

PSYCHO-SOCIAL HISTORY

Current problems: _____

Symptoms: _____

Family History: _____

IMMIGRATION HISTORY (if applicable) / Cultural Variables:

PSYCHO-SOCIAL

Stressors/Limitations: _____

Strengths: _____

HISTORY OF PSYCHOLOGICAL/PSYCHIATRIC TREATMENT (Check if applicable)

In-Patient: Number of times: _____ Last In-Patient Date: _____
Reason: _____

Out-Patient: Number of previous therapists: _____
Reason: _____
Outcome: _____

Most recent therapist/physician: _____

How long: _____ Last visit: _____ Diagnosis: _____

Other current treatment: _____

FAMILY HISTORY OF PSYCHOLOGICAL TREATMENT (if applicable)

1. _____ (relationship) Dx: _____

2. _____ (relationship) Dx: _____

MEDICAL HISTORY (if applicable)

Current Medications:

1. _____ Dosage: _____ Duration of use: _____ For: _____

2. _____ Dosage: _____ Duration of use: _____ For: _____

3. _____ Dosage: _____ Duration of use: _____ For: _____

Prescribing Physician: _____

Medical problems over last five years: _____

History of Suicidal Ideation / Attempts	
History of Violent Behavior:	
History of Substance Use	
Alcohol:	
Other Drugs:	

Previous Treatment for Chemical Abuse: _____ How many times: _____

Where: _____ When: _____ Completion: _____

Currently attending "12-Step Group": AA NA CA SA

Currently in treatment: _____ Where: _____

ARREST RECORD (if applicable)

HISTORY OF ABUSE (if applicable)

Were you physically, sexually or emotionally abused or neglected as a child? _____

1. Abused by whom? _____ Your age: _____ Their age: _____

Reported? _____ If yes, to whom? _____ When? _____

Circumstances? _____

2. Abused by whom? _____ Your age: _____ Their age: _____

Reported? _____ If yes, to whom? _____ When? _____

Circumstances? _____

3. Abused by whom? _____ Your age: _____ Their age: _____

Reported? _____ If yes, to whom? _____ When? _____

Circumstances? _____

RELATIONSHIP/SEXUAL HISTORY

How many times married? _____

How many times partnered? _____

Currently in a relationship: Yes _____ No _____

If yes, how long? _____



English

**Acknowledgment of “HIPAA Notice of Privacy Practices” and
“Office Policies & General Information: Agreement for
Psychotherapy, Psychoeducational, Consulting, and Assessment Services”**

Please sign below to indicate that you have been given the opportunity to read the “HIPAA Notice of Privacy Practices” (Revised 1/19/2019) and the “Office Policies & General Information: Agreement for Psychotherapy Services” (Revised 1/19/2019) either in the form of hard copy or electronically. By signing, you also indicate that you understand the information provided in the documents, have had any questions or concerns addressed and have been given a hard copy of either as desired.

Signature of Client or Guardian

Printed Name

Date: _____

Español

**Reconocimiento de “Notificacion de Practicas de Privacidad
de HIPAA” y “Procedimientos de la Oficina E Informacion
General: Acuerdo Para Servicios de Psicoterapia, Psicoeducacion,
Consultas, y Evaluacion”**

Favor de firmar abajo para indicar que se le ha dado la oportunidad de leer la “Notificacion de Practicas de Privacidad de HIPAA” (Revisado 1/19/2019) y los “Procedimientos de la Oficina E Informacion General: Acuerdo Para Servicios de Psicoterapia” (Revisado 1/19/2019) o en la forma de copia en papel o electronica. En firmar tambien indica ud. que entiende la informacion dado en los documentos, se le ha contestado cualquier pregunta o preocupacion y se la ha dado una copia de cualquier de los dos como deseado.

Firma del Cliente o Guardian

Nombre Imprimido

Fecha: _____



A Licensed Clinical Social Worker Corporation

CONSENT TO USE OR DISCLOSE INFORMATION FOR TREATMENT, PAYMENT, AND HEALTH CARE OPERATIONS (TPO)

Federal regulations (HIPAA) allow me to use or disclose Protected Health Information (PHI) from your record in order to provide treatment to you, to obtain payment for the services we provide, and for other professional activities (known as "health care operations."). Nevertheless, I ask your consent in order to make this permission explicit. The Notice of Privacy Practices describes these disclosures in more detail. You have the right to review the Notice of Privacy Practices before signing this consent. We reserve the right to revise our Notice of Privacy Practices at any time. If we do so, we will inform you. You may ask for a printed copy of our Notice at any time.

You may ask us to restrict the use and disclosure of certain information in your record that otherwise would be disclosed for treatment, payment, or health care operations; however, we do not have to agree to these restrictions. If we do agree to a restriction, that agreement is binding. You may revoke this consent at any time by giving written notification. Such revocation will not affect any action taken in reliance on the consent prior to the revocation.

This consent is voluntary; you may refuse to sign it. However, we are permitted to refuse to provide health care services if this consent is not granted, or if the consent is later revoked.

I hereby consent to the use or disclosure of my Protected Health Information as specified above. I understand that I am responsible for any amount not covered by insurance or other payment entity.

Client Name: _____ **Date:** _____ **Signature:** _____

Or

Legal

Representative: _____ **Date:** _____ **Signature:** _____

CONSENTIMIENTO A UTILIZAR O A DIVULGAR INFORMACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, EL PAGO, Y LAS OPERACIONES DEL CUIDADO MÉDICO (TPO)

Regulaciones federales (HIPAA) permiten que utilice o que divulgue la Información Protegida de Salud (IPS) de su expediente para proporcionarle tratamiento, para obtener pago por los servicios previstos, y para otras actividades profesionales (conocidas como "operaciones del cuidado médico"). Sin embargo, pido su consentimiento para hacer este permiso explícito. La Notificación de las Prácticas de Privacidad describe éstas divulgaciones más detalladamente. Usted tiene el derecho a repasar la Notificación de las Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Nos reservamos el derecho de revisar nuestra Notificación de las Prácticas de Privacidad en cualquier momento.

Si así lo hacemos, se le notificará del cambio. Usted puede pedir una copia impresa de nuestra notificación en cualquier momento. Usted puede pedir que restrinjamos el uso y la divulgación de cierta información en su expediente que de otra manera sería divulgado en el proceso de su tratamiento, el pago, u operaciones del cuidado médico; sin embargo, no tenemos que consentir con estas restricciones. Si consentimos con una restricción, ese acuerdo es obligatorio. Usted puede revocar este consentimiento en cualquier momento dando notificación por escrito. Tal revocación no afectará ninguna acción tomada basada en el consentimiento antes de la revocación.

Este consentimiento es voluntario; usted puede rechazar firmarlo. Sin embargo, se nos permite negarle servicios de cuidado médico si este consentimiento no es otorgado, o si el consentimiento se revoca más adelante. Yo por la presente doy consentimiento al uso o divulgación de mi Información Protegida de Salud como especificado arriba.

Yo entiendo que soy responsable de cualquier cantidad que no este cubierta por la aseguran o otra entidad de pago.

Nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____ **Firma:** _____

O representante legal: _____ **Fecha:** _____ **Firma:** _____



A Licensed Clinical Social Worker Corporation

Derecho del Paciente para Comunicación Confidencial

Para proteger la privacidad y confidencialidad de su información personal de tratamiento, finanzas, o de horarios, favor de completar lo siguiente, lo cual me informa de cómo quiere que se le comunique.

Comunicación Telefónica (marca cada uno que aplica):

- Número de teléfono de casa (En documento de Assessment)
- Número de teléfono de trabajo (En documento de Assessment)
- Número de teléfono celular (En documento de Assessment)

Tipos de mensajes (marca cada uno que aplica):

- Deja un mensaje con tu nombre y nuestro número de teléfono solamente
- Deja un mensaje con información clínica, de finanzas, o citas
- Lista cualquier persona con quien de permiso compartir información:

Nombre _____

Relación _____

Nombre _____

Relación _____

Comunicación de E-mail

Dirección de E-mail _____

* Favor de leer la noticia abajo sobre consentimiento para usar email o texto sin cifrar:

Consentimiento Para Usar Comunicación De E-Mail O Texto Sin Cifrar

Es muy importante que esté consciente que comunicaciones de e-mail, textos, y e-fax pueden ser visitadas relativamente fácilmente por gente no autorizadas y por lo tanto pueden comprometer la privacidad y confidencialidad de tal comunicación. E-mails, textos, y e-faxes son más vulnerables a tal acceso no autorizado debido al hecho de que servidores o compañías de comunicación pueden tener acceso directo y sin limite a todos los e-mails, textos, y e-faxes que pasan por ellos. Mientras datos en la computadora de Rachael Stracka están cifrados, e-mails y e-faxes no los son. Siempre es posible que e-faxes, textos, y e-mails pueden ser enviados erróneamente a una dirección, numero, o computadora equivocada. Mensajes de e-mail en su computadora, su portátil (laptop), Ipad, teléfono, o otros aparatos tienen riesgos inherentes de privacidad – especialmente cuando acceso a su e-mail está proveído por su empleador o cuando acceso a sus mensajes de e-mail no está protegido por contraseña.

La computadora de Rachael Stracka está equipada con cortafuegos, protección a virus y contraseña, y toda la información confidencial de la computadora está en copia de seguridad regularmente en disco cifrado. Favor de notar que e-mails, faxes, y textos son partes de sus archivos clínicos. También, hay que estar consciente de que mensajes telefónicos pueden ser transcritos y enviados a Rachael Stracka por medio de e-mails sin cifrar.

Favor de notificar a Rachael Stracka si decide evitar o limitar, de cualquier manera, el uso de e-mail, textos, llamadas de teléfono celular, mensajes telefónicos, o e-faxes. Si se comunica información confidencial o privada por medio de e-mail, textos, e-fax, o mensajes telefónicos sin cifrar, se va a asumir que ha evaluado los riesgos y acepta tal riesgo. Favor de no usar textos, e-mail, correo de voz o fax en emergencias.

Rachael Stracka seguirá comunicarse contigo según las respuestas aquí hasta que cambias tus preferencias. Se puede cambiarlas por llenar otra forma.

En firmar abajo, estás de acuerdo de recibir comunicación en las maneras indicadas arriba.

Firma del Paciente _____

Nombre del Paciente _____

Fecha _____



A Licensed Clinical Social Worker Corporation

Electronic Payment Authorization

Please indicate the card you wish to use for any services (including “no shows”) rendered through this practice. Charges for services rendered will be deducted from the card designated below at the time services are rendered. We accept: Visa, MC, and Discover.

Payments are processed by Therapy Partner.

Therapy Partner is a registered ISO/MSP of Fifth Third Bank, Cincinnati, OH and HSBC Bank USA National Association, Buffalo, NY.

Client Information:

Client Name: _____ Date of Birth: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Home Number: _____ Mobile Number: _____

Please provide your email if you would like to receive statements or “superbills” via email.

Email: _____

Billing Information:

Please indicate the information associated with the debit or credit card you wish to use if it is different from above.

Name: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

I authorize all service fees to be deducted from the card ending in _____ (last four digits of the card)

Please enter the CVV code _____ (last three digits on back of card)

I authorize the use of this card for all services and fees at the time they are rendered for the following parties:

Client’s Full Name(s) _____

I understand that this form authorizes my provider to charge this card for varying session types, across multiple dates of service. *By authorizing use of this card, and signing this electronic payment authorization form, I certify that I am the cardholder and my signature below authorizes each individual charge for all dates of service.

Cardholder Signature

Date

Debit/Credit Card Information:

Please provide your payment information below. The card information you provide on this form will be destroyed once your information has been securely encrypted and stored.

Card (circle one): Visa MasterCard Discover

Card Number: _____ Expiration Date: _____