



INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Fecha del contacto inicial _____ 1.ª cita _____ 2.ª cita _____

Fecha de hoy _____

Nombre del cliente _____ Edad _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

SS # _____

Raza/Etnicidad _____ Género _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección postal:

(si es diferente a la anterior)

Teléfono (H) _____ ¿Puedes recibir mensajes? Si ___ No ___

Teléfono (W) _____ ¿Puedes recibir mensajes? Si ___ No ___

Teléfono (C) _____ ¿Puedes recibir mensajes? Sí ___ No ___

Indique la dirección de correo electrónico donde puede recibir mensajes

¿Puede recibir mensajes por: ¿Texto? Sí ___ No ___

Estado civil: Soltero ___ Casado ___

Empleador _____ Título _____

¿Quién lo refirió a los Servicios de Consejería de O'Neill?

En caso de emergencia: _____ N.º de teléfono: _____

Relación _____



NOMBRE DEL TUTOR (PARA CLIENTES MENORES DE 18 AÑOS)

Nombre: _____ Relación con el cliente _____

N.º de teléfono: _____ Dirección _____

Información médica

Nombre del cliente _____ Fecha _____

Médico primario: _____

Último examen médico _____ Motivo _____

Proveedor de salud mental previo

(Información de contacto y duración)

Psiquiatra _____

(Quién, qué, dónde, cuándo, duración)

Historial médico:

Medicamentos Actuales:

Medicamentos Fecha de inicio Dosis actual Frecuencia



INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD

Relación principal con el asegurado: Yo ____ Cónyuge ____ Hijo ____ Otro _____

Estudiante a tiempo completo: Sí ____ No _____

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

SS # _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Si es diferente de la anterior

Compañía de seguros _____

miembro/suscriptor _____ Grupo # _____

Número de teléfono para servicios de salud mental (*en el reverso de la tarjeta*) _____

Empleador del asegurado _____ Ciudad _____
Estado _____ Código postal _____

Si es diferente a la anterior

Información del seguro -

Nombre del titular de la póliza secundaria _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ SS # _____

Dirección _____ Ciudad _____
Estado _____ Código postal _____

Compañía de seguros _____ ID de miembro/suscriptor _____

Número de teléfono para Servicios de salud mental (*en el reverso de la tarjeta*) _____

Empleador del asegurado _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar este reclamo. También solicito el pago de los beneficios del gobierno para mí o para la parte que acepta la asignación. También soy responsable del pago de los servicios no cubiertos.

Firma _____ Fecha _____

Firma del padre, tutor o representante personal

Fecha

Políticas de la oficina

Servicios de psicoterapia: durante su primera visita se realizará una evaluación y se le pedirá que lea y complete los siguientes formularios: Información del cliente, Información médica, Información del seguro, políticas de la oficina, Aviso de prácticas de privacidad, Consentimiento para tratar, y Divulgación de Información. Tenga en cuenta que estos formularios usan los términos trabajador social clínico con licencia (LCSW) y terapeuta de manera intercambiable.

En general, la cantidad de visitas que necesitará dependerá del tipo de problema(s) que exista(n), las recomendaciones hechas por su terapeuta y el esfuerzo que ponga para trabajar en el(los) problema(s) identificado(s). Es importante que comprenda que no hay garantía de que la psicoterapia produzca los resultados de tratamiento positivos o previstos. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre nuestro trabajo, hable con su terapeuta. También puede buscar una segunda opinión o retirarse del tratamiento en cualquier momento.

Citas y cancelaciones- Las sesiones de terapia tienen una duración de 55 minutos en el horario acordado, aunque la evaluación inicial puede ser más larga. Salvo raras emergencias, lo atenderán a la hora programada. Por favor notifique al terapeuta si va a llegar más de 10 minutos tarde. Tenga en cuenta que si llega tarde, la sesión terminará 55 minutos después de la hora programada y se le cobrará el monto total. **Las cancelaciones deben hacerse 24 horas antes de la hora de la cita.** Por ejemplo, si tiene una cita el lunes a las 11:00 a. m., debe llamar antes de las 11:00 a. m. del viernes anterior. Se tendrán en cuenta las emergencias y las preocupaciones climáticas. _

Seguro privado y autopago : una sesión perdida y/o no dar un aviso de cancelación de 24 horas resultará en una tarifa de \$ 50. La tarifa no se aplica si hay disponibilidad para reprogramarlo dentro de la misma semana.

Husky : las sesiones perdidas y/o la falta de aviso de cancelación de 24 horas más de tres veces resultará en el cierre del caso. Se renuncia a la terminación si hay disponibilidad para reprogramar su cita dentro de la misma semana.

EAP: una sesión perdida y/o la falta de aviso de cancelación de 24 horas resultará en el cierre del caso. Se renuncia a la terminación si hay disponibilidad para reprogramar su cita dentro de la misma semana.

*** Por su seguridad y la seguridad de los demás, los clientes que estén bajo la influencia de alguna sustancia no serán atendidos y se les anima a llamar y reprogramar sus citas para evitar una tarifa por sesión perdida. Los Servicios de Consejería de Your Peace of Mind Therapeutic Services son un lugar seguro libre de drogas y alcohol y se les pide a los que visitan que respeten al terapeuta y a quienes los rodean y no traigan ni lleven consigo ninguna droga o alcohol.**

Costos de los servicios : la tarifa por una valoración/evaluación inicial es de \$150.00. El costo de su sesión de terapia es de \$125.00 por 45-50 minutos. Las compañías de seguros solo pagarán los servicios clínicos directos médicamente necesarios que se brinden durante una evaluación, una sesión de terapia grupal o individual. Con la excepción de conversaciones telefónicas breves (diez minutos), las consultas telefónicas, la redacción de informes, las comparecencias ante el tribunal, las visitas supervisadas u otros servicios profesionales no se consideran parte de su sesión y no están cubiertos por el seguro. Estos servicios profesionales adicionales son su responsabilidad y el costo es de \$100.00 por hora. Se requieren copagos y tarifas de pago por cuenta propia al comienzo de cada sesión. Se aplicará un cargo de \$15.00 a los cheques devueltos. Estas tarifas están sujetas a cambios.

Se aceptan los seguros Anthem Blue Cross y Blue Shield, Cigna y Husky.

* Si está utilizando su seguro para pagar los servicios, es responsable de notificar a los Servicios de asesoramiento de YPOMTS/Jessica Lazu sobre cualquier cambio en su cobertura de seguro y de pagar cualquier reclamación denegada debido a la falta de notificación de cambios. Además, ***usted es responsable de pagar la tarifa total de cualquier servicio que no esté cubierto por su seguro.*** Se llamará a su compañía de seguros antes de su visita para verificar la cobertura. Debe tener en cuenta que si está utilizando su seguro de salud para pagar la psicoterapia, su compañía de seguros requerirá que el proveedor, Your Peace of Mind Therapeutic Services informe sobre los servicios que se le brindan, incluida la información clínica de sus archivos. Esta información pasará a formar parte de los archivos de la compañía de seguros. Si prefiere no usar su compañía de seguros, pregunte acerca de las opciones de pago por cuenta propia.

Comunicación voz se revisa con frecuencia y las llamadas telefónicas se devolverán dentro de las 24 horas, excepto los fines de semana y días festivos. También se reciben mensajes de texto, pero los mensajes de texto se limitan solo a la programación. Recibirá recordatorios de citas en el correo electrónico aprobado que figura en el formulario de información del cliente.

Your Peace of Mind Therapeutic Services no tiene una línea de respuesta de crisis las 24 horas, por lo tanto, si no puede comunicarse con el terapeuta y siente que no puede esperar a que le devuelvan la llamada, comuníquese con su médico de cabecera, diríjase a la sala de emergencias más cercana o llame al 911 y describa sus circunstancias.

Colaboración con otros profesionales médicos y de salud mental : es importante que su terapeuta esté informado de cualquier tratamiento médico o de salud mental que esté recibiendo o haya recibido. Solo con su autorización por escrito se solicitará o compartirá con los proveedores información sobre su salud mental o tratamiento médico pasado o presente.

Regalos e invitaciones : aunque la relación de consejería es bastante íntima, se desaconsejan los regalos y las invitaciones. La gratitud o aprecio por los servicios prestados puede expresarse en sesión o en una nota escrita.

Retención de registros : los registros se destruyen 7 años después de la última sesión o 3 años después de la muerte de un cliente.

Terminación del tratamiento : idealmente, la terminación del tratamiento se discutirá al principio o cuando se sienta mejor y haya alcanzado sus objetivos de tratamiento. Por lo general, tendrá una cita menos frecuente y tendrá una sesión final.

Reanudación del tratamiento : a veces, un problema o evento de la vida lo impulsará a regresar para recibir tratamiento. El terapeuta siempre intentará dejar espacio para los clientes que regresan.

Alta no voluntaria del tratamiento : los servicios de un cliente pueden cancelarse si: (A) el cliente exhibe violencia física, abuso verbal, porta armas o participa en actos ilegales en la práctica, y/o (B) el cliente se niega a cumplir con las políticas de la oficina, se niega a cumplir con las recomendaciones de tratamiento y/o no hace el pago o los arreglos de pago de manera oportuna. El cliente será notificado del alta no voluntaria por escrito. El cliente puede volver a solicitar los servicios en una fecha posterior.

He recibido y revisado el formulario de información del Cliente. Entiendo los requisitos y reglas de esta oficina, y estoy de acuerdo con los términos de la misma.

Firma: _____ Fecha: _____

Terapeuta: _____ Fecha: _____

REGISTROS PROFESIONALES:

Por ley, todos los LCSW están obligados a mantener un registro médico de todos los clientes. El registro médico puede incluir, entre otros, planes de tratamiento, información suficiente para justificar cualquier diagnóstico y tratamiento prestado, fechas de tratamiento, referencias a otros servicios y acciones tomadas por personas sin licencia cuando lo ordena o autoriza el proveedor.

Colección de información. Los Servicios de Consejería, recopilan datos a través de una variedad de formas, tales como: valoraciones, evaluaciones, cartas, llamadas telefónicas, correos electrónicos y mensajes de voz.

Información amparada bajo carácter confidencial. Todas las comunicaciones orales y escritas y los registros de las mismas en relación con la evaluación y el tratamiento de los clientes se mantienen confidenciales. Esto se aplica a las comunicaciones entre el cliente y el trabajador social, entre un miembro de la familia del cliente y el trabajador social, y entre el cliente o un miembro de la familia del cliente y una persona que participe bajo la supervisión de un trabajador social clínico autorizado en la realización de los objetivos de evaluación o tratamiento. La confidencialidad se aplica dondequiera que se hayan producido las comunicaciones. Esto también incluye, entre otros, correos electrónicos y llamadas telefónicas (incluida la información dejada en los mensajes de voz), directa o indirectamente proporcionada a los Servicios de asesoramiento de YPOMTS/Jessica Lazu

CÓMO LOS SERVICIOS DE CONSEJERÍA DE O'NEILL PUEDEN UTILIZAR Y DIVULGAR PHI:

Tratamiento. Su información solo se usa y divulga según sea razonablemente necesario para brindarle servicios de terapia de salud mental. Los Servicios de Consejería de YPOMTS pueden usar y divulgar su PHI a aquellos que están

involucrados en su atención con el fin de proporcionar, coordinar o administrar su tratamiento de atención médica y servicios relacionados. Esto incluye consulta/supervisión con un LCSW u otros miembros del equipo/grupo de tratamiento. Podemos usar y divulgar PHI a cualquier otro consultor solo con su autorización.

Pago. Su PHI puede usarse y divulgarse a su seguro de salud para pagar la psicoterapia, su compañía de seguros requerirá información, incluida la información clínica de los archivos del cliente. Además, su PHI puede ser, si es necesario, utilizada en procesos de cobro debido a la falta de pago por los servicios prestados (se utiliza y divulga información mínima). Tenga en cuenta: si un cliente ha pagado los servicios de su propio bolsillo, Your Peace of Mind Therapeutic Services aceptará la solicitud del cliente de no divulgar la PHI relacionada únicamente con los servicios pagados de su bolsillo si la divulgación se hará a un plan de salud para el pago o las operaciones de atención médica.

Para operaciones de atención médica. Your Peace of Mind Therapeutic Services utilizará y divulgará la PHI según sea necesario para respaldar nuestras actividades de práctica, incluidas, entre otras, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de terapeutas y realización o arreglo de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar PHI con un tercero que realiza actividades comerciales (por ejemplo, servicios de facturación o vinculación) siempre que exista un contrato escrito con esa empresa que requiera que proteja la privacidad de su PHI. Para fines de capacitación o enseñanza, la PHI se divulgará solo con su autorización.

Usos y divulgación de la PHI con fines de marketing. Servicios de asesoramiento de YPOMTS/Jessica Lazu respeta la privacidad de los clientes y no divulgará la PHI con fines de marketing, incluidas las comunicaciones de tratamiento subsidiado, sin la autorización por escrito de los clientes.

Investigar. La PHI solo se puede usar y divulgar después de un proceso de aprobación especial y/o con su autorización.

Con autorización. Los usos y la divulgación no permitidos específicamente por la ley aplicable se realizarán solo con su autorización por escrito, que puede revocarse en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya realizado un uso o divulgación en base a su autorización.

Requerido por la ley. Según la ley, Your Peace of Mind Therapeutic Services as puede divulgarle su PHI si lo solicita. Además, su PHI puede divulgarse al Departamento de Salud Pública con el fin de investigar o determinar nuestro cumplimiento de los requisitos de la Regla de Privacidad.

Derecho limitado a usar información personal no identificable. Todas las fotografías, historias, cartas, biografías, correspondencia o notas de agradecimiento enviadas a Your Peace of Mind Therapeutic Services a pasan a ser propiedad del consultorio. Jessica Lazu se reserva el derecho de utilizar información no identificable sobre los clientes con fines educativos, de recaudación de fondos y promocionales sin compensación para los clientes. Los clientes pueden solicitar específicamente por escrito que NO se utilice información no identificable con fines educativos, de recaudación de fondos o servicios promocionales. Respeto su derecho a la privacidad y le aseguro que ninguna información de identificación o fotos serán utilizadas públicamente sin su consentimiento directo o indirecto.

Lo que no se hace con su PHI. Servicios de asesoramiento de YPOMTS/Jessica Lazu no entrega, intercambia, intercambia, alquila, vende, presta ni difunde ninguna información sobre los clientes que se considere confidencial, esté restringida por la ley o haya sido restringida específicamente por el cliente en un formulario de consentimiento HIPAA firmado.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI/REGISTRO

HIPAA le brinda varios derechos nuevos o ampliados con respecto a sus registros clínicos y divulgaciones de información de salud protegida. Como Cliente, tiene los siguientes derechos:

1. El derecho a inspeccionar y copiar su información;
2. El derecho a solicitar correcciones a su información;
3. El derecho a solicitar que se restrinja su información;
4. El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales;
5. El derecho a un informe de divulgaciones de su información; y
6. El derecho a una copia impresa de este aviso.

Puede examinar y/o recibir una copia de su Expediente Clínico, si lo solicita por escrito, excepto en circunstancias inusuales en las que la divulgación podría o pondría en peligro físico a usted y/u otros; o hace referencia a otra persona y su terapeuta cree que es razonablemente probable que el acceso cause un daño sustancial a esa otra persona; o cuando la información ha sido proporcionada confidencialmente por otros. Debido a que estos son registros profesionales, pueden malinterpretarse y/o molestar a los lectores no capacitados. Se recomienda que revise los contenidos con su terapeuta.

Para ejercer cualquiera de estos derechos deberá presentar su solicitud por escrito a Annette O'Neill.

QUEJAS.

Si tiene alguna inquietud o queja, comuníquese con Annette O'Neill al (860) 550-1539 o a oneillcounselingservices@gmail.com

La fecha de entrada en vigencia de estos Avisos es julio de 2022

**Aviso de
Recibo de Prácticas de Privacidad y Acuse de Recibo del Aviso**

Nombre del Cliente: _____ *Nacimiento:* _____

Seguro Social: _____

Por la presente reconozco que he recibido y se me ha dado la oportunidad de leer una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPPA. Entiendo que si tengo alguna pregunta sobre el Aviso o mis derechos de privacidad, puedo comunicarme con Annette O'Neill, 860-550-1539.

Firma del cliente/ Fecha de vigencia

Firma del padre, tutor o representante personal Fecha de vigencia

· Si está firmando como representante personal de una persona, describa su autoridad legal para actuar en nombre de esta persona (poder notarial, sustituto de atención médica, etc.).

Firma del terapeuta Fecha de vigencia

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

Acuerdo de consentimiento para el tratamiento

Este documento (el Acuerdo) contiene información importante sobre nuestros servicios profesionales y políticas comerciales.

Reconozco que he recibido, he leído (o me han leído) y entiendo la Hoja de Información del Cliente y/y otra información sobre la terapia que estoy considerando. He tenido todas mis preguntas respondidas completamente.

Por la presente busco y doy mi consentimiento para participar en el tratamiento proporcionado en O'Neill Counseling Services. Entiendo que desarrollar un plan de tratamiento con este terapeuta y revisar regularmente nuestro trabajo para cumplir con los objetivos del tratamiento es lo mejor para mí. Acepto desempeñar un papel activo en este proceso. Entiendo que no se me han hecho promesas en cuanto a los resultados del tratamiento o de cualquier procedimiento proporcionado por este terapeuta.

Soy consciente de que puedo interrumpir mi tratamiento con este terapeuta en cualquier momento. De lo único que seguiré siendo responsable es de pagar los servicios que ya he recibido. Entiendo que puedo perder otros servicios o tener que lidiar con otras consecuencias si interrumpo el tratamiento. (Por ejemplo, si mi tratamiento ha sido ordenado por un tribunal, tendré que responder ante el tribunal).

Soy consciente de que un agente de mi compañía de seguros u otro tercero pagador puede recibir información sobre los tipos, costos, fechas y proveedores de cualquier servicio o tratamiento que recibí. Entiendo que si no se realiza el pago de los servicios que recibo aquí, el terapeuta puede suspender mi tratamiento.

SU FIRMA A CONTINUACIÓN CONFIRMA QUE ENTIENDE Y ESTÁ DE ACUERDO CON TODAS ESTAS DECLARACIONES.

Firma del cliente

Fecha

Firma del padre/tutor legal

Relación

Fecha

Yo, el terapeuta, he discutido los temas anteriores con el cliente y/o tutor. Mi observación de la(s) conducta(s) y respuestas de esta persona no me da ninguna razón para creer que esta persona no es completamente competente para dar un consentimiento informado y voluntario para recibir tratamiento.

Firma del terapeuta

Fecha

Autorización para divulgar/obtener información

Yo _____ autorizo a los servicios de asesoramiento a divulgar y obtener información de _____

El propósito de esta divulgación es ayudar con el tratamiento y la coordinación de los servicios.

POR FAVOR PONGA SUS INICIALES EN LA INFORMACIÓN QUE DEBE SER DIVULGADA:

____ Evaluación inicial _____ Plan de Tratamiento _____ Evaluación Psicológica
____ Resumen _____ Evaluación Psiquiátrica _____ Registros Educativos
____ Registros médicos _____ Notas de progreso _____ Comunicación Verbal
____ Otro _____

Entiendo que toda la información del cliente es confidencial y no puede divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que se indique lo contrario en la ley estatal y federal. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento antes de la divulgación de la información anterior. Este consentimiento, si no se retira, *vencerá un año a partir de la fecha firmada a continuación al día siguiente* _____.

Entiendo que la información que se divulgará/obtendrá puede contener información relacionada con el abuso de drogas y/o alcohol psiquiátrico, diagnóstico/tratamiento e información confidencial sobre el VIH/SIDA.

Firma del cliente (mayor de 18 años) Fecha

Firma del padre/tutor. Fecha

Firma del testigo Fecha