GR&E Mind Evolution All Purpose Center
Información Del Paciente

Nombre Del Paciente: _____ FDN: _____/_____/_____ Edad: _____

Dirección _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ **Celular:** _____ Teléfono de trabajo: _____

Correo electrónico _____

Estado Civil: ____ Soltero ____ Casado ____ Divorciado ____ Viudo ____ Menor

Situación laboral: ____ Empleado ____ Desempleado ____ Jubilado ____ Discapacitado ____ Estudiante

SOLO PARA MENORES

Nombre del Padre: _____FDN: ____/___/____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Teléfono de trabajo: _____ Ocupación: _____

Nombre de la Madre: _____ FDN: ____/____/____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Teléfono de trabajo: _____ Ocupación: _____

¿Los Padres están legalmente casados? ____ Si ____ No

¿Están los padres en proceso de separación o divorcio? ____ Yes ____ No

Si los padres están divorciados, indique el nombre del padre de custodia legal. _____

Proveer una copia del credo de divorcio indicando los derechos de custodia.

***Si los padres tienen custodia compartida, es posible que ambos padres den su consentimiento para el tratamiento.

Tratamiento E Información Legal

¿Ha estado el paciente en tratamiento psicológico/consejería/psiquiátrico antes? ____Si ____ No

En caso afirmativo, indique el nombre del profesional _____

¿Estás involucrado en una demanda o en algún asunto legal? ____ Si ____ No

En caso afirmativo, nombre de los abogados: _____

Por favor, describe en sus palabras su preocupación por la cual está buscando ayuda psicológica.

¿Cuánto tiempo ha existido el problema/problemas? _____

¿Con qué frecuencia ocurre? ____Rara la vez ___ Ocasionalmente ___ Semanal ____ Diario _____ Mayoría del tiempo ____ Constantemente

¿A quién podemos agradecer por referirte a nuestra oficina? _____

Contrato de Evaluación y Tratamiento

Lea atentamente este documento y proporcione sus iniciales y firma. Si tiene alguna pregunta, la discutiremos con usted individualmente.

Doy mi consentimiento voluntario para permitir que el médico preste servicios de consejería a mi dependiente,

_____ o a mí mismo.

_____Sus iniciales

Se me informará sobre la naturaleza de los servicios de evaluación psicológica y/o tratamiento que se recomendarán. Tendré la oportunidad de discutir las preocupaciones. Te ayudaré a desarrollar un plan de tratamiento, si es necesario. Puedo detener mis servicios de evaluación o tratamiento en cualquier momento y tengo una explicación proporcionada con respecto a las posibles consecuencias de mi decisión. La terminación exitosa de los servicios se determina cuando el médico está de acuerdo en que los objetivos del tratamiento se completan sustancialmente.

_____Sus iniciales

Entiendo que hay cargos por servicios profesionales proporcionados y que estos cargos han sido discutidos conmigo, O MI GUARDIAN LEGAL Y, ACEPTA RESPONSABILIDAD POR LOS CARGOS INCURRIDOS. El pago vence en el momento de los servicios a menos que se hayan hecho otros arreglos.

_____Sus iniciales

Entiendo que habrá una cuota de $150.00 por hora, si una citación es mandada por la corte.
_____ Sus iniciales

Autorizo al médico, u representante de la oficina, a comunicarse con mi compañía de seguros sobre mi cobertura para mi dependiente o para mí mismo. Autorizo la divulgación de información de facturación a mi compañía de seguros, Medicare o Medicaid con respecto a los servicios proporcionados y a reenviar estados de cargos a mi casa (o dirección alternativa si lo desea).

_____Sus iniciales

LA TARIFA POR CITAS PERDIDAS CON MENOS DE VEINTICUATRO HORAS DE ANTICIPACIÓN ES DE $25.00. EL SEGURO NO PAGA POR ESTA TARIFA. USTED SERÁ RESPONSABLE DEL CARGO DE CITA PERDIDA

_____Sus iniciales

TARIFAS POR SERVICIOS

Entrevista inicial psicodiagnóstico.....	$150.00
Servicios consejero-Individual, 60 minutos……..	$125.00
Servicios consejero-Individual, 45 minutos…….	$90.00
Servicios consejero-Individual, 20-30 minutos.....	$80.00
Servicios consejero-Familiar.....	$125.00

Entiendo que tengo ciertos derechos, que incluyen los siguientes. Todos los derechos civiles garantizados por Texas y la Ley de los Estados Unidos. El derecho a ser tratado con dignidad y respeto sin abuso ni negligencia. El derecho a una investigación de una queja. Se harán todos los esfuerzos razonables para resolver las disputas. La Junta de Consejeros Profesionales del Estado de Texas 1-800-942-5540 trabaja para proteger al público de comportamiento profesional poco ético o comportamiento que viola las reglas de práctica para los Consejeros Profesionales con Licencia.

Derecho a la privacidad protegido por la ley. Generalmente, toda comunicación entre el paciente y un psicólogo es confidencial. Sin embargo, soy consciente de los límites a la confidencialidad en los que la información puede ser divulgada bajo las siguientes condiciones:

A. Circunstancias en las que los demás o yo estamos en riesgo inminente de lesiones graves (suicidio) o muerte (homicida)

B. Sospecha de abuso (incluyendo abuso físico, mental o sexual) de una persona menor/discapacitada/anciana;

C. Orden judicial, o remisión para evaluaciones de tribunales penales.

La ley estatal establece que los profesionales de la salud mental pueden necesitar reportar estas situaciones a las personas u organismos apropiados.

El derecho a permitir que la información se publique con una autorización firmada que indique qué información se divulgará, por qué razones y a qué parte.

_____ Sus iniciales

Soy un consejero/a profesional con licencia que trabaja independientemente de cualquier otro consejero/a, o profesionales de la salud. Puedo compartir negocios con otros consejeros o individuos. Sin embargo, la práctica es independiente, no forma parte de una práctica grupal, y yo soy el único responsable.

____Gina Ramirez 75353 ____Rigoberto Longoria 82897 ____Ana Tamez 82649
____ Amy Gonzalez 73050 ____Vanessa Diaz 77699 ____Mark Garza 78021

_____Sus iniciales

He leído (y he tenido la oportunidad de discutir) las declaraciones anteriores, que he rubricado

X_____

ACUERDO DE SERVICIO PARA GARANTÍAS

*******Para ser llenado por el padre y/o miembro de la familia del cliente*******

Introducción

Quiero darle las gracias por la invitación de aceptación para ayudar en _____ (Nombre del cliente)

evaluación y/o tratamiento. Su participación es importante, y a veces es esencial para el éxito del tratamiento. Este documento es para informarle sobre los riesgos, derechos y responsabilidades de su participación como participante colateral.

¿QUIÉN ES UN COLLATERAL?
Una garantía suele ser un cónyuge, familiar o amigo, que participa en la terapia para ayudar al paciente identificado y proporcionar información. La garantía no se considera un paciente y no es objeto del tratamiento. Los consejeros tienen ciertas responsabilidades legales y éticas con los pacientes, y la privacidad de la relación recibe protección legal. Mi responsabilidad principal es con mi paciente y debo anteponer las primeras condiciones de sus intereses. También tiene menos protección de privacidad.

El papel de los colaterales en la terapia
El papel de las garantías variará mucho. Por ejemplo, una garantía podría asistir sólo a una sesión, ya sea solo o con el paciente, para proporcionar información al terapeuta y nunca asistir a otra sesión. En otro caso, una garantía podría asistir a todas las sesiones de terapia del paciente y su relación con el paciente puede ser un foco del tratamiento. Discutiremos su papel específico en el tratamiento en nuestra primera reunión y otros momentos apropiados.

Beneficios y riesgos
La psicoterapia a menudo genera experiencias emocionales intensas, y tu participación puede generar una fuerte ansiedad o angustia emocional. También puede exponer o crear tensión en su relación con el paciente. Su participación puede resultar en una mejor comprensión del paciente o una relación mejorada, o incluso puede ayudar en su propio crecimiento y desarrollo, no hay garantía de que este sea el caso. La psicoterapia es una experiencia positiva para muchos, pero no es útil para todas las personas.

Registros médicos
No se mantendrá ningún registro en su papel como garantía. Las notas sobre usted pueden introducirse en la tabla del paciente identificado. El paciente tiene derecho a acceder a la tabla y al material contenido en ella. A veces es posible mantener la privacidad de nuestras comunicaciones. Si ese es su deseo, debemos discutirlo antes de que se comunique cualquier información. Usted no tiene derecho a acceder a esa tabla sin el consentimiento por escrito del paciente identificado. Usted no llevará un diagnóstico, y no hay un plan de tratamiento individualizado para usted.

Honorarios
Como garantía, usted no es responsable de pagar mis servicios profesionales a menos que sea financieramente responsable del paciente.

Confidencialidad

La confidencialidad de la información en la tabla del paciente, incluida la información que usted me proporciona, está protegida por la ley federal y estatal. Sólo puede ser liberado si el paciente identificado me autorizó específicamente a hacerlo. Hay algunas excepciones a esta regla general:

- Si sospecho que está abusando o descuidando a un niño o a un adulto vulnerable, estoy obligado/a a presentar una denuncia ante la agencia correspondiente.
- Si creo que eres un peligro para ti mismo (suicida), tomaré medidas para proteger tu vida, aunque deba revelar tu identidad para hacerlo.
- Si amenaza con daño corporal seroso a otro, tomaré las medidas necesarias para proteger a esa persona, aunque deba revelar su identidad para hacerlo.
- Si usted, o el paciente, está involucrado en una demanda, y un tribunal requiere que presente información o testifique, debo cumplir.

- Si el seguro se utiliza para pagar el tratamiento, la compañía de seguros del cliente puede requerir que envíe información sobre el tratamiento para fines de procesamiento de reclamos o para la revisión de la utilización.

Se espera que usted mantenga la confidencialidad del paciente identificado (su cónyuge, amigo o hijo) en su papel como garantía.

¿Las garantías se convierten alguna vez en un paciente formal?
Los colaterales pueden discutir sus propios problemas en la terapia, especialmente los problemas que interactúan con los problemas del paciente identificado. El terapeuta puede recomendar terapia formal para una garantía. Estos son algunos ejemplos de cuándo esto podría ocurrir.

- Se hace evidente que una garantía necesita servicios de salud mental. En esta circunstancia, la garantía debe tener un terapeuta/clínico, diagnóstico y registros de gráficos guardados.
- Los padres, siendo vistos como colaterales como su hijo está siendo tratado, necesitan terapia de pareja para mejorar su relación para que puedan funcionar eficazmente como padres.

Muy a menudo, pero no siempre, su terapeuta/médico lo referirá a otro terapeuta/clínico para el tratamiento en estas situaciones. Hay dos razones por las que la referencia puede ser necesaria:

- Ver a dos miembros de la misma familia, o amigos cercanos, puede resultar en un doble rol. Hacer una referencia ayuda a evitar que esto suceda.
- El terapeuta/médico debe mantener un enfoque en la tarea primaria original del tratamiento para el paciente identificado. Por ejemplo, si el terapeuta/clínico comenzó a tratar el problema de comportamiento de un niño, entonces toma la terapia de pareja con mamá y papá para abordar sus problemas de relación, el enfoque original de la terapia con el niño puede perderse. Una referencia ayuda al terapeuta/clínico a mantenerse enfocado.

Divulgación de información
El paciente identificado no está obligado a firmar una autorización para divulgar información (Formulario de Autorización) a la garantía cuando una garantía participa en la terapia. La presencia de la garantía con el consentimiento del paciente es adecuada; sin embargo, es mi práctica exigir tal autorización. Esto proporciona cierta garantía de que se ha dado el consentimiento pleno al terapeuta/clínico para que la información confidencial del paciente sea discutida con la garantía en la terapia. El Formulario de Autorización también es útil para el terapeuta/clínico en esas ocasiones cuando recibe una llamada telefónica de una garantía o cuando el terapeuta/clínico llama sin un Formulario de Autorización.

Padres como garantías
Terapeutas/médicos especializados en el tratamiento de niños han reconocido durante mucho tiempo la necesidad de tratar a los niños en el contexto de su familia. La participación de los padres, hermanos y, a veces, miembros de la familia extendida, es común y a menudo se recomienda. Los padres en particular tienen más derechos y responsabilidades en su papel como garantía que en otras situaciones de tratamiento donde el paciente identificado no es menor de edad.

- En el tratamiento que involucra a los niños y sus padres, el acceso a la información es un tema importante y a veces polémico. Particularmente para los niños mayores, la confianza y la privacidad son cruciales para el éxito del tratamiento. Pero los padres también necesitan saber cierta información sobre el tratamiento. Por esta razón, tenemos que discutir y acordar qué información se compartirá y qué información seguirá siendo *privada.* *Por lo general, requiero un contrato por escrito firmado tanto por usted como por su hijo/hijos en relación con el acceso al registro de un niño y una vez que se haga ese contrato, lo trataré como legalmente vinculante, aunque a veces puede ser anulado por un juez.* En general, creo que los padres deben ser informados sobre los objetivos del tratamiento y cómo va el tratamiento y si el niño acuda a sus citas. Al final del tratamiento, preparo un resumen para los padres. Además, siempre le informaré si creo que su hijo está en peligro o si está poniendo en peligro a los demás. Una de nuestras primeras tareas es discutir y acordar nuestra definición compartida de peligrosidad para que todos tengamos claro lo que se divulgará.
- Si usted está participando en la terapia con su hijo, usted debe esperar que el terapeuta/clínico le solicite que examine sus propias actitudes y comportamientos para determinar si puede hacer cambios positivos que serán de beneficio para su hijo.

Resumen
Si tiene preguntas sobre la terapia, mis procedimientos o su papel en este proceso, por favor discuta conmigo. Recuerde que la mejor manera de asegurar la calidad y el tratamiento ético es mantener la comunicación abierta y directa con su terapeuta/clínico. Al firmar a continuación, usted indica que ha leído y entendido este documento.

X_____

AVISO DE PRIVACIDAD

Yo, _____, he leído y entiendo el Aviso de Privacidad y del Secreto puestos a disposición mía por GR&E Mind Evolution All Purpose Center. Entiendo mis derechos como un cliente/o guarda de un cliente menor y convengo con cualesquiera y todas las aplicaciones y los usos de la información debajo de las pautas dadas a GR&E Mind Evolution All Purpose Center por la Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act).

X_____ Fecha _____