



South Point Counseling Services, LLC

**Formulario de Admisión**

Nombre:		Fecha:	
Nombre de Padre o Guardián Legal (si menos que 18 años de edad):		Referido por:	
Número de seguro social del cliente:		Fecha de Nacimiento:	
Dirección:			
Ciudad:		Estado:	Código Postal: -
Teléfono de casa:	Móvil:	Trabajo:	Otro:
Está bien dejar mensaje? Sí o No	Sí o No	Sí o No	Sí o No
Dirección de correo electrónico:		Podemos enviarle correos electrónicos? Sí o No (recordatorios de citas se envían por correo electrónico)	

**Contacto de Emergencia**

Nombre y Relación:		Dirección:	
Teléfono de casa:	Móvil:	Trabajo:	

**Información de Seguro (si se aplica):**

Seguro Primario:	Nombre del Asegurado:
Fecha de Nacimiento del Asegurado:	Dirección del Asegurado:
Número de seguro social del Asegurado:	Número de Identificación del Asegurado:
Número de Grupo:	Visita a la oficina copago:
Nombre del plan de seguro:	Su seguro require aprobación previa? Sí o No
Seguro secundario: (Si se aplique)	Número de Identificación del Asegurado:
Número de Grupo:	Fecha de Nacimiento del Asegurado:

**Información de Tarjeta de Crédito:**

Número de la Tarjeta de Crédito/Débito:	Fecha de Expiración:	Código de Seguridad: (Código de 3 dígitos en la parte posterior de la tarjeta)
Nombre Completo en la Tarjeta de Credito/Débito:		

He leído y entiendo las políticas clínicas adjuntas. El pago total se debe al momento del servicio. Si no puedo cancelar mi cita dentro de las pautas del Póliza de Ausencia, habrá un cargo de \$50.00 que será cargado a mi tarjeta de crédito/débito. Esta tarjeta de crédito también se utilizará para cualquier saldo pendiente de pago.

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

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

**HISTORIA BIOPSIICOSOCIAL**

Presentando Problema: \_\_\_\_\_

**LISTA ACTUAL DE SÍNTOMAS (Calcule la intensidad de las síntomas presents actualmente)**

	Ninguna	Leve	Mediano	Severo		Ninguna	Leve	Mediano	Severo
Estado de ánimo deprimido	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	atrascarse/vomitarse a propósito	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Alteración del apetito	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	culpabilidad	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Alteración del sueño	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	ánimo elevado	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Paranoia	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	fatiga/bajo energía	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Auto-mutilación	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	hiperactividad	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Pobre concentración	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	cambios de humor	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Irritabilidad	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	emocional	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Ansiedad	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	ataques de pánico	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Obsesiones/compulsiones	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	trauma física	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Anorexia	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	paranoia	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Alucinaciones	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	comportamiento agresivo	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Problemas del comportamiento	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	comportamiento de oposición	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Disfunción sexual	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	pesadumbre	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Desesperación	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	abuso de sustancias	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Aislamiento social	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	inutilidad	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Trauma emocional	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	trauma sexual	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

**HISTORIA EMOCIONA/PSIQUIÁTRICA**

[ ] [ ] Psicoterapia previa como paciente externo?

No Sí Si sí, en \_\_\_\_\_ (cuantas) ocasiones. No

[ ] [ ] Psicoterapia previa como paciente interno?

Sí Si sí, en \_\_\_\_\_ (cuantas) ocasiones.

**HISTORIA FAMILIAR**

Presente durante la niñez:

	Presente durante la niñez entero	Presente durante parte de la niñez	No presente durante la niñez
Madre	[ ]	[ ]	[ ]
Padre	[ ]	[ ]	[ ]
Madrastra	[ ]	[ ]	[ ]
Padrastra	[ ]	[ ]	[ ]
Hermano(s)	[ ]	[ ]	[ ]
Hermana(s)	[ ]	[ ]	[ ]

**Estado civil actual de los padres:**

- [ ] casados el uno con el otro
- [ ] separados por \_\_\_\_ años
- [ ] divorciados por \_\_\_\_ años
- [ ] madre casada de nuevo \_\_\_\_\_ veces
- [ ] padre casado de nuevo \_\_\_\_\_ veces
- [ ] madre involunrada con alguien
- [ ] padre involunradc con alguien
- [ ] madre fallecida por \_\_\_\_ años
- [ ] padre fallecido por \_\_\_\_ años

**Describe experiencias familiares infantiles:**

- ambiente hogareño excepcional
- ambiente hogareño normal
- ambiente hogareño caótico
- presenciado por abuso físico/verbal/sexual hacia otros
- abuso físico/verbal/sexual experimentado por otros

**FAMILIA CERCANA**

**Estado Civil:**

- soltero, nunca casado
- comprometido \_\_\_\_\_ meses
- casado por \_\_\_\_\_ años
- divorciado por \_\_\_\_\_ años
- separado por \_\_\_\_\_ años
- divorcio en proceso
- viviendo juntos por \_\_\_\_\_ años
- \_\_ matrimonios previas (usted)
- \_\_ matrimonios previas (pareja)

**Relación Íntima**

- nunca ha tenido una relación íntima
- no actualmente en una relación
- actualmente en una relación seria

**Satisfacción con la Relación:**

- muy satisfecho con la relación
- satisfecho con la relación
- un poco satisfecho con la relación
- insatisfecho con la relación

**Enumere cada persona quien vive en la casa del cliente:**

Nombre	Edad	Relación con el cliente
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Enumere hijos no viviendo en la misma casa del cliente:**

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**HISTORIAL MÉDICO** (marque todo lo que corresponda al cliente)

**Describe salud física actual:**  Bien  Mediana  Mal

Nombre del medico de atención primaria (si lo hay):  
 Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Nombre del psiquiatra (si lo hay):  
 Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Lista de conocidos alergias: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hay una historia de cualquier de lo siguiente en la familia?**

- tuberculosis  cardiopatía
- defectos congénitos  presión arterial alta
- problemas emocionales  alcoholismo
- problemas de conducta  diabetes
- problemas tiroideos  abuso de drogas
- Cáncer  enfermedad de Alzheimer/demencia
- retraso mental  carrera
- otros problemas de salud crónicos o graves \_\_\_\_\_

Marque los problemas que tiene o que ha tenido:

- Asma  Problemas de la vejiga  Cáncer  Dolor crónico  Diabetes
- Epilepsia  Problemas gastrointestinales  Glaucoma  Dolores de cabeza  Cardiopatía
- Presión alta  Infecciones  Enfermedad renal  Enfermedad hepática  Problemas neurológicos
- Problemas prostáticos  Enfermedad tiroidea  Menopausia  Síndrome premenstrual  Depresión posparto

**Enumere cada medicamento que esta tomando actualmente:**

(Escribe dosis y razón)

Medicamento	Dosis	Razón
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**HISTORIA DE USO DE SUSTANCIAS**

## Sustancias utilizadas

(complete todo lo que corresponda) (Sí/No)

(complete todo lo que corresponda) (Sí/No)	Edad al primer uso	Edad al ultimo uso	Frecuencia	Cantidad
<input type="checkbox"/> alcohol	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> anfetaminas	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> barbitúricos	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> cafeína	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> cocaína	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> crack de cocaína	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> alucinógenos (i.e., LSD)	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> inhalants (i.e., pegamento, gas)	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> marihuana o hachís	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> nicotina/cigarillos	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> PCP	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> prescripción _____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> otros _____	_____	_____	_____	_____

## Historial familiar de abuso de sustancias:

- padre             padrastro/madrastra/pareja  
 madre             tio(s)  
 abuelo(s)         pareja  
 hermano(s)       hijo(s)  
 otros

## Estado de uso de sustancias:

- sin antecedents de abuso  
 abuso activo  
 remisión parcial temprana  
 remisión completa sostenida  
 remisión parcial sostenida

## Historia del tratamiento:

- paciente externo (edad)(es) \_\_\_\_\_  
 paciente interno (edad)(es) \_\_\_\_\_  
 programa de 12 pasos (edad)(es) \_\_\_\_\_  
 me detuve solo (edad)(es) \_\_\_\_\_

Explique (si es necesario): \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIOECONÓMICA** (marque todos los que se aplican al cliente)

Situación de vida:	Sistema de apoyo social:	Historia sexual:
<input type="checkbox"/> vivienda adecuada	<input type="checkbox"/> apoyo a la red	<input type="checkbox"/> orientación heterosexual
<input type="checkbox"/> sin hogar	<input type="checkbox"/> pocos amigos	<input type="checkbox"/> actualmente sexualmente insatisfecho
<input type="checkbox"/> vivienda superpoblada	<input type="checkbox"/> amigos usando sustancias	<input type="checkbox"/> orientación homosexual
<input type="checkbox"/> dependiente de otro para la vivienda	<input type="checkbox"/> sin amigos	<input type="checkbox"/> edad al primera experiencia sexual _____
	<input type="checkbox"/> lejos de la familia	<input type="checkbox"/> orientación bisexual
		<input type="checkbox"/> edad al primera embarazo/paternidad _____
		<input type="checkbox"/> actualmente sexualmente activo
		<input type="checkbox"/> historia de la edad de promiscuidad ___ a ___

<b>Empleo:</b>	<b>Historia Legal:</b>	<b>Situación Financiera:</b>
<input type="checkbox"/> empleado	<input type="checkbox"/> sin problemas legales	<input type="checkbox"/> sin problemas financieros actuales
<input type="checkbox"/> desempleado	<input type="checkbox"/> ahora en libertad condicional	<input type="checkbox"/> gran endeudamiento
<input type="checkbox"/> jubilado	<input type="checkbox"/> arrestos no relacionados con las sustancias	<input type="checkbox"/> pobreza o ingresos por debajo de la pobreza
<input type="checkbox"/> conflictos con el supervisor	<input type="checkbox"/> arrestos relacionados con las sustancias	<input type="checkbox"/> gasto impulsivo
<input type="checkbox"/> historia laboral inestable	<input type="checkbox"/> tribunal ordenó este tratamiento	<input type="checkbox"/> conflict de la relación sobre las finanzas
<input type="checkbox"/> discapacitado	<input type="checkbox"/> cárcel/prisión _____ veces	
<input type="checkbox"/> conflictos con compañeros de trabajo		
<input type="checkbox"/> estudiante		

Si esta empleado, Dónde: \_\_\_\_\_ Título Profesional \_\_\_\_\_

**Educación:**

¿Diploma de escuela secundaria? Sí  No  Año: \_\_\_\_\_ O GED? Sí  No  Año: \_\_\_\_\_  
 Si no hay GED o diploma, el ultimo grado se completó: \_\_\_\_\_

Otra escuela o formación profesional: (universidad, escuela de negocios, vocacional, military, OJT, etc.)

Nombre/Tipo/ Ubicación	Fechas De - A	Completado? Sí/No; Fecha	Certificado o Grado Emitido	Carrera/ Materias
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**Historia cultural/spiritual/recreativa**

Identidad cultural (por ejemplo, etnia, religion): \_\_\_\_\_  
 ¿Actualmente activo en actividades comunitarias/recreativas? Sí  No   
 ¿Formalmente activo en actividades comunitarias/recreativas? Sí  No   
 ¿Actualmente participa en aficiones? Sí  No   
 ¿Actualmente participa en actividades espirituales? Sí  No

**Subraya cualquiera de las siguientes palabras que se aplican a usted:**

- |                          |               |             |              |                  |                |             |
|--------------------------|---------------|-------------|--------------|------------------|----------------|-------------|
| Pensamientos horribles   | Inútil        | sin valor   | una nadie    | la vida es vacía | inadecuado     | estúpido    |
| No puedo hacer bien      | incompetente  | ingenuo     | culpable     | mal              | moralmente mal | con pánico  |
| Hostil                   | lleno de odio | ansioso     | agitado      | cobarde          | autoritario    | solo        |
| Agresivo                 | feo           | deforme     | desagradable | repulsivo        | deprimido      | con pánico  |
| No amado                 | incomprendido | aburrido    | incansable   | confundido       | no confidente  | considerado |
| Lleno de arrepentimiento | con valor     | sympathetic | inteligente  | atractivo        | confidente     |             |



## South Point Counseling Services, LLC

Empoderar a individuos, parejas y familias

# Declaración de Divulgación y Consentimiento Informado Para Tratamiento

### Sus Derechos y Responsabilidades como Cliente de Psicoterapia

La terapia funciona mejor cuando es un esfuerzo de colaboración entre el médico y el cliente y cuando los derechos y responsabilidades de cada persona están bien definidos. Como cliente, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades que debe tener en cuenta, ya que esta es su terapia y nuestro objetivo es su bienestar. Hay ciertas limitaciones a esos derechos con los que debe estar familiarizado. Como terapeuta, también tengo responsabilidades contigo.

### Mis Responsabilidades con Usted Como su Terapeuta

**Confidencialidad:** Me comprometo a mantener la confidencialidad completa de su terapia con la excepción de los siguientes casos que se describen a continuación. No puedo y no le diré a nadie sobre lo que me diga en terapia, o incluso el hecho de que está en terapia conmigo sin su consentimiento previo por escrito. Será mi responsabilidad actuar siempre de manera que proteja su privacidad, incluso cuando me permita compartir información sobre usted con otra persona. Puede permitirme compartir información sobre usted con quien quiera, y puede cambiar de opinión y revocar ese permiso cuando lo desee.

Las siguientes son excepciones a su derecho a la confidencialidad. Les haré saber cada vez que tenga que actuar sobre esas excepciones.

1. Si descubro que tienes intención de dañar a alguien, trataré de informar a esa persona y advertirle de tus intenciones. También me pondré en contacto con la policía y les pediré que protejan a su víctima prevista.
2. Si tengo razones para creer que está abusando de un niño o un adulto vulnerable, o si me informa de cualquier otra persona que lo esté haciendo, informaré a los Servicios de Protección Infantil o a la policía dentro de las 48 horas.
3. Si creo que tiene la intención de hacerse daño o está en peligro de lastimarse, llamaré a la policía, al equipo de crisis o a alguien que pueda garantizar su seguridad. Discutiré mi decisión con usted y exploraremos sus opciones antes de decidir qué se debe hacer.
4. Puedo usar y divulgar su información para facturar y cobrar el pago de los servicios que está recibiendo de mí. También puedo usar su información para obtener el pago de terceros que pueden haber sido identificados por usted como responsables de su factura.
5. Tenga en cuenta que a pesar de que hacemos todo lo posible para proteger su información cuando utilizamos comunicaciones electrónicas como correo electrónico, computadora, teléfono celular o fax, no puedo garantizar que no haya ninguna interceptación de la misma por parte de otra persona.
6. Si está presentando una queja o es un demandante en una demanda donde se necesita su información de salud mental, ya habrá renunciado a su derecho a la confidencialidad de sus registros en el contexto de la queja o demanda. Aunque ese pueda ser el caso, haré todo lo posible para no publicar sus registros a menos que me autorice a hacerlo. Tenga en cuenta que es posible que no siempre pueda hacerlo.

### Sus Derechos Como Cliente de Psicoterapia

1. Usted tiene el derecho de hacer preguntas sobre cualquier cosa que suceda en la terapia. Siempre estaré dispuesto a discutir cómo y por qué he decidido hacer lo que estoy haciendo y buscar diferentes alternativas que podrían funcionar mejor. Le invitamos a hacerme saber de un enfoque que cree que será útil. Puedes preguntarme sobre mi entrenamiento y transferirte a otra persona si no te sientes cómodo conmigo. Usted es libre de dejar la terapia en cualquier momento.
2. Usted tiene el derecho y la responsabilidad de hacerme saber si no está de acuerdo con mi plan de tratamiento. En cualquier momento durante la terapia, se le anima a que me haga saber si hay algo que no le guste o con lo

que no se sienta cómodo, y si hay algo más que le gustaría. Su aporte, no importa cuál sea, es muy importante para mí.

3. Usted tiene derecho a la confidencialidad y al tratamiento seguro. Tienes derecho a ser tratado con respeto y dignidad.

### **Sus Responsabilidades Como Cliente de Psicoterapia**

1. Usted es responsable de venir a la terapia a tiempo y en el momento que hemos programado para usted. Si llega tarde, terminaremos a tiempo y no nos encontraremos con la sesión de la siguiente persona. Si pierde una sesión o la cancela con menos de 24 horas, se le cobrará una tarifa por no presentarse de \$ 50.00. La mayoría de los lugares le cobran por el precio de toda la sesión. Elegimos cobrarle solo \$ 50.00, pero le advertimos que esta tarifa se aplicará incluso en casos de emergencia. Todas las cancelaciones deben hacerse dentro de un período de 24 horas para citas de martes a sábado. Las citas del lunes deben cancelarse antes de las 5:00 PM del viernes anterior. Esta tarifa se cobrará solo al cliente o padre y no a la compañía de seguros o al obispo. El pago se cargará inmediatamente de su tarjeta de crédito cuando sea posible o en el momento de su próxima sesión.
2. Usted es responsable de supervisar a sus hijos en todo momento mientras está en la oficina. Por favor, traiga a un adulto con usted para que cuide a sus hijos si va a estar en una sesión. Cuando espere la terapia con sus hijos, tenga en cuenta que no deben saltar hacia arriba y hacia abajo o correr por la oficina, ya que tenemos otros terapeutas que brindan terapia y esto sería perjudicial para nuestros clientes en la oficina.
3. Usted es responsable de pagar su sesión o la sesión de su hijo al comienzo de cada sesión, a menos que hayamos hecho otros arreglos por adelantado. La tarifa de South Point Counseling Services es de \$120.00 por una sesión de 45 minutos y \$185.00 por la evaluación inicial. Si no está utilizando el seguro, obtiene un descuento y su pago será de \$ 100.00 por sesión de 45 minutos y \$ 130.00 por la sesión inicial. Si su cuenta se retrasa y el cobro se vuelve necesario, le daré su nombre y el monto adeudado a una agencia de cobranza. En este caso, usted será responsable del pago de una tarifa de cobro adicional del 33.3% y todas las tarifas de cobro legal, con o sin demanda, incluidos los honorarios de abogados y los honorarios judiciales. Cuando se solicite, podemos ayudarlo a facturar el seguro o el pago autorizado de su obispo u otras fuentes. Debe tener en cuenta que las compañías de seguros requieren etiquetas de diagnóstico y en los casos en que su diagnóstico no sea pagadero por su seguro, usted será responsable del pago. Además, algunos seguros requieren que se comuniquen con ellos para obtener una autorización previa. Es su responsabilidad obtener la aprobación de su seguro y realizar un seguimiento del número de sesiones autorizadas. Si se le brindan servicios sin la aprobación del seguro, usted será responsable del pago.

### **Quejas:**

Si hay algo con lo que no está satisfecho en su terapia, espero que pueda hablar conmigo al respecto. Me tomaré muy en serio su crítica y con cuidado y respeto. Si no se siente cómodo hablando conmigo al respecto, puede ponerse en contacto con Roselene Dalanhese, nuestra directora clínica. Ella estará encantada de ayudarlo a encontrar otro terapeuta que pueda ser más adecuado para usted o abordar sus inquietudes.

### **Consentimiento del cliente para la psicoterapia:**

He leído esta declaración. Tuve tiempo suficiente para asegurarme de que lo consideraré cuidadosamente, hice cualquier pregunta que yo necesitaba, y entiendo. Doy mi consentimiento para el uso de un diagnóstico en la facturación, y para la divulgación de esa información a mi compañía de seguros si así lo solicito. Estoy de acuerdo en pagar la cantidad descrita en esta declaración al comienzo de cada período de sesiones. Acepto que se le facture a mi tarjeta de crédito cualquier tarifa de no presentación para sesiones a las que no haya dado una cancelación de aviso previo de 24 horas y por cualquier saldo pendiente de pago por parte de mi seguro. Entiendo mis derechos y responsabilidades como cliente, y las responsabilidades de mi terapeuta para conmigo.

Acepto realizar terapia con \_\_\_\_\_

Imprimir nombre del cliente: \_\_\_\_\_

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

Firma del terapeuta: \_\_\_\_\_



**South Point Counseling Services, LLC**

*Empoderar a individuos, parejas y familias*

## **Divulgación de Los Derechos del Consumidor**

Como programa con licencia estatal, nuestra clínica está obligada a cumplir con todos los derechos de los consumidores. Como consumidor, usted tiene derecho a:

- Privacidad de la información para registros actuales y cerrados,
- Comprender las razones de la terminación involuntaria (falta de pagos y falta de voluntad para participar en el plan de tratamiento) y los criterios para la readmisión (pagar cualquier saldo pendiente, ser evaluado nuevamente y cumplir con las recomendaciones de tratamiento).
- Comprender sus derechos como se describe en este formulario y las responsabilidades (participar en el tratamiento) en el desarrollo e implementación de un plan de tratamiento individual,
- Ser informado de la duración aproximada del tratamiento (generalmente entre 12 a 24 sesiones) y del resultado deseado de las recomendaciones en el plan de tratamiento,
- Tenga en cuenta los honorarios que se espera que se paguen cuando se presten servicios (\$ 185 para la primera sesión o evaluación y \$ 150 para las sesiones posteriores).
- Libertad contra la discriminación,
- Ser tratado con dignidad,
- Una instalación libre de nicotina de acuerdo con la Ley de Aire Limpio de Utah (no se permite fumar dentro de esta instalación o dentro de los 25 pies),
- Obtenga servicios de salud mental de emergencia durante períodos fuera de nuestro horario normal de operación llamando a la Línea de Crisis de la Universidad de Utah al 801-587-3000,
- Presente una queja o queja comunicándose con nuestra Directora Clínica Roselene Dalanhese al 801-403-7345 y / o el Departamento de Servicios Humanos de Utah al 801-538-4242 o al [hslic.utah.gov](http://hslic.utah.gov).

---

Firma

---

Fecha





## South Point Counseling Services, LLC

*Capacitando a las personas, parejas y familias*

### Póliza de Ausencia

Los **terapeutas** de South Point Counseling Services se esfuerzan por ofrecer a todos los clientes el mejor cuidado posible. Un gran componente para el éxito general de su tratamiento con nosotros, es su compromiso con el plan de tratamiento que va a crear con su **terapeuta**. Ese compromiso incluye la asistencia a sus citas **programadas**.

Requerimos cancelación previa a todas las citas perdidas. La mayoría de las oficinas le cobrarán el costo total de su cita; pero **se le cobrará solo \$50.00 si no llama o envía un correo electrónico dentro del periodo de tiempo establecido en nuestra póliza.** Todos los cargos de cita perdidos se cargarán a la tarjeta de crédito en el archivo no serán devueltos. Si no tiene una tarjeta de crédito (**on file: en archivo o en el expediente**) que sirva, el pago de su cita perdida se agregará a su cuenta y será debido junto con cualquier otro co-pago o co-seguro en su próxima cita.

Nuestra póliza de cancelaciones es la siguiente:

- Todas las citas **programadas** el lunes deben ser canceladas antes de las 5:00 PM del viernes anterior.
- Todas las citas de martes a sábado deben ser canceladas con un aviso completo de 24 horas.
- Independientemente de una emergencia, se le cobrará.
- Todos nuestros **terapeutas** tienen una lista de espera para citas. Si su cita cancelada puede ser llenada, no se le cobrará. Rellenar una cita generalmente requiere un aviso de 24 horas, pero siempre contactaremos a los clients en la lista de espera de su terapeuta y les ofreceremos la apertura.
- Todos los clients que se ponen en un horario regular de reemplazo deben cancelar su cita dentro de las pautas de nuestra póliza. Después de la segunda ocurrencia de ausencia sin cancelar antes de 24 horas, será removido del horario de su terapeuta hasta que nos contacte para fijar otra cita.
- Los clients retirados del horario regular de un terapeuta pierden su **horario regular** (time slot) y no se les puede dar el mismo horario de cita. Luego debe llamar a nuestra oficina para programar (fijar) una nueva cita. Si una apertura no está disponible, le devolveremos la llamada tan pronto como haya una apertura.
- Cualquier pregunta o inquietud acerca de esta póliza puede ser dirigida a nuestro gerente de oficina o director clínico.

Nuestro tiempo es tan valioso como el suyo. Gracias de antemano por ayudarnos a proporcionar un tratamiento confiable a nuestros clients.

---

(Reconocimiento de la divulgación)

Yo \_\_\_\_\_ (nombre del paciente/firma de guardián) he leído la Póliza de Ausencia y estoy de acuerdo en proporcionar el aviso previo requerido a South Point Counseling Services en caso de que deba perder una cita.

\_\_\_\_\_ Fecha



South Point Counseling Services, LLC

*Empoderar a individuos, parejas y familias*

## Formulario de Información y Consentimiento de HIPAA

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) proporciona salvaguardas para proteger su privacidad. La implementación de los requisitos de HIPAA comenzó oficialmente el 14 de abril de 2003. Muchas de las políticas han estado fuera de la práctica durante años. Este formulario es una versión "amigable". Un texto más completo está disponible bajo petición.

De qué se trata todo esto: Específicamente, existen reglas y restricciones sobre quién puede ver o ser notificado de su Información de Salud Protegida (PHI). Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de información necesaria para proporcionarle servicios de oficina. HIPAA le proporciona ciertos derechos y protecciones a usted como paciente. EQUILIBRAMOS estas necesidades con nuestro objetivo de brindarle servicios profesionales de calidad y atención. Información adicional está disponible en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos: [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov).

Hemos adoptado las siguientes políticas:

1. La información del paciente se mantendrá confidencial, excepto cuando sea necesario para proporcionar servicios o para garantizar que todos los asuntos administrativos relacionados con su atención se manejen adecuadamente. Esto incluye específicamente el intercambio de información con otros proveedores de atención médica, laboratorios, pagadores de seguros de salud según sea necesario y apropiado para su atención. Los archivos de los pacientes pueden almacenarse en bastidores de archivos abiertos y no contendrán ninguna codificación que identifique la condición de un paciente o información que no sea ya un asunto de registro público. El curso normal de la prestación de atención significa que dichos registros pueden dejarse al menos temporalmente, en áreas administrativas como la oficina principal, la sala de examen, etc. Esos registros no estarán disponibles para personas que no sean el personal de oficina. Usted acepta los procedimientos normales utilizados dentro de la oficina para el manejo de gráficos, registros de pacientes, PHI y otros documentos o información.
2. La práctica utiliza una serie de proveedores en la realización de negocios. Estos proveedores pueden tener acceso a la PHI, pero deben aceptar cumplir con las reglas de confidencialidad de HIPAA.
3. Usted entiende y acepta las inspecciones de la oficina y la revisión de documentos que pueden incluir PHI por parte de agencias gubernamentales o pagadores de seguros en el desempeño normal de sus funciones.
4. Usted acepta llevar cualquier inquietud o queja con respecto a la privacidad a la atención del gerente de la oficina o del médico.
5. Su información confidencial no se utilizará con fines de marketing o publicidad de productos, bienes o servicios.
6. Acordamos proporcionar a los pacientes acceso a sus registros de acuerdo con las leyes estatales y federales.
7. Podemos cambiar, agregar, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para atender mejor las necesidades tanto de la práctica como del paciente.
8. Tiene derecho a solicitar restricciones en el uso de su información médica protegida y a solicitar cambios en ciertas políticas utilizadas dentro de la oficina con respecto a su PHI. Sin embargo, no estamos obligados a modificar las políticas internas para ajustarnos a su solicitud.

Yo, \_\_\_\_\_ Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor a partir de este momento. También me han ofrecido una copia de este formulario HIPAA.



**South Point Counseling Services, LLC**  
*Empoderar a individuos, parejas y familias*

## **Acuerdo de Citación**

Entiendo que si yo o un tercero citamos a cualquier terapeuta que forme parte de South Point Counseling Services como testigo de un caso fáctico o lo involucre en procesos relacionados con la corte, él / ella me cobrará una tarifa de retención de \$ 1,000.00 y un cargo de \$ 200.00 cada hora que él / ella esté involucrado en la preparación del caso, investigación, papeleo, llamadas telefónicas, viajes, tiempo de testigos, etc.

Entiendo que si emito a cualquier terapeuta que trabaje para South Point Counseling Services una citación con o sin su aprobación (ver arriba) que mi citación puede ser entregada directamente a su abogado y se emitirá una factura por una tarifa de retención de abogado inmediata. También me facturará en consecuencia él / ella y acepto pagar todos los honorarios del abogado más los honorarios de mi terapeuta según lo facturado.

Entiendo que si un niño que está en terapia tiene padres divorciados y / o parte de un acuerdo de custodia compartida, debo proporcionar a South Point Counseling Services, LLC una copia del acuerdo de custodia / decreto de divorcio.

---

Firma

---

Fecha