

**Información para Admisión de
Consejería**

Nombre del cliente: _____

Edad: _____

Describa brevemente la razón por la que decidió buscar nuestros servicios:

Por favor marque cualquiera de las siguientes dificultades con las que usted esté luchando actualmente:

**Dificultades de
Relación**

Citas
Comunicación
Divorcio
Hermano/Hermana
Matrimonial/Pareja
Multifamiliares
Padres
Prematrimonial
Separación
Sexual

**Dificultades
Situacionales**

Abuso físico
(pasado/actual)
Abuso sexual
(adulto/niño)
Amigos
Estrés
Legal
Muerte de un ser querido
Pasado
Pérdida grave/cambios
Religión
Violencia (real/amenaza)

**Toma de decisiones/
Problemas de Salud y
Físicos**

Desorden alimenticio
Discapacidad Física
Dolor Crónico
Dolor de Cabeza/Estómago
Problemas de Sueño

Dificultades Emocionales

Acciones Suicidas
Ataques de Pánico
Enojo/Malgenio
Depresión
Infelicidad
Nerviosismo
Pensamientos Suicidas
Tristeza

**Dificultades de
Trabajo/Estudio**

Desempleo Trabajo
Discapacidades de
Aprendizaje
Escuela Educación
Finanzas Opciones
Profesionales

Niños

Conflicto de padres e hijos
(con la pareja)
Conflicto entre padres e hijos
(consigo mismo)
Mal comportamiento

**Preocupaciones de la
Personalidad**

Alcohol/Usa/Abuso de
Drogas
Apuesta Compulsiva
Autocontrol
Baja Autoestima
Confusión
Culpa

Problemas de Sexualidad
Relajación
Soledad
Temores
Timidez

Información para admisión inicial de consejería:

Por favor anote tres cosas que le estén causando MAS dificultad:

1)

2)

3)

¿Ha tomado consejería en el pasado? Si/No ¿Cuándo? _____

¿Dónde? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Por qué razón? _____

**Problemas para enfrentar
las cosas**

Marque todas las que apliquen para usted.

Estado de ánimo cambiante

Llanto constante

Problema para recordar cosas

Ataques de pánico

Sentimientos de culpabilidad, sin valor, sin esperanza.

Hiperactividad/Demasiada energía

Extrema preocupación que no puede parar de pensar.

Dificultad para concentrarse/Aislamiento de

otras personas que se meten con usted

Fatiga/Baja energía/Pérdida de interés en las cosas. Extrema preocupación por los

temores.

Acciones repetidas que no puede parar

No puede parar de contar y revisar cosas

No puede parar de lavarse las manos/cuerpo

Alucinaciones

Escucha cosas que no son reales

Ve cosas que no son reales

Siente cosas que no son reales

Huele cosas que no son reales

Dificultades con el sueño

No se puede dormir

Duerme demasiado

Camina a media noche
Despierta muy temprano
Tiene pesadillas

Dificultades con el apetito

Pérdida de peso

Vómitos después de comer

Aumento de peso Falta de apetito

Malestar estomacal

Autolesiones

Me corto a mí mismo

Me quemo a mí mismo

Me golpeo a mí mismo

Otro: _____

Anote cualquier intento de suicidio anterior: (Si no ha tenido, escriba “ninguno”)

¿Cuándo? _____ ¿Método? _____

¿Cuándo? _____ ¿Método? _____

¿Cuándo? _____ ¿Método? _____

¿Ha estado pensando recientemente en hacerse daño o matarse? Sí/No
¿Ha estado pensando recientemente en lastimar o matar a otra persona? Sí/No

Diga cualquier problema de salud para el que esté recibiendo tratamiento actualmente:

¿Actualmente está tomando algún medicamento? Si/No

Nombre del medicamento Dosis Doctor prescriptor

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si toma algo más, por favor dígallo en una lista por separado.

¿Quién es su médico de familia?

¿Cuándo fue su último examen físico?

Describa su consumo actual de alcohol/drogas, incluya el tipo, la cantidad y la frecuencia (si no hay ninguna, escriba "ninguna"). _____

¿Tiene su familia un historial de salud mental o abuso de sustancias? Si/No

Si es así, por favor liste _____

¿Está actualmente involucrado en algún procedimiento legal? Si/No

Si es así, por favor liste.

¿Cuál es su preferencia religiosa? _____

Por favor haga una lista de familiares, amigos, grupos de apoyo u otros que le sean de ayuda:

Sus metas en Consejería: Las metas son muy importantes en consejería. Nos brindan un enfoque y una dirección que nos ayudarán a ayudarlo. Enumere las metas que espera alcanzar, sea lo más específico posible.

- 1)
- 2)
- 3)

¿Cuántas sesiones cree que necesitará para alcanzar estos objetivos? (su cálculo más acertado) **Por favor, compruebe.**

1-3 sesiones

4-6 sesiones

10-12 sesiones

Last Updated Oct 26, 2018



Hope Performance Systems LLC

DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL CLIENTE

1. El derecho a que se respete su dignidad personal, privacidad y libertad de elección.
2. El derecho a servicios que promuevan su libertad de elección tanto como sea posible.
3. El derecho a conocer todo sobre su condición, los planes de tratamiento actuales o propuestos y los tratamientos alternativos.
4. El derecho a aceptar o rechazar servicios después de una explicación completa de las consecuencias de su elección. Un padre o tutor legal puede hacer esta elección para un menor.
5. El derecho a que su tratamiento sea guiado por un plan de servicio personalizado y por escrito para adaptarse a sus necesidades específicas de salud mental, salud física, sociales y económicas, y que muestra que recibirá los servicios adecuados para satisfacer esas necesidades aquí o por remisión.
6. El derecho a no usar medicamentos innecesarios o excesivos.
7. El derecho a conocer y rechazar la observación mediante espejos unidireccionales, grabadoras de cinta, video, o fotografías.
8. El derecho a obtener una segunda opinión o asesoramiento legal de fuentes externas, por su cuenta.
9. El derecho a la confidencialidad y privacidad con respecto a su tratamiento de acuerdo con las leyes estatales y federales. Consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad para obtener más detalles.
10. El derecho a recibir una explicación si se niegan los servicios y el derecho a participar en la planificación de las consecuencias de la terminación del servicio.
11. El derecho a no ser discriminado para recibir servicios por motivos de religión, raza, color, credo, sexo, nacionalidad, edad, estilo de vida, identidad de género, orientación sexual, discapacidad física o mental, discapacidad del desarrollo o incapacidad para pagar.
12. El derecho a saber cuánto cuestan nuestros servicios.
13. El derecho a presentar una queja. Esperamos que primero discuta la situación con su proveedor de servicios. Cuando la conversación con su proveedor de servicios no resuelva los problemas, pida hablar con su supervisor. La queja será investigada, y recibirá una respuesta escrita dentro de 10 días. Si cree que aún no ha recibido una solución satisfactoria, tiene derecho a presentar un reclamo por escrito a la administración. Recibirá una respuesta por escrito en 30 días.

RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

1. Usted es responsable de proporcionar información precisa sobre sus problemas actuales y enfermedades pasadas.
2. Usted es responsable de seguir su tratamiento o plan de servicio. Si no entiende su plan, debe hablar con su asistente social o terapeuta.
3. Usted es responsable de informar cambios inesperados en su condición a su proveedor.
4. Usted es responsable de sus acciones si no sigue las instrucciones de su proveedor o rechaza el tratamiento.



5. Usted es responsable de cumplir con sus citas y, cuando no pueda hacerlo, notifique a su proveedor con 24 horas de anticipación.

6. Debe asegurarse de que se cumplan las obligaciones financieras de su atención médica y que cualquier cambio en su seguro se informe de inmediato si corresponde.

7. Debe seguir estas pautas o la agencia se reserva el derecho de rechazar los servicios:

- No está permitido traer ningún tipo de arma a la agencia.
- No se le permite usar o traer drogas ilegales o alcohol a la agencia.
- No estar bajo la influencia de drogas ilegales o alcohol durante la prestación del servicio.

Al firmar a continuación, estoy indicando que he leído y entendido mis derechos y responsabilidades como cliente en Hope Performance Systems LLC. Un miembro del personal ha respondido cualquiera de mis preguntas y me ha explicado mis derechos de una manera que puedo entender. Además, al firmar a continuación, estoy indicando que me han ofrecido una declaración de Aviso de prácticas de privacidad.

_____ Nombre del Cliente	_____ Firma del Cliente o Representante Legal	_____ Fecha
_____ Nombre del Representante de la Agencia	_____ Firma del Representante Agencia	_____ Fecha

Nota: Si no hay una firma en este formulario, el proveedor de Hope Performance Systems LLC deberá indicar lo siguiente (marque uno):

- El cliente es físicamente incapaz de firmar este formulario.
- El cliente no puede entender este formulario debido a una discapacidad mental.



Hope Performance Systems LLC

Política Financiera del Cliente

Gracias por elegir HOPE PERFORMANCE SYSTEMS como su proveedor de atención de salud del comportamiento. Nos sentimos honrados por su elección y estamos comprometidos a brindarle atención de la más alta calidad. Le pedimos que lea y firme este formulario para reconocer su comprensión de nuestras políticas financieras para los pacientes como un elemento esencial de su atención y tratamiento. Si tiene alguna pregunta con respecto a estas políticas, discútalas con nuestro gerente administrativo.

El Cliente (o el apoderado del cliente, si es menor de edad) es responsable del pago de su tratamiento y atención. Nos complace ayudarlo a facturar a nuestras aseguradoras contratadas. Sin embargo, se requiere que el cliente nos proporcione la información más correcta y actualizada sobre su seguro, o será responsable por los cargos incurridos si la información proporcionada no es correcta o actualizada. Los clientes son responsables del pago de copagos, co-seguros, deducibles y todos los demás procedimientos o tratamientos no cubiertos por su plan de seguro. El pago se realiza en el momento del servicio y para su comodidad, aceptamos Visa, MasterCard, American Express, Discover, efectivo y cheques estatales en nuestra oficina. Con su autorización, podemos almacenar una tarjeta de crédito en el archivo y cargar cualquier saldo en el momento del servicio. No permitimos que los saldos se queden sin pagar a menos que el Administrador de la Oficina haya aprobado un acuerdo previo caso por caso. Todos los saldos pendientes deben pagarse antes de su próxima cita.

Si está cubierto por un seguro de salud con beneficios de SALUD MENTAL, le facturaremos a su seguro. Requerimos en cada visita que se presente una identificación con foto o licencia de conducir junto con sus tarjetas de seguro actuales. El personal de la oficina principal verificará su cobertura y elegibilidad y la cantidad esperada debida como cortesía. Recuerde que usted es 100 por ciento responsable de todos los cargos incurridos: la referencia de su médico y nuestra verificación de los beneficios de su seguro no son una garantía de pago.

Debido a los diferentes planes de seguros y proveedores, es imposible que conozcamos todos los beneficios, copagos y deducibles cubiertos para cada plan individual. Si bien es nuestra intención ayudarlo, aún es su responsabilidad garantizar que todos los servicios prestados o referidos por HOPE PERFORMANCE SYSTEMS, en su nombre, se paguen en su totalidad. Al firmar a continuación, reconozco que soy personalmente responsable de todos los cargos incurridos, independientemente de cualquier seguro de terceros.

Los clientes pueden incurrir y ser responsables del pago de cargos adicionales a discreción de HOPE PERFORMANCE SYSTEMS. Estos cargos pueden incluir (pero no están limitados a) • cargos por cheques devueltos • cargo por citas perdidas sin previo aviso de 24 horas • cargo por la copia y distribución de registros médicos del paciente • cargo por completar formularios extensos. • Todos los costos asociados con el cobro de saldos de pacientes.

CLIENTES QUE PAGAN POR CUENTA PROPIA:

Todos los cargos deben pagarse en el momento del servicio. Extenderemos un descuento del 25% SOLAMENTE a todos los clientes que pagan por cuenta propia y cuando los cargos se paguen por completo al momento del servicio.

CLIENTES SIN SEGURO:

En el caso de que un cliente no tenga seguro y no pueda pagar los servicios, le ofreceremos, caso por caso, los cargos con descuento en una escala móvil, según los ingresos. Esto queda a discreción del gerente de oficina, el director de finanzas y facturación y/o el director general.

CANCELACIONES O CITAS PERDIDAS:

Si no llama y cancela su cita al menos 24 horas antes de su cita, o si no se presenta a su cita, se le puede cobrar una tarifa de \$25 por no presentarse.

PADRES DIVORCIADOS DE CLIENTES MENORES DE EDAD:

Al firmar a continuación, el adulto que inscribe a un menor de edad en nuestra práctica el día del servicio acepta la responsabilidad del pago. Los padres son responsables entre ellos de comunicarse entre sí sobre los problemas de tratamiento y pago.

PAGO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO:

Por la presente, asigno, transfiero y libero directamente a HOPE PERFORMANCE SYSTEMS todos los pagos de beneficios de seguro a los que tengo derecho para recibir atención profesional y médica, para cubrir los costos de la atención y el tratamiento que recibí para mí o para mi dependiente en dicha clínica. Autorizo a HOPE PERFORMANCE SYSTEMS a contactar a mi compañía de seguros o al administrador del plan de salud y obtener toda la información financiera pertinente con respecto a la cobertura y los pagos conforme a mi póliza. Le pido a la compañía de seguros o al administrador del plan de salud que divulgue dicha información a HOPE PERFORMANCE SYSTEMS. Autorizo a HOPE PERFORMANCE SYSTEMS a divulgar toda la información médica (incluida, entre otras, la información sobre afecciones psiquiátricas y abuso de alcohol y drogas) solicitada por mi compañía de seguro médico, Medicare, otros médicos o proveedores, y cualquier otro pagador de terceros.



DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Por la presente autorizo y ordeno a HOPE PERFORMANCE SYSTEMS que divulgue a las agencias gubernamentales, compañías de seguros u otras personas que sean financieramente responsables de dicha atención médica y profesional, toda la información necesaria para justificar la reclamación y el pago.

He leído y entiendo la política financiera de la práctica y acepto estar sujeto a sus términos.

También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados por la práctica de vez en cuando.

Nombre del Cliente
Apoderado si es menor

Firma del Cliente o
Representante Legal

Fecha



Hope Performance Systems LLC

Política de Cancelación y Pérdida de Citas

Entiendo que soy responsable de llevar un registro de los horarios y fechas de mis citas.

Entiendo que soy responsable de comunicarme con Hope Performance Systems LLC si necesito cancelar o cambiar el horario de una cita por cualquier motivo.

Entiendo que, aunque Hope Performance Systems, LLC hace un "Recordatorio de cortesía" el día anterior para los clientes programados que van a ser vistos, es en última instancia, responsabilidad de los clientes saber cuándo tienen una cita.

- Debe comunicarse con nosotros con 24 horas de anticipación para cancelar su cita.
- Si cancela el mismo día o no viene a su cita, es posible que se le cobre una multa de \$ 25.00.
- Cuando la oficina está cerrada, hay un correo de voz configurado para que deje un mensaje.
- Si ocurre una emergencia que está fuera de su control y que le impide presentarse a su cita en la fecha programada, usted puede solicitar la devolución de su tarifa a través de su consejero.

Si no se presenta o cancela en exceso, pudiera resultar en la suspensión de servicios.

---- NO HAY DEVOLUCION DE TARIFAS POR FALTA O CANCELACION DE CITAS ----

_____ Nombre del Cliente	_____ Firma del Cliente o Representante Legal	_____ Fecha
_____ Nombre del Testigo	_____ Firma del Testigo	_____ Fecha



Su información. Sus derechos. Sus responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información.

Por favor revíselo cuidadosamente.

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene algunos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de sus responsabilidades que le servirán de ayuda.

Obtenga una copia electrónica o en papel de su registro médico

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su registro médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntanos cómo hacer esto.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información clínica, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Solicite corregir su registro médico

- Puede solicitarnos que corrijamos su información médica y que considere incorrecta o incompleta. Pregúntanos cómo hacer esto.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días de la solicitud.

Solicite comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos un correo a una dirección diferente.
- Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

Sus Derechos *continúa*

Pídanos limitar la información que usamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no usemos o compartamos cierta información médica para tratamiento, pago o para nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si eso afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con fines de pago o cobro de nuestras operaciones con su aseguradora de salud.
- Diremos "sí" a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

Obtenga una lista de aquellos con quienes nosotros compartimos su información

- Si paga por un servicio o artículo de atención médica en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con fines de pago o cobro de nuestras operaciones con su aseguradora de salud.
- Usted puede solicitar una lista (contable) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que la solicitó, con quién la compartimos y por qué. I
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos solicitó). Le proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso de manera electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elija a alguien que actúe por usted

- Si le otorgó a alguien un poder médico o si es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona esté autorizada y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

Presente un reclamo si considera que se han violado sus derechos

- Puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos contactándonos a nuestra oficina.
- Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Derechos Humanos de los EUA.
- Visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

Para cierta información médica, puede decirnos sus elecciones sobre lo que compartimos Si tiene una preferencia sobre lo que compartimos de su información en las situaciones a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos cuál es su preferencia y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de pedirnos que:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado.
- Compartir información en una situación de ayuda en caso de desastre.
- Incluir su información en un directorio de hospital.
- Contactarlo para esfuerzos de recaudación de fondos.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos continuar y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos nunca compartimos su información a menos que usted nos dé un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo
- Venta de su información
- La mayoría de las notas de psicoterapia

En el caso de recolección de fondos:

- Podemos contactarlo para recolección de fondos, pero si lo desea no volveremos a contactarlo otra vez.

Uso y divulgación

¿Cómo normalmente usamos o compartimos su información de salud?

Normalmente usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:

Tratamiento

- Podemos usar su información de salud y lo compartimos con otros profesionales que le estén tratando.

Ejemplo:

Un médico que lo está tratando por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.

Manejo de la organización

- Podemos usar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención y contactarte cuando sea necesario.

Ejemplo:

Utilizamos su información de salud para administrar su tratamiento y servicios.

Factura de servicios

- Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de los planes de salud u otras entidades.

Ejemplo:

Damos su información a su plan de seguro de salud para que pague por sus servicios.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud? ¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud? Estamos autorizados u obligados a compartir su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas leyes para poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

Ayudar con problemas de salud pública y de seguridad

- Podemos compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones, tales como:
- Prevenir enfermedades
- Ayudar con productos de garantía
- Reportar reacciones adversas a medicamentos
- Reportar sospecha de abuso, abandono, o violencia familiar
- Prevenir o reducir amenazas graves para la salud o la seguridad de cualquier persona.

Hacer investigación

- Podemos usar o compartir su información para investigaciones de la salud.

Cumplir con la Ley

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.

- Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajar con un médico forense o director de funeraria

- Podemos compartir información de salud con un médico forense, un médico forense o un director de un funeral cuando muere una persona.

Abordar la compensación de trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos usar o compartir su información de salud:
- Para reclamaciones de compensación a trabajadores.
- Para propósitos de hacer cumplir la ley o con un oficial de la ley.
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley.
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Aviso especial:

Tenga en cuenta que la comunicación por correo electrónico a través de Internet no es segura. Si bien puede ser poco probable, existe la posibilidad de que la información que usted incluye en un correo electrónico pueda ser interceptada y leída por terceros, además de la persona a la que se dirige.

No incluya información de identificación personal, como su fecha de nacimiento, o información personal médica y/o de salud mental en los correos electrónicos que nos envíe. Una sola vez no puede diagnosticar su condición de correo electrónico o comunicación escrita.

Nuestras Responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos rápidamente si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y entregarle una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que nos indique que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Cambio a los Términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio en la red.

Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.

Hope Performance Systems, LLC

Al firmar mi nombre a continuación, certifico que he leído la información anterior. Cualquier pregunta relacionada con las políticas anteriores ha sido discutida. Mi firma también certifica mi comprensión y acuerdo de las políticas anteriores. Entiendo que puedo recibir una copia en papel de este documento si lo solicito

_____ Nombre del Cliente	_____ Firma del Cliente o Representante Legal	_____ Fecha
_____ Firma del Padre, Tutor o Representante Legal (si aplica)	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Amanda Coleman Oficial de privacidad	_____ 843-547-0200 Firma	_____ <i>info@hopeperformancesystems.com</i> Fecha

Last Updated 12/02/2020



Hope Performance Systems LLC

Consentimiento para Usar y Divulgar información Personal de Salud

Por este medio, yo, _____ entro en un acuerdo entre mi persona y Hope Performance Systems LLC (si me desempeño como representante legal de otro cliente, su nombre aparece aquí):

_____.

Entiendo que cuando mi terapeuta o psiquiatra en Hope Performance Systems LLC me examine, me trate o me remita, recopilará lo que la ley llama Información de salud protegida (PHI en inglés). Entiendo que esta información es necesaria para mantener un archivo sobre mí y/u otras personas involucradas en mi tratamiento, y que puede ser necesario compartir mi PHI con otras personas u organizaciones necesarias para brindarme tratamiento, organizar el pago de los servicios, o para fines administrativos. Se me ha informado que el AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD explica con más detalles mis derechos y la forma en que se puede usar mi PHI.

Reconozco que, si no firmo este Formulario de Consentimiento aceptando el Aviso de Prácticas de Privacidad, mi terapeuta y/u otro representante de Hope Performance Systems LLC no podrá tratarme.

Entiendo que, si me preocupa algo de mi información de salud personal, tengo derecho a pedirle a mi terapeuta u otro representante de Hope Performance Systems LLC, que no comparta parte de esta información para fines de tratamiento, de pago o fines administrativos. Comprendo que Hope Performance Systems LLC y sus representantes intentarán respetar mis deseos, pero que no están obligados a aceptar estas limitaciones. Sin embargo, si Hope Performance Systems LLC o su representante apropiado está de acuerdo, Hope Performance Systems LLC se compromete a cumplir con mis deseos.

Después de firmar este consentimiento, tengo derecho a revocarlo (enviando una carta por escrito en la que declaro que ya no doy mi consentimiento a estos términos) y que Hope Performance Systems LLC cumplirá con mis deseos sobre el uso o el intercambio de mi información de PHI desde ese momento. Me doy cuenta de que si Hope Performance Systems LLC ya ha compartido parte de mi PHI, esto no se puede cambiar.

Firma del Cliente o Representante Legal Nombre impreso del cliente Fecha

Relación con el cliente

Firma del representante de la agencia Nombre del representante de la agencia Fecha



Hope Performance Systems LLC

SERVICIOS DE CONSEJERÍA Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Equipo de Trabajo:

Hope Performance Systems LLC se especializa en consejería individual, familiar y de parejas, enfocándose en temas generales para adultos y niños y consejería para adolescentes. Todos nuestros terapeutas tienen una maestría y/o Ph.D. en un área de asesoramiento y la mayoría tienen licencia. De vez en cuando, tenemos un estudiante practicante que esté asistiendo a la escuela de posgrado para convertirse en un terapeuta. Está en libertad de preguntar a su terapeuta acerca de sus certificados, incluso el estado de su licencia.

Confidencialidad:

Entendemos que la información que usted comparte en la consejería es de naturaleza personal y queremos que tenga la seguridad de que lo que discuta con su terapeuta se mantendrá confidencial. Por lo tanto, es importante que sepa que su terapeuta ocasionalmente puede discutir su caso con su supervisor clínico o con otros terapeutas de Hope Performance Systems LLC. Esto le permite a su terapeuta obtener retroalimentación para asegurar los mejores servicios posibles. Al firmar este documento, usted reconoce que entiende que esta es nuestra política y que está dando su consentimiento a su terapeuta para hablar confidencialmente sobre su caso con otro personal de asesoramiento cuando sea necesario. De lo contrario, su terapeuta tiene el compromiso de mantener su confidencialidad y solo hablará con otros en las siguientes circunstancias:

- Como se describe en el Consentimiento para usar y divulgar la información de salud personal adjunta a esta documentación ;
- Cuando nos da un permiso específico por escrito para compartir información con respecto a su tratamiento con una persona u organización específica;
- En situaciones en las que la ley nos obliga a divulgar su información. Las tres situaciones en que esto puede ocurrir son:
 - 1) Cuando exista una orden judicial o citación;
 - 2) Cuando existe una sospecha razonable de abuso, negligencia y/o peligro de niños o adultos;
 - 3) Si creemos que está realmente en peligro de hacerse daño a usted mismo o a otra persona.

Metas y Resultados:

En sus primeras sesiones, su terapeuta discutirá cuáles son sus objetivos para el tratamiento. En general, la asesoría es más beneficiosa cuando las personas están dispuestas a examinar sus propios pensamientos, sentimientos y conductas, y están dispuestas a cambiar la forma en que interactúan con los demás o las decisiones que toman. Usted determinará la naturaleza y que tanto cambio desea hacer. Si en cualquier momento en el tratamiento siente que no está logrando sus metas, hable con su consejero de inmediato.

Beneficios y Riesgos:

La mayoría de las personas experimentan mejoras o soluciones a las inquietudes que los llevaron a la consejería, pero, se entiende que no hay garantías; y hay algunos riesgos. Por ejemplo, la consejería podría abrir nuevos niveles de conciencia que pueden causar algo de dolor y ansiedad.

Criterios de Terminación:

La terminación de los servicios debe ser un acuerdo y proceso mutuo entre un beneficiario y su proveedor asignado. En el caso de repetidos "No Shows (faltar)", "No cumplimiento", y circunstancias atenuantes, la terminación de los servicios puede ser iniciada por el proveedor del beneficiario. En el caso de que un beneficiario se considere "No cumple" (3 "No se presenta" o está ausente por 30 días), el proveedor que lo atiende notificará al beneficiario, verbalmente o por escrito, de su intención de terminar los servicios del beneficiario.

Evaluaciones:

Tenga en cuenta que Hope Performance Systems LLC no realiza evaluaciones de custodia, estudios en el hogar, ni mediación legal. En ciertas circunstancias especiales, podemos responder a una solicitud para redactar un informe o comparecer ante el tribunal. En tales casos, se le pedirá que pague una tarifa de tarifa completa (\$100 por hora). Los informes solo se publicarán cuando se reciba el pago completo.

Llamadas Telefónicas de Emergencia después del Horario de Atención:

Nuestro personal de la oficina de recepción contesta nuestro teléfono durante las horas de oficina publicadas para garantizar que usted reciba ayuda con prontitud. Nuestros terapeutas trabajan en horarios variados, por lo tanto, es posible que su terapeuta no esté disponible todos los días de la semana para ayudarlo. Sin embargo, se pueden hacer arreglos para que usted hable con un supervisor y/o un terapeuta diferente si es necesario. Este terapeuta hará todos los esfuerzos posibles para ayudarlo. Tenga en cuenta que no respondemos ni devolvemos llamadas



después del horario de atención. Si tiene una emergencia fuera del horario laboral, llame a la línea de crisis al 1-800-273-8255, llame al 911 o vaya a una sala de emergencias.

Comunicación por Correo Electrónico:

Es importante tener en cuenta que las personas no autorizadas pueden acceder a esta comunicación de correo electrónico de manera relativamente fácil y, por lo tanto, puede comprometer la privacidad y confidencialidad de dichas comunicaciones. Para su seguridad en línea, no discuta contenido que sea personal para usted; por favor tráigalo a su sesión. Además, no utilice el correo electrónico para emergencias ya que las comunicaciones por correo electrónico no son siempre monitoreadas a diario.

- He recibido o me han ofrecido una copia de la declaración del Aviso de Prácticas de Privacidad.
- He completado el Acuerdo de honorarios de asesoramiento y el Formulario de política de nombramiento.

Al firmar mi nombre a continuación, certifico que he leído este formulario de consentimiento y que acepto todas las disposiciones aquí contenidas. Por la presente, también acepto no responsabilizar a mi Terapeuta o Hope Performance Systems LLC y los libero de toda responsabilidad.

_____ Nombre del Cliente	_____ Firma del Cliente o Representante Legal	_____ Fecha
_____ Nombre del Representante de la Agencia	_____ Firma del Representante Agencia	_____ Fecha



Hope Performance Systems LLC
460 William Hilton Pkwy Ste B
Hilton Head Island, SC 29926-2497

Este formulario debe completarse si desea presentar o presentar un reclamo o una apelación.

Puede presentar este informe de forma anónima, sin su nombre, sin embargo, esto puede hacer que sea más difícil para Hope Performance Systems abordar el asunto.

Fecha del reporte: _____

Su nombre: _____ Su número de teléfono: _____

Su dirección: _____

Declaración del reclamo _____

Fecha del evento/incidente: _____ Hora (si la sabe): _____
Programa/Lugar del evento/incidente: _____
Nombre(s) de todas las personas involucradas en el evento/incidente

Estado del evento o incidente que generó este reclamo e incluya los detalles relevantes: _____

Declaración de la apelación

Nombre del Proveedor (quien tomó la decisión): _____
Por favor detalle la decisión que usted está apelando: _____

¿Qué es un reclamo o apelación?

Reclamo: cualquier queja o expresión de insatisfacción con respecto a la prestación del servicio del proveedor/agencia del servicio.
Apelación: impugnar una decisión u orden sobre su tratamiento/diagnóstico.