Los servicios de asesoramiento y pruebas de Robinson-Kyles

**1604 E. Gary Rd.**

**Lakeland, FL 33801**

**Adulto (18 años +)**

**Fecha**

**Nombre\_\_\_\_\_\_ Fecha de birth\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sexo: \_ Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número de teléfono -Home\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ celda**

**Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nivel de educación más alto \_ \_ \_**

**Ocupación**

**Información de contacto de emergencia**

**Name**

**Pperfeccionar**

**Relación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Compañía de seguros Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Póliza Número: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Copago Monto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Cómo se enteraron de este servicio?**

**Psicología hoy Website\_\_\_\_ Amigo**

**Otro (Sírvase especificar): \_ \_ \_**

**Este centro de consejería ofrece grupos de terapia (ansiedad, depresión, Etc.). ¿Está interesado en unirse a un grupo? Sí o no**

**Raza/etnia (por favor circule):**

**Afroamericano/negro americano indio o nativo de Alaska Asiático-Americano/Asiático**

**Hispano/Latino/Nativo hawaiano o isleño del Pacífico Multi-racial blanco**

**Independienteidentificarpor favor, especifique) \_ \_ \_ \_ \_**

**Preferencias religiosas o espirituales (por favor circule):**

**El agnóstico de la iglesia budista ateo**

**Musulmán judío hindú**

**Ninguna preferencia prefiere no contestar**

**Autoidentificación (indique):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Describa el motivo de la búsqueda de servicios.**

**¿En qué fecha se inicia el problema/incidente?**

1. **¿Cuáles fueron las circunstancias que rodearon el inicio del asunto?**

**¿Hay algún diagnosticado Discapacidades**

* **Sí En caso afirmativo, ¿qué son? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Cuál es su ocupación/lugar de empleo?**

**¿Cuál es el número promedio de horas que trabajas por semana \_ \_ \_?**

**¿Cómo describiría su situación financiera ahora mismo?**

**¿Cuánta gente vive contigo y cuál es su relación contigo?**

**En promedio, ¿cuántas horas por día pasas en Internet \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Estado de relación**

**Noviazgo individual/relación comprometida Unión civil casada**

**El viudo divorciado separado**

**Aproximadamente, ¿cuántas relaciones románticas significativas ha tenido?**

**¿Tienes hijos? Yes\_\_\_\_\_\_\_, No\_\_\_\_\_\_\_**

**En caso afirmativo, ¿cuáles son sus edades?**

**¿Tienes amigos? En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia hablas con tus amigos sobre tus problemas?**

**¿Tienes algún pasatiempo? En caso afirmativo, ¿qué son y con qué frecuencia se involucran en ellos?**

**¿Tuviste problemas de comportamiento en casa o en la escuela cuando eras niño? Por favor explique.**

**Por favor enumere sus condiciones de salud mental.**

**¿Alguna vez asistió al asesoramiento para problemas de salud mental? ¿Cuándo y para cuántas sesiones?**

**¿Ha servido alguna vez en el ejército?**

1. **Si así que ¿a qué rama servias?**
2. **¿Cuánto tiempo estuviste en el Militar\_\_\_\_\_\_\_**
3. **¿Razón para dejar el ejército? Por favor explique.**

**¿Sus experiencias militares incluyen experiencias traumáticas o altamente estresantes que continúan molestarse tú**

* **Sí**
* **No**

**¿Ha tenido alguna evaluación o tratamiento previo para problemas de salud mental? Si es así, por favor enumere las fechas y lugares de tratamiento.**

**Fecha del tratamiento lugar del tratamiento razón y respuesta al tratamiento**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Alguna vez ha sido hospitalizada por problemas de salud mental? Si es así, por favor enumere las fechas y lugares de tratamiento.**

**Fecha del tratamiento lugar del tratamiento razón y respuesta al tratamiento**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Alguna vez has visto u oído cosas que otras personas no han visto u oído? Si Sí por favor explique.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Alguna vez has tenido pensamientos de lastimarte o matarte?**

**Por favor enumere las fechas de intentos de suicidio si corresponde:**

**Fechas**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Te has lesionado sin intención de suicidio? ¿Cuántas veces/con qué frecuencia?**

**¿Ha causado intencionalmente lesiones físicas a otra persona? ¿Cuántas veces/con qué frecuencia?**

**¿Alguien ha tenido contacto sexual con usted sin su consentimiento? (por ejemplo, usted tenía miedo de detener lo que estaba sucediendo, desmayado, drogado, borracho, incapacitado, dormido, amenazar o físicamente forzado) ¿Cómo muchas veces/con qué frecuencia?**

**¿Ha experimentado acoso, control y/o comportamiento abusivo de otra persona? (p. ej., amigo, miembro de la familia, pareja o autoridad figura) ¿Cómo muchas veces/con qué frecuencia?**

**¿Has experimentado un acontecimiento traumático que te hizo sentir miedo intenso, impotencia o horror? ¿Cuántas veces/con qué frecuencia?**

**Marque las que correspondan:**

**abuso físico infantil, abuso sexual infantil, abuso emocional infantil,**

**ataque físico, violencia sexual, Militar - Experiencia de combate o zona de guerra,**

**secuestrados o tomados como rehenes, accidente grave, ataque terrorista,**

**cerca de ahogarse, diagnosticado con una enfermedad que amenaza la vida,**

**desastre natural, encarcelamiento o tortura, ataque de animales,**

**Otros**

**¿Hay antecedentes familiares de enfermedad mental? Si es así, por favor describa su relación con usted (por ejemplo, madre, padre, tía, tío, etc.) y la condición.**

**¿Tiene alguna historia legal (demandas, incidentes DCF, mudanzas infantiles, arrestos, DUIs, incidentes de violencia doméstica, etc.)? Por favor explique y dé fechas, cargos y razones para cada incidente.**

**-Si el caso legal es reciente, ¿cuáles son los detalles de su plan de caso o los requisitos de libertad condicional?**

**-Si el caso legal es reciente, ¿se siente culpable o tiene remordimiento por el incidente? Por favor explique.**

**-¿Hay algo que pueda hacer para evitar incidentes adicionales en el futuro? Por favor explique.**

**¿Tienes algún problema médico o síntomas físicos? \_\_\_\_. Cualquier antecedente de enfermedades graves, lesiones, cirugías; por favor explique?**

**¿Cuántas veces por semana ejercitas y por cuánto tiempo?**

**Por favor, enumere los medicamentos que está tomando actualmente.**

**Medicamentos respuesta al tratamiento fecha**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Alguna vez has abusado de sustancias?**

1. **Si es así, ¿qué sustancias ha abusado? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **¿Durante qué lapso de tiempo (edades) se abusó de la sustancia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **¿Algún tratamiento para el abuso de sustancias?**

**Fecha del tratamiento respuesta al tratamiento**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Cómo describirías tu sueño?**

**¿Cómo describirías tu apetito?**

**¿Ha participado en la experiencia de los siguientes comportamientos? Circule todo lo que aplique:**

**Comer menos Comer más Atracones Restringir Purga/vómitos**

**El uso de laxantes El uso de píldoras/medicamentos de dieta El uso de diuréticos**

**Peso significativo gananciaúltimos 2 meses) Pérdida de peso significativa (últimos 2 meses)**

**El uso de píldoras de dieta/medicación**

**Por favor describa los antecedentes familiares de problemas médicos (como accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer, presión arterial alta, etc.)**

**¿Cómo maneja las actividades de la vida cotidiana, como vestirse, ducharse, cepillarse los dientes y, en general, cuidarse a sí mismo?**

**ROBINSON-KYLES COUNSELING AND TESTING SERVICES LLC**

**Formulario De Consentimiento y Acuerdo para pruebas psicológicas, evaluación y asesoramiento**

Yo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, acepta permitir que los servicios de asesoramiento y pruebas de Robinson-Kyles realicen los siguientes servicios de psicoterapia, pruebas, redacción de informes y consultas con otros profesionales:

Este acuerdo concierne: ❑ yo mismo ; o ❑ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entiendo que estos servicios pueden incluir contacto directo, cara a cara, entrevistas o pruebas. También pueden incluir el tiempo requerido por el profesional para la lectura de registros, consultas con otros psicólogos y profesionales, calificación de exámenes, interpretación de los resultados y cualquier otra actividad para respaldar estos servicios. Aunque mi seguro de salud puede pagarme algunas de estas tarifas, entiendo que soy totalmente responsable del pago de estos servicios.

También entiendo que el practicante acepta lo siguiente:

1. Los procedimientos para seleccionar, dar y calificar las pruebas, interpretar los resultados y mantener mi privacidad se llevarán a cabo de acuerdo con las reglas y pautas de la Asociación Americana de Psicología y otras organizaciones profesionales.

2. Se elegirán pruebas que sean adecuadas para los fines descritos anteriormente. Estas pruebas se darán y calificarán de acuerdo con las instrucciones en los manuales de las pruebas, de modo que se obtendrán puntajes válidos. Estos puntajes se interpretarán de acuerdo con los hallazgos científicos y las pautas de la literatura científica y profesional.

3. Las pruebas y los resultados de las pruebas se guardarán en un lugar seguro para mantener su confidencialidad.

Estoy de acuerdo en ayudar lo más que pueda, proporcionando respuestas completas, proporcionando registros, haciendo un esfuerzo honesto y trabajando lo mejor que pueda para asegurarme de que los resultados sean precisos y que el asesoramiento sea útil.

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

Firma del cliente (o padre / tutor) Fecha

Robinson-Kyles Counseling and Testing Services LLC

Jeanene Robinson Kyles, PhD

Psicóloga supervisora

863-398-6748 (Oficina principal de Lakeland)

Sus derechos con respecto a su información de salud:

1. Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera o en un lugar determinado que sea más privado para usted. Por ejemplo, puede solicitar recibir llamadas en casa, y no en el trabajo, para programar o cancelar una cita.
2. Puede solicitar limitar lo que se le dice a las personas involucradas en su atención o el pago de su atención, como familiares o amigos.
3. Tiene derecho a consultar su información de salud, como sus registros médicos y de facturación. Puede obtener una copia de estos registros, pero se le cobrará por ello.
4. Si cree que la información en sus registros es incorrecta o le falta algo importante, puede solicitar que se agreguen a sus registros para corregir la situación. Debe realizar esta solicitud por escrito y también debe analizar las razones por las que desea realizar los cambios.
5. Tiene derecho a una copia de este aviso. Si se modifica este aviso, recibirá una nueva versión.
6. Tiene derecho a presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad. Además, es posible que tenga otros derechos que le otorgan las leyes de nuestro estado y estos pueden ser los mismos o diferentes de los derechos descritos anteriormente. Estas situaciones se pueden discutir con usted ahora o a medida que surjan.

EN CASO DE EMERGENCIA

1. EN CASO DE EMERGENCIA, LLAME AL 911 O VAYA A LA SALA DE EMERGENCIA MÁS CERCANA.
2. TAMBIÉN PUEDE LLAMAR A LA LÍNEA DIRECTA DE SUICIDIO 1-877-822-5205
3. Línea de vida nacional para la prevención del suicidio 1-800- 273-8255