox"/> 6. Problemas laborales <input type="checkbox"/> 7. Problemas de crianza de niños <input type="checkbox"/> 8. Abuso de sustancias <input type="checkbox"/> 9. Problemas con la escuela		<input type="checkbox"/> 10. Matrimonio/relaciones/familia <input type="checkbox"/> 11. Pensamientos de lastimarse <input type="checkbox"/> 12. Sentimientos de enojo <input type="checkbox"/> 13. Abuso sexual <input type="checkbox"/> 14. Abuso emocional <input type="checkbox"/> 15. Abuso físico <input type="checkbox"/> 16. Problemas con la ley <input type="checkbox"/> 17. Infeliz con su vida <input type="checkbox"/> 18. Ansiedad <input type="checkbox"/> 19. Otro: _____	
¿Cuántas personas planean recibir consejería? <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>		Asesoría principalmente para: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familia	
Has recibido asesoramiento en Family Counseling Service antes? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, si es así, año _____			
¿Cómo se enteró de nuestros servicios? <input type="checkbox"/> Páginas amarillas <input type="checkbox"/> Walk-in <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Miembro de la familia <input type="checkbox"/> Corte o derivación de DCFS <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Otro:			
Ha tratado quitarse la vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, cuántas veces: _____ Fecha de más reciente intento: _____			

Actualmente, estás pensando en quitarte la vida?  Sí  No \_\_\_\_\_ Iniciales

Ha sido hospitalizado por razones psicológicas?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuántas veces? \_\_\_\_\_ Fecha de hospitalización más reciente: \_\_\_\_\_

Alguna vez o actualmente tiene un problema de abuso de sustancias o drogas?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de sustancias?

Tipo de sustancia	¿Usted ha utilizado en esta sustancia en los últimos 30 días.
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Has asistido a terapia antes?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuántas veces has empezado a terapia? \_\_\_\_\_

¿Si es así, cuan exitosa a sido tus sesiones de terapia en la antigüedad?

En su mayoría sin exito  Algo fracasada  Algo acertado  En su mayoría exitosos

En caso afirmativo, por favor describa brevemente por qué dejó de asistir a la terapia en el pasado:

**INFORMACIÓN ACERCA DE SU SALUD**

Cómo calificaría su salud actual?  Pobre  Regular  Buena  Excelente

Han sido hospitalizados por razones **NO** psicológicas durante más de 24 horas en los últimos cinco años?

Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuál fue el motivo?

Sin contar las enfermedades que son normales en la niñez, ha tenido alguna enfermedad grave durante su desarrollo y crecimiento?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿Qué enfermedad tuvo? \_\_\_\_\_

Se encuentra actualmente tomando los medicamentos?  Sí  No

En caso afirmativo, de la lista de la medicaciones, propósito, dosis (si sabe) y cuando comenzó.

Nombre del medicamento	Propósito	Dosificación, si se conocen	Cuando empezó a tomar la medicación

Actualmente ha experimentado cambios en sus hábitos alimenticios?  Sí  No

En caso afirmativo, explique:

Actualmente experimentan cambios en sus patrones de sueño?  Sí  No

En caso afirmativo, explique:

Ha tratado deliberadamente de cortar o herir su cuerpo?  Sí  No

**Por favor hable de esto con su consejero**

Alguna vez ha sufrido una grave lesión en la cabeza?  Sí  No

Está experimentando graves efectos de una enfermedad o lesión anterior?  Sí  No

En caso afirmativo, describa los síntomas:

Tienes preocupaciones especiales de salud que crees que deberías saber su terapeuta?  Sí  No

En caso afirmativo, describir las preocupaciones:

### INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL

Alguna vez ha sido diagnosticado clínicamente deprimido?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿en qué año realizó el diagnóstico? \_\_\_\_\_

Cree que eres actualmente está deprimido?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor indique en su opinión ¿Cuan deprimido se sientes actualmente?

(Leve)  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 (Severo)

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo se ha sentido así? \_\_\_\_\_

Si es así, escriba todos los síntomas de depresión que está experimentando actualmente

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

Está usted tomando medicamentos?  Sí  No Han aliviado sus síntomas?  Sí  No

Si los medicamentos no han ayudado o si ha dejado de tomar el medicamento, explique la razón:

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

Cree que hubo un evento específico o incidente que causó su depresión?  Sí  No

Alguna vez ha sido diagnosticado como bipolar?  Sí  No

En caso afirmativo, ha tomado medicación por tener condición bipolar?  Sí  No

¿En caso afirmativo, escriba el nombre del medicamento?

\_\_\_\_\_

Alguna vez ha sido clínicamente diagnosticado con un trastorno de personalidad Borderline?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿en qué año realizó el diagnóstico? \_\_\_\_\_

### HISTORIA SOCIAL

¿Cuántas veces se has casado? \_\_\_\_\_

¿Cuántas relaciones significativas, incluyendo el matrimonio ha tenido? \_\_\_\_\_

Es actualmente casado o está en una relación?  Sí  No

Si esta casado ¿cuánto tiempo lleva casada o en una relación? \_\_\_\_\_

Alguno de los adultos que lo criaron tuvieron problemas de alcohol o drogas?  Sí  No

Durante la niñez se cambiaba de domicilio seguido?  Sí  No

¿Dónde se crio principalmente? \_\_\_\_\_

Durante su crecimiento, como era su relación con sus hermanos?

Muy distante  Un tanto distante  Un tanto estrecha  Muy estrecha

Actualmente, tiene un buen sistema de apoyo?  Sí  No

Generalmente ha sido fácil para usted hacer amigos?  Sí  No

Durante su crecimiento sucedió algo particularmente perturbador?  Sí  No

ANTES de la edad de 18 años fue víctima de:

Abuso sexual  Sí  No

Maltrato físico  Sí  No

Abuso emocional  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuál era la relación su relación con el abusador? \_\_\_\_\_

Denuncie el abuso?  Sí  No

DESPUÉS de la edad de 18 años fue víctima de:

Abuso sexual  Sí  No

Maltrato físico  Sí  No

Abuso emocional  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuál era la relación su relación con el abusador? \_\_\_\_\_

Denuncie el abuso?  Sí  No

### INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN

Ha completado la escuela secundaria?  Sí  No

En caso afirmativo, en qué año completo la escuela secundaria \_\_\_\_\_

Si no termino la escuela secundaria ha recibido un GED?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿en qué año recibió el GED? \_\_\_\_\_

Cuál es el nivel de educación más alto que ha completado? \_\_\_\_\_

Tiene dificultades para leer o escribir?  Sí  No

Fue alguna vez suspendido o expulsado de la escuela?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuántas veces? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, cuáles fueron las razones por las que usted fue suspendido o expulsado?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alguna vez ha recibido algún premio en la escuela?  Sí  No

En caso afirmativo, describa el premio que recibió y la razón por la cual fue elegido para recibir el premio

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Como se sentía en la escuela?

Le disgustaba mucho  No le gustaba  Le gustaba  Le gustaba mucho

### INFORMACIÓN LEGAL

Tienes actualmente un caso civil o criminal pendiente?  Sí  No

La terapia que va a recibir en FCS es parte de un requerimiento judicial o libertad condicional?  Sí  No

En caso afirmativo, proporcione detalles básicos e información de la persona a la que debemos contactar con información acerca de su progreso (de nombre, apellido y número de teléfono)

\_\_\_\_\_

***Nota: Hay un costo adicional por reportes y cartas de progreso para la corte***

Como un adulto o joven, ha sido arrestado por razones distintas a multas de tráfico?  Sí  No

**Si no, Sáltese el resto de esta sección LEGAL!**

En caso afirmativo, escriba el número total de detenciones juveniles \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, escriba el número total de detenciones como adulto \_\_\_\_\_

Has pasado más de 24 horas en la cárcel o prisión?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuántas veces fue encarcelado por más de 24 horas. \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, indique la duración más larga de tiempo que fue encarcelado \_\_\_\_\_

Has estado en libertad condicional?  Sí  No

En caso afirmativo, actualmente está en libertad condicional?  Sí  No

En caso afirmativo, proporciónenos con el nombre y número de teléfono del oficial de libertad condicional:

**INFORMACION DE VETERANO**

Es un veterano de las fuerzas armadas?  Sí  No

En caso afirmativo, qué rama del servicio:  Fuerza aérea  Ejército  Marina Fecha de servicio: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE EMPLEO**

Actualmente está empleado tiempo completo?  Sí  No

Actualmente tiene empleo parcial?  Sí  No

Si actualmente no trabaja, ¿cuánto tiempo a estado desempleado? \_\_\_\_\_

En cuantos lugares ha trabajado en los últimos cinco años? \_\_\_\_\_

Cuál es el período más largo de tiempo que trabajó en un mismo trabajo en los últimos 5 años? \_\_\_\_\_

Lo han despedido de algún trabajo en los últimos tres años?  Sí  No

En caso afirmativo, cuántas veces lo despidieron? \_\_\_\_\_

Cuáles fueron las razones por las que fue despedido del empleo:

**EVALUACIÓN PERSONAL Y METAS DEL CLIENTE**

En su opinión, cuán siente o cree que son su (s) problemas actuales?

(Leve)  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 (Severo)

En su opinión, cuál es tu nivel de motivación para resolver sus problema (s) actual?

(Débil)  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 (Fuerte)

Cuántas sesiones de consejería cree que serán necesarias para trabajar en sus problemas con éxito?

1-3 sesiones  4-7 sesiones  8-11 sesiones  12 + sesiones

Entiende que no hay soluciones "**mágicas o rápidas**" para problemas que necesitan de terapia?  Sí  No

¿Qué metas específicos tiene para el tratamiento?

Comentario del cliente: ¿Existe algo más que cree que deberíamos saber que aún no ha sido cubierto en esta forma? ¿Hay algún comentario adicional que desee realizar? Comentarios adicionales::

\_\_\_\_\_  
**Firma del cliente o tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del terapeuta**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**



## Family Counseling Service of Northern Utah

A United Way agency serving Weber, Morgan, Box Elder & Davis counties

### RESPONSABILIDADES Y DERECHOS DEL CLIENTE

**ES importante que como cliente de FCS sepa sus derechos y responsabilidades. Después de leer, por favor firme este documento que testifica que ha leído y entiende sus derechos como cliente.**

1. Los registros e información de clientes actuales pasados no serán revelados a fuentes fuera de FCS sin permiso por escrito del cliente. Las excepciones a esta regla fueron explicadas en la página de derechos de privacidad la cual es firmada por todos los clientes antes de comenzar las sesiones de terapia.
2. Como una agencia privada, FCS reserva el derecho de negar o cancelar servicios a cualquier individuo que quiera recibir o esté recibiendo servicios. En todos los casos, el Director Ejecutivo tiene la autoridad para negar o terminar servicios permanentemente.
3. Cualquier negación de servicios **NO** será basada en la discriminación por credo, origen étnico, género, edad u orientación sexual.
4. Los motivos de terminación o negación de tratamiento incluyen, pero no están limitadas a: (1) lenguaje obsceno, abusivo o comportamiento que es grosero, humillante o amenazador hacia los voluntarios, socios, clientes o personal de FCS (2) destrucción de la propiedad perteneciente a FCS (3) **un patrón sistemático de cancelaciones de citas o de no presentación a citas programadas. Por lo general, dos incidentes de esa magnitud en un período de tres meses son motivo de terminación de servicios** (4) el tratamiento que necesita el individuo exceden la capacidad de FCS (5) el Director Ejecutivo cree que el cliente representa un riesgo potencialmente significativo hacia los voluntarios, socios, clientes o personal de FCS (6) el cliente está activamente psicótico (7) el cliente ha alcanzado el máximo beneficio del tratamiento (8) el cliente no ha pagado una cuenta pendiente.
5. En la actualidad, FCS recibe el apoyo de una fundación privada que requiere que la terminación de los servicios provistos a clientes que no se presentan a sus citas o cancelan tarde más de una vez. El cliente deberá esperar 60 días antes de volver a aplicar para la ayuda financiera. Un cliente que ha demostrado poca motivación en el tratamiento, o que indica el mínimo beneficio del proceso de tratamiento, puede perder la ayuda financiera ofrecida.
6. Mientras que los clientes se encuentren en las instalaciones FCS, los clientes estarán en un ambiente seguro y terapéutico donde se encuentran libres de peligro de daño o actos de violencia.
7. Se espera que los clientes lleguen a tiempo a sus citas programadas, debidamente vestidos y no bajo la influencia del alcohol o drogas ilegales.
8. La parte del pago por la cual usted es responsable debe ser recibida por FCS al momento del servicio, a menos que se han hecho arreglos previos. No se pueden programar citas si el cliente está atrasado en los pagos sin la previa autorización del Director Ejecutivo.

9. Clientes con quejas sobre el personal de la oficina o las reglas de FCS son alentados a informar al Director Ejecutivo de sus preocupaciones. El Director Ejecutivo es responsable de investigar tales quejas del cliente y tomar medidas correctivas e informar al cliente de los resultados de investigación.
10. Clientes con quejas sobre su terapeuta son alentados a informar al Director Ejecutivo de sus preocupaciones. El Director Ejecutivo es responsable de investigar tales quejas del cliente y tomar medidas correctivas e informar al cliente de los resultados de investigación.
11. En todo momento, los clientes de FCS serán tratados con dignidad y están libres de cualquier tipo de discriminación.
12. En concordancia con la ley de aire limpio de Utah, no se permite fumar en ningún momento, lugar, o por ninguna razón en las propiedades de FCS.
13. **YO, el abajo firmante he leído, entiendo mis derechos y responsabilidades y estoy de acuerdo con las condiciones y términos del servicio de Family Counseling Service.**

---

**Firma del cliente o tutor**

---

**Fecha**