



Shine a Light Counseling Center
735 Chestnut St. Suite C
Santa Cruz, California 95060
Teléfono: (831) 996-1222
www.shinealightcounseling.com

Forma de Ingreso Para Clientes Nuevos

Fecha

Nombre

Fecha de Nacimiento

Género Identificado: _____

Estado Civil: _____

Nombre del Pareja

Fecha de Nacimiento

Dirección

Ciudad

Código Postal

Celular

Teléfono de Casa

Teléfono de Trabajo

Correo Electrónico: _____

Si nosotros le llamamos, podemos identificarnos como “consejeros de Shine a Light”?

- Si
- No



Niños

Nombre/Edad

Nombre/Edad

Nombre/Edad

Nombre/Edad

Mas Alta Titulación Academia: 9 10 11 12 colegio estudios de postgrado

Trabajo

Trabajo de su Compañero

El Ingreso Mensual de su Hogar (Incluyendo Ingresos de su Compañero/Familia en su Hogar)

¿Como encontró Shine a Light Counseling Center? _____

Áreas de Preocupación

¿Porque esta buscando terapia? (Por favor, se específico con problemas y preocupaciones)

Describe, por favor: _____

¿Tiene objetivos específicos en terapia? _____



¿Tiene temores o preocupaciones sobre terapia? _____

Historia Psicológica

¿Ha recibido tratamiento psicológico antes? _____

¿Cuándo y por cuánto tiempo? _____

Nombre de terapeuta anterior / dirección / número de teléfono: _____

¿Ha tomado algún examen psicológico? Si contesta sí, favor de explicar: _____

Nombre de la(s) persona(s) que le dieron el/los examen(es): _____

¿Ha sido hospitalizado a causa de problemas psicológicos? _____

¿Cuándo y por cuánto tiempo? _____

¿Porque estaba hospitalizado? _____

Nombre de la terapeuta que le ayudo / dirección / número de teléfono: _____

¿Esta tomando medicamentos recetados ahora? Cuales? _____



¿Quien los prescribe? _____

¿Por cuanto tiempo ha tomado los medicamentos? _____

¿Ha tomado algún medicamento para un problema psicológico anteriormente? Cuando y por cuanto tiempo? _____

¿Ha intentado a matar si mismo (suicidio)? Cuando? _____

Por favor, explica lo que paso cuando intentó y porque lo hizo: _____

¿Ahora, tiene pensamientos suicidas? _____

Por favor, brevemente explicar su niñez: _____

¿Ha sido abusado en su vida? Por favor, describa: _____

¿Ha sido victima de un delito violento? Por favor, describa: _____



Historia Medicó

¿Ha sido diagnosticado con una enfermedad grave? Por favor, describa: _____

¿Tiene algún problema medicó que puede afectar su tratamiento psicológico? _____

Por favor, describa su salud ahora: _____

¿Esta experimentando algunos síntomas médicos o físicos que están relacionados a una condición mental, emocional o a causa de estrés? Por favor, describa: _____

¿Ha estado a una programa de "12-Step"? Por favor, describa: _____

¿Fuma? _____ ¿Con que frecuencia? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Toma alcohol? _____ ¿Cuántos bebidas por semana? _____

¿Usa la marihuana medicó? _____

¿Usa drogas ilegales? Por favor, describa: _____

¿Ha usado drogas ilegales? Por favor, describa: _____



Familia

Edad de su Madre: _____ ¿Viviendo/Finado?: _____

Edad de su Padre: _____ ¿Viviendo/Finado?: _____

Nombres y edades de sus hermanos: _____

Otra Información

Por favor, describa su identidad espiritual: _____

Por favor, describa sus intereses y cosas que le gusta hacer: _____

¿Ha estado involucrado en una demanda judicial? Por favor, describa: _____

Por favor, incluye alguna otra información que piense que esta pertinente a su tratamiento (que no estaba pedido anteriormente en esta forma de ingreso): _____



Acuerdo de Tarjeta de Crédito

Tenga en cuenta: Clientes nuevos están pedido a mantener un numero de tarjeta de crédito valido en sus expedientes. Por favor, completa la siguiente información y proporcione su tarjeta de crédito a su terapeuta en su cita primera.

Tipo de tarjeta de crédito: MasterCard Visa American Express Discover

Nombre en su tarjeta de crédito: _____ Fecha de caducidad: _____

Numero de 3 dígitos en el reverso de la tarjeta: _____

Si tiene American Express, numero de 4 dígitos en el frente de la tarjeta: _____

Dirección de facturación para su tarjeta: _____

Correo electrónico: _____

Esta tarjeta puede ser cobrada para **(por favor ponga sus iniciales en cada uno)**:

*Cargos del sesiones regulares (si prefiere usar su tarjeta para pagar por sesiones): _____

*Honorarios para cancelar mismo día: _____

*Honorarios para cancelación sin 24 horas de antelación: _____

*Un honorario para sesiones delincuentes (mas de 30 días atrasado): _____

*Yo entiendo que no hay reembolsos: _____



“Yo, _____, (escriba su nombre) he leído y entiendo los términos de dando mi información de tarjeta de crédito a Shine a Light Counseling Center. Yo entiendo que mi tarjeta de crédito puede ser cargada por los razones escrito arriba. También, yo entiendo que **no hay reembolsos**. Alguna pregunta que yo tengo sobre esta práctica ha estado contestada y yo doy mi consentimiento a cargar mi tarjeta de crédito bajo las circunstancias descritas arriba.”

Su Firma Consintiendo a Cargos

Fecha

Valido hasta