**A New Tomorrow**

**Behavioral Health Services**

**26 Wesmark Ct., Sumter, S.C. 29150**

**Phone: (803) 883-4981 Fax: (803) 883-5492**

**Tara L. Corbett MS, LPC, LPC-S, NBCC Quanetta S. Jefferson MA, LPC, NBCC**

**Sara Anderson MS, LPC D’Andra Scott MA, LPC-A**

**Kennedy Lucas MA, LPC-A Cheyenne Chewning MA, LPC-A**

**Lee McNair MA, LPC-A Roberto Vazquez MA, LPC-A**

**PAQUETE DE ADMISIÓN DE ADULTOS**

# Información general:

Fecha:

Nombre completo del paciente: Sexo:

Identidad de género (opcional): Preferencia sexual (opcional):

Fecha de nacimiento: Número de Seguro Social: Edad:

Raza/etnia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Calle | Ciudad/Estado |  | Cremallera |
| Teléfono de la casa:  | ¿Está bien dejar un mensaje? | Sí | No |
| Teléfono celular:  | ¿Está bien dejar un mensaje? | Sí | No |
| Teléfono del trabajo:  | ¿Está bien dejar un mensaje? | Sí | No |

Correo electrónico:

Factores Espirituales / Culturales (Opcional):

Describa sus interacciones sociales:

# Información de la familia:

Estado civil (marque uno)

Soltero Vivir en pareja Casado Separado Divorciado Tasa de viudo calidad de la relación / matrimonio actual (si corresponde):

 Muy bien bien justo pobre pobretón

Su ocupación:

Ocupación del cónyuge / pareja:

Nivel de Educación:

Niños y edades:

Si está divorciado, ¿cuáles son los arreglos de custodia?

¿Quién reside actualmente en su casa?

¿Alguien en la familia biológica ha tenido alguno de los siguientes trastornos psicológicos? Marque todo lo que corresponda y enumere quién (yo, madre, padre, hermano, hijo):

Sí Condición Miembro de la familia

Discapacidad Intelectual

Trastorno del habla o de la comunicación

Déficit de Atención/Hiperactividad/Impulsividad Problemas de aprendizaje/trastorno del desarrollo Espectro Autista/Trastorno de Asperger

Trastornos del sueño

Trastorno obsesivo-compulsivo Fobias

Ansiedad Depresión

Maníaco-Depresión/Trastorno Bipolar Intentos de suicidio/Suicidio Esquizofrenia u otra psicosis Alcohol/Abuso de sustancias

Convulsiones u otro trastorno neurológico

Trastorno genético (p. ej., síndrome de Down, cromosoma X frágil)

Otro:

**Información médica:**

Médico de Atención Primaria:

¿Cuándo fue su último examen físico? ¿Algún hallazgo relevante?

¿Hay algún otro médico al que acuda regularmente?

Describa cualquier afección médica que le hayan diagnosticado y cualquier procedimiento médico al que se haya sometido (cirugías, etc.).

Haz una lista de los medicamentos (y las dosis) que tomas regularmente. Incluya sus recetas, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.

# Antecedentes psiquiátricos del cliente:

¿Ha recibido el cliente asesoramiento previo sobre salud mental? Sí No

Describa los servicios de salud mental que ha recibido anteriormente (evaluaciones y terapia). Incluya cualquier diagnóstico y duración del tratamiento.

¿Hay antecedentes de enfermedades mentales en la familia? Sí no Explique:

# Preocupación que presenta:

Presenta dificultades psicológicas: marque las que se apliquen a usted en este momento.

 Ansiedad generalizada (en muchas situaciones)

 Miedos/fobias específicos (lista):

 Ataques de pánico

 Ansiedad social

 Pensamientos obsesivos o comportamientos compulsivos

 Comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo (pellizcarse la piel, arrancarse el pelo, morderse las uñas, etc.)

 Tristeza o depresión

 Emocionalmente abrumado

 Llanto frecuente

 Pérdida de energía

 Pérdida del placer en la vida

 Comportamiento autolesivo/autolesivo

 Pensamientos suicidas

 Problemas con la alimentación

 Problemas para conciliar el sueño

 Problemas para dormir toda la noche (despertarse a mitad de la noche o despertarse temprano en la mañana)

 Dificultad para despertarse

 Fatiga/cansancio durante el día

 Pesadillas

 Problemas de atención o concentración

 Pensamientos acelerados

 Problemas para hacer o mantener amigos

 Problemas para controlar la ira

 Relación/Matrimonio Problemas

 Problemas con la intimidad

 Problemas con el trabajo

 Antecedentes de abuso (emocional, físico, sexual)

 Alcohol/drogas Uso/Abuso

 Problemas financieros

 Situación jurídica

Otro:

# Antecedentes Jurídicos

¿Alguna vez ha presentado o ha estado involucrado en algún litigio? Por favor, explique

¿Hay algo más que debamos saber sobre usted que no esté cubierto por este formulario?

# Seguro:

Seguro Primario: Número de identificación:

Nombre del Asegurado: Fecha de nacimiento del asegurado:

Dirección del asegurado: Teléfono:

Seguros secundarios: Número de identificación:

Nombre del Asegurado: Fecha de nacimiento del asegurado:

Dirección del asegurado: Teléfono:

# Responsable:

Nombre: Relación: Dirección: Teléfono principal: Teléfono alternativo:

**Autorizo a este proveedor a divulgar cualquier información, incluido el diagnóstico, los planes / registros de tratamiento a terceros pagadores y / o profesionales de la salud. Autorizo y solicito que mi compañía de seguros (si corresponde) pague directamente al proveedor o los beneficios médicos que, de otro modo, me corresponderían a mí. Entiendo que mi seguro médico puede pagar menos que la factura real por el servicio o puede no cubrir cierto tratamiento.**

**Por la presente certifico que la información anterior es precisa y completa y que en consideración al tratamiento y los servicios prestados a mí o a mis dependientes por este consultorio médico. Acepto la responsabilidad y entiendo que soy responsable de los cargos y tarifas que se adeudan en el momento en que se proporciona el servicio, a menos que haga arreglos por adelantado.**

Firma: Fecha: