



## Alexander T. Gimon, PhD, PA.

10225 Ulmerton Rd Ste 12B Largo, FL 33771 Phone: 727-584-1551

3115 Citrus Tower Blvd., Clermont FL 34711 Phone: 352-241-8540

Fax: 727-581-5107

Web site: [www.drgimon.com](http://www.drgimon.com) E-mail: [drgimonandassociates@gmail.com](mailto:drgimonandassociates@gmail.com)

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

\*\*\*Es necesario llenar todos los blancos\*\*\*

### INFORMACIÓN GENERAL PARA PACIENTES

Nombre: Sr./Sra./Srta. \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Estado civil: (por favor círculo uno) casado / soltero / divorciado / separado/Viudo

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Número de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

### PERSONA RESPONSABLE POR LAS FACTURAS

\*\*\*POR FAVOR NO PONGA LA INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICO AQUÍ\*\*\*

Nombre: Sr./Sra./Srta. \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

Personas que viven con usted – Nombre – Relación con el paciente

1. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN ESTOY DE ACUERDO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE ENUMERADO ES CORRECTA Y DE ACUERDO CON LOS SERVICIOS DE ASESORAMIENTO PRESTADOS POR ESTA OFICINA.

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



## INFORMACIÓN MÉDICA

¿Quien refirió a nuestra Oficina? \_\_\_\_\_

Describe sus preocupaciones actuales: (círculo) Leve / Moderado / Moderadamente Severo / Grave / Crisis

¿Han tenido previa Consejería o terapia? SÍ / NO

Si la contestación es si, Cuando? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la preocupación? \_\_\_\_\_

¿Que te trae a Consejería ahora? \_\_\_\_\_

¿Has sido hospitalizado para tratamiento psiquiátrico? ¿Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ cuando? \_\_\_\_\_

¿Dónde fue hospitalizado? \_\_\_\_\_ Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo han existido los problemas actuales? \_\_\_\_\_

Describe los problemas de salud tienes. \_\_\_\_\_

Lista cualquier cirugía previa. \_\_\_\_\_

¿Qué medicamentos toma? \_\_\_\_\_

¿Qué enfermedades serias has tenido? \_\_\_\_\_

## MARQUE LOS PROBLEMAS QUE SE ESTÁN PRESENTANDO:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> periodos llorando                 | <input type="checkbox"/> problemas con tareas           | <input type="checkbox"/> problemas financieros                       |
| <input type="checkbox"/> no puede divertirse               | <input type="checkbox"/> comportamiento en la escuela   | <input type="checkbox"/> problemas en el trabajo                     |
| <input type="checkbox"/> siempre preocupado                | <input type="checkbox"/> problemas con relaciones       | <input type="checkbox"/> problemas sexuales                          |
| <input type="checkbox"/> Sentimientos se hieren fácilmente | <input type="checkbox"/> suda frecuentemente            | <input type="checkbox"/> se siente de mal humor                      |
| <input type="checkbox"/> falta de confianza                | <input type="checkbox"/> mareos                         | <input type="checkbox"/> uso excesivo de medicamentos                |
| <input type="checkbox"/> estreñimiento                     | <input type="checkbox"/> no puede mantener empleo       | <input type="checkbox"/> uso excesivo de drogas                      |
| <input type="checkbox"/> Problemas estomacales             | <input type="checkbox"/> bebiendo excesivamente         | <input type="checkbox"/> problemas con padres                        |
| <input type="checkbox"/> Siempre esta cansado              | <input type="checkbox"/> pesadillas                     | <input type="checkbox"/> peleas y discusiones frecuentes             |
| <input type="checkbox"/> pobre apetito                     | <input type="checkbox"/> se siente tenso                | <input type="checkbox"/> no me gusta mi cuerpo                       |
| <input type="checkbox"/> deprimido                         | <input type="checkbox"/> problemas con niños            | <input type="checkbox"/> lleno de energía                            |
| <input type="checkbox"/> problemas durmiendo               | <input type="checkbox"/> siente pánico                  | <input type="checkbox"/> demasiado de ambicioso                      |
| <input type="checkbox"/> se siente solo                    | <input type="checkbox"/> pobre salud física             | <input type="checkbox"/> excitado fácilmente                         |
| <input type="checkbox"/> Perdida de peso                   | <input type="checkbox"/> tímido con personas            | <input type="checkbox"/> impaciente con la gente                     |
| <input type="checkbox"/> no disfruta de las cosas          | <input type="checkbox"/> problemas con hermanos         | <input type="checkbox"/> comiendo excesivamente                      |
| <input type="checkbox"/> pensamientos de suicidio          | <input type="checkbox"/> nausea o vómitos               | <input type="checkbox"/> muy inquieto                                |
| <input type="checkbox"/> se siente inferior                | <input type="checkbox"/> no puede tomar decisiones      | <input type="checkbox"/> se siente que quiere hacerle daño a alguien |
| <input type="checkbox"/> perdida de apetito sexual         | <input type="checkbox"/> no puede hacer amistades       | <input type="checkbox"/> se siente con romper cosas                  |
| <input type="checkbox"/> dolores de cabeza                 | <input type="checkbox"/> pierde la paciencia fácilmente | <input type="checkbox"/> se siente ansioso                           |
| <input type="checkbox"/> preocupado por la salud           | <input type="checkbox"/> desmayos                       | <input type="checkbox"/> no le gusta estar solo                      |
| <input type="checkbox"/> no se puede concentrar            | <input type="checkbox"/> no se puede relajar            | <input type="checkbox"/> demasiado de sensitivo                      |
| <input type="checkbox"/> no se anima                       | <input type="checkbox"/> se siente con miedo            | <input type="checkbox"/> se siente disgustado                        |
| <input type="checkbox"/> falta de energía                  | <input type="checkbox"/> ha ganado peso                 |  |



## INFORMACIÓN DE PÓLIZA DE SEGURO PRIMARIA DEL ASEGURADO PRINCIPAL:

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

### Información de póliza de seguro secundaria del asegurado principal:

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

\*\* Todas las citas programadas para usted son tiempos reservados para su cuidado. En lo ocasión de tener que cancelar una cita, le pedimos que llame **24 horas antes** (un día antes) de la fecha y hora programada. Si no llegamos a escuchar de usted, entonces habrá un cargo automático de \$50 por no presentarse “No Show” en la fecha de la cita.

\*\* Todos deducibles / copago / dinero adeudado se cobrara en el momento del servicio. Si hay un saldo de más de 3 copagos, su próxima cita no se hará hasta que se ha recibido un pago. \*\*\*\*

### **ENTIENDES Y ACEPTAS LA INFORMACION ANTES MENCIONADA**

FIRMA: \_\_\_\_\_

### **POR FAVOR, INICIALES:**

	Yo reconozco que he leído y comprender todas las instrucciones que preceden y que mi firma abajo indica que está de acuerdo a acatar todas las condiciones anteriores.
	Yo reconozco que he recibido una copia de este folleto de prácticas de privacidad y de forma.
	Yo autorizo a la publicación de cualquier información médica necesaria
	Yo autorizo a recibir pagos directamente a la Oficina de Alexander T. Gimon PhD
	Yo doy mi consentimiento para el intercambio de información de tratamiento entre la Oficina del Dr. Alexander T. Gimon and Associates y cualquier otro personal médico

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_



## **DERECHOS DEL PACIENTE Y DERECHOS DE PRIVACIDAD**

Nuestra política de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar la información protegida sobre salud usted. El anuncio contiene la sección de derechos del paciente describiendo sus derechos bajo la ley. Usted tiene derecho a revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Pueden cambiar los términos de nuestro aviso. Si cambiamos nuestro aviso, podrán obtener una copia revisada por ponerse en contacto con nuestra oficina.

Usted tiene derecho a solicitar que restringir el nivel de protección de salud información acerca de usted se utiliza o divulga para opciones de tratamiento, pago o atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, podremos honrar ese acuerdo.

Al firmar este formulario, usted consiente a utilizar y divulgar la información médica protegida sobre usted para tratamiento, pago y opciones de atención de la salud. Usted tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito firmado por usted: sin embargo, dicha revocación no afectará cualquier revelaciones que hemos hecho en dependencia de su consentimiento previo. La práctica proporciona este formulario para cumplir con la ley de rendición de cuentas de 1996(HIPAA) y Health Insurance Portability. El paciente comprende:

1. Información de salud protegida de uno puede ser divulgada o utilizada para las opciones de tratamiento, pago o atención de la salud.
2. La oficina tiene un aviso de prácticas de privacidad y el paciente tiene la oportunidad de revisar esta notificación.
3. La oficina reserva el derecho de cambiar las políticas de aviso de privacidad.
4. El paciente tiene derecho a restringir el uso de la información sobre la práctica y no tiene que aceptar esas restricciones.
5. El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces dejará de divulgación completa.
6. La oficina podrá condicionar el tratamiento tras la ejecución de este consentimiento.

Firma: \_\_\_\_\_

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

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Associates



## PERMISO PARA DIVULGAR/OBTENER DATOS

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Esta autorización es para \_\_\_\_\_ (solamente una) \_\_\_\_\_ (divulgación continua), válida **por un solo año** después de la fecha de mi signatura que aparece abajo. O el representante o el paciente puede revocar esta autorización en cualquier momento con notificación escrita pero revocación no tiene ningun efecto en acciones antes tomadas.

Autorizo a: **Alexander T. Gimon Ph.D. and Associates**  
10225 Ulmerton Rd. Suite 12B Largo, FL 33771  
Número de teléfono: 727-584-1551  
Número de Fax: 727-581-5107

**Alexander T. Gimon Ph.D. and Associates**  
3115 Citrus Tower Blvd. Clermont, FL 34711  
Número de teléfono: 352-241-8540  
Número de Fax: 727-581-5107

### OBTENER O DIVULGAR (Favor de marcar uno con un círculo)

A / De: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de FAX: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

PARA (DIVULGAR O OBTENER) DATOS MEDICOS GENERALES ASI COMO PSIQUIÁTRICOS / PSYCOLÓGICOS DE MIS DOCUMENTOS MEDICOS DE ACUERDO CON ESTATUTOS DE LA FLORIDA (394,459 (b), 381,181,609(2) (F), 90.503, 458.21,v 396.112, 397.053, 490.32, 90.42 Y LEY DE LA FLORIDA 42 CFR11.

EL DIVULGAR CUALQUIER INFORMACIÓN QUE TRATA DE LA REALIZACIÓN DE CUALQUIER PRUEBA, CONSEJOS Y LOS RESULTADOS Y TRATAMIENTO ES TAMBIÉN AUTORIZADO. ENTIENDO QUE MIS DATOS SON PRIVILEGIADOS Y CONFIDENCIALES. RENUNCIO ESTE ESTADO DE PRIVILEGIO Y CONFIANZA PARA EL FIN CONTENIDO EN ESTA AUTORIZACIÓN.

### INFORMACIÓN SPECIFICA PEDIDA:

- EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICO
- PLAN DE TRATAMIENTO
- EVALUACIÓN PSYCHO SOCIAL
- SUMARIO NARATIVO
- PRUEBAS PSYCOLÓGICAS

- PARTE DE ALTA
- HISTORIA
- REPORTES DE LOS CONSULTOS
- EDUCACIÓN
- OTRA \_\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_

REPRESENTANTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_