

# Formulário de admissão - Cognifique Psicoterapia

## Patient Information

Nome \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Nome preferido \_\_\_\_\_

Gênero  Masculino  Feminino

*(se diferente do acima)*

Endereço \_\_\_\_\_

*(endereço postal completo)*

Idioma principal usado para comunicação  Português  Inglês  Outro \_\_\_\_\_

Médico de atenção primária: \_\_\_\_\_

Número de telefone do médico: \_\_\_\_\_

Preocupação primária que motivou esta avaliação/tratamento \_\_\_\_\_

Alguém o recomendou a Cognifique? \_\_\_\_\_

Educação

Estudante em tempo integral

Estudante de meio período

Nível mais alto de educação alcançado: \_\_\_\_\_

Emprego

Tempo integral em \_\_\_\_\_

Meio período em \_\_\_\_\_

Atualmente desempregado

Estado civil

Solteiro/nunca casado

Casado

Separado/Divorciado

Viúva

## Meios de contato

É permitido deixar mensagens de texto e voz sobre seu compromissos:

Casa \_\_\_\_\_

Sim  Não

Celular \_\_\_\_\_

Sim  Não

Trabalho \_\_\_\_\_

Sim  Não

E-mail \_\_\_\_\_

Sim  Não

**Portal do Paciente** Concede a você acesso online gratuito para agendar ou alterar suas futuras consultas em

nosso consultório. Gostaria de receber um convite para o nosso Portal do Paciente?  Sim  Não

E-mail preferido \_\_\_\_\_

## Informações sobre plano de saúde

Companhia de seguros \_\_\_\_\_ Apólice Número \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_

Nome completo do segurado \_\_\_\_\_

Data de Nascimento do Segurado \_\_\_\_\_ Empregador *(se segurado por um empregador)* \_\_\_\_\_

## Contato de emergência

Nome \_\_\_\_\_

Relação com o cliente \_\_\_\_\_

Telefone residencial \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Telefone comercial \_\_\_\_\_

**Medicamentos atuais** (*liste os nomes dos medicamentos e dosagens*)

---

---

---

**Histórico de tratamento relevante** (*incluir datas de tratamento psiquiátrico/psicológico, hospitalizações psiquiátricas, etc.*)

---

---

---

---

**Histórico médico relevante** (*incluir doenças crônicas/graves, hospitalizações médicas, cirurgias, ferimentos na cabeça, etc.*)

---

---

---

---

**Pessoas que vivem na casa** (*não incluindo o cliente*)

Nome	Idade	Relacionamento com o cliente			
		<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Padrasto	<input type="checkbox"/> Irmão
		<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Criança	<input type="checkbox"/> Outro: _____	
		<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Padrasto	<input type="checkbox"/> Irmão
		<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Criança	<input type="checkbox"/> Outro: _____	
		<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Padrasto	<input type="checkbox"/> Irmão
		<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Criança	<input type="checkbox"/> Outro: _____	
		<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Padrasto	<input type="checkbox"/> Irmão
		<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Criança	<input type="checkbox"/> Outro: _____	
		<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Padrasto	<input type="checkbox"/> Irmão
		<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Criança	<input type="checkbox"/> Outro: _____	

**Para clientes crianças/adolescentes:**

O cliente mora com ambos os pais?  Sim  Não

Se não, qual é o acordo de custódia? \_\_\_\_\_

---

Por favor, liste o endereço de qualquer pai/responsável que não more no mesmo endereço que o cliente:

Nome \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

# Lista de verificação de sintomas

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

MARQUE quantos dos seguintes itens se aplicam a você. Você tem problemas com:

<p><b>PROBLEMAS DE SONO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Dificuldade para adormecer</li><li><input type="checkbox"/> Acordar cedo de manhã</li><li><input type="checkbox"/> Acordar durante a noite</li><li><input type="checkbox"/> Sente-se cansado ao acordar</li><li><input type="checkbox"/> Aumento dos sonhos</li><li><input type="checkbox"/> Sonhos desagradáveis</li><li><input type="checkbox"/> Sono excessivo</li></ul> <p><b>ALTERAÇÕES EM:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Peso _____ quilos. Ganho ou perda? _____</li><li><input type="checkbox"/> Saúde</li><li><input type="checkbox"/> Interesse sexual</li><li><input type="checkbox"/> Desempenho sexual</li><li><input type="checkbox"/> Apetite</li><li><input type="checkbox"/> Nível de energia</li></ul> <p><b>SENTIMENTOS DE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Ansiedade</li><li><input type="checkbox"/> Cansaço</li><li><input type="checkbox"/> Tédio</li><li><input type="checkbox"/> Falta de interesse</li><li><input type="checkbox"/> Tristeza</li><li><input type="checkbox"/> Depressão</li><li><input type="checkbox"/> Desespero</li><li><input type="checkbox"/> Inutilidade</li><li><input type="checkbox"/> Desamparo</li><li><input type="checkbox"/> Vazio</li><li><input type="checkbox"/> Raiva</li><li><input type="checkbox"/> Tensão</li><li><input type="checkbox"/> Solidão</li><li><input type="checkbox"/> Culpa</li><li><input type="checkbox"/> Desesperança</li></ul> <p><b>PENSAMENTOS DE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Fazendo mal a si mesmo</li><li><input type="checkbox"/> Prejudicar os outros</li></ul> <p><b>VOCÊ TEM ALERGIAS?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Não</li><li><input type="checkbox"/> Sim _____</li></ul>	<p><b>HISTÓRIA RECENTE DE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Náuseas/vômitos</li><li><input type="checkbox"/> Diarréia</li><li><input type="checkbox"/> Febre/calafrios</li><li><input type="checkbox"/> Suor excessivo</li><li><input type="checkbox"/> Dor no peito</li><li><input type="checkbox"/> Tontura</li><li><input type="checkbox"/> Dores de cabeça</li><li><input type="checkbox"/> Tremores</li><li><input type="checkbox"/> Dor lombar</li><li><input type="checkbox"/> Boca seca</li><li><input type="checkbox"/> Falta de ar</li><li><input type="checkbox"/> Palpitações</li><li><input type="checkbox"/> Respiração rápida</li><li><input type="checkbox"/> Ferimento na cabeça</li><li><input type="checkbox"/> Perda de consciência</li><li><input type="checkbox"/> Perda de memória</li><li><input type="checkbox"/> Confusão mental</li><li><input type="checkbox"/> Convulsão</li><li><input type="checkbox"/> Sangramento</li><li><input type="checkbox"/> Articulações inchadas</li><li><input type="checkbox"/> Dormência, formigamento</li><li><input type="checkbox"/> Paralisia</li><li><input type="checkbox"/> Flashbacks</li><li><input type="checkbox"/> Apagões</li></ul> <p><b>DIFICULDADE COM:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Capacidade de atenção curta</li><li><input type="checkbox"/> Descuido ou trabalho desleixado</li><li><input type="checkbox"/> Ouvir quando lhe falam</li><li><input type="checkbox"/> Seguir instruções</li><li><input type="checkbox"/> Organizar tarefas ou atividades</li><li><input type="checkbox"/> Evitar trabalhos de casa ou papelada</li><li><input type="checkbox"/> Perder coisas em casa ou na escola</li><li><input type="checkbox"/> Esquecer nas atividades diárias</li><li><input type="checkbox"/> Se mexer ou se remexer no assento</li><li><input type="checkbox"/> Sentar quieto</li><li><input type="checkbox"/> Inquietação ou hiperatividade</li><li><input type="checkbox"/> Brincar silenciosamente</li><li><input type="checkbox"/> Falar excessivamente</li><li><input type="checkbox"/> Falar fora de hora</li><li><input type="checkbox"/> Esperar pelos outros</li><li><input type="checkbox"/> Interromper ou intrometer-se nos outros</li></ul>	<p><b>CONFLITO COM:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Cônjuge</li><li><input type="checkbox"/> Membro da família</li><li><input type="checkbox"/> Outro ente querido</li></ul> <p><b>PROBLEMAS COM:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Discussões excessivas</li><li><input type="checkbox"/> Mentira</li><li><input type="checkbox"/> Roubo</li><li><input type="checkbox"/> Perda da paciência</li><li><input type="checkbox"/> Evitar pessoas</li><li><input type="checkbox"/> Gastos/finanças</li><li><input type="checkbox"/> Comportamento sexual</li><li><input type="checkbox"/> Problemas com jogo</li><li><input type="checkbox"/> Comida</li><li><input type="checkbox"/> Violência</li><li><input type="checkbox"/> Aumento do consumo de álcool</li><li><input type="checkbox"/> Abuso de substâncias</li><li><input type="checkbox"/> Destruição de coisas</li></ul> <p><b>MEDO DE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Perda de controle</li><li><input type="checkbox"/> Morte</li><li><input type="checkbox"/> Estar sozinho</li><li><input type="checkbox"/> Lugares/situações</li><li><input type="checkbox"/> Objetos ou animais</li><li><input type="checkbox"/> Câncer</li><li><input type="checkbox"/> AIDS</li><li><input type="checkbox"/> Estar possuído</li><li><input type="checkbox"/> Ser louco</li></ul> <p><b>EXPERIÊNCIA DE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Sonhos vívidos</li><li><input type="checkbox"/> Pesadelos</li><li><input type="checkbox"/> Ouvindo vozes</li><li><input type="checkbox"/> Vendo visões</li><li><input type="checkbox"/> Estar fora do corpo</li></ul>
---	---	--

# Contrato de Serviços Ambulatoriais

Bem-vindo à Cognifique Psicoterapia. Este documento contém informações importantes sobre meus serviços profissionais e políticas comerciais. Leia-o atentamente e anote quaisquer dúvidas que você possa ter para que possamos discuti-las. Ao assinar este documento, ele representará um acordo entre nós.

**Por favor, coloque suas iniciais em cada seção para indicar que você leu e concorda com cada parte.**

## SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

**Entrevista Diagnóstica:** Uma entrevista diagnóstica será realizada durante sua primeira consulta. Trata-se de uma avaliação para determinar o diagnóstico e a compatibilidade cliente-terapeuta. Esta sessão terá duração de até uma hora e incluirá recomendações de tratamento.

**Psicoterapia:** A psicoterapia não é facilmente descrita em termos gerais. Ela varia de acordo com a personalidade do terapeuta e do paciente, e com os problemas específicos que você deseja abordar. Existem muitos métodos diferentes que posso usar para lidar com esses problemas. A psicoterapia não é como uma consulta médica. Em vez disso, exige um esforço muito ativo da sua parte. Para que a terapia seja mais bem-sucedida, você terá que trabalhar os assuntos que conversamos durante as sessões, por conta própria, e também fora delas.

A psicoterapia pode ter benefícios e riscos. Como a terapia frequentemente envolve a discussão de aspectos desagradáveis da sua vida, você pode experimentar sentimentos desconfortáveis como tristeza, culpa, raiva, frustração, solidão e desamparo. Por outro lado, a psicoterapia também demonstrou trazer benefícios para pessoas que a vivenciam. A terapia frequentemente leva a relacionamentos melhores, soluções para problemas específicos e reduções significativas nos sentimentos de angústia. No entanto, não há garantias quanto ao que você experimentará.

A terapia pode envolver um grande comprometimento de tempo, dinheiro e energia, portanto, você deve ser muito cuidadoso com o terapeuta que escolher. Normalmente, agendo uma sessão de 55 minutos (uma hora de sessão com duração aproximada de 55 minutos) a cada uma ou duas semanas, em um horário combinado. Se você tiver dúvidas sobre meus procedimentos ou achar que não sou o terapeuta certo para você, devemos discutir essas preocupações sempre que surgirem. Se suas dúvidas persistirem, terei prazer em ajudá-lo a marcar uma consulta com outro profissional de saúde mental para uma segunda opinião ou encaminhamento.

## HONORÁRIOS PROFISSIONAIS

O valor da consulta é de R\$220,00 por sessão, sendo entrevista e psicoterapia. Além da consulta agendada, para outros serviços profissionais que você possa precisar, o valor é de R\$220,00 por hora, embora eu possa ratear o custo por hora se eu trabalhar por períodos inferiores a uma hora. Outros serviços profissionais incluem a elaboração de relatórios, conversas telefônicas com duração superior a 15 minutos, comparecimento a reuniões com outros profissionais que você autorizou, preparação de resumos de tratamento e o tempo gasto na execução de qualquer outro serviço que você solicitar.

Se você se envolver em processos legais que exijam minha participação, será esperado que você pague por qualquer tempo profissional que eu dedicar ao seu assunto jurídico, mesmo que a solicitação venha de outra parte.

## **TAXAS DE CANCELAMENTO TARDIO E AUSÊNCIA**

Após o agendamento da consulta, espera-se que você compareça, a menos que avise o cancelamento com pelo menos 24 horas de antecedência. Embora um lembrete pelo Whatsapp seja oferecido gratuitamente, você mantém a responsabilidade de acompanhar seus compromissos agendados, independentemente do recebimento ou não desses lembretes. Cancelamentos tardios (com menos de 24 horas de antecedência) serão cobrados R\$100,00. Não comparecimentos serão cobrados de maneira total (R\$220,00). Essas cobranças serão processadas no cadastro no momento do agendamento perdido. Os serviços podem ser encerrados devido a cancelamentos tardios excessivos e/ou não comparecimentos. Normalmente, três ou mais cancelamentos tardios/não comparecimentos em um período de 6 meses são considerados excessivos.

## **FATURAMENTO E PAGAMENTOS**

**O pagamento integral deverá ser feito no momento da prestação dos serviços.** Aceito as seguintes formas de pagamento: dinheiro, cheque, depósito em conta ou pix. O pagamento deve ser feito antes das sessões.

Se sua conta não for paga por mais de 90 dias, os serviços poderão ser suspensos e temos a opção de usar outros meios legais para garantir o pagamento. Isso pode envolver a contratação de uma agência de cobrança ou recorrer a um juizado de pequenas causas. Se tal ação legal for necessária, seus custos serão incluídos na reclamação. Na maioria dos casos de cobrança, as únicas informações que divulgaremos sobre o tratamento do paciente são o nome, as datas, os horários e a natureza dos serviços prestados, além do valor devido.

## **TÉRMINO DO TRATAMENTO**

Ao longo do tratamento, avaliaremos periodicamente o progresso em direção aos seus objetivos. Se houver consenso mútuo de que houve progresso satisfatório em relação a esses objetivos, discutiremos o encerramento do tratamento. Essa discussão incluirá estratégias de prevenção de recaídas, bem como a possibilidade de sessões de tratamento de "reforço" periódicas, se apropriado.

O tratamento também poderá ser encerrado se uma consulta for cancelada ou perdida e o consultório não for contatado em até 30 dias após o cancelamento/perda para remarcação. Nesse momento, presumir-se-á que você não está mais buscando atendimento e sua terapia será descontinuada. Após 30 dias, clientes inativos podem verificar a disponibilidade do terapeuta, mas não há garantia de atendimento após esse período.

## **ENTRANDO EM CONTATO**

Muitas vezes, não estou imediatamente disponível por telefone. Embora eu geralmente esteja em meu consultório entre 10h e 17h, de segunda a quinta-feira, não atendo o telefone quando estou com um paciente. Quando não estou disponível, um áudio no Whatsapp é a melhor maneira, pois verifico periodicamente ao longo do dia. Farei todos os esforços para retornar sua ligação em até 24 horas (com exceção de sextas-feiras, fins de semana e feriados). Se for difícil contatá-lo, informe-me sobre os horários em que estará disponível. Se for urgente, deixe isso claro na mensagem e retornarei a ligação o mais breve possível. Em caso de emergência, entre em contato com os serviços de emergência pelo número 192 ou vá ao pronto-socorro mais próximo.

## **COMUNICAÇÃO ELETRÔNICA**

Utilizo comunicação por e-mail e mensagens de texto somente com sua permissão e apenas para fins administrativos, a menos que tenhamos feito outro acordo. Isso significa que as trocas de e-mail e mensagens de texto com meu consultório devem se limitar a coisas como agendamento e alteração de consultas, questões de cobrança e outras questões relacionadas. Recomendo que você não me envie e-mails sobre questões clínicas, pois o e-mail não é uma forma segura de contato. Se precisar discutir um assunto clínico comigo, sinta-se à vontade para me ligar para que possamos discuti-lo por telefone ou aguardar para que possamos discuti-lo na

nossa próxima sessão. O contexto telefônico ou presencial é muito mais seguro como meio de comunicação. Se você optar por me enviar e-mails sobre informações clínicas, entenda que a confidencialidade não pode ser garantida. Quaisquer consultas por telefone que durem mais de 15 minutos serão cobradas como uma taxa de desembolso.

Não entro em contato com nenhum dos meus clientes pelas redes sociais. Além disso, se eu descobrir que estabeleci acidentalmente um relacionamento online com você, interromperei esse relacionamento, pois esses tipos de contatos sociais casuais podem comprometer o relacionamento profissional.

A Cognifique Psicoterapia possui um site, Instagram e página no Facebook de livre acesso. Eles são usados por motivos profissionais para fornecer informações sobre a clínica a outras pessoas. Você pode acessar e revisar as informações e, caso tenha dúvidas, podemos discuti-las durante as sessões de terapi

## CONFIDENCIALIDADE

Em geral, a privacidade de todas as comunicações entre um paciente e um terapeuta é protegida por lei, e só posso divulgar informações sobre o nosso trabalho a terceiros com a sua autorização por escrito. Há algumas exceções:

Em muitos processos judiciais, você tem o direito de me impedir de fornecer qualquer informação sobre o seu tratamento. Em alguns processos judiciais, um juiz pode ordenar meu depoimento se determinar que as questões o exigem, e eu devo cumprir essa ordem judicial.

Existem algumas situações em que sou legalmente obrigado a tomar medidas para proteger outras pessoas de danos, mesmo que tenha que revelar algumas informações sobre o tratamento de um paciente. Por exemplo, se eu acreditar que uma criança está sendo ou foi abusada, devo fazer uma denúncia à agência competente e posso quebrar a confidencialidade para fazê-lo.

Se eu acreditar que um paciente está ameaçando causar danos corporais graves a outra pessoa, posso ser obrigado a tomar medidas protetivas. Essas medidas podem incluir notificar a potencial vítima, contatar a polícia ou solicitar hospitalização para o paciente. Se um paciente apresentar risco grave de danos a si mesmo, posso ser obrigado a solicitar hospitalização para ele ou a contatar familiares ou outras pessoas que possam ajudar a fornecer proteção.

Ocasionalmente, posso achar útil consultar outros profissionais sobre um caso. Durante a consulta, faço todos os esforços para evitar revelar a identidade do meu paciente. O consultor também é legalmente obrigado a manter as informações confidenciais. Não lhe contarei sobre essas consultas, a menos que acredite que sejam importantes para o nosso trabalho.

Embora este resumo escrito de exceções à confidencialidade tenha como objetivo informá-lo sobre possíveis problemas que possam surgir, é importante que discutamos quaisquer dúvidas ou preocupações que você possa ter em nossa próxima sessão. Caso necessite de esclarecimentos específicos que eu não possa fornecer, poderá ser necessária assessoria jurídica formal, visto que as leis que regem a confidencialidade são bastante complexas e eu não sou advogado.

**Tratamento de menores:** Os limites de confidencialidade descritos acima também se aplicam ao tratamento de menores. No caso de menores, informações específicas sobre o tratamento também podem ser mantidas em sigilo dos pais/responsáveis. No entanto, se houver informações divulgadas que indiquem que um menor está se envolvendo em comportamento que, na minha opinião profissional, coloca a si mesmo ou a outras pessoas em risco de danos graves, isso será divulgado ao pai/responsável.

**Sua assinatura abaixo indica que você leu as informações neste documento e concorda em cumprir seus termos. Se você não rubricar um componente deste contrato ou optar por não assinar abaixo, entenda que isso anulará o contrato e os serviços não serão prestados.**

ASSINATURA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

Relacionamento com o cliente \_\_\_\_\_ *(se diferente do cliente, pai, responsável legal)*

## Cognifique Psicoterapia

### Autorização para divulgação de informações de saúde

Autorizo, por meio deste, o uso e a divulgação de qualquer informação de saúde protegida, conforme estabelecido abaixo.

Entendo que posso revogar esta autorização a qualquer momento, mediante notificação ao meu provedor por escrito. Em caso de revogação desta autorização, a revogação não afetará nenhuma ação tomada pelo provedor com base nesta autorização.

Entendo que o fornecimento de tratamento ou assistência médica pode não estar condicionado ao fornecimento desta autorização.

Entendo que existe a possibilidade de que as informações de saúde protegidas divulgadas de acordo com esta autorização sejam divulgadas novamente pelo destinatário e que as informações de saúde protegidas não serão mais protegidas pelos regulamentos federais de privacidade.

Lembrando que a divulgação de informações se dá mediante pedido do cliente.

**Ao assinar abaixo, autorizo Caroline Dalmina de Almeida e Cognifique Psicoterapia (e/ou equipe administrativa, se aplicável) a trocar (receber e liberar) informações confidenciais sobre meu tratamento/serviços de saúde (incluindo serviços de saúde mental) com as pessoas/agências listadas abaixo:**

Companhia de seguros (obrigatório se usar seguro para pagar por serviços) \_\_\_\_\_

Prestador de cuidados primários \_\_\_\_\_

Prestador de serviços especializado (por exemplo, psiquiatra, nutricionista, etc.) \_\_\_\_\_

Prestador de serviços especializado (por exemplo, psiquiatra, nutricionista, etc.) \_\_\_\_\_

Escola / Distrito Escolar \_\_\_\_\_

Membro da família \_\_\_\_\_ Outro \_\_\_\_\_

A divulgação será feita para fins de coordenação de cuidados e/ou acesso a benefícios de seguro.

Nome do cliente (*impresso*) \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Data de hoje \_\_\_\_\_ Relacionamento com o cliente \_\_\_\_\_ (*se diferente do cliente, por exemplo, pai*)

Testemunha \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

