

Name _____

File # _____

Forma de Aviso de Nuevo México

Aviso de Terapeutas Pólizas y Prácticas Para Proteger La Privacidad de Su Información de Salud

ESTE AVISO INDICA COMO LA INFORMACIÓN MEDICA Y PSICOLÓGICA RESPECTO A USTED SE PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. FAVOR DE REVISAR ESTA INFORMACIÓN CUIDADOSAMENTE.

I. Usos y Revelaciones de Tratamiento, Pagos, y Operaciones de Cuidado y Salud

El Centro Samaritano para Familias en Cambio. (El Centro) puede que *use* o *revele* su **información de salud protegida (PHI por sus siglas en inglés)**, para propósitos de *tratamiento, pago, y operaciones de cuidado de salud* con su consentimiento. Para clarificar estos términos, aquí están algunas definiciones:

- “**PHI**” (*Información de Salud Protegida*) Se refiere a información en su record (expediente) de salud que lo puede identificar a usted.
- “*Tratamiento, Pago, y Operaciones de Cuidado de Salud*”
 - *Tratamiento* es cuando El Centro mantiene, coordina o maneja su cuidado de salud y otros servicios relacionados con su cuidado de salud. Un ejemplo del tratamiento sería cuando su terapeuta consulte con otro proveedor de cuidado de salud, como su medico de practica familiar o otro psicólogo.
 - *Pagos* es cuando El Centro obtiene reembolso por su tratamiento de salud. Ejemplos de pago son cuando El Centro comparte su PHI con su seguro medico para obtener reembolso por su tratamiento o para determinar su elegibilidad y la cobertura de su plan.
 - *Operaciones de Cuidado de Salud* son actividades que se relacionan con el desempeño y operación de nuestra practica. Ejemplos de operaciones de cuidado de salud son evaluación y actividades para mejorar nuestros servicios, asuntos con respecto a negocios como auditoria, servicios de administración, trabajadores sociales, y coordinación.
- “*Uso*” se aplica nada mas a actividades dentro del Centro como compartir, emplear, y analizar información de su identidad.
- “*Revelar*” se aplica a actividades fuera del Centro, como desprender, transferir, o proporcionar acceso a la información sobre usted a otros partidos.

II. Usos y Revelaciones Que Requieren Autorización

El Centro puede usar o revelar PHI para propósitos fuera del tratamiento, pago y operaciones con respecto a su salud, cuando se obtenga su autorización apropiada. Una “autorización” es un permiso escrito más del consentimiento general que permite solamente algunas revelaciones especificadas. Cuando a su terapeuta se le pide la información para el propósito fuera del tratamiento, pago y operaciones relacionadas con el cuidado de su salud, El Centro obtendrá una autorización de usted antes de revelar la información. El Centro también obtendrá una autorización de usted antes de revelar sus notas de psicoterapia. “Notas de Psicoterapia” son notas que su terapeuta anota durante sus conversaciones en una sesión privada, de grupo, junta, o familiar, y que se encuentran separadas del resto de su “record” (archivo) psicológico. Estas notas tienen más protección que PHI.

Usted puede revocar todas tales autorizaciones (de PHI o notas de psicoterapia) en cualquier momento, proporcionadamente que cada revocación sea escrito. Usted no podrá revocar una autorización de tal grado que (1) El Centro sea dependiente de esa autorización; o (2) si esa autorización fue obtenida como una condición para obtener cobertura de seguro, la ley da el derecho al a asegurador de contender reivindicar bajo la póliza.

III. Usos y Revelaciones Sin Consentimiento ni Autorización.

El Centro puede usar o revelar PHI sin su consentimiento o autorización en las siguientes circunstancias:

- **Abuso Infantil:** En ciertas circunstancias, es requerido que su terapeuta reporte abuso infantil en una variedad de formas, incluso negligencia, a (1) la autoridad local; (2) la oficina del Departamento de Menores, Jóvenes, y Familias (Children, Youth and Families Department) en el condado donde el menor resida; (3) Si el menor reside en territorio indio, se le informara a la tribu con la autoridad o a la agencia de servicios sociales.
- **Abuso de Adulto y abuso Domestico:** Si su terapeuta tiene alguna causa razonable de que algún adulto incapacitado esté abusado, descuidado, explotado, inmediatamente será reportada la información al Departamento de Menores, Jóvenes, y Familias (Children, Youth and Families Department).
- **Descuido de Salud:** Si la Mesa Directiva de Psicología de Nuevo México está conduciendo una investigación, El Centro es requerido a revelar sus archivos de salud mental al recibir una orden de comparecencia de la Mesa Directiva.
- **Procedimientos Administrativos o Judicial:** Si usted está envuelto en procedimientos legales y tiene una petición de información relacionada con su diagnostico y tratamiento y los archivos subsecuentes de estos, tal información es privilegiada bajo la ley del estado, y El Centro no puede revelar la información de usted sin alguna autorización escrita, de usted o de su representante legal o sin un orden de la corte. El privilegio no se aplica cuando usted está siendo evaluado por un tercer partido o cuando la evaluación es ordenada por la corte. Si este fuera el caso, usted será informado por adelantado.

- **Amenaza Seria de Salud o Seguridad:** Cuando su terapeuta considere que ciertas revelaciones de información confidencial son necesarias para proteger en contra de un riesgo sustancial y inminente que usted pueda infligir peligro propio serio o a otra persona, su terapeuta tiene la obligación de reportar la información a la persona apropiada que dirigirá tal riesgo (por ejemplo, la policía o la víctima potencial).
- **Compensación al Trabajador:** Cuando un reclamo es hecho, su terapeuta está requerido por la ley a revelar los archivos que son directamente relacionados a las lesiones o incapacidades reclamadas por usted (por -cuales usted está recibiendo beneficios de su empleador) a usted, a su empleador, al seguro de su empleador, organización de grupos de repaso, o la Mesa Directiva de Selección para el cuidado de salud.

IV. Los Derechos del Paciente y Obligación del Terapeuta

Derechos del Paciente:

- *El Derecho de Pedir Restricciones-* Usted tiene el derecho de pedir restricciones en ciertos usos y revelaciones de su información de salud. Sin embargo, El Centro no es requerido estar de acuerdo con la restricción que usted pida.
- *El Derecho de Recibir Comunicación Confidencial por Otros Medios y Ubicaciones Alternativas-* Usted tiene el derecho de pedir y recibir comunicaciones confidenciales de PHI por otros medios y ubicaciones alternativas. (Por ejemplo, usted talvez no quiere que alguno miembro de su familia se de cuenta que usted está siendo visto por nuestro centro. Al hacer usted esta petición, El Centro enviara sus cobros a otro domicilio)
- *El Derecho de Inspeccionar y Obtener Copia-* Usted tiene el derecho de inspeccionar o obtener una copia (o ambas) de PHI en los archivos de cobros o de salud mental usados para tener decisiones de usted por mientras que el PHI se mantenga en el record. El Centro puede desaprobar su acceso a PHI bajo ciertas circunstancias, pero en algunos casos, la decisión se puede ser reexaminada. Bajo su propio pedido, El Centro discutirá con usted los detalles de su petición y el proceso del rechazo.
- *El Derecho de Enmendar-* Usted tiene el derecho de enmendar PHI por el tanto que el expediente esté mantenido en record. El Centro puede negarle su petición. Bajo su pedido, El Centro discutirá con usted los detalles del proceso de la enmendación.
- *El Derecho de Tener Cuenta-* Usted generalmente tiene el derecho de recibir cuenta de revelaciones de PHI por cuales usted no proporciono consentimiento ni autorización (como se describe in sección III de este aviso). Bajo su propio pedido, El Centro discutirá con usted los detalles de recibir cuenta.
- *Derecho de Obtener Una Copia en Papel-* Usted tiene el derecho a obtener una copia en papel del aviso del Centro, sobre pedirla, aun cuando usted está de acuerdo de recibir este aviso electrónicamente.

Obligaciones del Terapeuta:

- El Centro es requerido por ley de mantener la privacidad de PHI y cederle con un aviso para usted de las obligaciones legales de El Centro y las practicas privadas con respecto a PHI.
- El Centro reserva el derecho de cambiar las pólizas privacidad descritas en este aviso. A menos que El Centro le avise de alguno cambio, sin embargo, El Centro está requerido acatar los términos que están vigentes.

- Si El Centro revisa nuestras pólizas y tramites, El Centro le enviará a usted el aviso revisado y vigente. Una copia será colocada en la oficina también.

V. Quejas

Si usted se preocupa que El Centro haga violado sus derechos de privacidad, o usted no está de acuerdo con alguna decisión que El Centro haga tomado referente a sus archivos, usted puede contactar a la Dra. Sarah Brennan o Arlene Harmon al (505) 842-5300.

Usted también puede enviar una queja escrita al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Al hacer usted su petición, la persona mencionada arriba puede proporcionarle a usted con la dirección apropiada para mandar su queja.

VI. Fecha de Vigencia, Restricciones y Cambios en la Póliza Privada

Este aviso será vigente en Abril 14, 2003.

El Centro reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso y todas las nuevas provisiones vigente para toda PHI que El Centro mantenga. El Centro le proporcionara a usted con un aviso revisado y vigente por correo.

Firma de cliente

Fecha

Firma de padre o Guardián si el cliente
es menor de 18 años

Relación al cliente

Name _____

File # _____

ACUERDO DE SERVICIOS DE PSICOTERAPEUTA - PACIENTE

Bienvenido al Centro Samaritano de Conserjería (aquí en adelante se refiere como “El Centro”). Este documento (el acuerdo) contiene información importante de nuestros servicios profesionales y pólizas del negocio. También contiene un resumen de información de portabilidad y acto de contabilidad de seguro de salud (HIPAA), una nueva ley federal que provee nuevas protecciones de privacidad y nuevos derechos del paciente con respecto al uso y a las revelaciones de su Información de Salud Protegida (PHI) usada para el propósito de tratamiento, pago, y operaciones de cuidado de salud. HIPAA requiere que El Centro le proporcione un aviso de prácticas de privacidad (El Aviso) para uso y revelación de PHI para tratamiento, pago, y operaciones de cuidado de salud. El aviso, que está adjuntado con este acuerdo, explica HIPAA y su aplicación a información personal de salud con gran detalle. La ley requiere que El Centro obtenga su firma de reconocimiento de que El Centro le proporcionó a usted con esta información antes de que su sesión sea finalizada. Aunque estos documentos son largos y a veces complejos, es importante que usted los repase muy cuidadosamente antes de la próxima sesión. Nosotros podemos aclarar cualquier pregunta que usted tenga de este proceso en ese tiempo. Cuando usted firme este documento, también representará un acuerdo entre usted y El Centro. Usted puede revocar este acuerdo en escrito en cualquier momento. Su terapeuta tendrá que estar obligado a esta revocación, a menos que El Centro haya tomado acción de dependencia en esta; a menos que obligaciones sean impuestas al Centro por su seguro de salud para poder procesar o para probar los reclamos hechos bajo su póliza, o si usted no ha satisfecho cualquier obligación financiera incurrida.

SERVICIOS PSICOLOGICOS

Psicoterapia no es tan fácil describir en una declaración general. La psicoterapia varía, depende de la personalidad del terapeuta y del paciente, y los problemas particulares que le estén pasando a usted. Hay muchos métodos diferentes que su terapeuta puede utilizar para asistirle con los problemas que espera dirigir. Psicoterapia no es como una visita a su médico. Así es que es una llamada a un esfuerzo muy activo en su parte.

Psicoterapia tiene sus beneficios y riesgos. Como terapia a menudo consiste de discutir o aclarar aspectos desagradables de su vida, usted puede experimentar sentimientos incómodos como tristeza, culpa, enojo, frustración, soledad, y desamparo. En cambio, por otra parte, psicoterapia también ha demostrado tener muchos beneficios. La terapia a menudo lleva a mejores relaciones, soluciones a problemas específicos, y reduce sentimientos significantes de angustia, pero no hay garantía ninguna de cual sea su experiencia.

Nuestras primeras sesiones envolverán una evaluación de sus necesidades. Al final de su evaluación su terapeuta podrá ofrecerle a usted alguna impresión primaria de lo que se tratará y el plan de tratamiento que se llevará al terminarla, si usted decide continuar con la terapia. Usted debe evaluar esta información a lo largo su propia opinión de si usted se siente cómodo trabajando con su terapeuta. Terapia requiere compromiso de tiempo, dinero, y energía, por esto es que sea cauteloso al seleccionar su terapeuta. Si tiene alguna pregunta sobre el procedimiento de su terapeuta, aclárelas cuando estas sucedan. Si dudas persisten, El Centro estará dichoso de ayudarle fijar una cita con otro profesional de salud mental para que usted obtenga una segunda opinión.

JUNTAS

El Centro normalmente conduce una evaluación que dura de 1 a 3 sesiones. Durante este tiempo, ambos podemos decidir si su terapeuta es la mejor persona de proveerle a usted con los servicios que usted necesita para cumplir con la meta de su tratamiento. Si la psicoterapia ya empezó, su terapeuta normalmente fija una sesión de 45 minutos por semana, a una hora que estemos de acuerdo, aunque algunas sesiones pueden ser más largas o más frecuentes. Una vez que la cita sea fijada, se espera que usted pague la cita a menos que usted nos proporcione con aviso en avanzado para cancelar (a menos que esté en acuerdo que no pudo asistir a su cita por circunstancias fuera de su control). Es muy importante que usted tome en cuenta que algunos seguros no proveen pago por citas canceladas. Si es posible, su terapeuta puede encontrar otro horario para fijar otra fecha para su cita.

HONORARIOS PROFESIONALES

El honorario por hora a El Centro es \$120.00. Además de citas semanales, El Centro cobrará esta cantidad por otros servicios profesionales que usted pueda necesitar. El Centro puede dividir la cuota por periodos de 45 minutos o menos. Otros servicios incluyen la escritura de reportes, conversaciones de teléfono que duran más de 15 minutos, el consultar con otros profesionales con su permiso, la preparación de archivos o un resumen de su tratamiento, y el tiempo usado para ejecutar otros servicios que usted solicite del Centro. Si usted se implica en asuntos legales que requieren la participación de su terapeuta, se espera que usted pague este tiempo profesional, incluyendo la preparación y costos de transporte aun cuando su terapeuta sea llamado a testificar por otro partido. (Por la dificultad que el asunto legal envuelve, El Centro cobra \$150.00 por hora por la preparación y asistencia de cualquier asunto legal.)

CONTACTANDO A SU TERAPEUTA

Dado al calendario de trabajo, su terapeuta a veces no puede estar disponible de inmediato por teléfono. Cuando su terapeuta no está disponible, el teléfono es contestado por la secretaria. Su terapeuta hará todo esfuerzo de regresarle su llamada el mismo día que usted llame, con la excepción de los fines de semana y días festivos. Si es difícil de localizarle a usted., favor de informarle a su terapeuta de la hora cuando usted estará disponible. En emergencias usted puede llamar al localizador personal (beeper) del terapeuta en guardia, siga las instrucciones del mensaje del contestador automático (voice-mail) al 842-5300. Si usted no puede ponerse en contacto con su terapeuta y no puede esperar hasta que su llamada sea regresada, llame a su médico familiar o al cuarto de emergencias más cercano y pregúnteles por el terapeuta en guardia. Si su terapeuta no se encuentre disponible por tiempo extendido, él/ella le proveerá a usted el nombre de algún otro colega, para que usted pueda hacer contacto si fuera necesario.

LIMITES DE CONFIDENCIALIDAD

La ley protege la privacidad de toda comunicación entre el paciente y el profesional de salud mental. En la mayoría de las situaciones, El Centro solamente puede revelar cierta información de su tratamiento de salud a otras personas, si usted firma por escrito una forma de autorización que satisface ciertos requisitos impuestos por HIPAA. Hay otras situaciones que requieren solamente que usted nos proporcione en avanzado con un consentimiento escrito. En este acuerdo su firma nos proporciona el consentimiento para estas actividades, según lo siguiente:

- El Centro ocasionalmente puede determinar que sea útil consultar con otros profesionales de salud y de salud mental sobre su caso. Durante una consulta, El Centro hará todo esfuerzo posible de evitar que se revele la identidad de nuestros pacientes. Los otros profesionales también están legalmente obligados a guardar esta información confidencial. Si usted no se niega, su terapeuta no le dirá a usted de estas consultaciones a menos de que ellos crean que es importante para el trabajo de ustedes. El terapeuta notará todas las consultas en sus archivos clínicos (clinical records).
- Usted debería ser conciente que El Centro practica con otros profesionales de salud mental y que El Centro emplea a personal administrativo. En la mayoría de los casos, su terapeuta puede compartir la información protegida con estas personas para propósitos de clínica y administrativos, tal como, fijar horarios de citas, facturación, y certeza de calidad. Todos los profesionales de salud mental están obligados por las mismas reglas de confidencialidad. A todo el personal se le ha dado entrenamiento sobre como proteger su privacidad y están de acuerdo de no poner en libertad ninguna información fuera de la práctica sin permiso del miembro profesional.
- El Centro también puede tener contratos con colegas del negocio, como el tenedor de libros y contadores. Como es exigido por HIPAA, El Centro tiene un contrato con un asociado formal de este/estos negocio(s), el cual promete/prometen a ellos de mantener la confidencialidad de estos datos excepto en lo que específicamente está permitido en el contrato o de otro modo exigido por la ley. Si usted lo desea, El Centro puede proporcionarle a usted con los nombres de estas organizaciones y/o una copia del contrato en blanco.
- Revelaciones requeridas por el agente de seguros o para coleccionar pagos atrasados son definidos en otro lado de este acuerdo.

Estas son algunas situaciones donde El Centro se le permite o se le exige que revele información sin su consentimiento ni autorización:

- Si usted está implicado en procedimientos legales y una petición está hecha para obtener la información tocante a su diagnóstico y tratamiento, esta información es protegida por la ley de privilegio para el terapeuta-paciente. Su terapeuta no puede proporcionar ninguna información sin su autorización escrita (o de su representante legal designado), o una orden de la corte. Si usted está implicado en o está contemplando litigio (pleito) legal, usted debe consultar con su abogado para determinar si es probable que la corte ordene que su terapeuta proporcione la información.
- Si alguna agencia de gobierno está solicitando la información para supervisar el cuidado de salud, a El Centro se puede ser exigido proporcionar la información.
- Si el paciente entabla una demanda o queja contra el terapeuta, El Centro puede revelar la información relativa con respecto al paciente, con el fin de defender al terapeuta y/o al Centro.
- Si el paciente reclama una compensación de trabajo (worker's compensation) El Centro debe, después de recibir la solicitud apropiada de cualquiera de los dos partidos, revelar toda la información de los archivos de su terapeuta, informes directamente relacionados a lesiones e incapacidades reclamadas por el paciente por el cual él o ella está recibiendo beneficios de su empleador, este será una vez que se reciban la(s) solicitud(es) escritas.

Habrán algunas situaciones en cual El Centro estará legalmente obligado a tomar acción, lo cual su terapeuta crea que sea necesaria para intentar proteger a otros de algún peligro. El Centro puede tener que revelar alguna información del tratamiento del paciente. Estas situaciones no son muy comunes en la práctica del Centro.

- Si su terapeuta sabe o tiene una sospecha razonable de que algún menor de 18 está siendo abusado o desatendido, la ley requiere que su terapeuta reporte este asunto inmediatamente a la agencia apropiada del gobierno, normalmente a la oficina de El Departamento de Menores, Jóvenes, y Familias (Department of Child, Youth & Families) en el condado donde el menor resida. Una vez que tal reporte se hace, El Centro puede ser exigido que proporcione información adicional.
- Si su terapeuta tiene razón o causa razonable de pensar que algún adulto incapacitado está siendo abusado, desatendido o explotado, El Centro tendrá que reportar la información inmediatamente al Departamento de Menores, Jóvenes, y Familias (Department of Children, Youth & Families). Una vez que el reporte se hace, es posible que información adicional se pueda ser requerido por El Centro.
- Si El Centro cree que el paciente presenta riesgo de peligro serio sustancial e inminente a otra persona, El Centro se puede ser requerido tomar medidas de amparo. Estas acciones puedan incluir notificar al víctima potencial, el contactar al departamento de policía, o buscar hospitalización para el paciente.
- Si el paciente amenaza algún riesgo sustancial o peligro serio a sí mismo, El Centro puede obligarse a buscar hospitalización para el/ella o contactar a miembros de su familia o a otros que puedan ayudar a proveer protección.

Si tal situación surgiera, El Centro hará cualquier esfuerzo de aclararle esto completamente, antes de tomar cualquier acción, y El Centro limitará la revelación de información a lo que sea necesario.

Mientras que este resumen de excepciones de confidencialidad resulta útil en informarle a usted de problemas potenciales, es importante que usted aclare con su terapeuta cualquier pregunta o preocupación que usted podría tener, ahora o en el futuro. Las leyes que gobiernan la confidencialidad pueden ser bastante complejas, y nosotros no somos abogados. En situaciones donde un informe específico se requiere, un consejo formal legal se puede ser preciso.

ARCHIVOS PROFESIONALES

Las leyes y normas de nuestra profesión requieren que El Centro mantenga protegida PHI (información de salud protegida) de usted en su archivo (record) clínico. Excepto en circunstancias raras que involucran peligro a usted o a otras personas, o cuando información ha sido proporcionada a la terapeuta confidencialmente por algo más, usted puede examinar y/o recibir una copia de su archivo clínico (clinical record), solo si usted lo pide por escrito. Por razón que estos son archivos profesionales, pueden ser mal interpretados y/o pueden disgustar al lector, si él está inexperimentado al grado para entender estas notas. Por esta razón, El Centro recomienda que usted las repase inicialmente en la presencia de su terapeuta, o puede pasarlas a otra profesional de salud mental para que pueda aclarar el contenido. En la mayoría de las circunstancias, se permite que El Centro cobre 25¢ por página para copiar (y por otros ciertos gastos). Si El Centro rehúsa su pedido de tener acceso a sus archivos (records), usted tiene el derecho a reexaminar. Su terapeuta puede aclarar esto con usted, si usted se lo solicita.

Su terapeuta guarda sus notas de psicoterapia y adicionalmente sus archivos clínicos (clinical records). Estas notas son para el uso del terapeuta y están diseñadas para asistir a que el/ella le provea a usted el mejor tratamiento. Mientras el contenido de las notas de psicoterapia varía de cliente a cliente, es posible que incluyan notas específicas de conversaciones con su terapeuta, y los análisis de esas conversaciones, y el efecto de éstas en su terapia. Es posible particularmente que contengan información que es sensible, que usted le haya revelado a su terapeuta y que no está requerida a que esté en su archivo clínico (clinical record). También es posible que se incluyan información que otros le hayan proporcionado al Centro en toda confidencialidad. Estas notas de psicoterapia son guardadas separadamente de su archivo clínico (clinical record). Sus notas de psicoterapia no están disponibles a usted y no podrán ser mandadas a ninguna otra persona, incluyendo compañías de seguro, sin su autorización escrita y firmada. Compañías de seguro no pueden exigirle su autorización como una condición de cobertura, ni penalizarle a usted en cualquier manera por rehusarse proporcionarles el pedido.

LOS DERECHOS DEL PACIENTE

HIPAA le provee a usted varios derechos nuevos y/o desarrollados con respecto a sus archivos clínicos (clinical records) y revelaciones de PHI (información protegida de salud). Estos derechos incluyen el pedido de que El Centro enmiende su record; el pedido de hacer restricciones en la información de su archivo clínico que se revela a otros; el pedido de cuenta de la materia de revelaciones de información protegida de salud (PHI) que usted no ha autorizado ni ha dado ningún consentimiento; determinado el lugar en donde revelaciones PHI (información protegida de salud) han sido enviadas; el tener cualquier queja que usted tenga de las pólizas o procesos registrados en sus archivos; y el derecho a una copia en papel de este acuerdo, la forma de aviso que está ajuntado, y las pólizas de privacidad y proceso del Centro. Su terapeuta estará más que encantado de aclarar cualquiera de estos derechos con usted.

PADRES Y MENORES

En el caso de niños de menor edad, firmando este acuerdo provee autorización de tratarle a mi niño. Pacientes de 14 años de edad y en adelante tienen el derecho del consentimiento a recibir psicoterapia individual e información del tratamiento que no puede ser revelada a nadie más sin el acuerdo del menor. Los padres tienen el derecho de revisar los archivos de los menores de 14 años, a menos que el terapeuta decida que tal acceso perjudique al menor, o solo que ambos lleguen a otro acuerdo. Puesto que el estar involucrado como padre en la terapia de su menor es muy importante, es la póliza del Centro solicitar un acuerdo entre un paciente menor de 14 a 18 años y los padres de el/ella, permitiéndole al terapeuta que comparta la información general relacionada con el progreso del tratamiento del menor y de la asistencia a las sesiones programadas y fijadas. El terapeuta les proporcionará a los padres un resumen del tratamiento del menor cuando se termina tratamiento. Cualquier otra comunicación requiere la autorización del menor, a menos que el terapeuta cree que el menor será dañado o que alguien más esté en peligro. Si este fuera el caso el terapeuta les notificará a los padres sobre este asunto. Antes de que los padres reciban cualquier información, el terapeuta aclarará el asunto con el menor, si es posible, y hacer todo lo mejor para poder manejar cualquier rechazo que el/ella pueda tener.

PAGOS Y COBROS

Usted está esperado que pague cada sesión al tiempo que se termine a menos que su terapeuta esté en otro acuerdo o si tiene seguro que requiere otro arreglo. Una fecha de pagos por otros servicios profesionales estará en acuerdo cuando éstos sean solicitados. En algunas circunstancias de aprieto financiero, El Centro puede arreglar o ajustar el pago o crear un plan de pago a plazos.

Si su cuenta no es pagada por más de 60 días y arreglos de pago no están en acuerdo, El Centro tiene la opción de usar otros medios legales para asegurar el pago. Esto puede envolver el contrato de una agencia de colecciones o por el medio de la corte de reclamos chicos (small claims court) la cual exigirá que revelemos la información que de otra manera sería confidencial. En la mayoría de las situaciones cuando el pago es coleccionado, El Centro solo revela información relacionada con el nombre del paciente, de los servicios rendidos, y la cantidad que tiene que ser cobrada. Si esta acción legal es necesaria, los costos de esta también serán incluidos en el reclamo.

REEMBOLSO DEL SEGURO

Para que podamos establecer prioridad y metas realistas de tratamiento, es importante que evaluemos los recursos que usted tiene disponibles para pagar por su tratamiento. Si usted tiene una póliza de seguro de salud, usualmente esta póliza puede proporcionarle alguna cobertura por tratamiento de salud mental. El Centro llenará las formas y le proporcionará con cualquier asistencia que pueda para poder ayudarle con beneficios que usted pueda ser titulado; sin embargo, usted (no la compañía de seguros) es responsable por el pago completo de honorarios. Es muy importante que usted averigüe cuales servicios de salud mental son exactamente los que su póliza cubre.

Usted debería leer muy cuidadosamente la sección en su libreto de cobertura de seguro que describe los servicios de salud mental. Si usted tiene preguntas sobre la cobertura, llame al administrador de su plan. Es cierto que El Centro le puede proporcionar cualquier información que pueda para ayudarle a entender la información que usted reciba de su compañía de seguro. Si es necesario, para aclarar la confusión, El Centro estará dispuesto a telefonar a su compañía de seguro.

Debido al costo tan alto del cuidado de salud, los beneficios de seguros son cada vez más complejos. A veces es muy difícil determinar exactamente cuanta cobertura de salud mental está disponible. “Asociación Mutualista de Salud” son planes como HMO y PPO normalmente requieren autorización antes de proporcionar reembolso por servicios de salud mental. Esas estructuras son normalmente limitadas a tratamientos de términos cortos que son diseñados con enfoque para trabajar con problemas específicos que interfieren con el nivel usual de función de la persona. Es posible que sea necesario que obtenga aprobación para más terapia después de cierto número de sesiones. Aunque mucho se puede lograr en terapia corta, algunos clientes tienen la necesidad de obtener más servicios después de que los beneficios del seguro hayan terminado. Usted y su terapeuta pueden aclarar las opciones que usted tenga bajo estas circunstancias.

Usted debe darse cuenta que su contrato de seguro de salud requiere que su terapeuta les proporcione con información pertinente a los servicios que le rendimos a usted. El terapeuta se exige proporcionar el diagnóstico clínico. De vez en cuando su terapeuta se exige proporcionar información adicional como su información clínica, el plan de tratamiento, resúmenes, o una copia entera de su archivo clínico (clinical record). En tal situación, El Centro hará todo esfuerzo para revelar solamente la mínima información que sea necesaria para el propósito que sea solicitada. Esta información será una parte de los archivos de su compañía de seguros y tal vez estará guardada en una computadora. Aunque todas las compañías de seguro reclaman que guarden tal información en confianza, El Centro no tiene ningún control sobre lo que ellos puedan hacer con la información una vez que esta se encuentre en las manos de ellos. El Centro le proporcionará a usted una copia de cualquier reporte que sea sometido, si usted lo solicita. Por medio de su firma en este acuerdo, usted está de acuerdo que el terapeuta puede proporcionar la información que es solicitada a su portador.

Una vez que tengamos toda la información de su seguro de cobertura, nosotros podemos aclarar de lo que se espera lograr de los beneficios que estén disponibles y que lo que pasarán después, si usted no siente capaz de terminar con las sesiones antes que los beneficios terminen. Es muy importante que recuerde que usted se tiene todo el derecho de pagar estos servicios para evitar todo problema descrito arriba a menos que sea prohibido por contrato.

SU FIRMA DEBAJO DE ESTA FORMA INDICA QUE USTED HA LEÍDO ESTE ACUERDO Y ESTÁ DE ACUERDO EN LOS TERMINOS Y TAMBIEN SIRVE DE RECONOCIMIENTO QUE USTED HA RECIBIDO EL AVISO DE HIPAA QUE FUE DESCRITO ARRIBA.

Firma del Cliente

Fecha

Firma de Los Padres o del guardián
Si el cliente es menor de 18 años de edad

Fecha

Relación al cliente

Therapist _____

File No. _____

(For office use only)

CENTRO SAMARITANO DE CONSERJERÍA DE ALBUQUERQUE

(SAMARITAN COUNSELING CENTER OF ALBUQUERQUE)

La información que se pide es para ayudarnos a entenderle a usted y de lo que se preocupa. Favor de llenar este formulario tan completo como pueda. Toda la información se quedará en confianza estricta.

Fecha: _____

Nombre: _____
(Primero) (Medio) (Apellido)

Dirección: _____

(Ciudad) (Estado) (Condado) (Código Postal)

Teléfono: _____
(Casa) (Trabajo) (Celular)

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino

No. de Seguro Social _____

Escuela (si le aplique) _____ Grado: Estudiante de tiempo completo
 Estudiante de medio tiempo

Empleador: _____ Tiempo Completo
 Medio Tiempo

Contacto de emergencia: _____
(Nombre y relación) (No. de teléfono)

Preferencia Religiosa: _____ Iglesia: _____
(Si tiene)

¿Quién le refirió al Centro Samaritano de Conserjería?

____ Clero ____ Doctor ____ Internet ____ Familia/amigo/a ____ Abogado/corte
____ Seguros ____ Escuela ____ Cliente previo ____ Medios ____ Otro (Favor de especificar)

Responsabilidad del Pago:

Compañía de Seguros: _____

Nombre de la persona que tiene la póliza: _____

No. de seguro social de la persona que tiene la póliza: _____

Fecha de nacimiento de la persona que tiene la póliza: _____

Sí mismo

Otro: _____

Estado Matrimonial: _____ Casado/a _____ Soltero/a _____ Viudo/a
_____ Divorciado/a _____ Separado/a

Fecha de su matrimonio actual (Si le aplique): _____ (mes/día/año)

Nombre de esposo/a _____

Matrimonio(s) previo(s) (fechas, como se terminaron): _____

Niños:	Nombre	Edad
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

¿Hay hijos difuntos? _____ **Si es así, ¿cuándo?** _____

Padres/tutores si es menor de 18 años: _____

Doctor: _____ (Nombre) _____ (Dirección) _____ (No. de teléfono)

Educación: (indique el último grado cumplido o bachillerato): _____

Servicio militar: _____ **Fecha(s):** _____

ORIGEN FAMILIAR

Nombre del Padre: _____ **Edad:** _____ **Si se murio, ¿cuándo?** _____

Nombre de la Madre: _____ **Edad:** _____ **Si se murio, ¿cuándo?** _____

Hermanos	Nombre	Edad
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

¿Hay hermanos difuntos? _____ **¿Quién y cuándo?** _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Por favor, haga una lista de los problemas de salud que tiene actualmente: _____

Por favor, haga una lista de los problemas de salud que ha tenido en el pasado, incluyendo operaciones:

¿Tiene alergias? Sí No

¿De qué? _____

¿Ha participado en el proceso terapéutico antes? Sí No

¿Con quién y cuándo? _____

Al presente, ¿está en consulta con otro terapeuta? Sí No

¿Con quién? _____

Al presente, ¿toma medicina? Sí No

¿Cuáles? _____

¿Para cuáles condiciones? _____ ¿Quién se la recetó? _____

¿Por cuánto tiempo la ha tomado? _____

PREOCUPACIONES

Escriba en sus propias palabras lo que le preocupa y que le trajo al centro: _____

Favor de marcar lo que describe sus preocupaciones o lo que se relaciona con las preocupaciones mencionadas arriba:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Ira | <input type="checkbox"/> Preocupaciones religiosas |
| <input type="checkbox"/> Congoja | <input type="checkbox"/> Problemas de autoestima | <input type="checkbox"/> Pérdida de fe en Dios |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Miedo | <input type="checkbox"/> Pérdida de fe en si mismo |
| <input type="checkbox"/> Nerviosidad | <input type="checkbox"/> Duda de si mismo/a | <input type="checkbox"/> Pérdida de fe en otros |
| <input type="checkbox"/> Soledad | <input type="checkbox"/> Culpabilidad | <input type="checkbox"/> Pérdida de esperanza |
| <input type="checkbox"/> Empleo/problemas vocacionales | <input type="checkbox"/> Emociones de suicidio | <input type="checkbox"/> Pérdida de significado |
| <input type="checkbox"/> Asuntos sexuales | <input type="checkbox"/> Relaciones con padres | <input type="checkbox"/> Pérdida de respecto en si mismo |
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol o drogas | <input type="checkbox"/> Relaciones con hijos | <input type="checkbox"/> Pérdida de amor |
| <input type="checkbox"/> Matrimonio/relaciones | <input type="checkbox"/> Confusión | <input type="checkbox"/> Crecimiento personal |
| <input type="checkbox"/> Divorcio/custodia | <input type="checkbox"/> Familias de | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Legal | <input type="checkbox"/> padrastro/madrastra | |

CENTRO DE CONSEJERÍA SAMARITAN

FORMULARIO DE LA HISTORIA DEL DESARROLLO

POR FAVOR COMPLETE ESTE FORMULARIO. NOTE QUE TIENE DOS LADOS. SI USTED TIENE ALGUNA PREGUNTA, POR FAVOR PREGUNTE AL TERAPISTA DE SU NIÑO O NIÑA.

Persona que llenó este formulario		Fecha
-----------------------------------	--	-------

Nombre de Niño o Niña		# de Archivo
-----------------------	--	--------------

El niño o la niña fue adoptada	Sí	No
Si fue adoptado/a, a qué edad		
Si fue adoptado/a, con hermanos o hermanas (por favor haga lista de edades)		

DURANTE EL EMBARAZO, LA MADRE DEL NIÑO O DE LA NIÑA EXPERIMENTÓ

Estrés severo	Sí	No
Problemas de salud mental	Sí	No
Enfermedad física	Sí	No
Lesión física	Sí	No
Uso de medicina recetada	Sí	No
Uso de cafeína	Sí	No
Uso de nicotina	Sí	No
Uso de alcohol	Sí	No
¿Usó alcohol el padre del niño o niña antes de la concepción?	Sí	No
Uso de drogas	Sí	No

ESTAR DE PARTO Y DURANTE EL PARTO

Hubo señas de angustia fetal durante el embarazo	Sí	No
El niño o la niña se cargó el termino completo	Sí	No
Hubo señas de angustia fetal al estar de parto o durante el parto	Sí	No
Hubo complicaciones durante el parto	Sí	No

Número de horas desde los dolores iniciales del parto hasta el nacimiento	
Peso del niño o niña al nacer	
Edad de la madre cuando nació el niño o niña	

INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y DURANTE LOS SIGUIENTES DÍAS, EL NIÑO O LA NIÑA

Tuvo problemas para respirar	Sí	No
Tuvo una infección	Sí	No
Tuvo ataques	Sí	No
Se le dieron medicamentos	Sí	No
Se le encontró que tenía un defecto de nacimiento congénito	Sí	No
Estuvo en el hospital por varios días	Sí	No

EN CUALQUIER TIEMPO DURANTE LOS PRIMEROS 12 MESES, FUE EL NIÑO O LA NIÑA

Difícil de alimentar	Sí	No
Difícil de dormir	Sí	No
De muchos cólicos	Sí	No
Difícil de colocar en un horario	Sí	No
Alerta	Sí	No
Risueño o risueña	Sí	No
Afectuoso o afectuosa	Sí	No
Sociable	Sí	No
Fácil de reconfortar	Sí	No
Difícil de mantener ocupado u ocupada	Sí	No
Muy activo o activa	Sí	No
Muy terco o terca	Sí	No

A QUE EDAD EL NIÑO O LA NIÑA

Se sentó sin ayuda	
--------------------	--

Gateó		
Caminó sin ayuda		
Habló con una o dos palabras		
Habló en oraciones de varias palabras		
Comenzó y terminó aprendiendo a usar el inodoro para orinar		
Comenzó y terminó aprendiendo a usar el inodoro para defecar		
Como se puede describir el proceso total del entrenamiento de usar el baño		
Desde el dominio del uso del baño, el niño o la niña ha mojado o ensuciado la cama o la ropa	Sí	No
Desde el dominio del uso del baño, el niño o la niña ha jugado o untado heces	Sí	No

AL AÑO DE EDAD, CÓMO RESPONDIÓ TÍPICAMENTE A SEPARACIONES DEL CUIDADOR PRINCIPAL

Se separó fácilmente sin angustia	Sí	No
Fue vacilante y algo pegado/a, pero se separó sin angustia obvia	Sí	No
Fue algo resistente y pegado/a, aún con lagrimas, pero se le consoló fácilmente	Sí	No
Fue muy resistente, pegado/a, y alterado/a y no se le consoló fácilmente	Sí	No
Se comportó de maneras raras, inusitadas e inconsistentes	Sí	No

AL AÑO DE EDAD, CÓMO RESPONDIÓ TÍPICAMENTE A REUNIONES CON EL CUIDADOR PRINCIPAL

Se aproximó al o a la cuidadora de una manera obviamente positiva	Si	No
Activamente esquivó al o a la cuidador	Si	No
Inseguro o insegura si aproximarse o esquivar al o a la cuidador	Si	No
Se comportó de maneras raras, inusitadas e inconsistentes	Si	No

TUVO EL NIÑO O LA NIÑA ALGÚN PROBLEMA DE SEPARACIÓN O REUNIÓN EN LAS SIGUIENTES OCASIONES

Cuando comenzó la guardería o la preescolar	Si	No
Cuando comenzó el kinder	Si	No
Cuando comenzó el 1 ^{er} grado	Si	No

HABLANDO GENERALMENTE ACERCA DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO O LA NIÑA

En respuesta a una situación nueva, el niño o la niña típicamente	Se aproxima		Esquiva
El niño o la niña típicamente prefiere	La compañía de otros		Soledad
El nivel de energía del niño o de la niña típicamente es	Bajo	Normal	Alto
El niño o la niña trata de molestar a los cuidadores a propósito	Sí		No

HA EXPERIMENTADO EL NIÑO O LA NIÑA

Más de un entorno de guardería o de la preescolar	Sí	No
Si lo ha hecho, cuantos entornos de guardería o de la preescolar		
Separaciones de largo término de un miembro de la familia	Sí	No
La muerte de un miembro de la familia	Sí	No
Negligencia	Sí	No
Abuso verbal	Sí	No
Abuso físico	Sí	No
Abuso sexual	Sí	No
Un accidente serio	Sí	No
Cualquier otra experiencia traumática	Sí	No
Si es así, que tipo		

EL NIÑO O LA NIÑA HA SIDO TESTIGO O TESTIGA DE

Violencia doméstica	Sí	No
Actividad criminal	Sí	No
Un accidente serio	Sí	No
Cualquier otro evento traumático	Sí	No
Si es así, qué tipo		

EN LA ESCUELA, EL NIÑO O LA NIÑA HA

Tenido problemas de aprendizaje	Sí	No
Recibido servicios de educación especial	Sí	No
Negado ir a la escuela	Sí	No
Tenido problemas siguiendo las instrucciones del maestro o de la maestra	Sí	No
Tenido problemas de llevarse bien con otros estudiantes	Sí	No
Sido detenido o detenida	Sí	No

EL NIÑO O LA NIÑA HA TENIDO CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE LA SALUD

Enfermedad seria	Nunca	Pasado	Presente
Lesión seria	Nunca	Pasado	Presente
Hospitalización	Nunca	Pasado	Presente
Cirugía	Nunca	Pasado	Presente
Lesión de la cabeza con pérdida de conciencia	Nunca	Pasado	Presente
Asma	Nunca	Pasado	Presente
Alergias	Nunca	Pasado	Presente
Diabetes	Nunca	Pasado	Presente
Epilepsia	Nunca	Pasado	Presente
Ataques	Nunca	Pasado	Presente
Problemas cardíacos	Nunca	Pasado	Presente
Temperaturas altas	Nunca	Pasado	Presente
Intoxicación de plomo	Nunca	Pasado	Presente
Problemas de hablar o de lenguaje	Nunca	Pasado	Presente
Infecciones crónicas de los oídos	Nunca	Pasado	Presente
Dificultades de audición	Nunca	Pasado	Presente
Problemas de visión	Nunca	Pasado	Presente
Problemas de los motores finos	Nunca	Pasado	Presente
Problemas graves de los motores	Nunca	Pasado	Presente

Problemas del apetito	Nunca	Pasado	Presente
Problemas para dormir	Nunca	Pasado	Presente
Problema inducido por medicamentos	Nunca	Pasado	Presente
Problema inducido por el alcohol	Nunca	Pasado	Presente
Problema inducido por drogas	Nunca	Pasado	Presente
Otros problemas médicos			

LISTA DE LOS FAMILIARES DEL NIÑO O LA NIÑA QUE HAN TENIDO CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL

Problema	Miembro(s) de la Familia
Autismo	
Ansiedad	
ADHD	
Alcoholismo	
Depresión	
Abuso de drogas	
Desorden alimenticio	
Discapacidades de aprendizaje	
Retraso mental	
Comportamiento inusitado	
Pensamiento inusitado	
Suicidio	

Comentarios adicionales