

**Información y Pólizas de Oficina**

Gracias por elegirme como su consejera. Espero que durante nuestro tiempo trabajando juntos, usted encuentra la tranquilidad y lograr sus metas deseadas.

Este documento está diseñado para informarle a usted de mi experiencia y para asegurar de que comprenda nuestra relación profesional. Recibí mi maestría en salud mental de la Universidad Internacional de la Florida (FIU) y he recibido entrenamiento para trabajar con diversas poblaciones y temas relacionadas con salud mental. Tengo experiencia trabajando con niños, jóvenes, y adultos.

**Objetivos del tratamiento:** Los objetivos del tratamiento pueden variar dependiendo de los problemas presentados y su nivel de deseo y compromiso con el cambio. La terapia es un proceso de colaboración, usted y yo exploraremos los problemas y estableceremos metas juntos. Es importante tener en cuenta que el éxito del proceso terapéutico depende del esfuerzo de su parte. Para que los objetivos sean logrados y sus metas sean alcanzadas con éxito, es necesario trabajar activamente con mi asistencia, tanto durante las sesiones y en el hogar.

**Longitud de las sesiones terapéuticas:** Cada sesión es de 45-50 minutos. El número de sesiones serán determinadas por sus preocupaciones que se le presenten, los objetivos y los avances realizados. Usted y yo, decidiremos la frecuencia con que usted debe asistir a consejería. Terminación de la relación de consejería puede ocurrir en cualquier momento y puede ser terminado por usted o yo.

**Confidencialidad y Código de Conducta:** La comunicación entre un cliente y un consejero es confidencial en la medida de la ley. Sin embargo, existen ciertas situaciones que solo requieren que proporcione un consentimiento previo por escrito para la divulgación de información sobre lo que diga en una sesión. Su firma en este Acuerdo otorga su consentimiento para las siguientes actividades:

- En la mayoría de los casos, necesito compartir información protegida con el personal administrativo con fines administrativos, como la programación y/o facturación.
- Divulgación requerida por las compañías de seguros que incluya un diagnóstico DSM-5.
- Grave peligro hacia usted o hacia los demás. Si un cliente amenaza seriamente con hacerse daño a sí mismo, es posible que me vea obligada a buscar la hospitalización para él o ella o a contactar a miembros de la familia u otras personas que puedan ayudar a brindarle protección. La ley de Texas establece que un profesional puede revelar información confidencial solo al personal médico o policial si el profesional determina que existe una probabilidad de daño físico inminente para el paciente u otros, o existe una probabilidad de daño mental o emocional inmediato al cliente.

En el caso de que crea razonablemente que usted es un peligro, física o emocionalmente, para usted o para otra persona, usted da su consentimiento específicamente para que me comunique con las siguientes personas, además del personal médico y de las fuerzas del orden público:

Nombre y relación \_\_\_\_\_ Numero de teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre y relación \_\_\_\_\_ Numero de teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre y relación \_\_\_\_\_ Numero de teléfono \_\_\_\_\_

- Si un cliente presenta una queja o demanda contra mí, divulgaré información relevante sobre ese cliente para poder defenderme.
- No acepto solicitudes de amistad de clientes actuales o anteriores en mis perfiles relacionados con psicoterapia o sitios de redes sociales debido al hecho de que estos sitios pueden comprometer la confidencialidad y privacidad de los clientes. Por la misma razón, solicito que los clientes no se comuniquen conmigo a través de sitios web interactivos o de redes sociales.

La divulgación no se verá afectada por este acuerdo en las siguientes situaciones:

- Si está involucrado en un procedimiento judicial y se solicita información sobre su diagnóstico y terapia, dicha información está protegida por ley. No puedo proporcionar ninguna información sin su autorización por escrito o una orden judicial.

En determinadas situaciones, estoy legalmente obligada a tomar medidas, que creo que son necesarias para intentar proteger a otros de daños y es posible que tenga que revelar cierta información sobre la terapia de un cliente. Si tal caso surgiera, haré todo lo posible para discutirlo completamente con usted antes de tomar cualquier acción y limitaré mi divulgación a lo que sea necesario. Tal situación sería:

- Si tengo motivos para creer que un niño menor de 18 años ha sido o puede ser abusado o descuidado (incluidas lesiones físicas, amenazas sustanciales de daño, lesiones mentales o emocionales o cualquier tipo de contacto o conducta sexual), o que un niño es víctima de un delito sexual, la ley exige que presente un informe a la agencia gubernamental correspondiente. Una vez que se presente dicho informe, es posible que deba proporcionar información adicional.
- Si tengo motivos para creer que una persona mayor o discapacitada se encuentra en un estado de abuso, negligencia o explotación, la ley requiere que presente un informe a la agencia gubernamental correspondiente. Una vez que se presente dicho informe, es posible que deba proporcionar información adicional.

**Responsabilidades del cliente:** Usted, el cliente, es un socio pleno en el asesoramiento. Tu honestidad y esfuerzo son esenciales para el éxito. Si, mientras trabajamos juntos, tiene sugerencias o inquietudes sobre su asesoramiento, es importante que las comparta conmigo para que podamos hacer los ajustes necesarios. Ayudaré con un proceso de derivación si se identifica que otro proveedor de salud mental le brindará mejores servicios. Si actualmente recibe servicios de otro profesional de la salud mental, le solicito que me informe de esto y me conceda permiso para compartir información con este profesional para que podamos coordinar nuestros servicios para usted. También espero que siga los procedimientos de la oficina para cumplir / cancelar citas, así como el pago de los servicios cuando se presten.

**Los riesgos y los beneficios de Consejería:** Los riesgos o efectos secundarios potenciales de participar en consejería podrán incluir un aumento de los niveles de estrés y ansiedad, perturbaciones entre las relaciones, y la reactividad emocional, tal y como zonas sensibles sean exploradas. Otro riesgo es que la consejería no resuelva su problema o preocupación. Se evaluará el progreso logrado de sesión a sesión.

Los beneficios de la consejería pueden incluir un mejor funcionamiento en sus relaciones personales y profesionales, mejoría en las habilidades de comunicación, y una reducción en los síntomas que le llevaron a buscar ayuda de un terapeuta.

**Citas y mensajes:** Las citas y los mensajes se transmiten principalmente a través del personal administrativo en la oficina de Pearland Counseling Center al (281) 997-8400 y están disponibles de lunes a jueves de 9am a 7pm y Viernes de 9am a 5pm. Se puede dejar mensajes 24 horas al día, siete días a la semana. Las llamadas/mensajes son grabadas por un sistema de correo de voz confidencial y se contestan tan pronto como sea posible. Para facilitar este proceso, la persona que llame necesita dejar un teléfono o número de móvil para el día/la noche junto con sus preocupaciones actuales. Por favor llame al 911 en caso de emergencia.

Los servicios de consejería son únicamente por cita. La duración de las sesiones terapéuticas generalmente son de 45-50 minutos, o lo que se conoce como una hora clínica. Porque su cita es reservada específicamente para usted, es necesario que nos haga saber antes de la 1:00 pm del día anterior a su cita si tiene que cancelar.

\*\*\* Usted es financieramente responsable para el período de sesiones perdidas a menos que usted haya dado el aviso adecuado.

\*\*\* El cobro de no presentarse a su cita sin aviso adecuado es de \$80.00.

**Honorarios:** Mi tarifa de 45-50 minutos por sesión terapéutica es de \$80.00 con tarifas apropiadas dependiendo de períodos más largos. Además de las citas semanales, yo cobro \$30 para otros servicios profesionales, como conversaciones telefónicas que dura más de 15 minutos, consultar con otros profesionales, y el tiempo empleado en realizar cualquier otro servicio que pueda solicitar de mí.

En el caso de que haya tres sesiones canceladas tarde o no se presenta a su cita, todas las futuras citas programadas serán cancelados. El cobro de no presentarse o cancelación tardía deben ser pagados antes de la próxima sesión programada. Este cobro no está cubierto por el seguro.

El pago se espera antes de cada sesión en el momento en que se lleva, a menos que se acuerde lo contrario. Si su cuenta no ha sido pagada por más de 60 días y arreglos de pago no han sido acordados, futuras sesiones programadas se cancelarán hasta que se reciba el pago.

Si usted se involucra en los procesos judiciales que requiere mi participación, tiene que pagar por todo mi tiempo profesional, incluyendo la preparación y los costos de transporte, incluso si estoy llamada a declarar por la otra parte. También será responsable de los honorarios de mi representación legal. Yo cobro \$600.00 por hora por mi participación en cualquier procedimiento legal. Si voy a la corte para testificar, usted acepta pagar 24 horas de antelación, ya sea \$1,000 medio día: 8:00AM- 12:00PM o \$2,000 por un día entero. Si la duración de mi participación profesional continua después de seis meses, mis tarifas están sujetas a aumentar 20%. Este cobro no está cubierto por el seguro.

Para una copia de los expedientes clínicos, hay una tarifa administrativa de \$25.00 para las primeras veinte páginas y 50¢ para cada página a partir de entonces, junto con una tarifa razonable para el costo de envío o entrega.

**Servicios por videoconferencia (telesalud):** En ocasiones, puede ser necesario utilizar la terapia de videoconferencia (“telesalud”). Para participar en telesalud, usted autoriza que la información relacionada con su salud mental y atención médica se transmita electrónicamente en forma de imágenes y datos a través de una conexión de video interactiva, cifrada y compatible con HIPAA hacia y desde mí, el proveedor y otras personas involucradas en su atención médica. También se espera que use su propio equipo para comunicarse y no el equipo propiedad de otro, y específicamente no use la computadora o la red de su empleador.

Se ha explicado cómo se realizan las sesiones de telesalud y cómo se utilizará para el tratamiento. También se ha explicado en qué se diferencian las sesiones de los servicios en persona, incluidas, entre otras, las reacciones emocionales que puede generar la tecnología. En resumen, comprende que no estará físicamente en su presencia. En cambio, nos veremos y escucharemos electrónicamente. Es posible que parte de la información que normalmente estaría disponible para mí en sesiones presenciales no esté disponible en telesalud. Es importante que comprenda que, en algunas situaciones, dicha información faltante podría dificultar la comprensión de sus problemas y ayudarlo a mejorar.

Las sesiones de telesalud son una forma relativamente nueva de tratamiento, en un área que aún no ha sido completamente validada por la investigación, y que existen riesgos potenciales, posiblemente incluidos algunos que aún no se han reconocido. Entre los riesgos que se reconocen actualmente se encuentran la posibilidad de que la tecnología falle antes o durante la sesión de telesalud programada, que la información transmitida en cualquier forma no sea clara o sea inadecuada para su uso adecuado, y que la información pueda ser interceptada por una persona no autorizada. o personas.

En cualquier momento, usted o yo podemos interrumpir las sesiones de telesalud. Además, no tiene que responder ninguna pregunta que considere inapropiada o cuya respuesta no desee que las personas presentes escuchen, que cualquier negativa a participar en las sesiones de telesalud no afectará su tratamiento continuo y que ninguna acción se tomará contra ti. Sin embargo, reconozca que el tratamiento depende de la información, por lo que si oculta la información, asume el riesgo de que su tratamiento tenga menos éxito de lo que sería de otra manera, o podría fallar por completo.

Las sesiones de telesalud no necesariamente eliminan su necesidad de ver a un especialista en persona. No hay garantía en cuanto a la efectividad de la sesión de telesalud. Aún puede realizar sesiones en persona. Usted me libera incondicionalmente y me libera a mí, a mis afiliados, agentes o personas designadas de cualquier responsabilidad en relación con su participación en las sesiones de telesalud.

Es importante que tenga una copia de mi información de contacto. Puede ser necesario contactar a las autoridades correspondientes en caso de una emergencia. Si se enfrenta o cree que puede estar enfrentando una situación de emergencia que podría resultar en un daño inmediato para usted o para otra persona, no debe asistir a una sesión de telesalud. En su lugar, busque atención médica de inmediato a través del departamento de emergencias del hospital más cercano o llamando al 211 o al 911.

**Registros Profesionales:** Las leyes y las normas de mi profesión exigen que mantengamos registros de tratamiento. Usted tiene derecho a recibir una copia de su expediente o un resumen de sus sesiones. Debido a que estos son los registros profesionales, pueden ser mal interpretados. Si usted desea ver sus registros, se recomienda que lo revisemos juntos para discutir el contenido. Los clientes se les cobrará un honorario apropiada para cualquier momento profesional dedicado al responder a las solicitudes de información. En caso de que esta práctica cierre para los negocios, todos los registros se mantendrán durante el tiempo legalmente obligado (5 años después de la última sesión, 5 años después de los 18 años de un cliente menor de edad) por mí, Guadalupe Garcia, LPC, NCC.

Hacemos todo lo posible para mantener sus registros de salud mental segura de acuerdo con HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) y las regulaciones de Texas Código de Salud y Seguridad.

**Para solicitar una copia de sus (el cliente) registros de salud mental:**

1. Solicitar una copia de sus registros de salud mental/documentos por escrito dirigida a mi a la oficina 2217 Park Avenue, Pearland, TX 77581. Por favor, imprimir y firmar su nombre en la solicitud.
2. Tenga en cuenta su solicitud de una copia de sus registros o una copia de los documentos de su archivo se puede negar.
3. Su terapeuta tiene hasta 15 días después del recibo de su solicitud para proporcionar los documentos solicitados o proporcionar una negación de la solicitud.
4. Puede haber una tarifa para cobrar por los registros de salud/documentos mentales.

**Proceso de Queja:**

Una persona que desea presentar una queja contra un consejero profesional con licencia puede escribir a:

Texas Behavioral Health Executive Council

333 Guadalupe St., Ste 3-900

Austin, Texas 78701

1-800-821-3205

\*POR FAVOR, CONSULTE EL APARTADO “AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD” breve versión para información adicional situado en su paquete de introducción. La versión larga del Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible a petición de los interesados, y también está publicado en la sala de espera.

**Página de registro de cliente**

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

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo SS#: \_\_\_\_\_ LC #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apartamento#: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Casa: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Podemos ponernos en contacto con su # de casa? Si o No Podemos dejar un mensaje? Si o No

Podemos ponernos en contacto con su # de trabajo? Si o No Podemos dejar un mensaje? Si o No

Podemos ponernos en contacto con su # de celular? Si o No Podemos dejar un mensaje? Si o No

Dirección de correo electronic: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:**

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

Casa: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Nombre de la persona responsable para este cliente:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Información sobre seguros**

Nombre de la persona asegurada: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Asegurado SS#: \_\_\_\_\_ FDN asegurado: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_

El empleador asegurado: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_ Teléfono del seguro: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ID o directiva #: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

**Dirección e información de contacto de la persona asegurada, si no el mismo como cliente**

Dirección: \_\_\_\_\_ Apartamento#: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Casa: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Historial medico**

Razón para buscar consejería: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otro médico tratante: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Otro médico tratante: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Otro médico tratante: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Describir problemas físicos (actual): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La medicación actual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **ESTA PÁGINA DEJADO EN BLANCO INTENCIONALMENTE**

Luego de la revisión completa de todos los documentos en este paquete, páginas 1-13, su terapeuta proporcionará un acuse de recibo y formulario de consentimiento para ser firmado por usted (el cliente) y su terapeuta durante las sesiones iniciales.

Yo (el cliente) entiendo que las páginas 1-13 (excluyendo la firma de página, página 6) de este paquete están disponibles para mí en cualquier momento en el sitio web de [www.pearlandcounselingcenter.com](http://www.pearlandcounselingcenter.com) o por la petición. Esta solicitud puede hacerse en persona en Pearland Counseling Center, 2217 Park Avenue, Pearland, Texas 77581.

Yo (el cliente) entiendo que se requiere mi firma en el formulario de consentimiento antes de Reconocimiento y servicios pueden ser proporcionados. **Yo (el cliente) entiendo que si decido NO firmar la forma de acuse de recibo y consentimiento los servicios de terapia NO serán proporcionados.**

**IMPORTANTE:** Se requiere el reconocimiento y consentimiento para que sea firmado por usted (el cliente) y fue testigo antes del inicio de los servicios de terapia.

ORIGINAL

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD - VERSIÓN BREVE**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISE CON CUIDADO.

### **Nuestro compromiso con su privacidad:**

Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su información personal de salud como parte de la atención profesional. También estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información. Estas leyes son complicadas, pero debemos darle esta información importante. Este folleto es una versión más corta de todos los obligados legalmente PNP que está disponible cuando usted lo solicite y contiene más información acerca de su información de salud protegida. Por favor hable con el Oficial de Privacidad (véase el final de este folleto) sobre cualquier preguntas o problemas.

Utilizaremos la información acerca de su salud que obtenemos de usted o de otros sobre todo para dar tratamiento, para formalizar el pago de nuestros servicios, y para algunas otras actividades empresariales que son llamados, en la ley, las operaciones de atención de la salud. Después de haber leído este PNP se le pedirá que firme un formulario de consentimiento para dejarnos usar y compartir su información. Si no está de acuerdo en firmar este formulario, no podemos tratarlo.

Si nosotros o usted desea usar o divulgar (enviar, compartir, liberar) su información para cualquier otro propósito hablaremos con usted y le pediremos que firme un formulario de autorización para permitir esto.

Por supuesto, mantendremos su información de salud privada, pero hay veces que las leyes nos obligan a usar o compartir. Por ejemplo:

1. Cuando hay una amenaza seria a su salud y seguridad o la salud y seguridad de otra persona o del público. Sólo compartiremos información con una persona u organización que es capaz de ayudar a prevenir o reducir la amenaza.
2. Algunas acciones legales y jurídicos o procedimientos judiciales.
3. Si un funcionario encargado de hacer cumplir la ley exige hacerlo.
4. Indemnizaciones a los trabajadores y programas similares de beneficio.

Hay algunas otras situaciones como estas pero que no suceden muy a menudo, que se describen en la versión más larga de esta proporcionada.

## Sus derechos con respecto a la información sobre su salud

1. Usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su salud y cuestiones conexas de manera particular o en un lugar determinado que es más privado para usted. Por ejemplo, puede pedir que llamemos a su hogar y no en el trabajo para platicar de, programar o cancelar una cita. Haremos todo lo posible para hacer lo que usted pida referente a esto.
2. Usted tiene el derecho de pedir que nosotros limitemos lo que se les diga a las personas involucradas en su cuidado o el pago para su cuidado, tales como miembros de su familia y amigos. Si bien no tenemos que estar de acuerdo con su solicitud, sin embargo, si estamos de acuerdo, mantendremos el acuerdo, excepto si es contra la ley, o en el caso de una emergencia, o cuando la información sea necesaria para darle tratamiento.
3. Usted tiene el derecho a examinar la información médica que tenemos acerca de usted, como sus expedientes médicos y de facturación. Inclusive, se puede obtener una copia de estos registros, a un costo. Le proporcionaremos una contabilidad un año de forma gratuita; pero razonablemente, si se pide otro en un período de 12 meses, habrá un costo. Póngase en contacto con el Oficial de Privacidad para organizar cómo ver sus registros. Información de Consulte a continuación.
4. Si usted considera que la información en sus registros es incorrecta o falta información importante, usted nos puede pedir que hagamos algunos tipos de cambios (llamados modificaciones) a su información de salud. Tendrá que hacer la solicitud por escrito y enviarla al Oficial de Privacidad. Usted debe decirnos las razones por las que desea realizar los cambios.
5. Usted tiene el derecho de recibir una copia de este aviso. Si cambiamos este PNP pondremos la nueva versión en nuestra área de espera y siempre se puede obtener una copia de la PNP de la Oficial de Privacidad.
6. Usted tiene el derecho de presentar una queja si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados. Usted puede archivar una queja con el Oficial de Privacidad Guadalupe Garcia, LPC, NCC en 2217 Park Avenue, Pearland, TX 77581. Todas las denuncias a nuestro Oficial de Privacidad deben ser por escrito. También puede presentar una queja con The Secretary of the Department of Health and Human Services Office for Civil Rights en 200 Independence Ave., S. W. Washington, DC 20201, o llame al teléfono 1-877-696-6775 o visite [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/). Presentación de una queja no va a cambiar la atención a su salud/tratamiento que proporcionamos a usted de ninguna manera.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o nuestra polísa de privacidad de la información médica, por favor póngase en contacto con el Oficial de Privacidad que es Guadalupe Garcia, LPC, NCC que puede ser alcanzada por teléfono al 281-997-8400.

Funcionario designado de Privacidad y Seguridad de esta práctica

Guadalupe Garcia LPC, NCC es la oficial de seguridad designada para esta práctica.

Guadalupe Garcia, LPC, NCC es la oficial de la privacidad de esta práctica.

Las preguntas relacionadas con la privacidad y seguridad, peticiones y preocupaciones deben ser dirigido a Guadalupe Garcia y ella se encargará de ellas.



## Reconocimiento de recibo del aviso de prácticas de privacidad

Yo, \_\_\_\_\_, he leído y entiendo este documento. Reconozco que tengo la oportunidad ahora y en el futuro para discutir cualquier pregunta que pueda tener con mi consejero. Estoy de acuerdo con las prácticas y políticas escritas aquí y haber recibido una copia de esta Oficina el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Escriba nombre: \_\_\_\_\_

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

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

Es su derecho a negarse a firmar este documento.

---

### **Sólo para uso de la oficina:**

**La razón por la que un reconocimiento estándar (como en el caso anterior) a partir de la recepción del aviso de prácticas de privacidad no fue obtenido:**

\_\_\_\_\_ **Paciente se negó a firmar.**

\_\_\_\_\_ **Barreras de comunicación prohibida la obtención del reconocimiento.**

\_\_\_\_\_ **Una situación de emergencia.**

\_\_\_\_\_ **Otros:** \_\_\_\_\_

## Correo electrónico y mensajería consentimiento

Las regulaciones HIPAA y mi código de ética profesional ambos requieren que me mantenga su información protegida de salud privada y segura, y de hecho quiero hacerlo. El correo electrónico es una forma muy cómoda de manejar las cuestiones administrativas como la programación o las solicitudes de recepción, pero el correo electrónico no es 100% segura. Algunos de los riesgos potenciales que podrían surgir si tenemos correo electrónico incluyen:

- Entrega errónea de un mensaje de correo electrónico a una dirección escrita incorrectamente.
- Cuentas de correo electrónico pueden ser 'hackeado', dando un acceso de terceros al contenido del correo electrónico y las direcciones.
- Los proveedores de correo electrónico (es decir, Gmail de Google, Comcast y Yahoo) conservar una copia de cada mensaje de correo electrónico en sus servidores, donde podría ser accesible a los empleados, etc.

Por estas razones, no voy a utilizar el correo electrónico para discutir cuestiones clínicas (es decir, las cosas importantes que hablamos en las sesiones.)

Si usted se siente cómodo hacerlo, estoy feliz de usar el correo electrónico para manejar pequeñas cuestiones administrativas como programación y facturación. Esto sólo será utilizado si el personal de la Oficina está disponible para ayudarle con estas cuestiones.

**\*El personal de la oficina se encargará de toda la programación, facturación y otras cuestiones de la Oficina únicamente por teléfono. Correo electrónico y texto no será utilizado como una forma de comunicación. Si cambia esta política, usted será notificado en el momento de cambiar y estar siempre actualizado con un consentimiento para revisar y firmar.\***

Si usted no se siente cómodo con estos riesgos, podemos manejar las cuestiones administrativas a través de llamadas telefónicas.

Yo no texto a los clientes confirmaciones de cita.

Por favor, indique su preferencia sobre el correo electrónico a continuación y firmar. **(marque uno)**

**Yo SI o NO doy mi consentimiento para utilizar el correo electrónico para cuestiones administrativas.**

Si se da el consentimiento expirará 2 años después de nuestra última cita. Esto significa que no voy a poner en contacto a través del correo electrónico, aunque todavía son siempre bienvenidos a mi correo electrónico, y puedo contestar brevemente si lo haces.

Escriba nombre: \_\_\_\_\_

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

## Medio Social

Los medios sociales se utiliza exclusivamente para uso personal y no debe ser utilizado en las relaciones profesionales. Con el fin de respetar los límites de ambos los clientes y el personal, incluido el mantenimiento de la confidencialidad, no puede haber ninguna afiliación en medios sociales.

Su firma indica que usted ha leído la información de este documento y estas de acuerdo con sus términos durante nuestra relación profesional.

Iniciales del cliente: \_\_\_\_\_

### Seguro- Asignación Y Lanzamiento

El abajo firmante certifica que yo (y/o mis dependientes) tienen cobertura de seguro con

\_\_\_\_\_

Y que puedo asignar directamente a Guadalupe Garcia, LPC, NCC todos los beneficios del seguro, si los hubiere, pagaderas a mí por servicios prestados. Autorizo a Guadalupe Garcia, LPC, NCC para liberar cualquier información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. Autorizo a esta firma en todas las presentaciones de seguros.

Iniciales del cliente: \_\_\_\_\_

### Política para proporcionar nueva información sobre seguros

Nuestros clientes son muy importantes para nosotros y nuestro principal objetivo es hacer de su tiempo aquí tan agradable y suave como sea posible. Es pertinente que recibamos toda la información actualizada antes de su cita programada, de modo que podamos evitar cualquier discrepancia con la cobertura de su seguro.

Si/cuando adquiere nuevo seguro, necesitamos un aviso de 48 horas antes de su cita programada. Si usted no proporciona su seguro actualizado información dentro del plazo de 48 horas, estará sujeto al pago de una tasa. La tarifa se basa en la tarifa contratada de su compañía de seguros.

Entiendo que seré responsable de los honorarios y/o los saldos adeudados en mi cuenta si no puedo dar mi nueva información de seguros dentro del periodo de tiempo requerido. Esto incluye los créditos que le son negados.

Iniciales del cliente: \_\_\_\_\_

Escriba nombre: \_\_\_\_\_

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

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

## Política de no presentarse, canelar, llegar tarde y saldo pendiente

Estamos muy comprometidos a servir a nuestros clientes y nos esforzamos para dar cabida a todos nuestros clientes tan pronto como sea posible.

Si tiene una cita reservada para usted que no podrá asistir, es necesario que cancele la cita antes de la **1:00 pm del día antes de la cita**. Entendemos que ocurren emergencias, y estaremos encantados de trabajar con usted en esas situaciones. Si usted tiene cualquier pregunta, por favor siéntase libre para hablar con nuestro jefe de oficina.

\*\*\*\*\*  
Entiendo que yo sere responsable de **una tarifa adicional de \$80.00** y que mi tarjeta de crédito será cargada si no proporciono el aviso adecuado para cancelar la cita programada.

Yo también entiendo que sere responsable de cualquier saldo pendiente por servicios prestados y que mi tarjeta de crédito será cargada con el pago del saldo pendiente.

Si usted decide proporcionarnos su información de la cuenta de gastos flexible, un número de tarjeta de crédito o débito es necesaria, ya que la situación puede ocurrir que su flex cuenta tiene suficientes fondos o su equilibrio ha quedado agotada.

Aceptamos las siguientes tarjetas de crédito/débito: Visa, MasterCard, American Express y Discover.

### Para Flex Card:

Nombre en la tarjeta (Letra de molde): \_\_\_\_\_

Número de Tarjeta de Crédito: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Fecha de caducidad: \_\_\_\_\_

### Para Tarjeta de Crédito/Debito:

Nombre en la tarjeta (Letra de molde): \_\_\_\_\_

Número de Tarjeta de Crédito: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Fecha de caducidad: \_\_\_\_\_

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con la directiva anterior y dar mi permiso para que mi tarjeta se cargará si se produce una infracción.

Escriba nombre: \_\_\_\_\_

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

---

Yo \_\_\_\_\_ (Nombre en la tarjeta) entiendo que al proporcionar la información de mi tarjeta de crédito estoy consintiendo a ser financieramente responsable para \_\_\_\_\_ (Nombre del Cliente) con respecto a cualquier violación de la política mencionada anteriormente.

Escriba nombre: \_\_\_\_\_

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

**Usted puede revocar este consentimiento en cualquier momento, mediante la presentación de una solicitud por escrito que deberá incluir: fecha de solicitud, nombre del cliente, su nombre, firma, copia de su licencia de conductor, y una explicación de la información que se va a quitar. Si envía su solicitud, por favor tenga en cuenta que puede haber cargos a tu tarjeta hasta que su solicitud es recibida por nuestra oficina.**

**Sólo para uso de oficina:** Fecha de solicitud de revocación: \_\_\_\_\_ Fecha solicitud recibida (Eff. Fecha de revocado) \_\_\_\_\_

## Autoevaluación

Que está sucediendo en su vida que resultó en esta cita? \_\_\_\_\_

Qué le gustaría ver realizado en terapia? \_\_\_\_\_

### QUEJA PRINCIPAL (MARQUE TODAS LAS QUE SE APLICAN A USTED):

- |                                                                      |                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Depresión                                   | <input type="checkbox"/> Sentir que las cosas no son reales        |
| <input type="checkbox"/> Baja energía                                | <input type="checkbox"/> Perder la noción del tiempo               |
| <input type="checkbox"/> Pobre autoestima                            | <input type="checkbox"/> El pensamiento desagradable no desaparece |
| <input type="checkbox"/> Concentración deficiente                    | <input type="checkbox"/> Enojo/frustración                         |
| <input type="checkbox"/> Desesperanza                                | <input type="checkbox"/> Desafía las reglas                        |
| <input type="checkbox"/> Inutilidad                                  | <input type="checkbox"/> Culpa a otros                             |
| <input type="checkbox"/> Culpa                                       | <input type="checkbox"/> Argumenta                                 |
| <input type="checkbox"/> Alteración del sueño (más/menos)            | <input type="checkbox"/> Uso excesivo de medicamentos recetados    |
| <input type="checkbox"/> Alteración del apetito (más/menos)          | <input type="checkbox"/> Apagones                                  |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos de lastimarse                  | <input type="checkbox"/> Problemas de abuso físico                 |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos de lastimar a alguien          | <input type="checkbox"/> Problemas de abuso sexual                 |
| <input type="checkbox"/> Aislamiento/retirada social                 | <input type="checkbox"/> Problemas de abuso conyugal               |
| <input type="checkbox"/> Tristeza/pérdida                            | <input type="checkbox"/> Otros problemas/síntomas:                 |
| <input type="checkbox"/> Estrés                                      | _____                                                              |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/pánico                             | _____                                                              |
| <input type="checkbox"/> latidos del corazón /acelerado              |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho                              |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Temblor                                     | Número de matrimonios _____ Número de años _____                   |
| <input type="checkbox"/> Transpiración                               | Número de niños _____                                              |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos/sofocos                         | Edades y género _____                                              |
| <input type="checkbox"/> Hormigueo/entumecimiento                    |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Miedo a morir                               | Número de hijitos _____                                            |
| <input type="checkbox"/> Miedo a volverse loco                       | Edades y género _____                                              |
| <input type="checkbox"/> Náusea                                      |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Fobia                                       |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Obsesiones/Comportamientos compulsivos      | Consuma alcohol? _____                                             |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos acelerado                      | Si es así, cuánto por semana? _____                                |
| <input type="checkbox"/> No puede aferrarme a una idea               | _____                                                              |
| <input type="checkbox"/> Fácilmente agitada                          | _____                                                              |
| <input type="checkbox"/> Comportamientos excesivos (gastos/apuestas) | _____                                                              |
| <input type="checkbox"/> Delirios/alucinaciones                      | _____                                                              |
| <input type="checkbox"/> No pensar claramente/confusion              | _____                                                              |
| <input type="checkbox"/> Sensación de que no eres real               |                                                                    |

Por favor revise las preocupaciones que ha marcado y elija las tres que más le preocupan. En orden de importancia, son:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_