



**Nombre de los niños (si es aplicable):**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL PERSONAL**

Cuando y dónde nació el cliente: \_\_\_\_\_

Cómo fueron criados y por quién.: \_\_\_\_\_

Descripción general de la familia de origen y la dinámica familiar:

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

Explique con detalle si existe algún maltrato o violencia doméstica en la familia u origen:

---

---

---

Como fue su adolescencia y adultez temprana:

---

---

---

Relación actual con la familia de origen:

---

---

---

Matrimonios/hijos anteriores (si es aplicable)

---

---

---

Cómo terminó el matrimonio y el contacto actual con los niños

---

---

---

Cambios/pérdidas importantes en su vida

---

---

---

---

Historial de traumas (incluya cualquier abuso, violencia doméstica fuera de la familia de origen)

---

---

---

---

---

Historial criminal

---

---

---

Cualquier rehabilitación o lección importante aprendida

---

---

---

## **HISTORIAL DE EDUCACIÓN Y EMPLEO**

Máximo nivel de educación completado y donde

---

---

---

Si asistió a la universidad

- Fecha de graduación: \_\_\_\_\_
- Título obtenido: \_\_\_\_\_
- Área de estudio: \_\_\_\_\_

Planes para continuar con la educación en el futuro

---

---

---

Si actualmente está inscrito, proporcione información sobre los cursos y el área de estudio

---

---

---

---

Educación/certificaciones requeridas para el trabajo

---

---

---

Un resumen conciso de empleo antes del trabajo actual.

---

---

---

Ej. / El trabajo anterior incluyó posiciones con X, Y y Z, en el área de .....

---

---

---

### **Describa el empleo actual**

- Título profesional: \_\_\_\_\_

- Responsabilidades principales: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- Perspectivas de futuro crecimiento/empleo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- Satisfacción de empleo actual del cliente y/o metas profesionales: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Servicio militar anterior o actual**

- Rama: \_\_\_\_\_
- Duración del servicio: \_\_\_\_\_
- Algún premio o elogios: \_\_\_\_\_

**MATRIMONIO Y VIDA FAMILIAR (PARA CASOS DE CÓNYUGE)**

Nombre completo del cónyuge: \_\_\_\_\_

Cuando y donde se conocieron: \_\_\_\_\_

Descripción de su noviazgo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Fecha de matrimonio: \_\_\_\_\_

Estilos de comunicación, incluyendo la resolución de conflictos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Desafíos que han enfrentado juntos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Actividades que disfrutaban juntos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Situación de hogar (dónde vive y con quién): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otros miembros importantes de la familia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Participación de la comunidad: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vida religiosa (si es aplicable): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Si tienen hijos (incluyendo hijastros)**

- Nombre de los hijos y fechas de nacimiento.: \_\_\_\_\_
- Fechas de nacimiento de los niños.: \_\_\_\_\_
- Información de la escuela (incluir informes educativos relevantes): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Información médica si hay algún problema de salud: \_\_\_\_\_

- Información psicológica (si están en tratamiento, etc): \_\_\_\_\_

## VIDA FAMILIAR (PARA CASOS DE HIJOS O PADRES)

Nombre completo del familiar: \_\_\_\_\_

Situación de hogar (dónde vive y con quién) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Descripción de su relación. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vínculos emocionales: \_\_\_\_\_

Actividades que disfrutaban juntos \_\_\_\_\_

Necesidades que el familiar provea para el cliente \_\_\_\_\_

Otros miembros importantes de la familia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Participación comunitaria \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vida religiosa (si es aplicable) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## SALUD FISICA Y MENTAL

### SALUD FISICA

Resumen de la salud física: \_\_\_\_\_

Enfermedades y cirugías previas: \_\_\_\_\_

Condiciones médicas actuales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Medicamentos actuales: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Especialista visto por el cliente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Accidentes/lesiones en la cabeza/pérdida del conocimiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Consulte los registros médicos relevantes \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Salud mental**

Historial de síntomas o diagnósticos \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cualquier trastorno que esté actualmente en remisión \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Terapia previa u hospitalización \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Consumo de alcohol/drogas (pasado y actual) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**ONLY TELEHEALTH**  
9040 Town Center Parkway,  
Lakewood Ranch, FL 34202  
(845) 364-9226, Fax: (845) 512-5244  
[claudia@vicalex.net](mailto:claudia@vicalex.net)  
<https://vicalexbehavioralhealth.com/>

---

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN PSICOSOCIAL**

Este documento constituye una relación de determinadas informaciones sobre el proceso de una evaluación psicosocial, que le ilustrará acerca de dicho proceso. Aquí se detallan ciertos derechos y responsabilidades suyos en este proceso, así como información acerca de mi persona.

La evaluación consiste en una entrevista clínica pormenorizada que incluye el uso de elementos de examen psicológico. Además, quizá sea necesario el examen de otros documentos afines, por ejemplo, antecedentes judiciales, médicos, psicológicos y educacionales, etc. También es posible que deba requerirse información adicional y entrevistas con otros médicos o psicoterapitas que le atiendan actualmente o lo hayan hecho en el pasado.

El objetivo de esta evaluación es obtener información sobre su desempeño personal y psicológico presente y pasado en relación con su caso de inmigración y la única finalidad de este consentimiento es facilitar una evaluación psicosocial a los efectos de la inmigración, sin fines de psicoterapia.

Claudia Olave-Guillermo, MA, MSSW, LCSW-R no es responsable por el resultado de cualquier procedimiento de inmigración relacionado con la evaluación psicosocial que aquí se presenta. Claudia Olave-Guillermo, MA, MSSW, LCSW-R no asume responsabilidad alguna por cualquier información incluida en esta evaluación que difiera de la información que usted pueda consignar en su testimonio, declaración, acta juramentada o cualquier otra comunicación.

Me reservo el derecho a cancelar este contrato en cualquier momento, por cualquier razón, sin notificación previa, en casos de no pago, simulación de enfermedad a fin de eludir deberes u otros. Su participación en esta evaluación es voluntaria y Claudia Olave-Guillermo, MA, MSSW, LCSW-R no la llevará a cabo si usted no ha firmado este documento. Usted tiene derecho a interrumpir la evaluación en cualquier momento Si en cualquier momento tiene preguntas acerca de cualquier aspecto de esta evaluación, no vacile en planteármelas. Además, si en cualquier momento necesita abrir una pausa en la evaluación, déjemelo saber sin demora.

## **POLÍTICA DE CANCELACIONES**

Le solicito que me avise con 2 días de anticipación en caso de que desee cancelar o fijar nueva fecha u hora de una consulta dejándome un mensaje en el teléfono (845) 364-9226. Si usted no cancela una consulta con 2 días de anticipación y no asiste a la consulta, se le cobrará un honorario adicional de \$200 por una cita de (1) una hora y \$400 por una cita de dos (2) horas que deberá abonar antes de la siguiente consulta. Hay algunas excepciones a esta norma (por ejemplo, enfermedad grave, fallecimiento de un familiar), que se evaluará en cada caso.

\_\_\_\_\_ Inicial

### **RIESGOS Y BENEFICIOS**

Aunque las evaluaciones psicosociales pueden rendir algunos beneficios terapéuticos, no constituyen terapia. Las personas pueden beneficiarse con un tratamiento de psicoterapia permanente y si considero que ese es su caso, le proporcionaré una lista de psicoterapistas.

\_\_\_\_\_ Iniciales

Se hará todo lo posible para reducir cualquier incomodidad que usted pueda sentir durante la evaluación, pero es posible que experimente tensiones y dificultades relacionadas con el tema que esté tratando. Este es un ejercicio de colaboración y, en función de las circunstancias, podemos decidir que para usted sea lo más conveniente un cambio de servicio o de terapeuta.

### **QUALIFICACIONES**

He brindado psicoterapia a niños, adolescentes y adultos y he practicado evaluaciones psicosociales desde 1999. Poseo un Maestría en Ciencias de Trabajadora Social de la Universidad de Columbia. Estoy licenciada en: Nueva York #R071579-1; Florida # SW19619; Pensilvania # CW022983; Georgia # CSW008026 y Carolina del Sur # 14608

### **EMERGENCIAS**

Si usted sufre una emergencia entre una y otra de nuestras consultas y necesita ayuda inmediata, le recomiendo que llame al 911 o se dirija a la sala de emergencia más cercana.

### **CONFIDENCIALIDAD**

Su confidencialidad es sumamente importante para mí. Toda la información que suministre durante la evaluación se mantendrá en reserva, excepto en la evaluación psicosocial escrita que se le entregará a usted y a su abogado. Su privacidad es primordial y también su seguridad y la de otras personas que puedan hallarse en peligro y hay varias situaciones en las que yo pueda verme en la obligación de quebrar la confidencialidad, por ejemplo:

- Si usted manifiesta la intención de lesionarse gravemente
- Si usted amenaza con infligir daños físicos graves a otra persona o personas
- Si surgen sospechas o pruebas de abuso o descuido en perjuicio de niños, ancianos o personas vulnerables
- Si me lo impone una orden judicial

\_\_\_\_\_ Iniciales

En cualquiera de estos casos, usted y yo analizaremos la situación y trataremos de llegar a un acuerdo sobre la forma de proceder, pero si no logramos acordar una solución segura y legal, yo obraré de manera independiente y tomaré sin su permiso las medidas que considere pertinentes de conformidad con la ley.

Si su abogado solicitó esta evaluación, con su permiso recibirá una copia del informe y determinará cómo habrá de usarse y quién tendrá acceso a él. Podrá revelarse información relativa a esta evaluación a jueces, abogados, USCIS (United States Citizen and Immigration Services — Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos) y otros funcionarios judiciales y administrativos relacionados con este caso.

Una vez que se haya resuelto, el uso de este informe en un procedimiento judicial, el informe y cualquier información que a éste pertenezca serán admisibles como prueba, al igual que cualquier otra información que se haya provisto relacionada con su salud y desempeño mental. Si usted tiene alguna inquietud a propósito del uso o la distribución de este informe, deberá tratarla cuidadosamente con su abogado. Además, pondré información en conocimiento de otros si usted así lo solicita mediante un consentimiento firmado de divulgación de información a una persona o entidad.

### HONORARIOS

Los honorarios por una evaluación psicosocial ascienden a \$ 1,300 y \$ 600 adicionales por cada miembro de la familia incluido en el mismo reporte.

Por evaluaciones individuales a miembros de la misma familia, se le otorgará un descuento del 20% del total costo de la evaluación, \$ 1,040.

La evaluación incluye una a dos entrevistas formales, examen psicológico y preparación de informe escrito. El reporte será preparado dentro de 4 semanas

\_\_\_\_\_ Iniciales

Los honorarios por una evaluación psicosocial rápida dentro de 5 días ascienden a \$ 2,100. En el caso de un informe rápido, la evaluación psicosocial se completará dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha de nuestra última consulta.

Los honorarios por comparecencia ante un tribunal ascienden a \$ 200 por hora, incluyendo tiempo de viaje y tiempo de espera por una audiencia. Si se requiere mi comparecencia ante un tribunal, será necesario un pago de \$ 600 por concepto de contratación de servicios.

**El pago mediante deberá efectuarse al momento de prestación del servicio o si está utilizando un plan de pago, el reporte no será enviado a su abogado hasta que los honorarios sean pagados en su totalidad.**

Declaro que he leído y tratado las normas precedentes con Claudia Olave-Guillermo, MA, MSSW, LCSW-R. Se me brindó la oportunidad de formular preguntas y éstas fueron respondidas satisfactoriamente.

Soy consciente de mis derechos y responsabilidades como cliente y consiento en participar en una evaluación psicosocial ceñida a las pautas aquí consignadas.

He recibido una copia de este formulario para mis archivos.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Claudia Olave-Guillermo, MA, MSSW, LCSW-R  
NPI 1568463255

\_\_\_\_\_  
Fecha



**ONLY TELEHEALTH**  
9040 Town Center Parkway,  
Lakewood Ranch, FL 34202  
(845) 364-9226, Fax: (845) 512-5244  
[claudia@vicalex.net](mailto:claudia@vicalex.net)  
<https://vicalexbehavioralhealth.com/>

---

## **Consentimiento Informado de Salud Telemental**

Yo \_\_\_\_\_ (nombre del cliente), por la presente consiento en participar en salud telemental con Claudia Olave- Guillermo, MA, MSSW, LCSW-R como parte de mi psicoterapia debido a COVID-19. Entiendo que la salud telemental es la práctica de brindar servicios clínicos de atención médica a través de medios tecnológicos u otros medios electrónicos entre un profesional y un cliente que se encuentran en dos ubicaciones diferentes.

Entiendo lo siguiente con respecto a la salud telemental:

- 1) Entiendo que tengo derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a la atención, los servicios o los beneficios del programa futuros a los que de otro modo tendría derecho.
- 2) Entiendo que existen riesgos y consecuencias asociados con la salud telemental, que incluyen, entre otros, interrupción de la transmisión por fallas tecnológicas, interrupción y / o violaciones de la confidencialidad por parte de personas no autorizadas, y / o capacidad limitada para responder a emergencias.
- 3) Entiendo que ninguna de las partes grabará ninguna de las sesiones en línea. Toda la información divulgada dentro de las sesiones y los registros escritos relacionados con esas sesiones son confidenciales y no pueden divulgarse a nadie sin una autorización por escrito, excepto donde la divulgación esté permitida o requerida por la ley.
- 4) Entiendo que las leyes de privacidad que protegen la confidencialidad de mi información de salud protegida (PHI) también se aplican a la salud telemental a menos que se aplique una excepción a la confidencialidad (es decir, informes obligatorios de abuso de menores, adultos mayores o

adultos vulnerables; peligro para uno mismo u otros; Planteo la salud mental / emocional como un problema en un procedimiento legal).

- 5) Entiendo que, si estoy teniendo pensamientos suicidas u homicidas, experimentando activamente síntomas psicóticos o experimentando una crisis de salud mental que no se puede resolver de forma remota, se puede determinar que los servicios de salud telemental no son apropiados y se requiere un mayor nivel de atención.
- 6) Entiendo que durante una sesión de salud telemental, podríamos encontrar dificultades técnicas que resultan en interrupciones del servicio. Si esto ocurre, te llamaré para continuar la sesión.
- 7) Entiendo que mi terapeuta puede necesitar contactar a mi contacto de emergencia y / o las autoridades apropiadas en caso de una emergencia.

### **Protocolos de emergencia**

Necesito saber su ubicación en caso de emergencia. Usted acepta informarme de la dirección en la que se encuentra al comienzo de cada sesión. También necesito una persona de contacto a quien pueda contactar en su nombre solo en una emergencia que ponga en peligro la vida. Esta persona solo será contactada para ir a su ubicación o llevarlo al hospital en caso de una emergencia.

En caso de emergencia, mi ubicación es: \_\_\_\_\_

y el nombre, la dirección y el teléfono de mi persona de contacto de emergencia:

\_\_\_\_\_

He leído la información proporcionada anteriormente y la he discutido con mi terapeuta. Entiendo la información contenida en este formulario y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción.



## ONLY TELEHEALTH

9040 Town Center Parkway,  
Lakewood Ranch, FL 34202  
(845) 364-9226, Fax: (845) 512-5244  
[claudia@vicalex.net](mailto:claudia@vicalex.net)  
<https://vicalexbehavioralhealth.com/>

### Autorización para la comunicación electrónica

Como una conveniencia para mí, por este medio solicito que **Vicalex Behavioral Health & Immigration Services PA** comunicarse conmigo con respecto a mi tratamiento por **Claudia Olave-Guillermo, MA, MSSW, LCSW-R** a través de comunicaciones electrónicas (correo electrónico o mensaje de texto). Entiendo que esto significa que **Vicalex Behavioral Health & Immigration Services PA** transmitirá recordatorios de citas mediante mensajes de texto o mensajes de voz si marcó "sí" en el formulario de inscripción. Mi información de salud protegida como información sobre mi diagnóstico, medicamentos, avances y otra información personal identificable sobre mi tratamiento, se transmitirá a través de un servicio cifrado de HIPAA Policy-Based que cifrará el correo electrónico enviado a mí. Para tener acceso al correo electrónico cifrado, necesito activar una cuenta gratuita según las instrucciones del correo encriptado.

Yo entiendo que hay riesgos inherentes en la transmisión electrónica de información por correo electrónico, en internet, a través de mensaje de texto, o de otra manera, y que este tipo de comunicaciones puede ser perdido, retrasado, interceptada, dañado o alterado, prestados incompleto o no ser entregado. Entiendo que cualquier información de salud protegida que se transmite a través de comunicaciones electrónicas, en virtud de esta autorización será cifrada, excepto para los recordatorios de cita de mensaje de texto. Como la transmisión electrónica de información no se puede garantizar que sea seguro o libre de errores y su confidencialidad puede ser vulnerable al acceso por terceros no autorizados, **Vicalex Behavioral Health & Immigration Services PA** no tendrá ninguna responsabilidad u obligación con respecto a cualquier error, omisión, reclamación o pérdida que surja de o en relación con la comunicación electrónica de información por **Claudia Olave-Guillermo, MA, MSSW, LCSW-R** a mí.

Después de recibir aviso de los riesgos inherentes a la utilización de comunicaciones electrónicas, por medio del presente autorizo a **Claudia Olave-Guillermo, MA, MSSW, LCSW-R**, comunicarse electrónicamente conmigo, que incluye la transmisión de mi información de salud protegida electrónicamente. Entiendo que en caso de que ya no deseo recibir comunicaciones electrónicas de **Claudia Olave-Guillermo, MA, MSSW, LCSW-R**, puedo revocar esta autorización por escrito a **Vicalex Behavioral Health & Immigration Services PA** al **9040 Town Center Parkway, Lakewood Ranch, FL 34202** o por fax **845-512-5244**.

Estoy de acuerdo que **Claudia Olave-Guillermo, MA, MSSW, LCSW-R** puede comunicarse conmigo electrónicamente a menos que y hasta que revocar esta autorización enviando notificación a **Vicalex Behavioral Health & Immigration Services PA** por escrito. Esta autorización no permite para la transmisión electrónica de mi información protegida de salud a terceros y entiendo que debo ejecutar una autorización separada de mi información protegida de salud ser revelada a terceros.

Por la presente autorizo la transmisión de mi protegida información médica electrónicamente como se describió anteriormente.

---

Nombre del paciente

---

Firma del paciente fecha

---

Fecha





**ONLY TELEHEALTH**  
9040 Town Center Parkway,  
Lakewood Ranch, FL 34202  
(845) 364-9226, Fax: (845) 512-5244  
[claudia@vicalex.net](mailto:claudia@vicalex.net)  
<https://vicalexbehavioralhealth.com/>

## Recibo De Notificación De Reglas De Privacidad

Certifico que he recibido una copia de la Notificación Sobre las Reglas de Privacidad de Vicalex Behavioral Health.

Nombre del/ella Paciente: \_\_\_\_\_  
(primer nombre)      (inicial de su Segundo nombre)      (apellido)

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Su relación con el paciente: \_\_\_\_\_

### CONFIRMACION DE LAS NORMAS DE REGISTRACION

Declaro que he leído y entiendo todas las normas precedentes con Claudia Olave-Guillermo, MA, MSSW, LCSW-R. Se me brindó la oportunidad de formular preguntas y éstas fueron respondidas satisfactoriamente. Soy consciente de mis derechos y responsabilidades como cliente y consiento en participar en una evaluación psicosocial ceñida a las pautas aquí consignadas.

He recibido una copia de este formulario para mis archivos.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Claudia Olave-Guillermo, MA, MSSW, LCSW-R



**ONLY TELEHEALTH**  
9040 Town Center Parkway,  
Lakewood Ranch, FL 34202  
(845) 364-9226, Fax: (845) 512-5244  
[claudia@vicalex.net](mailto:claudia@vicalex.net)  
<https://vicalexbehavioralhealth.com/>

**AUTORIZACION PARA USO Y/O DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD**

Nombre del Pacientes: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre si es menor de edad: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a Claudia Olave-Guillermo, MA, MSSW, LCSW-R, a utilizar y/o divulgar la información de Salud Mental según se describe a continuación. Entiendo que por lo demás esta información estaría protegida y no estaría sujeta a uso y/o divulgación.

(A) \_\_\_\_\_

Autorizo a las siguientes personas (o clases de personas), a recibir, y hacer uso y/o divulgación autorizada de mi información de Salud Mental Protegida:

(B) \_\_\_\_\_

Mi Información de Salud Mental Protegida se utilizara o divulgara para los siguientes propósitos (Por favor, mencione y explique brevemente cada propósito.

(C) \_\_\_\_\_

(D) Esta autorización vence: \_\_\_\_\_

(Escriba la fecha o evento)

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación se deberá hacer por escrito y será ser entregada a Claudia Olave-Guillermo, MA, MSSW, LCSW-R, donde se mantiene dicha información.

Entiendo la posibilidad de que la información de Salud Mental Protegida provista a través de esta solicitud sea re-divulgada por el receptor. Si la re-divulgación se hace a alguien que no está obligado a cumplir con los reglamentos federales de protección de privacidad, dicha información podría no estar protegida.

---

Firma del Paciente o Representante Autorizado

---

Relación

---

Fecha

---

Firma del Oficial de Privacidad/Psicoterapeuta

---

Fecha