



## Cliente Nuevo

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejarle un mensaje?  Sí  No

Celular: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejarle un mensaje de voz?  Sí  No ¿De texto?  Sí  No

Email: \_\_\_\_\_ ¿Podemos enviarle emails?  Sí  No

La correspondencia por email y textos no se garantizan como método confidencial de comunicación. Si usted elije utilizar estos medios de comunicación, por favor límitese a compartir detalles como la programación de horarios, y tenga en cuenta que al seleccionar 'Sí' en las casillas anteriores usted estará permitiendo el uso de estos medios de comunicación. Por favor escriba sus iniciales a continuación para indicar su aceptación de estos términos: \_\_\_\_\_.

¿Le gustaría recibir recordatorios por email de sus próximas citas?  Sí  No

¿Le gustaría recibir recordatorios de sus próximas citas por medio de mensajes de texto?  Sí  No

Nombre de Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### Responsabilidad financiera

Por favor establezca aquí si alguien diferente al cliente será la parte financieramente responsable:

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

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

Firmando a continuación tu, \_\_\_\_\_ (nombre del cliente), autorizo Pivotal Counseling Center permiso de obtener información de tus registros de cliente sobre propósitos de facturación solamente a \_\_\_\_\_ (Parte financieramente responsable).

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

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

¿Cómo se enteró usted de nosotros?

Búsqueda por Internet

La publicación Psychology Today

Redes sociales

Recomendación por parte de familiares / amigos

Un médico. Si es así, ¿quién?:

Otra fuente. Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

### **CONTRATO DE SERVICIOS PARA PACIENTE AMBULATORIO**

Bienvenido al Centro de Terapia Pivotal Counseling Center. Como esta es su primera visita, esperamos que lo que encontrará escrito aquí pueda responder algunas de las preguntas que usted puede tener en este proceso de buscar terapia. Por favor háganos saber si desea recibir clarificación sobre cualquiera de los temas discutidos en este Contrato de Servicios para Paciente Ambulatorio, o si tiene cualquier otra pregunta que no haya sido abordada aquí. Cuando usted firme este documento estará declarando que entiende, y se adhiere a, la información contenida en este Contrato de Servicios para Paciente Ambulatorio.



## SERVICIOS DE PSICOTERAPIA

Nosotros proveemos servicios de psicoterapia para niños, adolescentes, adultos, parejas y familias. La cita inicial, o citas iniciales, sirven para propósitos de consulta. Nosotros queremos escuchar sobre las dificultades que lo llevaron a programar su cita con nosotros, las metas que espera alcanzar al recibir la terapia, e información general sobre usted y su situación de vida actual. Al final de esta primera cita le daremos algunas recomendaciones iniciales sobre cosas que consideramos que podrían ayudarle. Si nosotros llegamos a considerar que no podremos ayudarle de la mejor forma posible, le daremos el nombre de otros profesionales quienes creemos que podrían trabajar bien con sus problemas particulares. Si usted no está de acuerdo con nuestras recomendaciones de tratamiento, o no cree que nuestros estilos de personalidad sean aptos para usted, háganoslo saber y haremos lo mejor que podamos para sugerir a un terapeuta diferente quien pueda ser una mejor opción para usted.

Si usted y su terapeuta deciden trabajar juntos en la terapia, usted participará y pondrá de su parte en un plan de tratamiento que incorpora estrategias efectivas para ayudar con cualquier dificultad que usted espere reducir por medio de la terapia. A veces implementar más de una sola metodología es útil. Las sesiones de terapia individuales, de pareja, y familiares, duran 45-60 minutos (dependiendo de los beneficios que provea su seguro), a menos que se programen

duraciones diferentes. Normalmente las sesiones se programan una vez a la semana, pero este horario varía dependiendo de lo que parezca ser más apropiado para su situación en particular.

La terapia puede ser extremadamente útil y enriquecedora, y requiere esfuerzo tanto dentro como fuera de las sesiones para que sea útil para usted. Este proceso requiere de una participación activa, honestidad, y transparencia de su parte para poder cambiar sus pensamientos, reacciones emocionales y/o comportamientos. La terapia cuenta tanto con beneficios como riesgos. Los beneficios potenciales incluyen: Un incremento en los hábitos saludables, una mejor comunicación y estabilidad en sus relaciones personales, y una reducción en su nivel de sufrimiento.

Algunos riesgos potenciales incluyen: Un incremento en emociones incómodas a medida que usted lleva a cabo auto-exploración, y cambios en las dinámicas y/o comunicación con personas importantes en su vida. A veces las parejas que vienen a terapia elijen terminar su relación. Aunque la terapia tiene muchos beneficios, no existe garantía de que usted reciba resultados positivos, o que experimente el resultado esperado que sea.

Si durante su trabajo junto con su terapeuta, el no cumplir con las recomendaciones del tratamiento se vuelve un problema, haremos un esfuerzo para discutir esto con usted para determinar qué barreras le están impidiendo cumplir las recomendaciones del tratamiento. En ciertas circunstancias, el no cumplir con las recomendaciones del tratamiento puede terminar en la cancelación de su servicio de terapia.



Nosotros lo animamos a discutir directamente con nosotros cualquier inquietud que usted tenga sobre la terapia para que podamos abordarla oportunamente. Otros factores que pueden resultar en la terminación de la terapia incluyen, pero no se limitan a: Violencia o amenazas contra nosotros, rehusarse a pagar por los servicios después de un periodo de tiempo razonable, o rechazar cualquier intento a resolver sus problemas.

Idealmente, decidir cuándo se considera completo el proceso de terapia es una decisión mutua, y usted y nosotros discutiremos cómo saber cuándo estará a punto de completarse el proceso de terapia. A veces la gente empieza a programar citas con menos frecuencia, y gradualmente terminan el proceso de terapia. Otros se sienten listos para terminar la terapia de una vez sin necesidad de reducir gradualmente la frecuencia de las citas.

A veces nosotros podríamos consultar a otros terapeutas para asegurarnos de que lo estamos ayudando de la forma más efectiva posible. Nosotros daremos información únicamente hasta el punto que sea necesario, y nos esforzamos tanto como podemos para evitar revelar la identidad de nuestros clientes. Estas consultas a otros terapeutas también se encuentran bajo los deberes legales y éticos de mantener confidencial su información.

### **DISPONIBILIDAD ENTRE SESIONES**

Si es necesario usted puede dejarle a su terapeuta un mensaje en nuestro buzón de voz abierto las 24 horas, en el teléfono (815)-345-3400. Cuando usted deje un mensaje, por favor incluya su número de teléfono inclusive si cree que nosotros ya lo tenemos, e incluya las horas ideales en las que podemos contactarlo a usted. Nosotros nos esforzamos para regresar las llamadas oportunamente. En la rara ocurrencia en que un mensaje se pierda o se borre accidentalmente, si usted no vuelve a escuchar de nosotros después de un día, por favor deje un segundo mensaje. Si nosotros no estamos disponibles durante un periodo extendido de tiempo, como durante vacaciones, nosotros le proveeremos la información de a quién contactar durante nuestra ausencia.

Si usted se encuentra en una situación de emergencia, y no puede esperar a que nosotros regresemos su llamada, diríjase a la sala de urgencias más cercana o llame al 911. El Centro de Terapia Pivotal Counseling Center no es una instalación de atención de crisis. No nos contacte por email o fax en caso de emergencia, ya que puede que no obtengamos rápidamente esa información.



## TARIFAS Y SEGURO

El proceso de terapia requiere de compromisos en cuanto a tiempo, energía y recursos financieros. Si usted tiene seguro de salud, es importante para usted verificar sus beneficios de salud mental para que entienda lo que cubre su seguro antes de su cita. Algunas compañías de seguro requieren una pre-certificación antes de la primera cita, o no cubrirán el costo de los servicios. Nuestras tarifas actuales son las siguientes:

<u>Código CPT</u>	<u>Descripción del Servicio</u>	<u>Tarifa</u>
90791	Entrevista de Diagnóstico	\$175.00
90832	Terapia Individual – 30 minutos	\$100.00
90834	Terapia Individual – 45 minutos	\$125.00
90837	Terapia Individual – 60 minutos	\$150.00
90839	Terapia Individual (Crisis) – 60 minutos	\$175.00
90840	Terapia Individual (Crisis) – añadir 30 minutos	\$75.00
90846	Terapia Familiar sin paciente presente	\$150.00
90847	Terapia Familiar con paciente presente	\$150.00
90853	Terapia Grupal	\$35.00
90889	Preparación de Reportes – 60 minutos	\$150.00
99371	Consultas Breves por Teléfono – 15-30 minutos	\$40.00
99372	Consultas de Duración Intermedia por Teléfono – 30-45 minutos	\$65.00
	Cancelación de cita con menos de 24 horas de anticipación	\$50.00
	Otros tipos de papeleo – 60 minutos	\$150.00

Estas tarifas se revisan anualmente y pueden cambiar.

También proveemos sesiones de terapia en línea. Algunos proveedores de seguros de salud incluyen servicios de telesalud (terapia por teléfono / Internet) en sus planes. Si su plan de seguro no cubre servicios de telesalud, es su responsabilidad pagar la tarifa plena de cada sesión.

Con gusto podemos ayudarle haciendo que nuestro Administrador de Facturación de Oficina le presente reclamaciones a su compañía de seguros por parte suya. Sin embargo, es usted, y no su compañía de seguros, quien es responsable por el pago de cualquier tarifa relacionada con el



proceso de terapia. Las formas aceptables de pago incluyen dinero en efectivo, cheque y las tarjetas de crédito más populares. Además, se espera el pago en el momento que usted vaya a recibir el servicio. **Las cancelaciones, o no asistir a citas ya programadas, sin un aviso anticipado mínimo de 24 horas, son sujetos a un recargo de \$50, y las compañías de seguros no pagan recargos que resulten por no asistir a citas programadas.** Si no se pagan las tarifas de servicio en un periodo de tiempo razonable, y se han hecho intentos para resolver ese asunto financiero, pero han sido en vano, entonces la cuenta del cliente puede ser enviada a un servicio de recolección.

La mayoría de acuerdos de seguros requieren que usted nos autorice para proveer un diagnóstico clínico, y a veces proveer información clínica adicional. Si usted lo pide, nosotros le proveeremos a usted la información a ser enviada a su compañía de seguros. Esta información se volverá parte de los archivos de su compañía de seguros. Las compañías de seguros declaran mantener confidencial su información, pero usted debería verificar directamente con su compañía de seguros en caso de que tenga inquietudes en cuanto a las prácticas de confidencialidad de dicha compañía.

## **POLÍTICA DE REDES SOCIALES**

Para mantener su confidencialidad, y nuestra respectiva privacidad, nosotros no interactuamos con clientes actuales o antiguos por medio de redes sociales. No aceptamos peticiones de amigos/contactos de clientes actuales o antiguos en ninguna red social, incluyendo: Twitter, Facebook, LinkedIn, etc. Nosotros no responderemos a peticiones de amistad / contacto, ni mensajes, por medio de estas redes.

Nosotros no solicitaremos testimonios ni calificaciones por parte de clientes, ya sea en sitios web, o por el medio que sea. Nosotros no responderemos a testimonios ni calificaciones en ningún sitio web, ya sean positivas o negativas, con el objetivo de mantener su confidencialidad. Nuestra esperanza es que usted comparta con nosotros sus inquietudes sobre nuestro trabajo en las sesiones de terapia, para que nosotros podamos abordar directamente dichas inquietudes.

Por favor no nos contacte a través de mensajes de texto ni por email en cuanto a problemas clínicos. Estas no son formas seguras de comunicación, y existe la posibilidad de que no recibamos el mensaje de manera oportuna, o de que la comunicación sea interpretada de una forma confusa. Si usted necesita contactar a su terapeuta entre sesiones, por favor llame al número (815)-345-3400. Los mensajes de texto y los emails solo han de utilizarse para propósitos de programar, cambiar o cancelar citas.



## **REGISTROS PROFESIONALES**

Tanto la ley como los estándares de nuestra profesión requieren que mantengamos registros apropiados de tratamiento. Si recibimos una petición de proveer información sobre usted, usted debe autorizar por escrito que está de acuerdo con que la información pedida sea proveída, excepto como se nota en los registros de confidencialidad para procesos judiciales.

## **CONFIDENCIALIDAD**

En general, la ley protege la confidencialidad de todas las comunicaciones entre un cliente y médico de salud mental, y solo podemos proveerles información a otras personas mientras usted nos dé un permiso escrito para hacerlo. Sin embargo, existe un número de excepciones, algunas de las cuales son indicadas más adelante. Más información es proveída sobre esto en su declaración de HIPAA. En procesos judiciales, si un juez ordena que se provean los registros, nosotros tendremos que proveer los registros. Además, estamos éticamente y legalmente requeridos a tomar acción para proteger a otros de daños, inclusive si tomar esta acción significa revelar información sobre usted. Por ejemplo, si nosotros llegamos a considerar que un niño, persona mayor, o persona discapacitada, está siendo abusada o descuidada, nosotros tenemos la obligación de reportarle esto a la agencia estatal apropiada. Si nosotros creemos que un cliente está amenazando con hacerle un daño serio a otra persona o propiedad, nosotros debemos tomar acción protectora (a través de notificar a la potencial víctima, a la policía, y/o facilitar la hospitalización del cliente). Si nosotros creemos que un cliente es una amenaza seria a sí mismo/a, nosotros debemos tomar acción protectora (programar hospitalización, notificar a la familia y seres queridos del cliente, contactar a la policía si es necesario). Nosotros haremos un esfuerzo razonable para discutir cualquier necesidad de proveer información confidencial sobre usted, y con gusto responderemos cualquier pregunta que usted tenga sobre estas excepciones de confidencialidad.

## **MENORES**

Si tú eres menor de 12 años, por favor ten presente que la ley puede proveerles a tus padres el derecho de examinar tus registros de tratamiento. Si tienes entre 12 y 17 años, la ley puede proveerles a tus padres el derecho de examinar tus registros de tratamiento si, después de que sea informado sobre la petición de tus padres de examinar tus registros, tú no muestras objeción hacia eso, o tu terapeuta no encuentra una razón convincente para negar el acceso a tus registros. Sin embargo, tus padres siempre tienen el derecho de averiguar la siguiente información: Condición física y mental actual, diagnósticos, necesidades de tratamiento, servicios proveídos, y servicios necesitados. Antes de darles cualquier información, tu terapeuta discutirá este asunto contigo si es posible, y hará lo mejor que pueda para responder a cualquier objeción que puedas tener hacia lo que el terapeuta se haya preparado a discutir.



## **SERVICIOS RELACIONADOS CON TRIBUNALES**

Nosotros no proveemos ni llevamos a cabo evaluaciones para custodia, derechos de visita, u otros asuntos forenses. Por lo tanto, se entiende y acepta que nosotros no podemos proveer ni proveeremos ningún testimonio ni reportes en cuanto a problemas de custodia, derechos de visita, o capacidad de un padre, en ningún asunto legal ni proceso administrativo.

Si somos contactados por un abogado en cuanto al tratamiento que usted tendrá (ya sea a pedido suyo, o en relación a un asunto legal en el que usted esté involucrado), por favor note lo siguiente:

- Nosotros cobramos \$150/hora para prepararnos para, y/o atender a, cualquier procedimiento legal, además de cualquier otro servicio relacionado con tribunales.
- Los cobros por servicios relacionados con tribunales no son cubiertos por los seguros.
- Los servicios relacionados con tribunales incluyen: Hablar con abogados, preparar documentos, viajar hasta el tribunal, destituciones, y asistir a tribunales.
- Si el tribunal o abogados no pagan nuestra tarifa, a usted se le cobrará por el tiempo que gastemos respondiendo a asuntos legales.
- A usted también se le cobrará cualquier costo que tengamos que pagar respondiendo a abogados en su caso, incluyendo pero sin limitarse a, tarifas que se nos cobre por consultas legales, y por representación por parte de nuestros abogados.

## **QUEJAS**

Si usted tiene cualquier inquietud o queja en cuanto a su tratamiento, o sobre su factura, por favor háganoslo saber. Nosotros tomaremos en serio y abiertamente su inquietud, y la responderemos de forma respetuosa.

## **PREGUNTAS**

Si durante el transcurso de su terapia usted llega a tener preguntas sobre la naturaleza de su proceso de terapia, o sobre sus facturas, por favor comparta dichas preguntas con nosotros.

## **UNA ÚLTIMA PALABRA**

La relación de terapia es una asociación muy personal e individualizada. Nosotros queremos saber lo que a usted le esté pareciendo útil, y lo que no le esté pareciendo útil, durante el proceso de terapia. Nosotros queremos que usted se sienta libre de compartir con nosotros lo que sea que podamos hacer para ayudarlo mejor.



Antes de firmar más adelante por favor consúltenos si usted tiene inquietudes sobre la psicoterapia, o nuestras políticas de Oficina. Su firma indica que usted ha leído nuestro Contrato de Servicios para Paciente Ambulatorio, y está de acuerdo con entrar al proceso de terapia bajo estas condiciones. Su firma indica que usted está tomando una decisión informada de aceptar tomar la terapia, y entiende y acepta los términos contenidos dentro de este acuerdo.

### **Contrato de Servicios para Paciente Ambulatorio**

He leído, y estoy de acuerdo con, los términos establecidos en este contrato de servicios para paciente ambulatorio.

**Nombre del Cliente:** \_\_\_\_\_

**Firma del Cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Firma de Guardián (si es menor de edad): \_\_\_\_\_

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

Firma de Guardián (si es menor de edad): \_\_\_\_\_

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

### **Notificación de Prácticas de Privacidad**

**POR FAVOR FIRME A CONTINUACIÓN PARA ACEPTAR QUE HA LEÍDO LA SECCIÓN DE NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD.**

**Nombre del Cliente:** \_\_\_\_\_

**Firma del Cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Firma de Guardián (si es menor de edad): \_\_\_\_\_

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

Firma de Guardián (si es menor de edad): \_\_\_\_\_

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





## Métodos de Pago

### **\$250 máximo de balance antes de que los servicios sean suspendidos**

- Traeré dinero en efectivo, o un cheque, al momento de empezar la sesión
- Tarjeta de Crédito / Débito / Cuenta de Ahorros de Salud **(llenar porción de abajo)**
  - Los pagos deben hacerse en el momento de recibir el servicio. Para su conveniencia, en lugar de pagar en cada sesión, usted puede optar para que el Pivotal Counseling Center cobre sus pagos semanalmente. Usted puede mantener su información de tarjeta de crédito registrada en Pivotal Counseling Center para costear cualquier copago, co-seguro, deducibles, tarifas de cancelación tardía, y otros gastos de bolsillo que se junten. Usted recibirá un registro de pago en la forma de un recibo, ya sea por correo físico o electrónico, cuando se le cargue un cobro a su tarjeta de crédito. Los planes de pago o acuerdos alternativos necesitan ser aprobados antes de que se puedan proveer los servicios. Al firmar a continuación usted acepta cargar a su tarjeta de crédito la totalidad de los balances al momento de recibir el servicio.
  - Yo autorizo un solo cargo mi tarjeta de la cantidad: \_\_\_\_\_

### Información de Tarjeta de Crédito

#### **Por favor asegúrese de llenar todas las secciones:**

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de la Tarjeta: \_\_\_\_\_

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

Fecha de Expiración: \_\_\_\_\_

Código de Seguridad detrás de la tarjeta (3 o 4 dígitos): \_\_\_\_\_

Código Postal para Facturación: \_\_\_\_\_

**Firma del Titular de la Tarjeta:** \_\_\_\_\_

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

Entiendo que al haber firmado anteriormente estoy autorizando al Centro de Terapia Pivotal para cargarle cobros a mi tarjeta de crédito de la forma indicada anteriormente. Estos balances pueden incluir copagos, tarifas de co-seguros, tarifas de cancelación tardía, pagos de bolsillo, deducibles, compras materiales, etc. Entiendo que el Centro de Terapia Pivotal Counseling Center me enviará por correo físico / electrónico una declaración impresa como prueba de pago.



## **POLÍTICA DE CANCELACIÓN TARDÍA Y DE NO ASISTENCIA**

El Centro de Terapia Pivotal cobrará una tarifa de **\$50.00** por cualquier cancelación que se lleve a cabo en menos de 24 horas antes de la hora de la cita programada. Si se da una emergencia, por favor notifique a su terapeuta tan pronto como pueda. En situaciones genuinas de emergencia perdonaremos esta tarifa.

Nosotros entendemos que pueden aparecer enfermedades, y por eso le pedimos que, si no se está sintiendo bien, que así mismo planea y notifique a su terapeuta tan pronto como sea posible. Le pedimos el favor de entender que nosotros reservamos un horario específico para usted, y que normalmente no podemos llenar ese espacio de tiempo con otra persona con tan poca anticipación. Por consideración con nuestro tiempo y el de otros clientes que están intentando encontrarse con su terapeuta, le pedimos que cancele sus citas con más de 24 horas de anticipación.

Al firmar a continuación, estoy de acuerdo con, y entiendo que, se me cobrarán \$50.00 por cualquier cancelación tardía o falta de asistencia. Entiendo que esto será cobrado a mi tarjeta de crédito registrada en el sistema. Si no tengo una tarjeta de crédito registrada, se esperará el pago de esta tarifa al principio de mi siguiente sesión. También entiendo que un patrón de cancelaciones tardías y/o faltas de asistencia resultará en una discusión con mi terapeuta sobre mi habilidad de comprometerme al proceso de terapia, y puede resultar en la terminación de los servicios de terapia que estoy recibiendo.

**Nombre Escrito:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Cliente:** \_\_\_\_\_

**Nombre Escrito:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre / Guardián:** \_\_\_\_\_



## Cuestionario para Padres

Por favor háganos saber qué lo impulsó a contactarnos para darle servicios de terapia a su hijo/a:

---

---

---

¿Su hijo/a ha recibido terapias en el pasado? Si es así, ¿qué funcionó y qué no?

---

---

---

---

¿Su hijo/a cuenta con un diagnóstico de salud mental? Si es así, ¿cuál es el diagnóstico?

---

---

---

---

¿Tiene usted una historia familiar de problemas de salud mental? Si es así, por favor explique quienes en su familia sufren problemas de esta índole y cómo es la situación:

---

---

---

---

¿Hay algún problema en cuanto al área académica, social, y/o emocional de su hijo/a? Si es así, por favor explique:

---

---

---

---



¿Hay algún problema en el hogar? Si es así, por favor explique:

---

---

---

---

¿Qué cambios de vida o eventos significativos ha vivido su hijo/a?

---

---

---

---

Por favor anote cualquier condición médica que sufra su hijo/a:

---

---

---

---

Por favor anote los medicamentos que toma su hijo, incluyendo medicamentos de venta libre. ¿Quién los prescribe?

---

---

---

---

Hasta donde usted sabe, ¿acaso su hijo/a utiliza sustancias como cigarrillos, alcohol o drogas ilegales? Si es así, ¿qué consume y que tanto?

---

---

---

---



¿Alguna vez su hijo/a se ha lastimado a sí mismo a propósito? ¿Cortándose, jalándose el cabello, golpeándose a sí mismo, etc.?

---

---

---

¿Su hijo/a alguna vez ha sufrido de una concusión, ha sufrido un accidente en el que se ha golpeado en la cabeza, o ha estado en alguna otra situación en la que su cabeza ha recibido daño?  Sí  No

Si la respuesta es 'Sí', por favor describa lo ocurrido:

---

---

---

---

¿Posee usted armas de fuego?  Sí  No

Si es así, ¿las mantiene usted aseguradas y lejos del alcance de su hijo/a?  Sí  No





Proveer el mejor cuidado significa trabajar en conjunto con los proveedores de cuidado de salud de su hijo/a para ayudar a coordinar el cuidado de él o ella, y así lograr el mejor resultado posible. Nosotros le pedimos que por favor complete una Divulgación de Información que nos permita comunicarnos con el Proveedor Principal de Cuidado de Salud de su hijo/a:

Sí, por favor coordinen cuidados con el Proveedor Primario de Cuidados de Salud de mi hijo/a (Por favor complete la siguiente página).

No, no deseo divulgar la información de mi hijo/a a mi Proveedor Primario de Cuidados de Salud.

Nosotros pedimos que usted complete una Divulgación de Información que nos permita comunicarnos con el Médico Psiquiátrico de su hijo/a, si él o ella cuenta con uno:

Sí, por favor coordinen cuidados con el Médico Psiquiátrico de mi hijo/a (Por favor complete la siguiente página).

No, no quiero divulgar la información de mi hijo/a a su Médico Psiquiátrico.

Mi hijo/a no cuenta con un Médico Psiquiátrico.

Firma del Padre / Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si a usted le gustaría divulgar información sobre su hijo a otras personas, entonces por favor complete la página siguiente si está disponible, o pida páginas adicionales de Divulgación de Información al terapeuta, y discuta esto directamente con él o ella.



### Petición / Autorización para Divulgar / Obtener Información

Yo, \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente

Fecha de Nacimiento

autorizo aquí a Woodstock Therapist LLC/Pivotal Counseling Center para divulgar y/u obtener información contenida en mis registros de cliente para proveerla a, y recibirla de, los siguientes individuos y/u organizaciones, y únicamente bajo las siguientes condiciones:

Nombre de las personas, organizaciones, direcciones a quienes se les hará la divulgación, y/o de quienes se obtendrá información:

Nombre / Organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono / Fax: \_\_\_\_\_

**Naturaleza de la información a ser divulgada:**

- |                                       |   |  |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnósticos | <input type="checkbox"/> Historial de uso de drogas / alcohol | <input type="checkbox"/> Resumen del tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Asistencia   | <input type="checkbox"/> Examen de estado mental              | <input type="checkbox"/> Registro completo       |
| <input type="checkbox"/> Progreso     | <input type="checkbox"/> Examinación física                   | <input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia   |
| <input type="checkbox"/> Pronosis     | <input type="checkbox"/> Resumen de dada de alta              | <input type="checkbox"/> Otros:                  |

**Propósito de la divulgación:**

- |   |  |                                 |
|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Provisión de servicios de salud conductuales | <input type="checkbox"/> Planeación post-tratamiento | <input type="checkbox"/> Otros: |
| <input type="checkbox"/> Continuidad de los cuidados                  | <input type="checkbox"/> Propósitos de facturación   |                                 |
| <input type="checkbox"/> Participación familiar                       | <input type="checkbox"/> Propósitos legales          |                                 |

Esta divulgación expirará el día \_\_\_\_\_, o un año después del día de hoy.

Se me ha explicado que si me rehúso a dar consentimiento para esta Divulgación de Información, las siguientes serán las consecuencias: Cuidado descoordinado

Entiendo que esta Autorización está sujeta a revocación por mi parte, en cualquier momento, por escrito a la persona de contacto en Woodstock Therapist LLC, excepto hasta el punto en el que ya se hayan tomado acciones para divulgar esta información. Tengo el derecho de inspeccionar una copia de la información de salud que será divulgada, y si no firmo esta Autorización, la institución nombrada anteriormente no divulgará mi información de salud. La persona / institución anteriormente mencionada no se rehusará a darme tratamiento basándose en si estoy de acuerdo con que mi información de salud sea utilizada y divulgada a otros o no. Si me rehúso a divulgar esta información, esto puede impactar negativamente la calidad del cuidado que estoy recibiendo, ya que los proveedores no podrán coordinar cuidados entre ellos, lo cual puede limitar mi recuperación.

RE-DIVULGACIÓN: Se da aviso aquí al paciente o representante legal firmando esta Autorización, y el destinatario nombrado anteriormente, de que la información de salud divulgada bajo esta Autorización no podrá ser re-divulgada por el destinatario a otros sin el consentimiento escrito de este cliente. La ley, reglas y regulaciones federales prohíben al destinatario divulgar cualquier información de salud que pueda estar incluida en cuanto a diagnósticos o tratamiento de enfermedades mentales, virus del VIH, o abuso de drogas / alcohol.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente (Padre / Guardián)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha





### Petición / Autorización para Divulgar / Obtener Información

Yo, \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente

Fecha de Nacimiento

autorizo aquí a Woodstock Therapist LLC/Pivotal Counseling Center para divulgar y/u obtener información contenida en mis registros de cliente para proveerla a, y recibirla de, los siguientes individuos y/u organizaciones, y únicamente bajo las siguientes condiciones:

Nombre de las personas, organizaciones, direcciones a quienes se les hará la divulgación, y/o de quienes se obtendrá información:

Nombre / Organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono / Fax: \_\_\_\_\_

#### Naturaleza de la información a ser divulgada:

- |                                       |   |  |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnósticos | <input type="checkbox"/> Historial de uso de drogas / alcohol | <input type="checkbox"/> Resumen del tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Asistencia   | <input type="checkbox"/> Examen de estado mental              | <input type="checkbox"/> Registro completo       |
| <input type="checkbox"/> Progreso     | <input type="checkbox"/> Examinación física                   | <input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia   |
| <input type="checkbox"/> Prognosis    | <input type="checkbox"/> Resumen de dada de alta              | <input type="checkbox"/> Otros:                  |

#### Propósito de la divulgación:

- |   |  |                                 |
|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Provisión de servicios de salud conductuales | <input type="checkbox"/> Planeación post-tratamiento | <input type="checkbox"/> Otros: |
| <input type="checkbox"/> Continuidad de los cuidados                  | <input type="checkbox"/> Propósitos de facturación   |                                 |
| <input type="checkbox"/> Participación familiar                       | <input type="checkbox"/> Propósitos legales          |                                 |

Esta divulgación expirará el día \_\_\_\_\_, o un año después del día de hoy.

Se me ha explicado que si me rehúso a dar consentimiento para esta Divulgación de Información, las siguientes serán las consecuencias: Cuidado descoordinado

Entiendo que esta Autorización está sujeta a revocación por mi parte, en cualquier momento, por escrito a la persona de contacto en Woodstock Therapist LLC, excepto hasta el punto en el que ya se hayan tomado acciones para divulgar esta información. Tengo el derecho de inspeccionar una copia de la información de salud que será divulgada, y si no firmo esta Autorización, la institución nombrada anteriormente no divulgará mi información de salud. La persona / institución anteriormente mencionada no se rehusará a darme tratamiento basándose en si estoy de acuerdo con que mi información de salud sea utilizada y divulgada a otros o no. Si me rehúso a divulgar esta información, esto puede impactar negativamente la calidad del cuidado que estoy recibiendo, ya que los proveedores no podrán coordinar cuidados entre ellos, lo cual puede limitar mi recuperación.

RE-DIVULGACIÓN: Se da aviso aquí al paciente o representante legal firmando esta Autorización, y el destinatario nombrado anteriormente, de que la información de salud divulgada bajo esta Autorización no podrá ser re-divulgada por el destinatario a otros sin el consentimiento escrito de este cliente. La ley, reglas y regulaciones federales prohíben al destinatario divulgar cualquier información de salud que pueda estar incluida en cuanto a diagnósticos o tratamiento de enfermedades mentales, virus del VIH, o abuso de drogas / alcohol.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente (Padre / Guardián)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha