

*Aconsejamiento Profesional y Educación para la Vida Familiar*

**Información Acerca del Cliente**

Por favor llene cada espacio (en inglés o en español). Su cooperación en llenar este formulario nos será muy útil para que podamos darle un servicio bueno y eficiente. Gracias!

Nombre completo \_\_\_\_\_ La fecha de hoy \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_\_

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

Número del seguro social (social security) \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Está bien llamar? \_\_\_ sí \_\_\_ no Cuando es la mejor hora para llamarle? \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_

Está bien llamar? \_\_\_ sí \_\_\_ no Cuando es la mejor hora para llamarle? \_\_\_\_\_

Teléfono en su trabajo \_\_\_\_\_

Está bien llamar? \_\_\_ sí \_\_\_ no Cuando es la mejor hora para llamarle? \_\_\_\_\_

Lugar donde trabajas \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Antecedentes de formación (educación)

1) Años \_\_\_\_\_ 2) Diploma \_\_\_\_\_

Es Ud. Soltero? Comprometido? Casado? Separado? Divorciado? o Viudo?

Nombres y edades de sus niños, los niños bajo su cuidado

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de su doctor general/principal \_\_\_\_\_

La fecha en que Ud. fue al doctor la última vez \_\_\_\_\_

Medicinas que Ud. toma actualmente \_\_\_\_\_

Problemas grandes de salud actualmente \_\_\_\_\_

Ud. fuma actualmente? \_\_\_\_\_ Cuántos cigarrillos al día? \_\_\_\_\_

Ud. fumó en el pasado? \_\_\_\_\_ En qué año paró de fumar? \_\_\_\_\_

Ud. toma bebidas alcohólicas? \_\_\_\_\_ Cuántas bebidas al día? \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, con quién podemos' entrar en contacto?

Nombre completo \_\_\_\_\_

Relación a Ud. \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Teléfono de celular \_\_\_\_\_

Teléfono en el trabajo \_\_\_\_\_

Describa brevemente la razón por la cual Ud. está en busca de un consejero/psicólogo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ud. ha recibido ayuda psiquiatra/psicológica anteriormente? \_\_\_\_\_

Si Ud. contestó que sí, por favor explique con más detalles: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor circule los temas que son problemas para Ud.

Nervioso

Tímido

Separación

Uso de drogas

Uso de bebidas alcohólicas

Enfadarse

Sueño

Relajación

Energía

Un caso en la tribunal

Soledad

Educación

Temperamento/genio

Hijos

Depresión

Problemas sexuales

Problemas del intestino

Divorcio

Control de sí mismo

Tensión

Dolor de cabeza

Memoria

Insomnio

Sentirse inferior

Decisiones de carrera

Pesadillas

Apetito

Ser padre/madre

Miedo

Pensamientos de suicidio

Finanzas

Amigos

No está feliz

Trabajo

Cansado

Ambición

El hacer las decisiones

Concentración

Problemas de salud

Su matrimonio

Problemas de estómago

Sus pensamientos

Hay algo más que Ud. quisiera que nosotros supiéramos en este momento?

\_\_\_\_\_

Su religión (opcional contestar) \_\_\_\_\_

Nombre de la iglesia/pastor (opcional contestar) \_\_\_\_\_

Ud. desea que el consejero o la consejera hable con temas relacionados a su religión/espiritualidad en su terapia (opcional contestar)? \_\_\_\_\_

## **Nuestras Normas Financieras del Año 2009**

Gracias por habernos escogido para servirle con nuestros servicios. Tenemos el compromiso a que veamos que su tratamiento sea un éxito. Por favor comprenda que el pago de su cuenta es parte de su tratamiento. Lo que sigue son nuestras normas financieras, las cuales requerimos que Ud. lea y firme antes de que reciba tratamiento.

**Pago completo es esperado en el día de su cita.** Aceptamos efectivo o cheque. Cuando no se pague lo que es debido, entraremos en contacto con una agencia de coleta.

### **Honorarios por el servicio**

El Samaritan Counseling Services of the Gulf Coast (SCS) es una organización que no es para obtener beneficios. Su buena voluntad en aceptar la responsabilidad que sea suya es valorizado.

### **El Seguro**

Su plan de seguro es un contrato entre la compañía de seguro y Ud. Nos sometamos a sus compañías de seguro. Para su información, puede ser que una parte, o quizá todo, de nuestros servicios no sean cubiertos por su plan de seguro. Ud. será entonces responsable por su deducible y co-pay (la parte que es suya cada visita).

### **Cientes de Medicare**

Ud. será responsable por pagar la otra mitad que Medicare no paga si su seguro secundario rehúsa a pagar esta otra mitad. Nosotros mandaremos las cuentas por los servicios a Medicare y a su seguro secundario.

### **El Descuento con el Fondo de Samaritan**

Puede ser que Ud. sea elegible a recibir un descuento basado en sus ingresos anuales. El descuento será calculado basado en el formulario de impuestos 1040.

### **Lo que se cobra por fallar venir a una cita**

Si Ud. no cancela su cita por lo menos 24 horas antes de la cita marcada (excluyendo los fines de semana y los días festivos), Ud. puede esperar que se cobrará el costo de la sesión completa por haber fallado la cita. Por favor ayúdenos a servirle mejor respetando esta norma y tratando de venir a sus citas en la hora indicada.

### **Llamadas de emergencia después de las horas de la oficina/en los fines de semana/en los días festivos.**

Se cobrará su honorario regular de cada sesión por llamadas atendidas por nuestro servicio de contestador. Le aconsejamos a que deje todos los mensajes que no sean de emergencia en nuestra contestador.

**He recibido las normas del Samaritan Counseling Services of the Gulf Coast por escrito.  
He leído y comprendo estas normas. Yo acepto estas normas financieras (firme aquí abajo).**

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

Circule: Yo tengo / no tengo seguro / Medicare

Mi honorario (lo que me cobrará) será \$ \_\_\_\_\_

Pagaré con \_\_\_efectivo o \_\_\_cheque Número de seguro social \_\_\_\_\_

## **Nuestra Prácticas de Privacidad**

ESTE DOCUMENTO DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA ACERCA DE UD. PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y COMO UD. PUEDE TENER ACESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISE ESTE DOCUMENTO CON CUIDADO.

Su archivo de salud contiene la información personal acerca de Ud. y su salud. Esta información acerca de Ud. que le puede identificar como Ud. y que es relacionado a su condición o salud mental o física en el pasado, presente o futuro y que también es sobre servicios de salud relacionadas, es lo que llamamos de Información de Salud Protegida (Protected Health Information: PHI). Este documento describe como podemos utilizar y divulgar su PHI de acuerdo con la ley.

El Samaritan Counseling Services of the Gulf Coast (SCS) y sus empleados siguen las prácticas de seguridad de este documento. Mantendremos y protegeremos su información mental confidencial como es permitida por la ley. La ley nos requiere mantener la privacidad del PHI y informarle de nuestras obligaciones legales y de las prácticas de privacidad de PHI. Es nuestro derecho cambiar este documento a cualquier momento. Cualquier documento nuevo de las prácticas de privacidad estarán en efecto para todos PHI que mantenemos al momento. Nuestras prácticas de privacidad estarán siempre en el Internet en nuestro sitio y también estarán disponibles en forma escrita si Ud. se nos pida.

### **COMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACION DE SALUD**

#### **Para Tratamiento**

Su PHI puede ser utilizado y divulgado solamente por aquellos que están implicados en su cuidado con el propósito de proveer, coordinar, o direccionar su tratamiento de salud o servicios relacionados. Eso incluye su consejero(a) consultarse con supervisión clínica o con otros empleados en el SCS. Con cualquier otro Consultor podáremos divulgar PHI solamente con su permiso.

#### **Para Pago**

Podaremos utilizar o divulgar PHI para recibir pago por los servicios recibidos por Ud. Eso será hecho solamente con su permiso. Algunos ejemplos de actividades relacionadas al pago son: hacer la determinación de elegibilidad o cuales son los beneficios de salud, procesar reclamaciones de su compañía de seguro, repasar los servicios que Ud. recibió para determinar necesidad médica, o con actividades de repaso sobre el uso. Si sea necesario usar una compañía de coleta por la falta de pago de los servicios recibidos, divulgaremos no más el mínimo de PHI necesario para que el dinero sea colectado.

#### **Para Las Operaciones de Cuidados de Salud**

Podaremos divulgar su PHI dentro del SCS para evaluar la calidad y en actividades de repaso con los empleados. Para los propósitos de entrenamiento o enseñanza, PHI será divulgado solamente con su permiso.

### **Requerido por la Ley**

Bajo la ley, tenemos la obligación de divulgar su PHI a Ud. cuando nos pida. También tenemos la obligación de hacer divulgaciones a la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos con el propósito de determinar nuestra conformidad a los requisitos de las prácticas de privacidad.

### **Sin el Permiso**

La ley nos requiere divulgar información acerca de Ud. sin su permiso solamente en un número de situaciones limitado. Los tipos de usos y divulgaciones que se pueden hacer sin su autorización son aquellos que son:

- Requeridos por la ley, como reportar el abuso de un niño o de un anciano, reportar el descuido, o en investigaciones y revisiones hechas por las agencias del gobierno.
- Requeridos por orden de la corte.
- Necesarios para prevenir o disminuir una amenaza seria a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad de otra persona del público. Si la información divulgada para prevenir disminuir una amenaza seria, será divulgada a una persona o personas que son capaces de prevenir o disminuir la amenaza, incluyendo el blanco de la amenaza.

### **Permiso Verbal**

Con su permiso verbal podremos usar o divulgar su información a miembros de su familia que están directamente implicados con su tratamiento. Su permiso. Los usos y las divulgaciones no específicamente permitidos o requeridos por la ley serán hechos solamente con su permiso escrito, que puede ser anulado.

### **SUS DERECHOS CON RESPETO A SU PHI**

Ud. tiene estos derechos con respeto a su PHI, que está con nosotros. Para ejercer cualquiera de estos derechos, por favor mande su petición por escrito al oficial de privacidad en esta dirección: 3224 Bee Ridge Road, Sarasota, FL 34239:

- El derecho de pedir restricciones. Ud. tiene el derecho de pedir restricciones del uso o de las divulgaciones de su PHI como descrito en este documento sobre nuestras prácticas de privacidad. Intentaremos darle oídos a su petición, pero no somos requeridos por la ley que lo hagamos.
- El derecho a comunicación que sea confidencial. Ud. tiene el derecho de pedirnos que nos comuniquemos con Ud. acerca de asuntos de salud de cierta manera o en cierta ubicación.
- El derecho de inspeccionar y copiar. Ud. tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información sobre su salud mental con respeto a decisiones sobre su cuidado, pero puede ser que los apuntes de psicoterapia no puedan ser inspeccionados o copiados. Si resuelta que se los puede inspeccionar y copiar, puede ser que le cobraremos por los materiales, hacer las copias y mandarlas por correo. Su derecho a inspeccionar y copiar su PHI que no sea apuntes de psicoterapia es restricto si hayamos evidencia de que el acceso le causaría daño.
- El derecho de añadir. Si Ud. cree que el PHI que tenemos acerca de Ud. no está correcto o completo, Ud. puede pedir que añadamos la información. Intentaremos hacer lo que nos haya pedido, pero la ley nos permite no añadir como Ud. nos haya pedido.

- El derecho de saber el número de divulgaciones. Ud. tiene el derecho de saber el número de divulgaciones que hacemos que no es para su tratamiento, el pago, o las operaciones de cuidados de salud (healthcare). Pare el SCS, serían las divulgaciones que fueran mencionadas en este documento, con el título, "sin su permiso".
- El derecho de copiar este documento. Ud. tiene el derecho de copiar este documento.

### **Quejas**

Si Ud. cree que hemos violado sus derechos a la privacidad, Ud. tiene el derecho de mandar sus quejas por escrito a nuestro oficial de privacidad en el SCS (Rev. Rick Howell) o a la Oficina de Derechos Civiles de los Servicios Humanitarios. Ud. no será penalizado de ninguna forma por hacer una queja.