

# E H COUNSELING LLC

121 REA AVENUE 2<sup>ND</sup> FL HAWTHORNE, NJ 07506 | 201-523-4048 | EMAIL: ERIKA@EHCOUNSELING.ORG



## BIENVENIDOS

Muchas gracias por elegir E H Counseling LLC. Estamos muy contentos de que nos haya elegido para ayudarlo a través de este proceso y sabemos que es un gran paso. Si desea obtener más información sobre E H Counseling LLC o sobre mí, hay mucha más información en nuestra página web: [www.ehcounseling.org](http://www.ehcounseling.org).

### *Aquí hay algunas razones comunes por las cuales las personas nos contactan:*

- **Evaluaciones de inmigración:** ayudamos brindando a nuestros clientes evaluaciones psicológicas para servicios como Visa U, Exenciones, VAWA, Peticiones, Asilo y más. En la práctica de las evaluaciones de inmigración, nuestra oficina crea una relación de colaboración con su abogado para proporcionar el más alto nivel de atención.
- **Todos los demás:** Brindamos consejería para niños, adolescentes, adultos, y parejas que luchan contra el trauma, la depresión y la ansiedad. Si no está seguro si podemos ayudar, contáctenos.

### *En este paquete, encontrará los siguientes formularios:*

- **Formulario de bienvenida** (*este formulario*)
- **Formulario de consentimiento**
- **Formulario de los costos de tarifa de corte**
- **Formulario de autorización de uso o divulgación de información** (*firme un formulario de divulgación para cada persona con la que desea que colabore durante este proceso. Ej: abogado, miembro de la familia, etc.*)
- **Formulario de información del cliente**

Una vez completado, regrese a nosotros escaneándolo o enviándolo por correo electrónico a [erika@ehcounseling.org](mailto:erika@ehcounseling.org) o dejándolo en nuestra oficina:

**E H Counseling LLC**  
**121 Rea Avenue 2<sup>nd</sup> fl**  
**Hawthorne, NJ 07506**

# E H COUNSELING LLC

121 REA AVENUE 2<sup>ND</sup> FL HAWTHORNE, NJ 07506 | 201-523-4048 | EMAIL: ERIKA@EHCOUNSELING.ORG

## ¿Qué llevar a su primera cita?

- Si es posible, traiga una copia de su declaración legal (puede solicitarla a su abogado)
- Tenga a mano algunas fechas básicas, como: el año en que emigró a los Estados Unidos, Y cualquier otra fecha importante relacionada con el motivo de su solicitud de inmigración.
- Si tiene una copia de un informe policial, también puede ser útil.
- Una identificación con foto válida (licencia de conducir, pasaporte, etc.)
- La tarifa de la evaluación.
- Honestidad sobre sus verdaderos sentimientos y experiencias.
- 

Si tienes algunas preguntas al completar este paquete, no dude en comunicarse al **(201) 523-4048** o por correo electrónico a **erika@ehcounseling.org**.

¡Gracias!

**Erika Hernandez, LCSW**

# E H COUNSELING LLC

121 REA AVENUE 2<sup>ND</sup> FL HAWTHORNE, NJ 07506 | 201-523-4048 | EMAIL: ERIKA@EHCOUNSELING.ORG

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Este documento contiene información importante sobre mis servicios profesionales y políticas comerciales. Léalo detenidamente y haga cualquier pregunta que pueda tener. Su firma en este documento indica que ha leído, entendido y acepta sus disposiciones.

### **Evaluación:**

Las evaluaciones psicológicas implican una evaluación exhaustiva del funcionamiento cognitivo, emocional y social del cliente en un momento determinado. La evaluación se realiza mediante la recopilación de información de antecedentes e información colateral. Los métodos incluyen el uso de entrevistas clínicas y observaciones, y herramientas de medición estandarizadas. El propósito de cualquier evaluación psicológica es proporcionar datos normativos para ayudar a informar un diagnóstico clínico. Existen riesgos y beneficios asociados con las evaluaciones psicológicas. Típicamente, la participación en el proceso de evaluación presenta un bajo riesgo. Sin embargo, algunos pueden sentirse incómodos o nerviosos por ser evaluados. Se hacen esfuerzos para ayudar al cliente a sentirse a gusto, estar informado y desempeñarse honestamente y en su mejor momento. También es importante tener en cuenta que los resultados de la evaluación y los informes escritos se utilizan con la debida sensibilidad y discreción para garantizar que los clientes no se vean afectados negativamente por el uso inapropiado de dicha información. Los beneficios de completar una evaluación psicológica incluyen una imagen detallada de su funcionamiento general que lo ayudará en sus procedimientos legales / de inmigración.

### **Confidencialidad:**

En general, todas las comunicaciones entre un cliente y un profesional de la salud mental son confidenciales (información privilegiada protegida por la ley), y dicha información solo puede divulgarse a otros con su permiso por escrito. Sin embargo, hay algunas excepciones a la confidencialidad, que se enumeran a continuación. En el caso de cualquiera de los siguientes, haré todo lo posible para discutir cualquier divulgación de información confidencial que sea necesaria con usted antes de tomar medidas.

- Amenaza para sí mismo o para otros: si creo que un cliente está amenazando o causando un daño corporal grave a otro (por ejemplo, ideación homicida, abuso infantil, abuso de ancianos), la ley me exige que tome medidas de protección. Esto puede incluir notificar a la víctima potencial, contactar a la policía y otras autoridades apropiadas, o buscar hospitalización para el cliente. Si el cliente amenaza con lastimarse a sí mismo (por ejemplo, ideación suicida), puedo estar obligado a buscar hospitalización para él / ella o contactar a familiares y otras personas que puedan ayudar a brindar protección. Si se produce cualquier situación, la información privilegiada entre un cliente y un profesional

# E H COUNSELING LLC

121 REA AVENUE 2<sup>ND</sup> FL HAWTHORNE, NJ 07506 | 201-523-4048 | EMAIL: ERIKA@EHCOUNSELING.ORG

de salud mental se renuncia en la medida necesaria para ayudar en los esfuerzos de protección.

- Menores: si tiene menos de dieciocho años, tenga en cuenta que a sus padres o tutores se les permite acceder al informe generado en base a esta evaluación. Discutiré esto con usted antes de enviarles el informe.
- Divulgación de información / registros solicitada: a veces se me pide que hable, envíe registros o solicite registros de otros profesionales. En estas ocasiones, se le pedirá que firme un formulario de divulgación de información que me dará permiso para discutir su caso con otros profesionales.
- Comunicaciones con su abogado: se permitirán todas las comunicaciones entre su abogado y yo para garantizar la cooperación en la finalización y presentación de su informe.

## Archivos:

Las leyes y estándares de nuestra profesión requieren que se mantengan archivos. Tiene derecho a recibir una copia de su informe.

## Facturación y pagos

- La tarifa por la evaluación, incluida la evaluación, el informe escrito, la consulta con su abogado y las revisiones basadas en cualquiera de sus recomendaciones, si es necesario, es **\$ 950.00**.
- Esto se paga en efectivo, con tarjeta de crédito o débito.
- Se debe pagar un depósito **no reembolsable** de **\$ 250.00** al momento de reservar la evaluación.
- Se debe hacer otro pago de **\$ 250.00** en la cita inicial. Puede pagar el resto con un plan de pago. Una vez que reciba el pago completo, le enviaré el evaluacion completo a su abogado.
- Puedes pagar con efectivo, tarjeta de crédito o tarjeta de débito.
- Si necesita un traductor, depende de usted traer a alguien que pueda ayudarlo a traducir. Si no tiene a alguien, se recomienda que busque un servicio de traducción profesional. Tenga en cuenta que estos son servicios pagados. Todas las tarifas asociadas con esto serán su responsabilidad.
- Si se solicita que yo vaya a corte para un testimonio, o si se solicita documentación adicional, habrá costos adicionales que se detallan en el " Formulario de los costos de tarifa de corte."

# E H COUNSELING LLC

121 REA AVENUE 2<sup>ND</sup> FL HAWTHORNE, NJ 07506 | 201-523-4048 | EMAIL: ERIKA@EHCOUNSELING.ORG

## Cancelación

- Se bloquean de 2 a 4 horas por cada cita de evaluación. No siempre es posible llenar estos espacios con poca antelación. Debido a esto, existe una póliza de cancelación de 48 horas para las citas de evaluación. Si cancela o reprograma con menos de 48 horas de anticipación o no asiste a su cita programada, no podemos reembolsarle el depósito de \$250.00.

## Comunicaciones electrónicas

- No siempre es posible mantener la seguridad y la confidencialidad sobre las comunicaciones electrónicas. Por lo tanto, se recomienda que dichas comunicaciones se mantengan al mínimo y, cuando sea necesario o apropiado, se utilicen para fines tales como la programación y breves seguimientos. No habrá comunicaciones entre el médico y el cliente a través de los servicios de redes sociales dados los desafíos particulares a la privacidad y confidencialidad. Autorización del cliente Al firmar a continuación, reconozco que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con toda la información en estas páginas.

---

Nombre del cliente

Firme del cliente

Fecha

Si el cliente es menor de edad:

---

Nombre del padre/madre/tutor

Firme

Fecha

# E H COUNSELING LLC

121 REA AVENUE 2<sup>ND</sup> FL HAWTHORNE, NJ 07506 | 201-523-4048 | EMAIL: ERIKA@EHCOUNSELING.ORG

## FORMULARIO DE LOS COSTOS DE TARIFA DE CORTE

El propósito de este documento es explicar los costos asociados con cartas, testimonios y comparecencias en la corte. Para los clientes involucrados en el sistema legal (es decir, situaciones de consejería, testificación, audiencias o custodia ordenadas por la corte), es su responsabilidad informar a Erika Hernández, LCSW.

Los clientes deben revisar y firmar este formulario. Tenga en cuenta que el testimonio de Erika Hernández y / o la comparecencia en la corte pueden no ser únicamente a su favor o interés superior. Erika Hernández solo puede dar testimonio de los hechos y brindar opiniones profesionales. El cliente, los padres y los tutores deben tener en cuenta que la efectividad del asesoramiento o una evaluación se basa en la confianza, la honestidad y la voluntad de ser abiertos en un lugar seguro. La participación del sistema legal interfiere con el proceso de tratamiento y puede presentar riesgos psicológicos significativos. Por lo tanto, se desaconseja a los clientes que Erika Hernández divulgue información confidencial sobre la sesión o testifique en su nombre.

### Costos de corte:

- Cartas a un tercero: **\$ 125.00**
- Presentación de un documento ante el corte: **\$ 125.00**
- Tiempo de preparación (incluida la presentación de registros): **\$ 125.00 por hora**
- Llamadas telefónicas (se facturarán en incrementos de 15 minutos): **\$ 125.00 por hora**
- Depositiones / testimonio: **\$ 300.00 por hora**
- Millaje: **\$ 0.40 / milla**
- Todos los costos de abogados incurridos por el terapeuta como resultado de la acción legal.

El cargo mínimo para una comparecencia ante el tribunal: **\$ 1500 se debe por adelantado**

Si se me exige que testifique en la corte, ya sea por teléfono o en persona, habrá un cargo adicional de **\$ 300 por hora por mi testimonio**.

También puedo cobrar los gastos de viaje (tanto el kilometraje como el tiempo dedicado) necesarios para el testimonio. Si este es el caso, discutiremos la cantidad antes de mi viaje. Si se recibe una citación o notificación para reunirse con el / los abogado (s) sin un aviso mínimo de 48 horas, habrá un cargo "express" adicional de **\$ 250**.

Además, si el caso se reinicia con menos de 72 horas hábiles de aviso, se le cobrará al cliente **\$500** (además del anticipo de \$ 1500). Esto no es reembolsable, independientemente de las

# E H COUNSELING LLC

121 REA AVENUE 2<sup>ND</sup> FL HAWTHORNE, NJ 07506 | 201-523-4048 | EMAIL: ERIKA@EHCOUNSELING.ORG

circunstancias. Se aplicarán tarifas adicionales si se requiere que Erika Hernández, LCSW asista a días adicionales en la corte.

Si debo reunirme con usted en detención o en una instalación que no sea mi oficina, se le cobrará el millaje a una tasa de .40 centavos por milla. Dependiendo de la duración del viaje, también se le puede cobrar una tarifa por hora por el tiempo que me lleve viajar a ese lugar. Si este es el caso, discutiremos la cantidad antes de mi viaje.

---

Nombre de la persona responsable

Fecha

---

Firme de la persona responsable

Fecha

---

Firme de la terapeuta

Fecha

# E H COUNSELING LLC

121 REA AVENUE 2<sup>ND</sup> FL HAWTHORNE, NJ 07506 | 201-523-4048 | EMAIL: ERIKA@EHCOUNSELING.ORG

## Formulario de Autorización de Uso o Divulgación de Información

Autorizo el nombre de persona / entidad: Erika Hernandez, LCSW/ E H Counseling LLC

Dirección: 121 Rea Avenue Hawthorne 2<sup>ND</sup> fl , NJ 07506

Número de Teléfono: (201)-523-4048

para divulgar información y archivos de para:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

La información se divulgará a las siguientes personas/entidad:

Nombre de persona / entidad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

El propósito del uso o divulgación es: Colaboración para la Evaluación Psicológica de la Inmigración

La información que se utilizará o divulgará incluye:

Información / diagnóstico de salud mental

Información de admisión

Comunicación colateral

Archivos médicos

Otro: \_\_\_\_\_

1. **Expiración:** Entiendo que a menos que revoque esta autorización, no expira.

2. **Re-divulgación:** entiendo que la información utilizada o divulgada de acuerdo con esta autorización ya no puede ser protegido por la ley federal, y podría ser utilizado o redescubierto por la parte receptora.

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firme de cliente- 14 años o más)

\_\_\_\_\_  
(Escribe Nombre)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Padres/Guardian)

\_\_\_\_\_  
(Escribe Nombre)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firme de Terapeuta)

\_\_\_\_\_  
(Escribe Nombre)

# E H COUNSELING LLC

121 REA AVENUE 2<sup>ND</sup> FL HAWTHORNE, NJ 07506 | 201-523-4048 | EMAIL: ERIKA@EHCOUNSELING.ORG

## FORMULARIO INFORMACION DEL CLIENTE

Primer Name \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Primer visita: \_\_\_\_\_  
Apellido: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
Correo electronico \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje de texto / correo electrónico para recordatorios de citas?  Si  No

¿Podemos dejar un mensaje de voz?  Si  No

¿Podemos enviarte correo electrónicos?  Si  No

¿Quien lo refirió? \_\_\_\_\_

## CONTACTO DE EMERGENCIA

*Según el código ético de la práctica, nos comunicaremos con el guardian legal y / o el contacto de emergencia si el paciente o otra persona esta en peligro. Se requiere que los padres / guardian legales permanezcan en la propiedad durante cada sesión para menores.*

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
Relacion con cliente \_\_\_\_\_ Numero de Contact \_\_\_\_\_

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
Relacion con cliente \_\_\_\_\_ Numero de Contact \_\_\_\_\_

# E H COUNSELING LLC

121 REA AVENUE 2<sup>ND</sup> FL HAWTHORNE, NJ 07506 | 201-523-4048 | EMAIL: ERIKA@EHCOUNSELING.ORG

## EDUCACION

Nivel de educacion:

- Ningun  Escuela Primaria  Escuela Intermedia  Escuela Secundaria  GED  
 Entrenamiento Vocacional  Alguna Educacion Superior  Titulo Universitario

## ETNIA

- Hispanio/a  Multirracial  Otro: \_\_\_\_\_

## ORIENTACION SEXUAL

- Lesbiana  Gay  Bisexual  Transgenero  Otro  Heterosexual

## CLIENT HISTORY

*Las siguientes preguntas son para recopilar información inicial para ahorrar tiempo para su primera sesión. No dude en saltar las preguntas que no se aplican a su situación o que no se siente cómodo respondiendo. Tenga en cuenta que cuanto más información proporcione, mejor entenderá su consejera su situación. Podrá discutir preguntas con más detalle durante su (s) sesión (es). Gracias.*

**Preocupacion principal:**

## SINTOMAS

<input type="checkbox"/> Pobre Concentracion	<input type="checkbox"/> Impulsivo	<input type="checkbox"/> Pensamientos Negativos	<input type="checkbox"/> Agresivo/a
<input type="checkbox"/> Enojado/a	<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/> Pensamientos Recurrentos	<input type="checkbox"/> Sentimientos Inferiores
<input type="checkbox"/> Anti-Social	<input type="checkbox"/> Enfermo a Medudo	<input type="checkbox"/> Arrepentido/a	<input type="checkbox"/> Solitario/a
<input type="checkbox"/> Ansioso/a	<input type="checkbox"/> Preupecado/a	<input type="checkbox"/> Adiccion Sexual	<input type="checkbox"/> Imagen Negativo del Cuelpo
<input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/> Inquieto/a	<input type="checkbox"/> Addiction del Web	<input type="checkbox"/> No Atractivo

# E H COUNSELING LLC

121 REA AVENUE 2<sup>ND</sup> FL HAWTHORNE, NJ 07506 | 201-523-4048 | EMAIL: ERIKA@EHCOUNSELING.ORG

<input type="checkbox"/> Inferior	<input type="checkbox"/> Culpable	<input type="checkbox"/> Drogadiccion	<input type="checkbox"/> Dificultades Sexual
<input type="checkbox"/> Incompetente	<input type="checkbox"/> Cansado/a	<input type="checkbox"/> Addicion al Alcohol	<input type="checkbox"/> Vacio/a
<input type="checkbox"/> Dependencia del Alcohol	<input type="checkbox"/> Odioso/a	<input type="checkbox"/> Problemas Para Dormir	<input type="checkbox"/> Irritable
<input type="checkbox"/> Evitar a las Personas		<input type="checkbox"/> Otros Adicciones	

**Si tienes sintomas no mencionado arriba, explica:**

**¿Cuáles son sus objetivos de evaluación (cosas que le gustaría lograr o cambiar)?**

**¿Cuales son las influencias positive en su vida?:**

## HISTORIA MEDICO

**¿As recibido consejeria en el pasado?**       Si    No

¿Con quien, proposito, y cuando etc.):

**Historia de consejeria en su familia?**       Si    No

¿Con quien, proposito, y cuando etc.):

# E H COUNSELING LLC

121 REA AVENUE 2<sup>ND</sup> FL HAWTHORNE, NJ 07506 | 201-523-4048 | EMAIL: ERIKA@EHCOUNSELING.ORG

¿Estás bajo el cuidado de un psiquiatra?  Si  No

Detalles?

Nombre del Doctor:

Dirección:

Teléfono:

¿Estas tomando medicamento?  Si  No

Medicamento	Dosis	Fecha de Inicio	¿Quién Precribe?	Proposito de medicacion

**Cualquier otra cosas debemos saber sobre sus medicamentos (efectos secundarios, otros suplementos, etc.)**

Explique:

¿Alguna vez has intentado suicidarte o tienes un plan para hacerte daño?  Si  No

Explique:

# E H COUNSELING LLC

121 REA AVENUE 2<sup>ND</sup> FL HAWTHORNE, NJ 07506 | 201-523-4048 | EMAIL: ERIKA@EHCOUNSELING.ORG

¿Pensamientos / sentimientos / ideas actuales de querer lastimarse físicamente?  Si  No

Explique:

¿Tratamiento previo por abuso de alcohol / drogas?  Si  No

¿Alguna vez has experimentado alguna de las siguientes formas de abuso?

Verbal       Emocional       Sexual       Otro

Explique:

¿Tiene un diagnóstico previo (formal) de un profesional de salud mental?  Si  No

Explique:

## LEGAL

¿Está involucrado en algún caso legal activo (tráfico, civil, delincente)?  Yes  No

Explique:

# E H COUNSELING LLC

121 REA AVENUE 2<sup>ND</sup> FL HAWTHORNE, NJ 07506 | 201-523-4048 | EMAIL: ERIKA@EHCOUNSELING.ORG

Toda la información anterior es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

---

Firme

Fecha

