

**FORMATO DE INFORMACION DEL PACIENTE – ADOLESCENTE**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Información del/la menor:**

Nombre del/la menor: \_\_\_\_\_  
Primer nombre                      Segundo Nombre                      Apellido

Dirección de Residencia: \_\_\_\_\_

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

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

Orientación Sexual e Identidad de Género: Heterosexual\_\_ Lesbiana\_\_ Gay\_\_ Bi-sexual\_\_

Transgénero\_\_ asexual\_\_ Cuestionando\_\_ Otro\_\_

Identidad racial/étnica:

Africano-Americano/Africano/negro \_\_\_\_                      Hispano/latino/Latinoamericano\_\_  
 Multirracial o mixto\_\_                      Nativo de Alaska, o Indio Americano\_\_  
 Del medio oriente/americano-del medio oriente\_\_                      Blanco/europeo-americano\_\_  
 Asiático/asiático-americano/asiático isleño del pacifico\_\_                      Otro: \_\_\_\_\_

¿Quién tiene la custodia legal del/la menor?: \_\_\_\_\_

Estado legal del menor: Hijo(a) biológico(a)\_\_ Adoptado \_\_ Adoptado temporalmente \_\_\_\_

Si el/la menor es adoptado ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**Nombre de la madre o custodio legal del/la menor:**

\_\_\_\_\_  
Primer nombre                      Segundo Nombre                      Apellido

Relación con el/la menor: \_\_\_\_\_

Dirección de la casa: Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Numero del Celular: \_\_\_\_\_ Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Cuando lo llamemos seremos discretos, pero por favor indique alguna restricción que debamos considerar cuando lo contactemos por teléfono: \_\_\_\_\_

Por favor, marque sus iniciales \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: Soltero/ casado/ divorciado/ otro

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

**Nombre del padre o segundo cuidador del/la menor:**

\_\_\_\_\_  
Primer nombre      Segundo Nombre      Apellido

Relación con el/la menor: \_\_\_\_\_

Dirección de la casa: Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Número del Celular: \_\_\_\_\_ Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Cuando lo llamemos seremos discretos, pero por favor indique alguna restricción que debamos considerar cuando lo contactemos por teléfono:

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

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: Soltero/ casado/ divorciado/ otro

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

¿Existe algún acuerdo legal o judicial por la custodia del/la menor?

Si este es el caso, ¿le ha suministrado una copia del acuerdo de custodia al PCC (Psychology & Counseling Center)

¿Quién tiene la última palabra en las decisiones médicas del/la menor?: \_\_\_\_\_

Quien lo remitió a nuestra clínica: \_\_\_\_\_

Nos daría permiso de agradecer a esta persona por remitirlo: Si \_\_ No\_\_

Si fue remitido por otro profesional de salud, le gustaría que haya comunicación entre nosotros:

Si \_\_ No\_\_

Por favor, marque sus iniciales \_\_\_\_\_

Persona de contacto en caso de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Solo contactaremos a esta persona si creemos que es una emergencia de vida o muerte. Por favor firme en este espacio para autorizar el contacto a esta persona en caso de emergencia (su firma):

\_\_\_\_\_

**Información del seguro de salud**

Seguro principal: \_\_\_\_\_

Numero de Póliza: \_\_\_\_\_ Numero de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado(a): Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado(a): \_\_\_\_\_ # de Seguro Social del asegurado(a): \_\_\_\_\_

Relación del asegurado(a) con el cliente: \_\_\_\_\_

Persona o parte responsable del seguro: \_\_\_\_\_

Seguro secundario: \_\_\_\_\_

Numero de Póliza: \_\_\_\_\_ Numero de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado(a): Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado(a): \_\_\_\_\_ # de Seguro Social del asegurado(a): \_\_\_\_\_

Relación del asegurado(a) con el cliente: \_\_\_\_\_

Persona o parte responsable: \_\_\_\_\_

Por favor, describa brevemente el motivo de su consulta y los problemas del/la menor:

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

¿Cuáles son los objetivos del tratamiento del/la menor?

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

Por favor, marque sus iniciales \_\_\_\_\_

¿Según sus expectativas, cuanto tiempo cree que será la duración de la terapia para alcanzar sus objetivos y los objetivos del/la menor (o al menos sentir que tiene las herramientas para que el/la menor y usted(es) alcancen los objetivos por sí mismo)? \_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA**

**Historia de Embarazo**

Duración del embarazo en semanas: \_\_\_\_\_ Parto: Natural \_\_\_ Cesárea \_\_\_

Peso/altura del bebe: \_\_\_\_\_

¿La madre uso drogas o alcohol durante el embarazo? Yes \_\_\_ No \_\_\_

¿Hubo complicaciones durante el embarazo o el parto?: Yes \_\_\_ No \_\_\_ Explique:

\_\_\_\_\_

¿Hubo algún problema medico con el/la menor inmediatamente después del parto?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<u>Hitos del desarrollo</u>	<u>Edad (si no está seguro escriba la edad estimada)</u>
Se sentó solo	
Se paró solo	
Caminó solo	
Usó palabras singulares (e.g., mamá, papa)	
Dijo una frase	

Indique cualquier problema que el/la menor haya tenido con las siguientes áreas del desarrollo:

Entrenamiento para ir al baño solo	En el pasado	Presente	Nunca
Comer	En el pasado	Presente	Nunca
Dormir	En el pasado	Presente	Nunca

Describa cualquier problema ACTUAL en estas áreas del desarrollo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor indique si el/la menor ha sufrido de:

Un accidente serio	Yes ___ No ___	Edad	Explicación
Lesión cerebral o craneal	Yes ___ No ___	Edad	Explicación

Por favor, marque sus iniciales \_\_\_\_\_

Problemas en los oídos o los ojos	Yes ___ No ___	Edad	Explicación
Fiebre Alta	Yes ___ No ___	Edad	Explicación
Meningitis	Yes ___ No ___	Edad	Explicación
Alergias	Yes ___ No ___	Edad	Explicación
Convulsiones/epilepsia	Yes ___ No ___	Edad	Explicación
Problemas de audición	Yes ___ No ___	Edad	Explicación
Perdida de conciencia	Yes ___ No ___	Edad	Explicación
Otro	Yes ___ No ___	Edad	Explicación

Por favor, escriba cualquier problema médico, enfermedades, y/o síntomas que padezca el/la menor y afecten la vida del/la menor significativamente:

---



---

Medicamentos actuales:

Nombre del medicamento	Dosis	Propósito del medicamento	Nombre del doctor que prescribió el medicamento

Medicamentos previos (fechas aproximadas y razones):

Nombre del medicamento	Dosis	Propósito del medicamento	Nombre del doctor que prescribió el medicamento

Por favor, marque sus iniciales \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones psiquiátricas (fechas aproximadas y razones):

Hospital	Fecha(s)	Motivo de la hospitalización	Nombre del doctor que atendió al/la menor

¿Ha alguna vez el/la menor participado en terapia con un psiquiatra, psicólogo, u otro profesional de la salud mental?

Profesional	Fecha(s)	Razones de consulta	Resolución de la consulta

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_

Nombre del pediatra o medico familiar: \_\_\_\_\_ Clínica: \_\_\_\_\_

**FAMILIA**

¿Como describiría la relación del/la menor con la mamá?:

---



---

¿ Como describiría la relación del/la menor con el papá?:

---



---

¿Están casados los papas del/la menor?: \_\_\_\_\_ Si están divorciados, ¿cuántos años tenía el/la menor cuando los papas se separaron o divorciaron, y como cree que el divorcio afecto al/la menor?

---



---



---

¿Como describiría la relación del/la menor con los abuelos?

---



---

¿Hay alguna otra persona o cuidador que tiene una relación importante con el/la menor? Si respondió SI, por favor describa como esta persona ha impactado la vida del/la menor:

---



---

Por favor, marque sus iniciales \_\_\_\_\_

¿Cuántos hermanos(nas) tiene el/la menor?: \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_

**Historia de residencia**

Brevemente describa la relación del/la menor con las personas que residen con el/ella en la casa:

<u>Nombre</u>	<u>Relación</u>	<u>Edad</u>	<u>Genero</u>	<u>Cualidad de la relación</u>

Describa brevemente la relación del/la menor con los hermanos(as) que no residan en la misma casa con el/la menor:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Existen problemas de comportamiento en la casa? Si \_\_\_ No \_\_\_ Describa:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuál es el método primario de disciplinar al menor? \_\_\_\_\_

¿Ha habido alguna mudanza o cambio de vida significativo?: Si \_\_\_ No \_\_\_ Explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha el/la menor experimentado un evento traumático? (múltiples y repetidos eventos que han amenazado la sensación de seguridad del/la menor, abuso físico o sexual, presenciado violencia doméstica, negligencia física, o un evento traumático aislado como estar en un incendio, ser atacado por un perro, un accidente de carro, presenciado una matanza, etc.) Si \_\_\_ No \_\_\_

Si este es el caso, por favor describa el evento y la reacción del/la menor al evento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha alguna vez el departamento de protección de menores (DFCS) o de justicia de menores (DJJ) estado involucrado con su familia? Si \_\_\_ No \_\_\_ Explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor, marque sus iniciales \_\_\_\_\_

¿Hay alguien en la familia del/la menor que usa o ha usado excesivamente algún tipo de droga o sustancia psicoactiva (marihuana, tabaco, alcohol, metanfetaminas)? Si\_\_\_ No\_\_\_

Si respondió que sí, describa:

Sustancia	Cantidad	Frecuencia	Año en el que uso por primera vez	Año en el que uso por última vez

¿Ha el/la menor usado (actualmente o en el pasado) algún tipo de droga o sustancia psicoactiva (marihuana, tabaco, alcohol, metanfetaminas)? Si\_\_\_ No\_\_\_

Si respondió que sí, describa:

Sustancia	Cantidad	Frecuencia	Año en el que uso por primera vez	Año en el que uso por última vez

**SOPORTE SOCIAL. AUTOCUIDADO, Y EDUCACION:**

Nivel de satisfacción del/la menor con sus amistades y soporte social: 1 2 3 4 5 6 7 (1= Pobre, 7= Excelente)

¿Como describiría la relación del/la menor con sus compañeros?

---



---

Por favor, describa brevemente las (1) estrategias de afrontamiento que el/la menor usa para manejar el stress y (2) actividades de auto-cuidado del/la menor (ej., escuchar música, ver televisión, hablar con los amigos):

---



---

¿Existe en la familia alguna persona que sufra de alguna enfermedad mental o trastorno del desarrollo (ej., ADHD, depresión, ansiedad, trastorno bipolar, trastornos de aprendizaje, etc.)?: Si\_\_\_ No\_\_\_

Si respondió que sí, describa:

Diagnostico	Por parte de la familia materna (x)	Por parte de la familia paterna (x)

Por favor, marque sus iniciales\_\_\_\_\_



¿Ha el/la menor alguna vez hablado de querer hacerse daño o de querer hacerle daño a otras personas: Si \_\_\_ No \_\_\_ Si respondió que sí, explique:

---

---

¿Ha el/la menor alguna vez INTENTANDO hacerse daño o hacerle daño a otras personas: Si \_\_\_ No \_\_\_ Si respondió que sí, explique:

---

---

Brevemente, describa la dieta y la rutina de ejercicio o actividad física del/la menor:

---

---

Por favor, describa brevemente como es el rendimiento académico y experiencia escolar del/la menor:

---

---

¿Cuáles son los pasatiempos, habilidades, talentos y fortalezas del/la menor?:

---

---

¿Ha participado el/la menor alguna vez en una evaluación psicológica o psicoeducativa? Si \_\_\_ No \_\_\_  
(Si la respuesta es sí, por favor incluya una copia del reporte o entregue una copia a la oficina del PCC)

**HISTORIA ACADEMICA**

Nombre del/la profesor(a): \_\_\_\_\_ Colegio: \_\_\_\_\_

Describa como es la relación del/la menor con el/la profesor(a)

---

---

¿Cuáles son las calificaciones actuales del/la menor?:

---

---

Hay algunas materias que se le dificultan al/el menor?:

---

---

¿Ha habido algún problema académico, de aprendizaje, o comportamental que ha sido mencionado o tratado anteriormente?: Si \_\_\_ No \_\_\_, Explique:

---

Por favor, marque sus iniciales \_\_\_\_\_

¿Ha el/la menor alguna vez repetido curso/grado? Si \_\_\_ No \_\_\_

Si respondió sí, indique que cursos/grados: \_\_\_\_\_

¿Ha el/la menor alguna vez recibido servicios de educación especial para el lenguaje, terapia ocupacional, intervenciones tempranas para el desarrollo (EIP), autismo, deficiencias intelectuales, o trastornos de aprendizaje? Si \_\_\_ No \_\_\_

Si respondió sí, describa:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indique todos los programas/niveles que el/la menor ha atendido, incluyendo "Head Start" o pre-kinder

Nivel	Marque con una X si el/la menor ha atendido ese nivel
Head Start	
Pre-K	
Elementary (Primaria)	
Middle School (Secundaria)	
High School (bachillerato)	

Indique si el/la menor ha experimentado alguno de los siguientes problemas en el colegio.

(Si responde que sí, agregue la edad y el curso en que el/la menor experimentó el problema)

Problema	Si ___ No ___	Edad	Curso
Peleas			
Suspensión/detención			
Influencia de pandillas			
Falta de amigos			
Trastornos de aprendizaje			
Dificultades con tareas			
Drogas/alcohol			
Inasistencia			
Problemas de comportamiento			
Malas calificaciones			
Otro			

¿Alguna otra información que le gustaría incluir?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor, marque sus iniciales \_\_\_\_\_

## **INFORMACION, AUTORIZACION, Y CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO**

Bienvenido al Psychology and Counseling Center, P. C. (PCC). Estamos muy contentos que haya elegido nuestra clínica para su tratamiento, y sinceramente estamos entusiasmados en poder asistirlo(a). Este documento está diseñado para informarle acerca de lo que puede esperar de su terapeuta o facilitador de grupo, pólizas de confidencialidad y emergencias, y otros detalles asociados a los servicios que se ofrecen en el PCC. Aunque el darle este documento es en parte una obligación ética de nuestra profesión, aun mas importante, este documento es parte de nuestro compromiso para tenerlo(a) totalmente informado de cada paso de su experiencia terapéutica. Por favor sepa que su relación con su terapeuta o facilitador de grupo es una de colaboración, y de esa forma, sus preguntas, comentarios, y sugerencias durante el proceso de terapia son bienvenidas en cualquier momento.

### **Información de referencia, Visión teórica, y Participación del Cliente**

La información profesional y experiencia clínica de su terapeuta pueden ser encontrados en nuestra pagina web en el link del nombre de su terapeuta. Por favor lea esta información en la página web [www.psychologistsforcartersville.com](http://www.psychologistsforcartersville.com)

En cuanto a nuestra visión del tratamiento, en nuestra clínica creemos que en cuanto las personas se conocen mas a ellas mismas, son más capaces de encontrar paz y contentamiento en sus vidas. Sin embargo, el auto-conocimiento y la auto-aceptación son metas que se pueden demorar un tiempo en alcanzar. Algunos clientes necesitan solo algunas sesiones para alcanzar sus metas de tratamiento, mientras que otros pueden necesitar meses o incluso algunos años de terapia. Como cliente, usted esta en completo control, y puede terminar la relación con su terapeuta/facilitador de grupo en cualquier momento (a excepción de cuando el servicio es requerido por la corte).

Para que la terapia sea exitosa, es importante que usted tome un rol activo en su participación. Esto significa trabajar en las cosas que usted y su terapeuta acuerdan en las sesiones y entre sesiones. Esto también significa evitar tomar sustancias que alteran el funcionamiento de la mente como el alcohol u otras drogas al menos 8 horas antes de sus sesiones de terapia. Generalmente, entre más este dispuesto a invertir en su salud y en usted, el resultado será mejor.

Adicionalmente, es nuestra póliza el solo aceptar trabajar con clientes que creemos tiene la capacidad de resolver sus propios problemas con nuestra asistencia. Nuestra intención es el empoderarlo(a) en su proceso de crecimiento al grado de que sea capaz de enfrentar los retos de la vida sin la asistencia futura de un terapeuta. No creemos en crear dependencia o en prolongar la terapia si la intervención terapéutica no parece ayudarle. Si este es el caso, su terapeuta le compartirá de otros recursos que lo pueden ayudar. Su desarrollo personal es nuestra prioridad numero uno. Lo alentamos a que nos deje saber si considera que es necesario ser trasladado a otra institución u a otro terapeuta. Nuestra meta es el facilitar la recuperación y el crecimiento, y estamos muy comprometidos a ayudarlo en lo que pruebe producir los mayores beneficios para su proceso. Si en algún momento no puede atender a sus sesiones, o si no escuchamos de usted por un mes, necesitaríamos cerrar su archivo de caso. Sin embargo, el resumir su caso y re-abrir su archivo siempre son una opción.

### **Confidencialidad & Historial Medico**

Toda la comunicación con su terapeuta será parte de su historial clínico del tratamiento, y se considerará Información Protegida de Salud (Protected Health Information, PHI). Su PHI será archivada

Por favor, marque sus iniciales \_\_\_\_\_

en un cajón con llave en nuestra oficina con seguro. Además, hay algunas otras pocas personas que pueden acceder a los archivos con su PHI. Una de ellas son nuestros asistentes administrativos o el administrador de la clínica los cuales podrían acceder a su historial por motivos de negocios. Este podría ser el caso de que el administrador necesite verificar las fechas de servicios para completar una queja al seguro (según se aplique), para asegurar que todos los requisitos de la HIPAA están cumplidos en el archivo (para auditorías ocasionales a los archivos), o para alguna otra situación en la que sea absolutamente necesario obtener información de sus archivos. Sin embargo, sepa que esto nunca incluiría leer sus notas clínicas. Adicionalmente, todos los asociados a la clínica han firmado un contrato con las regulaciones mandatorias de confidencialidad de HIPAA, el cual contiene los lineamientos de como los archivos confidenciales deben ser manejados.

Su terapeuta siempre tratará toda la información que usted le diga como información confidencial, sin embargo las siguientes situaciones son excepciones de esa confidencialidad: (1) como cliente le pide a su terapeuta que hable con una tercera persona y firma un documento para la “autorización de divulgación de información;” (2) su terapeuta determina que usted esta en riesgo de hacerse daño o hacerle daño a otros; (3) usted reporta información acerca de un abuso que está ocurriendo a un menor o a un anciano(a), o a una persona con discapacidades que podría requerir protección; o (4) un juez le ordena a su terapeuta que debe compartir cierta información de su tratamiento para un caso legal. En este ultimo caso, la licencia profesional no permite que su terapeuta pueda proteger lo que legalmente se conoce como “comunicación privilegiada.” Comunicación privilegiada es su derecho como cliente de tener una relación confidencial con su consejero o terapeuta. El estado de Georgia tiene la reputación de respetar este derecho legal. Si por alguna razón inusual el juez ordena ver sus archivos, esta orden puede ser apelada. Sin embargo, no podemos garantizar que la apelación sea aprobada por el juez, pero haremos todo lo que este en nuestro poder para mantener esta información confidencial.

### **Relación Profesional**

Su relación con su terapeuta se diferencia de la mayoría de sus relaciones. Esta diferencia se hace aparente en la duración, en los objetivos, y en los temas discutidos durante la sesión. Esta relación usualmente también está limitada a la del terapeuta-cliente. Si usted y su terapeuta planean interactuar de forma diferente a la de la relación terapéutica profesional, ustedes tendrían lo que se llama “una relación doble,” la cual podría ser dañina a largo plazo, y en ese caso, se considera no ética en la profesión de salud mental. Las relaciones dobles pueden influenciad negativamente los intereses del terapeuta y del cliente de manera que los intereses del cliente no sean las prioridades del terapeuta. Para que podamos ofrecer el mejor cuidado posible a nuestros clientes, el juicio de su terapeuta debe estar enfocado únicamente a sus necesidades, y por esta razón, esta relación debe mantenerse estrictamente profesional y dentro de los límites de la relación de terapeuta-cliente.

Adicionalmente, existen diferencias importantes entre una amistad y la relación terapéutica. Los amigos puede que vean su situación desde el punto de vista personal y de sus experiencias. Los amigos usualmente desean encontrar soluciones rápidas a sus problemas para sentirse útiles. Estas soluciones a corto plazo puede que no le beneficien a largo plazo. Los amigos usualmente no evalúan su propio consejo para determinar si este fue útil o no. A veces, los amigos también podrían tener un interés personal en que usted siga su consejo. Un terapeuta ofrece opciones y le ayuda a decidir lo que es mejor para usted. Un terapeuta le ayuda a aprender a como resolver problemas y a tomar mejores decisiones.

Por favor, marque sus iniciales \_\_\_\_\_

Las respuestas de su terapeuta a sus problemas están basadas en teorías y conocimiento científico que han sido validados por la investigación.

Otra relación doble que los terapeutas deben evadir por motivos éticos es la de dar consejo legal además de ofrecer tratamiento psicológico. Estas dos categorías de ayuda son consideradas mutuamente exclusivas, a no ser que usted contrate al terapeuta específicamente para obtener una opinión legal, la cual se considera trabajo "forense" y no terapia per se. Nuestra pasión no es el trabajo forense sino el proveerle el mejor cuidado terapéutico posible. De esta forma, al firmar este documento usted afirma que entiende que su terapeuta le ofrecerá un tratamiento psicológico y no forense. Usted entiende que esto también significa que su terapeuta NO participará en evaluaciones de custodia, deposiciones, procedimientos judiciales, o alguna otra actividad profesional forense.

Usted también debería saber que los terapeutas están obligados a mantener la identidad confidencial de los clientes. Por esta razón, cuando se encuentren en un lugar diferente a la clínica, por más que su terapeuta quiera saludarlo en público, por motivos de confidencialidad su terapeuta no le hablará a usted o se le acercará a no ser que usted le hable primero. Su terapeuta también se verá obligado a rechazar invitaciones o reuniones sociales con sus amigos y familia. Finalmente, cuando se termine su relación terapéutica, su terapeuta no podrá ser su amigo como cualquier otro de sus amigos. En resumen, es la obligación de su terapeuta el de siempre mantener su rol profesional en la relación. Por favor, este seguro que estos lineamientos no fueron creados específicamente para protegerlo(a) a largo plazo y no por falta de cortesía.

#### Declaración con Respeto a la Etica, el Bienestar y la Seguridad de los Clientes.

PCC asegura que nuestros servicios serán llevados a cabo en una manera profesional de acuerdo con los estándares éticos de la Asociación Americana de Psicología (American Psychological Association), La Asociación Americana de Consejeros (The American Counseling Association), la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales (The National Association of Social Workers), y la Asociación Americana de Terapia de Pareja y de Familia (National Association for Marriage and Family Therapy). Si en algún momento usted siente que su terapeuta no está siguiendo lineamientos éticos o profesionales, le pedimos que por favor se lo haga saber de manera inmediata. Si usted y su terapeuta no pueden resolver el conflicto, por favor contacte al administrador del PPC al 770-386-8996 ext 210.

Debido a la naturaleza de la psicoterapia, por más de que nos gustaría garantizarle resultados positivos específicos en relación a sus metas terapéuticas, no podemos garantizar resultados. Sin embargo, su terapeuta, con su participación, trabajará para conseguir los mejores resultados posibles para usted. Por favor, también sepa que los cambios que ocurren durante la terapia podrán afectar a otras personas en su vida. Por ejemplo, el aumento de asertividad en su comunicación puede no ser bienvenido por todos sus allegados. Nuestra intención es la de ayudarlo a mantener sus cambios en sus relaciones interpersonales en cuanto ocurran problemas, pero es importante que usted sea consciente de esta posibilidad a medida que comienza a cambiar cosas en su vida.

De la misma forma, algunas personas sienten que cuando comienzan la terapia sus sentimientos empeoran antes de que comiencen a mejorar. Esto puede ocurrir a medida que usted comienza a discutir temas importantes y sensibles acerca de su vida. Sin embargo, usualmente si un tema es sensible es porque requiere atención. De esta forma, el descubrir sentimientos incómodos usualmente se considera un resultado positivo en la terapia. Una vez usted y su terapeuta se pongan de acuerdo en

Por favor, marque sus iniciales \_\_\_\_\_

las necesidades de tratamiento, preferencias, y las modalidades que han mostrado resultados exitosos para sus necesidades, de puede predecir que los cambios positivos están en el camino.

Por la seguridad de todos nuestros clientes, los acompañantes familiares y niños, y nuestros terapeutas y personal, PCC mantiene una póliza de “cero tolerancia” a las armas. No se permiten ningún tipo de arma en nuestras premisas, incluyendo pistolas, explosivos, municiones, cuchillos o navajas, espadas, cuchillas de afeitar, spray de pimienta, garrotes, o cualquier otro objeto que pueda ser usado para causarse daño a hacerle daño a otras personas. PCC se reserva el derecho de contactar a la policía y/o de terminar el tratamiento con cualquier cliente que viole esta póliza.

### **Declaración de Tratamiento de Salud Mental a Trávez de Medios Tecnológicos**

Con nuestra tecnología cambiante, existen diferentes formas de potencializar la comunicación y de contactarnos electrónicamente. Es supremamente importante para nosotros que protejamos su confidencialidad, respetemos sus límites, y nos aseguremos de que su relación con el terapeuta sea estrictamente profesional. La salud mental remota a través de medios tecnológicos (TeleMental Health) se define como:

“La modalidad de proveer tratamiento por medio de medios asistidos por la tecnología, como el teléfono, la video-cámara, el internet, un teléfono inteligente, una Tablet, un computador u otro medio electrónico en el cual se hace uso de la tecnología para proteger la información de salud. El uso de la salud mental electrónica facilita el auto-cuidado y el apoyo de los clientes e incluye comunicación sincronizada y no-sincronizada y transferencias electrónicas.” (Georgia Code 135-11-.01)

El tratamiento remoto de la salud mental es un concepto relativamente nuevo, aunque los terapeutas han hecho uso de medios asistidos por la tecnología por años. Las infracciones a la confidencialidad en la última década han hecho evidente que el PHI transmitido por medios electrónicos requiere de un nivel extra de protección. Adicionalmente, existen otro numero de factores que necesitan considerarse en relación a la provisión de servicios remotos para la salud mental para poder asegurar el nivel más alto de cuidado posible. Por esta razón, nuestros terapeutas han completado entrenamiento especializado en servicios de salud mental remotos. También hemos desarrollado algunas pólizas y medidas de protección para asegurarnos que si PHI se mantenga confidencial. Estos lineamientos son discutidos en la siguiente sección.

### **Medios Asistidos por la Tecnología**

#### **Teléfono Fijo:**

Es importante que usted sepa que incluso los teléfonos fijos pueden no ser totalmente seguros y confidenciales. Existe la posibilidad de que alguien puede sobre escuchar su conversación o interceptar su llamada con tecnología avanzada. Las personas que tienen acceso a su teléfono o a su cuenta telefónica pueden determinar la persona con la que ha hablado, quien inicio la llamada, y la duración de la llamada. Si usted tiene un teléfono fijo en su oficina y usted nos dio ese numero telefónico, es posible que lo contactemos a este número desde nuestro teléfono fijo de la oficina o por medio de nuestro celular, usualmente solo para agendar una cita si es necesario. Si este no es un medio aceptable de comunicarnos con usted, déjele saber a su terapeuta. Conversaciones telefónicas (a excepción de las necesarias para agendar una cita) serán cobradas según la tarifa por hora de su terapeuta.

Por favor, marque sus iniciales\_\_\_\_\_

**Celulares:**

Además de los teléfonos fijos, los celulares no aseguran totalmente la confidencialidad. También existe la posibilidad de que alguien puede sobre escuchar su conversación o interceptar su llamada con tecnología avanzada. Las personas que tienen acceso a su celular o a su cuenta telefónica pueden determinar la persona con la que ha hablado, quien inicio la llamada, la duración de la llamada, y el lugar en el que las personas de la llamada estaban localizadas a la hora de la llamada. Sin embargo, nosotros entendemos que la mayoría de las personas utilizan un celular. Nosotros también podríamos hacer uso de nuestros celulares para contactarlo, usualmente únicamente para agendar una sesión. Adicionalmente, su terapeuta puede guardar su numero de celular en su celular, pero este será guardado solo con sus iniciales, y el celular estará protegido por un código de seguridad. Si esto es un problema para usted, por favor déjele saber a su terapeuta y él o ella discutirán otras opciones de comunicación con usted. Conversaciones telefónicas (a excepción de las necesarias para agendar una cita) serán cobradas según la tarifa por hora de su terapeuta.

**Mensajes de Texto:**

Los mensajes de texto no son un medio seguro de comunicación y pueden comprometer la confidencialidad. Sin embargo, nosotros entendemos que muchas personas prefieren comunicarse vía texto porque es una manera más rápida de comunicación. Sin embargo, por favor sepa que es nuestra póliza el utilizar este medio de comunicación estrictamente para confirmaciones de citas. Por favor, no comunique ningún contenido terapéutico por medio de mensajes de texto para prevenir comprometer su confidencialidad. Usted también necesita saber que nosotros estamos obligados a guardar una copia o resumen de todos los mensajes de texto como parte de nuestro historial clínico de tratamiento.

Aunque solo utilizaremos los mensajes de texto para confirmar citas, nosotros utilizamos un programa de mensajería especial llamado Office Ally para mejorar la protección. Hemos escogido esta tecnología porque esta encriptada según los estándares federales, se adhiere a HIPAA, y la compañía ha firmado un acuerdo de negocio con HIPAA (HIPAA Business Associate Agreement, BAA). El BAA significa que la compañía está dispuesta a responderle a HIPAA y asume la responsabilidad de proteger su PHI. Le recomendamos que utilice este programa de tecnología si no desea que otros tengan acceso a sus comunicaciones. También sugerimos que solo se comunique con nosotros por medio de este dispositivo que sabemos es tecnológicamente seguro (ej. Requiere código de seguridad).

**Correo Electrónico:**

Nosotros utilizamos una plataforma de correo electrónico que esta amparada por Google. Hemos escogido esta tecnología porque esta encriptada según los estándares federales, se adhiere a HIPAA, y la compañía ha firmado un acuerdo de negocio con HIPAA (HIPAA Business Associate Agreement, BAA). El BAA significa que la compañía está dispuesta a responderle a HIPAA y asume la responsabilidad de proteger su PHI. Si decidimos utilizar correos electrónicos en su tratamiento, le recomendamos que también utilice este tipo de programa para aumentar la protección de su información. De otra forma, cuando envíe emails a su terapeuta, todo lo que escribe más lo que su terapeuta escriba estará desprotegido. Nuestro servicio de correos electrónicos encriptados solo funciona para enviar información, pero no controla lo que usted decida hacer con esta información.

Por favor, marque sus iniciales \_\_\_\_\_

También le sugerimos que solo se comunique por medio de este dispositivo que usted sabe esta protegido (ej. Tiene un firewall, anti-virus, código de seguridad, etc.) Si usted está en crisis, por favor no se comunique por este medio por que puede que no veamos su email inmediatamente. En una situación de crisis, por favor siga los lineamientos de la sección “procedimientos de emergencia.”

Los correos electrónicos serán cobrados según la tarifa de hora de su terapeuta por el tiempo que el o ella se demore leyéndolos y respondiéndolos. Las comunicaciones de correo electrónico relacionados con la confirmación de citas no serán cobradas, pero deben ser enviadas por medio de la oficina de administración y no de su terapeuta. Finalmente, usted también necesita saber que nosotros estamos obligados a guardar una copia o resumen de todos los correos electrónicos como parte de nuestro historial clínico de tratamiento.

### **Redes Sociales – Facebook, Twitter, LinkedIn, Instagram, Pinterest, etc:**

Es nuestra póliza que los terapeutas no acepten invitaciones de amistad o de “seguimiento” a alguna red social de ninguna persona que es cliente o ha sido cliente de PCC ya que esto puede comprometer su confidencialidad y confundir la relación terapéutica.

### **Video Conferencia (VC):**

La video conferencia es una opción para que su terapeuta pueda realizar sesiones remotas por medio del internet de tal manera que puedan verse y hablar al mismo tiempo. Nosotros utilizamos Skype, y en este momento Skype NO esta dispuesto a firmar un BAA y no es recomendado. Esta plataforma de video conferencia NO esta encriptada según estándares federales, no se adhiere a HIPAA, y no se compromete a asumir responsabilidad si se violan regulaciones de HIPAA. Si usted y su terapeuta deciden utilizar esta tecnología es importante que estén conscientes de los posibles riesgos. Le pedimos que se conecte a la plataforma por lo menos 5 minutos antes del tiempo agendado para asegurar que la sesión empezara a tiempo. Adicionalmente, usted es el responsable de iniciar la comunicación en el momento de la cita. Le sugerimos que solo se comunique por medio de un computador o dispositivo que usted sabe es seguro (ej. Tiene un firewall, anti-virus, código de seguridad, etc.). Las video conferencias serán cobradas igual que la tarifa de una sesión estándar.

### **Recomendaciones de Paginas Web o Aplicaciones (Apps):**

Durante el curso de su tratamiento, puede que su terapeuta le recomiende que visite una página web para cierta información o para un trabajo de auto-ayuda. El terapeuta también puede recomendar Apps que pueden ayudar durante el tratamiento. Por favor sepa que estas paginas y Apps pueden contener dispositivos de seguimiento que permiten a programas de tecnología automáticos u otras instituciones saber que usted esta utilizando la aplicación. Su información también podría ser utilizada por estas instituciones y programas para intentar venderle productos adicionales. Además, cualquier persona que tenga acceso a su dispositivo podrá ver que ha utilizado esa página o aplicación yendo a su historial. Por estas razones, es su responsabilidad el decidir si quiere utilizar estas paginas y apps como parte de su tratamiento o no.

### **Archivos Electrónicos:**

Toda su comunicación con nosotros será parte de nuestro historial clínico de tratamiento, el cual se considera información protegida de salud (PHI). Su PHI será guardado electrónicamente con el programa

Por favor, marque sus iniciales \_\_\_\_\_



Office Ally, una compañía de seguridad que ha firmado un acuerdo de negocio con HIPAA. Hemos escogido esta tecnología porque esta encriptada según los estándares federales, se adhiere a HIPAA, y la compañía ha firmado un acuerdo de negocio con HIPAA (HIPAA Business Associate Agreement, BAA). El BAA significa que la compañía está dispuesta a responderle a HIPAA y asume la responsabilidad de proteger su PHI.

### **Transferencia Electrónica de PHI por Razones de Cobranza:**

Si su terapeuta está acreditado con su aseguradora, por favor sepa que utilizamos un servicio de cobranza que tiene acceso a su PHI. Su PHI será transferida de manera segura electrónicamente a Office Ally. Adicionalmente, si sus servicios son cobrados a su compañía de seguro, generalmente usted será notificado(a) por correspondencia por parte de su compañía de seguro, de nosotros, o de las dos compañías.

### **Sus Responsabilidades de Confidencialidad y Servicios de Salud Mental Remotos**

Por favor comuníquese con nosotros solo por medio de dispositivos que lo protegen y que fueron descritos anteriormente. Es su responsabilidad escoger un lugar seguro para usar medios tecnológicos y de ser conscientes si amigos, familiares, compañeros de estudio o de trabajo podrían estar escuchando sus conversaciones o tienen acceso a sus dispositivos. Adicionalmente, le pedimos que se comprometa a no grabar ninguna de las sesiones que son realizadas por medios electrónicos.

### **En el Caso de un Fallo Tecnológico**

Durante una sesión remota, usted y su terapeuta pueden encontrar un fallo tecnológico. En estos casos el mejor plan es contactarse telefónicamente. Por favor asegúrese que tiene su teléfono con usted cuando tenga una sesión de terapia remota, y que su terapeuta tiene su número telefónico.

Si usted y su terapeuta son desconectados del video conferencia o la sesión de chat, termine y reinicie la sesión. Si usted no se puede volver a conectar dentro de 10 minutos, por favor llame a su terapeuta.

Si usted y su terapeuta están en una sesión telefónica y se desconectan, por favor vuelva a llamar a su terapeuta o contáctelo de nuevo para agendar otra sesión. Si el problema se debe a un problema de conexión de su terapeuta, y no se pueden volver a conectar, su sesión no será cobrada.

### **Limites de los Servicios de Salud Mental Remotos**

Los servicios de salud mental remotos no se deben considerar como un sustituto a la terapia tradicional las cuales se realizan en nuestras oficinas, a no ser que haya situaciones extremas que lo prevengan a asistir la sesión en persona. Esta es una forma alternativa de terapia o terapia adjunta, y tiene limitaciones. Primeramente, existe el riesgo de que hayan malentendidos en la comunicación en la ausencia de señales visuales y auditivas. Por ejemplo, si la calidad del video es mala por alguna razón, puede que su terapeuta no se percate de que está llorando. O, si el audio es malo, puede que su terapeuta no se percate de que su voz se está quebrantando. Esto no pasaría en la terapia tradicional.

También pueden existir interrupciones en la sesión (ej., desconexión de la línea). Esto puede ser frustrante y perjudica el ritmo natural de la interacción personal.

Por favor sepa que tenemos el mayor respeto y consideración por su bienestar. Nunca diríamos o haríamos algo simplemente con la intención de herirlo, y por eso le aconsejamos que le deje saber a su

Por favor, marque sus iniciales \_\_\_\_\_

terapeuta cuando algo le moleste. Le invitamos a que su comunicación con su terapeuta se mantenga abierta en todo momento para reducir la posibilidad de hacerle daño.

### **Requisitos Cara a Cara**

Si usted y su terapeuta llegan al acuerdo de que los servicios de salud mental remotos van a ser la **primera** modalidad de llevar a cabo las sesiones, requerimos, **aunque sea una sesión personal en nuestra oficina al inicio del tratamiento.**

### **Consentimiento a Los Servicios de Salud Mental Remoto**

Por favor revise los servicios de salud mental remoto a los cuales esta autorizando a su terapeuta para utilizar en el tratamiento o procesos administrativos durante el curso del tratamiento. Usted y su terapeuta son los que decidirán los modos de comunicación que mejor funcionarán en su relación terapéutica. Sin embargo, si en algún momento desea retirar la autorización de usar alguno de estos medios durante su tratamiento, comuníquenos en escrito su revocación y será efectiva inmediatamente. Si usted no ve un punto de discusión que fue mencionado anteriormente en este documento, esto se debe a que este punto es parte de nuestros procedimientos estándares y utilizaremos ese medio de comunicación a no ser que este punto sea negociado de manera diferente con usted.

Mensaje de Texto: Si\_\_ No\_\_

Correos Electrónicos: Si\_\_ No\_\_

Video Conferencia: Si\_\_ No\_\_

Recomendaciones de Páginas Webs y Aplicaciones: Si\_\_ No\_\_

En resumen, la tecnología está cambiando constantemente y puede que haya implicaciones a todo lo anterior que aún no hemos realizado. Por favor, lo invitamos a que nos haga preguntas, y sepa que estamos abiertos a cualquier opinión que tenga acerca de otras modalidades de comunicación y tratamiento.

### **Tiempo de Respuesta de Comunicación**

Nuestra práctica es considerara una clínica ambulatoria y de esta forma estamos diseñados para acomodar personas que no necesitan asistencia 24/7. No tenemos beepers y no estamos disponible 24/7. Si en algún momento considera que nuestra práctica no le está dando el apoyo y soporte que necesita, por favor informe a su terapeuta, y él o ella discutirán con usted recursos adicionales o transferirán su caso a un terapeuta o clínica que tenga una disponibilidad de 24 horas. Devolveremos llamadas, mensajes de texto, y correos electrónicos, dentro de un periodo de 24 horas. Sin embargo, no responderemos ninguna forma de comunicación durante los fines de semana o festivos. Si usted tiene una emergencia de salud mental y necesita asistencia inmediata, por favor siga las siguientes instrucciones.

### **En Caso de Emergencia**

En caso de una emergencia de salud mental, le recomendamos que no espere a que nosotros le respondamos o devolvamos la llamada, sino que siga uno o más de los siguientes pasos:

- Llame a una línea de ayuda de salud mental/GCAL: 800-715-4225

Por favor, marque sus iniciales\_\_\_\_\_

- Llame al instituto Ridgeview: 770-434-4567
- Llame al hospital Peachford: 770-454-5589
- Llame Lifeline, una línea de ayuda nacional, al 800-273-8255
- Llame al 911
- Visite el departamento de emergencia de su preferencia

Si usted y su terapeuta deciden incluir las sesiones remotas como parte de su tratamiento, existen unos procedimientos adicionales que se deben llevar a cabo. Estos procedimientos son por su seguridad en el caso de que ocurra una emergencia:

- Usted entiende que si esta experimentando pensamientos suicidas u homicidas, síntomas de psicosis, o esta en una crisis que no puede ser resuelta de manera remota, podemos determinar que usted necesita un nivel de cuidado mas avanzado y que los servicios remotos no son apropiados.
- Solicitamos un contacto de emergencia al cual podamos contactar únicamente en una situación de emergencia que amenace su vida. Por favor, escriba el nombre de esta persona y su información de contacto en la parte de abajo. Usted o nosotros debemos verificar que esa persona esta dispuesta y tiene la capacidad de ir a su locación en el caso de emergencia. Adicionalmente, si usted, su contacto de emergencia, o nosotros lo determinamos necesario, el contacto de emergencia debe acordar llevarlo(a) al hospital.

Su firma al final de este documento significa que usted entiende que solo contactaremos a esta persona en el caso de emergencia y circunstancias extremas. Por favor indique quien será su contacto de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

- Usted esta de acuerdo de informar a su terapeuta de la dirección en donde estará al inicio de cada sesión remota.
- Usted esta de acuerdo a informar a su terapeuta del hospital de salud mental mas cercano a su locación primaria y al hospital que prefiere ir en el caso de una emergencia (usualmente localizado en el lugar en el que típicamente se llevara a cabo la sesión remota). Por favor, escriba la información del hospital:

Hospital: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_

**Costos y Beneficios**

Por favor, marque sus iniciales \_\_\_\_\_

Primeramente, ofrecemos sesiones de terapia personales. Sin embargo, basado en sus metas y necesidades de tratamiento, su terapeuta puede proveer servicios remotos por el teléfono, mensajes de texto, correos electrónicos, y video conferencias. La estructura y el costo del tratamiento en persona y remoto es \$200 por la sesión inicial de 60 minutos, y \$150 por cada sesión siguiente de 45 minutos, a no ser que el precio de la sesión sea negociado de otra forma con su compañía de seguro. El costo de cada sesión se debe pagar cuando se hace el “check-in” en nuestra administración antes de que inicie la sesión. Aceptamos efectivo, Visa, MasterCard, Discover, o American Express y le daremos un recibo detallado de su pago. El recibo de pago también puede ser usado para la compañía de seguro si esto aplica en su caso. Por favor, sepa que hay un cobro de \$30 por cheques devueltos.

Llamadas, mensajes de texto, y correos electrónicos (a excepción de cuando se quiera confirmar o realizar una cita) son cobradas de acuerdo a la tarifa del PCC por el tiempo que el terapeuta use leyendo o respondiendo a sus comunicaciones. Requerimos una tarjeta de crédito de avanzado para los servicios de salud mental remotos para facilitar la cobranza. Por favor, firme el documento de “Forma de pago con tarjeta de crédito” la cual fue enviada por aparte e indique que podemos pasar su tarjeta sin que usted este físicamente presente. Su tarjeta de crédito será cargada al final de cada interacción remota.

**De nuevo esto incluye cualquier interacción electrónica que va mas allá de agendar citas.**

Las compañías de seguro tienen muchas reglas y requisitos específicos según los planes. Por ejemplo, la mayoría de compañías no cubren la modalidad de terapia remota por medio del teléfono, los mensajes de texto, o el correo electrónico. Al menos que esto haya sido negociado con usted y su compañía de seguro, es su responsabilidad revisar la póliza de su seguro de salud y aplicar para la devolución de su dinero si este no puede ser pedido por medio de nuestros procedimientos estándares. Como se mencionó anteriormente, nosotros le daremos un recibo de pago detallado que le puede entregar a su compañía de seguro y lo ayudaremos respondiéndole cualquier pregunta que tenga con respecto a este tema.

Evaluación inicial:	\$200.00 por 45 minutos	Terapia individual:	\$150.00 por 45 minutos
Terapia de familia o de parejas:	\$150.00 por 45 minutos	Sesión de emergencia	\$175.00 por 45 minutos
Evaluación psicoeducativa:	Hasta \$2500.00 (sin seguro)	Evaluación para determinaciones quirúrgicas:	A partir de \$400.00 (sin seguro)
Evaluación de alcohol y drogas:	A partir de \$200.00	Inasistencia o cancelación tardía:	\$50.00
Pedir una copia de su archivo medico/ la elaboración de una carta, y costo de re-impresión	\$25.00	Costo para evaluaciones forenses:	Requerir el documento de los costos para casos forenses

**Estos precios no aplican para peticiones de historias medicas necesarias para la aplicación de beneficios por discapacidad o para un programa de rehabilitación vocacional. \***

Por favor, marque sus iniciales \_\_\_\_\_

Entiendo y estoy de acuerdo, que, sin importar el estatus de mi seguro, finalmente yo soy el responsable por el pago de los servicios profesionales prestados.

Me comprometo a pagar todas las sesiones prestadas que excedan el numero de sesiones cubiertas por el seguro durante el año fiscal. Entiendo que es mi responsabilidad saber cuantas visitas son aprobadas por mi seguro médico, así como de los co-pagos, co-seguros o cualquier otra cantidad deducible.

De esta forma autorizo y le pido a mi seguro medico que le pague directamente al negocio localizado en 17 Felton Place, Suite A, Cartersville, GA 30120, cualquier de los beneficios de los que tengo derecho de acuerdo a los términos de la póliza de seguro. Yo autorizo los pagos de los beneficios médicos al terapeuta o proveedor de los servicios prestados.

Entiendo y estoy de acuerdo a pagar un costo de \$50. 00 si no asisto a la sesión agendada o si no cancelo la sesión 24 horas antes a la cita acordada.

Autorizo la divulgación de mi información medica o cualquier otra información para procesar esta reclamación de pago. También requiero el pago de mis beneficios de gobierno a el proveedor que acepte hacerse cargo de mi cuidado médico.

#### **Póliza de Cancelación**

En el caso de que no pueda asistir a la sesión agendada en persona o electrónicamente, usted debe notificar a la oficina (notificaciones telefónicas y por mensaje de texto son aceptables) por lo menos 24 horas antes de la cita agendada. Si no se recibe esa notificación 24 horas antes, usted será financieramente responsable de la sesión que perdió. El costo por cancelar tarde o no asistir a la sesión agendada es de \$50.00. Por favor sepa que las compañías de seguro no realizan devoluciones de pago por sesiones perdidas.

Por favor, marque sus iniciales\_\_\_\_\_

**Nuestro Acuerdo de Comenzar una Relación Terapéutica**

Por favor firme, ponga la fecha, y escriba su nombre en la parte de abajo indicando que usted ha leído y entendido el contenido de este documento titulado “Información, Autorización, y Consentimiento Informado” así como el documento de Notificación de Practicas Privadas de HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act). Su firma también indica que usted esta de acuerdo con nuestras pólizas que enmarcan su relación terapéutica o facilitador de grupo, y usted esta autorizando a su terapeuta o facilitador de grupo a comenzar el tratamiento. Por favor sepa que este documento actualizado reemplaza cualquier otro documento que haya firmado anteriormente.

Estamos sinceramente entusiasmados de acompañarlo en su proceso de recuperación y crecimiento. Si tiene alguna pregunta acerca de este documento, por favor pregúntele a la persona de la ventanilla.

<b>Nombre del cliente (Por favor escríbalo)</b>	<b>Fecha</b>
<b>Firma del cliente</b>	

Si aplica:

<b>Nombre del pariente o cuidador legal (por favor escríbalo)</b>	<b>Fecha</b>
<b>Firma del pariente o cuidador legal</b>	

<b>Nombre del pariente o cuidador legal (por favor escríbalo)</b>	<b>Fecha</b>
<b>Firma del pariente o cuidador legal</b>	

La firma de abajo del terapeuta indica que el o ella ha discutido este documento con usted y le ha respondido las preguntas relacionadas con esta información.

<b>Firma del terapeuta</b>	<b>Fecha</b>
----------------------------	--------------

Por favor, marque sus iniciales\_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE PAGO CON TARJETA DE CREDITO**

Nombre del cliente como aparece en la tarjeta: \_\_\_\_\_

Numero de la tarjeta: \_\_\_\_\_ Fecha de Expiración: \_\_\_\_\_

Dirección asociada a la tarjeta (Numero de calle, código postal): \_\_\_\_\_

Código de Seguridad: \_\_\_\_\_

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

(Su firma significa que usted autoriza a su terapeuta a hacer cargos en su tarjeta sin que este presente y a archivar esta información en un medio electrónico encriptado y que se adhiere a HIPAA)

Nombre del terapeuta: \_\_\_\_\_

<u>Descripción del servicio</u>	<u>Fecha de la sesión</u>	<u>Fecha del pago</u>	<u>Monto del pago</u>	<u>Código de autorización</u>	<u>Iniciales del registrante</u>

Por favor, marque sus iniciales \_\_\_\_\_

## HIPAA: Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

---

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

### Sus derechos

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico y de reclamos.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

### Sus opciones

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Respondemos las preguntas de cobertura de su familia y amigos.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.

### Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe.
- Dirigimos nuestra organización.
- Pagamos por sus servicios médicos.
- Administramos su plan médico.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

### Sus derechos

**Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

#### Recibir una copia de su historial médico y de reclamos

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia de su historial médico y reclamos y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.

Por favor, marque sus iniciales\_\_\_\_\_



- Le entregaremos una copia o un resumen de su historial médico y de reclamos, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

**Solicitar que corrijamos el historial médico y de reclamos**

- Puede solicitar que corrijamos su historial médico y de reclamos si piensa que dichos historiales son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

**Solicitar comunicaciones confidenciales**

- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir “sí” si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

**Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos**

- Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.

**Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información**

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

**Obtener una copia de esta notificación de privacidad**

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

**Elegir a alguien para que actúe en su nombre**

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

**Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos**

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), los últimos dos disponibles en español.

Por favor, marque sus iniciales\_\_\_\_\_

- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

### **Sus opciones**

**Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.**

Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

**En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:**

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*

**En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:**

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.

### **Nuestros usos y divulgaciones**

**Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica?** Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

#### **Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe**

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

**Ejemplo:** Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar los servicios adicionales.

#### **Dirigir nuestra organización**

- Podemos utilizar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- **No se nos permite utilizar información genética para decidir si le proveemos cobertura y el precio de dicha cobertura.** Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

**Ejemplo:** Utilizamos su información médica para ofrecerle mejores servicios.

#### **Pagar por sus servicios médicos**

- Podemos utilizar y divulgar su información médica cuando pagamos por sus servicios médicos.

**Ejemplo:** Compartimos su información con su plan dental para coordinar el pago por su trabajo dental.

#### **Administrar su plan**

- Podemos divulgar su información médica a su patrocinador del plan médico para la administración del plan.

**Ejemplo:** Su compañía nos contrata para proveer un plan médico, y nosotros le proporcionamos a su compañía determinadas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

Por favor, marque sus iniciales \_\_\_\_\_

**¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?** Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

**Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad**

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
  - Prevención de enfermedades.
  - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
  - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
  - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
  - Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

**Realizar investigaciones médicas**

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

**Cumplir con la ley**

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

**Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director funerario**

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.
- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

**Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
  - En reclamos de compensación de trabajadores.
  - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
  - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
  - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

**Responder a demandas y acciones legales**

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

**Nuestras responsabilidades**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.

Por favor, marque sus iniciales\_\_\_\_\_

- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español.

**Cambios a los términos de esta notificación**

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

Por favor, marque sus iniciales\_\_\_\_\_