



¡Bienvenido al Child & Family Guidance Center!

Nuestra misión en Child & Family Guidance Center es facilitar servicios de salud mental accesibles y de calidad para ayudar a fortalecer a niños/as, familias y nuestra comunidad.

Para lograr nuestra misión, trabajaremos junto a usted y aseguraremos que sus necesidades o las de sus hijos/as se identifiquen y se satisfagan de manera apropiada. Nuestro equipo se dedicará a su recuperación y/o a la de sus hijos/as.

Si es un padre o una madre buscando servicios para su hijo/a, por favor, llene los formularios adjuntos con la información de su hijo/a. Si está aquí para conseguir servicios para usted mismo, por favor llene los formularios adjuntos. Y, como siempre, si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, no dude en preguntarnoslo. ¡Estamos aquí para ayudarlo/a!

Hoy tratará con nuestro terapeuta para determinar sus necesidades y los objetivos de su tratamiento. Esta es su oportunidad de discutir sus preocupaciones y desarrollar un plan de recuperación individualizado. Una vez que ese plan esté desarrollado, el/la terapeuta le explicará los servicios disponibles que mejor se adapten a sus necesidades.

Como parte de su tratamiento en Child & Family Guidance Center, se le facilitarán grupos de apoyo y educación para padres y madres, grupos de apoyo para adultos, y/o grupos de apoyo entre compañeros/as. ¡Involucrarse en su propia recuperación es algo crucial para su éxito!

Programará una cita con el psiquiatra antes de dejar nuestra oficina hoy si eso se estableció como un objetivo de tratamiento para usted y/o su hijo/a.

¡Gracias por elegir a Child & Family Guidance Center como el lugar en el que recibirá servicios de apoyo y por permitirnos ayudarlo/a!

Child & Family Guidance Center
Equipo de Dirección Ejecutiva



BIENVENIDO A CHILD & FAMILY GUIDANCE CENTER Y SU CAMINHO HACIA LA RECUPERACIÓN

Nuestra misión en Child & Family Guidance Center es facilitar servicios de salud mental accesibles y de calidad para ayudar a fortalecer a niños/as, familias y nuestra comunidad.

Para lograr nuestra misión, trabajaremos junto a usted y aseguraremos que sus necesidades o las de sus hijos/as se identifiquen y se satisfagan de manera apropiada. Nuestro equipo se dedicará a su recuperación y/o a la de sus hijos/as.

A fin de estar completamente involucrado con su recuperación y/o la de su hijo/a, lo/a aconsejamos a que desarrolle ahora su plan de recuperación. Ese plan determinará el nivel de asistencia que necesitará para lograr su potencial, sus objetivos y su recuperación. Algunas de las creencias comunes a las que lo/a invitamos a unirse a nosotros son las siguientes:

- La recuperación es la habilidad de lidiar con sus síntomas de una manera que la/o permita ser activo en su comunidad, construir una red de apoyo, trabajar y/o ser voluntario/a y involucrarse en actividades que le gusten.
- La recuperación involucra ver su salud mental como solo UN aspecto de quién es. También tiene bienes, fuerzas, intereses, aspiraciones y el deseo y la habilidad para seguir en control de su propia vida.
- La recuperación se trata de entender que la salud mental se entiende mejor – aun cuando en sus formas más severas – como algo que coexiste con las demás áreas de competencia dentro de su vida.
- La recuperación es su derecho como persona buscando tratamiento.

Usted y su Equipo de Recuperación desarrollarán un Plan de Recuperación. Su Equipo de Recuperación trabajará con usted para crear su plan; así, su Plan de Recuperación será su guía hacia la recuperación.

Adjunto a este documento, encontrará la selección de nuestros servicios que están disponibles para usted y su familia. Por favor, determine cuáles mejor se adaptan a su recuperación y utilícelos en su Plan de Recuperación.

¡Gracias por darnos esta oportunidad de ayudarlo/a!



DERECHOS DE LOS CLIENTES

[ESTE FORMULARIO DEBE DARSE AL CIENTE PARA QUE SE LO QUEDE]

Child & Family Guidance Center reconoce y protege los derechos de sus clientes, que incluyen:

- Los clientes tienen derecho a un acceso imparcial al tratamiento, independientemente de su raza, religión, género, etnicidad, edad, discapacidad u orientación sexual.
- Los clientes tienen derecho a ser tratados de una manera que preserve y realce su autoestima e individualidad.
- Los clientes tienen derecho a recibir la información necesaria a fin de que puedan consentir de manera consciente e informada antes de empezar cualquier procedimiento o tratamiento.
- Los clientes tienen derecho a rechazar tratamiento y a ser informados de las consecuencias de tal rechazo.
- Los clientes tienen derecho a participar activamente en el desarrollo de un Plan de Tratamiento individualizado y a que ese plan sea periódicamente revisado. Eso incluye el derecho a conocer a los profesionales miembros del equipo responsable de su cuidado, a saber su calificación profesional y a saber su posición en el equipo.
- Los clientes tienen derecho a conseguir información actual respecto a su evaluación, tratamiento y pronóstico en términos comprensibles.
- Los clientes tienen derecho a un tratamiento confidencial de su historial médico y personal. La información de esas fuentes no será divulgada sin el debido consentimiento anterior, salvo bajo requisito legal o contratos de pago de terceros.
- Los clientes tienen derecho a exponer sus opiniones, recomendaciones y quejas en relación a las políticas y los servicios ofrecidos por Child & Family Guidance Center.
- Los clientes tienen derecho a negarse a participar de programas de investigación sin comprometer su acceso a los servicios a los cuales tendrían derecho de otro modo.
- Los clientes tienen derecho a conocer y a participar en el plan de su alta y a recibir la información de referencia y remisión adecuada antes del término de los servicios.



MISIÓN

Facilitar servicios de salud mental accesibles y de calidad para ayudar a fortalecer a niños/as, familias y nuestra comunidad.

Child and Adolescent Recovery Services (AGES 4-17)

Level of Care 1

- Psychiatric Evaluation & Medication Management
- Medication Training & Support
- Routine Case Management
- Family Partner Supports
- Family Case Management

Level of Care 2

- Psychiatric Evaluation & Medication Management
- Medication Training & Support
- Routine Case Management
- Counseling
- Skills Training & Development
- Family Partner Supports
- Family Case Management

Level of Care 3

- Psychiatric Evaluation & Medication Management
- Medication Training & Support
- Routine Case Management
- Counseling
- Skills Training & Development
- Family Partner Supports

Level of Care: YES WAIVER

- Psychiatric Evaluation & Medication Management
- Medication Training & Support
- Intensive Case Management
- Counseling
- Skills Training & Development
- Family Partner Supports
- Family Case Management
- Parent Support Groups
- Flexible Community and Other Supports
- Comprehensive Services (Specialized Therapies)

Adult Recovery Services (AGES 18+)

Level of Care 1S

- Psychiatric Evaluation & Medication Management
- Medication Training & Support
- Routine Case Management
- Skills Training & Development
- Supported Employment
- Supported Housing

Level of Care 2

- Psychiatric Evaluation & Medication Management
- Medication Training & Support
- Routine Case Management
- Counseling
- Skills Training & Development
- Supported Employment
- Supported Housing

Level of Care 3

- Psychiatric Evaluation & Medication Management
- Medication Training & Support
- Routine Case Management
- Psychosocial Rehabilitative Services
- Supported Employment
- Supported Housing

Level of Care: ACT Program

- Psychiatric Evaluation & Medication Management
- Medication Training & Support
- Routine Case Management
- Psychosocial Rehabilitative Services
- Counseling
- Supported Employment



PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN

Departamento de Servicios Clínicos

Child & Family Guidance Center se compromete con las preocupaciones de sus clientes y a recibir comentarios y opiniones de parte de ellos. El proceso para que un cliente registre una queja o una pregunta es:

1. Comenzar con la discusión de su preocupación con el prestador de servicio clínico. Eso solucionará a menudo malentendidos, confusiones o problemas sencillos.
2. Si le parece que no se lidió con el problema de manera satisfactoria, puede hablarle a uno de nuestros Directores en el número (214) 351-3490 o a través de la línea gratuita 1-866-695-3794.
3. Si sigue pareciéndole que no se lidió con el problema de manera satisfactoria, podrá entonces redactarlo y enviarlo a la atención de:

The Executive Director
Child & Family Guidance Centers
8915 Harry Hines Blvd.
Dallas, TX 75235

Por favor, recuerde incluir su número de teléfono y dirección.

*A cualquier momento en que sienta que fue tratado de manera inmoral o que los derechos de su cliente hayan sido violados, tiene el derecho a quejarse al Consejo Estatal, que administra la disciplina profesional de los miembros del equipo, explicando de qué se trata su problema o contactar el oficial de protección de nuestros derechos:

Texas Medical Board
333 Guadalupe
Austin, TX 78701
(512) 305-7700

Texas Board of Nursing
William P. Hobby Building
333 Guadalupe, Suite 3-460
Austin, TX 78701-3944
(512) 305-6838

Texas State Board of Examiners of Licensed Professional Counselors
100 W. 49th St.
Austin, TX 78756-3183
1-800-232-3162

Texas Board of Social Worker Examiners
1100 W. 49th St.
Austin, TX 78756-3183
1-800-232-3162

Texas Commission on Alcohol and Drug Abuse (TCADA)
9001 North I 35, Suite 105
Austin, TX 78753-5233
1-800-832-9623

U.S. Department of Disability – American's With Disability Act
950 Pennsylvania Ave, NW
Civil Rights Division
Disability Rights Section – NYA
Washington, D.C. 20530
202-307-0663

Client Rights Protection Officer / ADA Compliance Officer
Todd Wright, LPC
8915 Harry Hines Blvd
Dallas, TX 75235
214-351-3490, ext 3547



Política de Privacidad HIPAA **Efectiva: 14 de abril de 2003**

Esta nota describe cómo su información médica o de salud puede ser utilizada y divulgada y cómo usted puede acceder a esa información. Por favor, revíselo detenidamente.

Cuando recibe su tratamiento del Child & Family Guidance Center (CFGC), el CFGC tiene acceso a información sanitaria a su respecto. Esa información sanitaria incluye cualquier información que se relacione (1) su condición o salud mental o física futura, presente o pasada; (2) facilitarle atención médica; o (3) el pago pasado, presente o futuro referente a su atención médica.

Esta nota le informa los derechos referentes a su privacidad, el deber del CFGC de proteger la información médica que lo/a identifique, y **cómo el CFGC puede usar la información médica que lo/a identifique sin su permiso escrito. Por favor tenga presente que:**

- ✧ No divulgaremos información acerca de usted que se relacione al VIH/SIDA sin el debido permiso escrito, a no ser que la ley nos permita divulgar esa información.
- ✧ Si usted se encuentra en tratamiento por abuso de drogas o alcohol, la ley federal protege su historial y las regulaciones descritas en el Código de Regulaciones Federales en su Título 42, Parte 2. Cualquier violación a esas leyes que protegen el historial de tratamiento de abuso de drogas o alcohol es un crimen y presuntas violaciones pueden ser denunciadas a las autoridades apropiadas de acuerdo con las regulaciones federales.

Esta nota no se aplica a información médica que no identifique a usted o a alguien más. Por favor, comparta esta nota con todos en su hogar que reciban tratamiento en el CFGC.

Su Derecho a la Privacidad

Esta ley le da derecho a:

1. Mirar o recibir una copia de la información médica que el CFGC tiene a su respecto en la mayor parte de situaciones.
2. Pedirle al CFGC que corrija determinada información, incluyendo ciertas informaciones médicas, si usted cree que la información está incompleta o equivocada.
3. Pedirle al CFGC que limite el uso o la divulgación de información médica a su respecto más allá de lo que requiere la ley.
4. Decirle al CFGC adónde y cómo enviar mensajes que incluyan información médica a su respecto, si cree que enviarla a su dirección podría ponerlo/a en peligro. Usted tiene que presentar ese pedido por escrito y debe especificar dónde y cómo contactarlo/a.
5. Solicitar una lista de divulgaciones de la información de su historial médico. Ese listado no incluiría divulgaciones anteriores al 14 de abril de 2003.
6. Pedir copias adicionales de esta nota del CFGC.
7. Retirar el permiso que dio al CFGC para usar o divulgar información médica que lo/a identifique, a no ser que el CFGC ya haya actuado con base a su permiso. Debe retirar su permiso por escrito.

El Deber del CFGC de Proteger la Información Médica

La ley obliga al CFGC a proteger la privacidad de la información médica que lo/a identifique. También requiere que el CFGC le dé esta nota referente a sus deberes legales y prácticas relacionadas a la privacidad. En la mayor parte de situaciones, el CFGC puede no usar ni divulgar información médica que lo/a identifique sin su permiso.

- ✧ Para todos los demás usos y divulgaciones, el CFGC tiene que obtener su permiso escrito, el cual usted puede retirar a cualquier momento.
- ✧ Si el CFGC cambia sus prácticas relacionadas a la privacidad, debe notificarlo/a de los cambios por medio del envío de una nueva Política de Privacidad a la dirección más reciente que haya facilitado.
- ✧ A los empleados del CFGC se les requiere que protejan la información médica que lo/a identifique.

Cómo el CFGC Usa y Divulga Información Médica

Pago

El CFGC puede usar o divulgar información médica a su respecto para pagar o cobrar su cuidado médico.

Operaciones de Cuidado Médico

También podemos usar su información médica para operaciones de cuidado médico como:

- Actividades que mejoren el cuidado médico, los programas evaluadores y los procedimientos en desarrollo;
- Manejo de casos y coordinación de cuidados;
- Revisión de la competencia, las calificaciones, y del desempeño de los profesionales de cuidados médicos y otros;
- Conducir programas de entrenamiento y solucionar reclamaciones internas;
- Conducir la acreditación la certificación, el licenciamiento o las actividades de credencialización;
- Facilitar revisión médica, servicios legales o funciones de auditoría;
- Comprometerse con el planeamiento de negocios y la gestión o administración general.

Tratamiento

Podemos usar o divulgar su información médica para:

- Facilitar, coordinar o gestionar servicios de salud o servicios relacionados. Eso incluye facilitarle cuidados a usted, consultar con otros proveedores de la atención médica a su respecto y remitirlo/a a otro proveedor de atención médica.
- A no ser que nos pida que no lo hagamos, también podemos contactarlo/a a fin de recordarle su cita o ofrecerle tratamientos alternativos u otras informaciones relacionadas a la salud que puedan interesarle.



Miembros de la familia, otro pariente o amigo personal cercano

El CFGC puede revelar información médica a su respecto a un miembro de su familia, otro pariente o amigo cercano cuando:

- Usted haya concordado con la divulgación y la información médica se relaciona a la participación de la persona en sus cuidados o en el pago de sus cuidados;
- Usted tenga un representante legal autorizado (LAR en inglés) que haya sido nombrado por un tribunal para representar sus intereses.

Programas gubernamentales que ofrecen servicios de utilidad pública

El CFGC puede divulgar información médica a su respecto a otra agencia gubernamental que ofrezca servicios de utilidad pública si:

- La información se relaciona a si usted se califica para esos servicios o si recibe servicios financiados por un programa de asistencia del gobierno y la ley requiere o autoriza específicamente su divulgación o no.

Salud pública

Divulgaremos su información médica cuando la ley o las regulaciones gubernamentales lo requieran y si nos lo haya instruido la autoridad en salud pública.

Para comunicar sospecha de maltrato y negligencia infantiles

Podremos divulgar su información médica a una autoridad del gobierno:

- Como requiere la ley a fin de comunicar maltrato y negligencia de los niños/as, mayores o personas con discapacidad; o
- Para asistir una investigación de sospecha de maltrato y negligencia.

Grave amenaza a la salud o la seguridad

Podemos utilizar o divulgar su información médica al equipo médico o policial si usted u otros están en peligro y la información es necesaria para garantizar la integridad física.

Para procedimientos judiciales o administrativos

El CFGC puede divulgar información médica a su respecto en respuesta a:

- El cumplimiento de una citación del gran jurado;
- Una orden de un tribunal común o administrativo; o
- Una citación u otra solicitud de pruebas por la parte de un juicio.

Conforme requerimiento legal

El CFGC tiene que usar o divulgar la información médica a su respecto cuando la ley le requiera su uso o divulgación.

Contratistas

El CFGC puede divulgar información médica a su respecto a uno de los contratistas del CFGC si el contratista:

- Necesita la información para realizar los servicios para el CFGC; y
- Concuere en proteger la privacidad de la información.

Secretario/a de Salud y Servicios Humanos

Las agencias tienen que divulgar información médica a su respecto a el/la Secretario/a de Salud y Servicios Humanos cuando el/la Secretario/a lo quiera para hacer cumplir las normas de protección de privacidad.

Investigación

El CFGC puede utilizar o divulgar información médica a su respecto para investigaciones si la información que lo/a identifique se remueve de la información médica.

Otros usos y divulgaciones

El CFGC puede utilizar o divulgar la información médica a su respecto:

- Para crear información médica que no identifique específicamente a ningún individuo;
- Para fines de actividades legales nacionales de seguridad;
- A la prisión o la cárcel, si usted es uno de los reclusos de la prisión o la cárcel, o al equipo de cumplimiento legal si usted se encuentra bajo su custodia para que puedan facilitarle cuidados médicos a usted;
- Para cumplir con las leyes de compensación de trabajadores o leyes similares.

Si tiene usted preguntas acerca de esta nota o necesita más información sobre los derechos referentes a su privacidad, puede contactar a uno de nuestros Directores en el siguiente número de teléfono: **214.351.3490**.

Si considera que el CFGC violó alguno de los derechos referentes a su privacidad, presente una reclamación al contactar el:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
1301 Young Street - Suite 1169
Dallas, TX 75202
(214) 767-4056; (214) 767-8940 (TDD)
(214) 767-0432 FAX

Texas Office of the Attorney General
Por correo a P.O. Box 12548, Austin, Texas, 78711-
2548, O por teléfono a (800) 806-2092.

No habrá ninguna represalia por la presentación de una reclamación.



Información del Paciente			
Apellido	Sufijo	Nombre	Segundo Nombre
Dirección Postal	Apartamento/Lote	Ciudad/Estado	Código Postal/Zip Cod
# de Teléfono Casa ()	Trabajo ()	Celular ()	Otro ()
Dirección de correo electrónico:			
Fecha de Nacimiento	Género (haga un círculo)	Número de Seguridad Social	
	Masculino Femenino		
Etnia (haga un círculo)	Lengua Primaria (haga un círculo)	Raza (haga un círculo)	
Hispánico/Latino	Inglés Español	Indígena Americano/Nativo de Alaska Asiático	
No Hispánico/No Latino	Árabe Cantonés	Negro o Afroamericano Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico	
Prefiero no decirlo	Francés Alemán	Blanco Otro	
	Hindi Italiano	Declined	
	Japonés Coreano		
	Mandarín Persa		
	Polaco Portugués		
	Rumano Ruso		
	Tagalo Ucraniano		
	Urdu Vietnamita		

Contacto de emergencia			
Nombre	Apellido	Número de Teléfono de Casa	Número de Teléfono Celular

Problema actual y cuestiones familiares

Por favor, declare brevemente que lo/a ha traído a usted y/o a su cliente aquí en este momento para buscar nuestros servicios:

¿El cliente ha recibido algún tipo de terapia anteriormente? (haga un círculo) Sí No

Si sí, dónde y cuándo: _____

¿El cliente está actualmente tomando cualquier medicamento? (haga un círculo) Sí No

Si sí, cuáles son los medicamentos recetados: _____

Apenas para uso de la oficina
 Inserte toda la información demográfica del paciente en Medisoft
 Obtenga fotocopia del carné de conducir o de su documento de identidad
 Obtenga fotocopia del anverso y del reverso de la tarjeta del seguro
 Verifique la configuración de la información del caso para el médico



Condiciones Generales del Tratamiento y Acuerdo Financiero

Cliente (Apellido, Nombre de Pila, Inicial del Segundo Nombre)

Data de Nacimiento

Número de Seguridad Social

AUTORIZACIÓN PARA LOS SERVICIOS/ACUERDO GENERAL

Por este medio, doy/damos mi/nuestro permiso y consentimiento para que la persona mencionada arriba reciba servicios de tratamiento y diagnóstico psiquiátricos ambulatorios del equipo del Child & Family Guidance Center. Entiendo/entendemos que esos servicios incluyen una evaluación y una valoración para ayudar a determinar las necesidades de tratamiento y de servicios presencia o telemáticamente. Si recibo/recibimos servicios de telemedicina, entiendo/entendemos que ese servicio será ofrecido a través de una tecnología de videoconferencias y que se me/nos proveerá un asistente médico en el caso de que tenga/tengamos alguna pregunta o algún problema antes, durante o después de la sesión. Entiendo/entendemos que es importante que facilite/facilitemos información detallada y precisa en respuesta a esa evaluación. Después de esa evaluación y antes de que se firme el Plan de Servicio Individualizado, recibiré/recibiremos una explicación pormenorizada del programa de tratamiento propuesto en el idioma o método que pueda/podamos comprender. Esa explicación cubrirá los tipos de servicios que el CFGC determinó como más beneficiosos. Además, recibiré/recibiremos una explicación respecto a servicios y tratamientos alternativos al programa de tratamiento propuesto. Si hay algún cambio en el programa de servicios o tratamientos, esos me/nos serán explicados y mi/nuestro consentimiento para esos cambios se obtendrá antes que tengan lugar. Por este medio, atesto/atestamos que tengo la autoridad legal para dar tal consentimiento. Me/nos Reservo/reservamos el derecho de retirar esa autorización y ese consentimiento a cualquier momento por medio de una nota escrita. Tuve/tuvimos la oportunidad de revisar este formulario y concuerdo/concordamos con todas las provisiones contenidas en este documento. Entiendo/entendemos que si tengo/tenemos cualquier reserva, no debo/debemos firmar este formulario.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Consiento y autorizo que el Child & Family Guidance Center divulgue toda información contenida en mi historial médico y financiero, incluyendo diagnósticos y resultados de pruebas a (a) mi compañía de seguro o plan de salud; o sus representantes; o sus agentes o contratistas independientes; o (b) a cualquier persona o entidad que sea responsable por el pago o el procesamiento del pago alguna parte de mi cuenta; o (c) a cualquier persona o entidad afiliada con el Centro a fines de administración, facturación, recaudación y gestión de riesgo y de calidad. Este permiso se aplica a todo el historial creado durante el curso de esos servicios o relacionado a ellos, incluso aquellos relacionados al diagnóstico de abuso de alcohol o drogas; o el tratamiento de la salud mental.

ACUERDO FINANCIERO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

En consideración a los servicios que serán provistos al cliente de nombre sobredicho, por este medio, prometo pagar por aquellos servicios de acuerdo con las tarifas y términos efectivos actualmente en el Child & Family Guidance Center en la medida que sea legalmente responsable por tal pago. Por medio del presente documento, asigno a ese Centro todo y cualquier beneficio y todo interés y derecho (incluso causa de acción y el derecho a exigir el pago) a servicios prestados bajo mis pólizas de seguro o cualquier reembolso o plan de cuidado médico prepago. Reconozco que cualquier montante no cubierto o pagado por tal póliza o plano, no cubierto por Medicaid, Medicare o compensación del trabajador se encuentra bajo mi responsabilidad legal.

SI SOY UN PACIENTE CON MEDICAID

Entiendo que, en la opinión del Centro, los servicios que pedí que fueran ofrecidos al cliente de nombre mencionado anteriormente en esta fecha puedan no ser cubiertos bajo el Programa de Asistencia Médica de Texas como algo razonable y médicamente necesario para mi cuidado. Entiendo que el Departamento de Servicios Humanos de Texas o su agente de cuidado sanitario determinan la necesidad médica de los servicios que pida o reciba. También entiendo que soy responsable del pago de los servicios que pida o reciba si esos servicios no se consideran razonables o médicamente necesarios para mi cuidado. Entiendo que, si no tengo un seguro, una asistencia financiera puede hacerse disponible a través de un Descuento de Escala Móvil, si cumplo los requisitos de elegibilidad y facilito la verificación de mis ingresos.

DERECHOS DE LOS PACIENTES Y PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIÓN

Por medio de este documento, reconozco el recibo de una declaración rescrita acerca de mis derechos y responsabilidades como paciente, que me dicen cómo presentar cualquier reclamación que pueda tener.

Este es un permiso legal y formulario de asignación de beneficios. Léalo con atención y pregunte lo que sea antes de firmarlo. Este permiso solamente es válido por un periodo de 12 (doce) años y debe renovarse anualmente si los servicios se mantienen.

Firma del Cliente (si no es menor) o de su/s Tutor/es Legales

Fecha

Nombre Impreso del Cliente o del Tutor Legal

Firma del miembro del equipo del CFGC

Relación con el Cliente

Nombre Impreso del Miembro del Equipo del CFGC

Verificación de la Foto del Documento

Tipo de Documento de Identidad

Fecha

FIANZA

Por medio de este documento, afianzo el pago de la factura del cliente de nombre mencionado anteriormente. Además, concuerdo con pagar integralmente los gastos al comienzo de cada sesión a no ser que el CFGC haya concordado por escrito con otras disposiciones. Me fue dicho el montante debido por sesión y entiendo que ese valor solamente cubre los gastos por cada sesión de terapia y no incluye otros servicios o actividades.

Firma del Fiador

Dirección

Nombre Impreso

Ciudad/Estado/Código Postal



Permiso para el Uso y la Divulgación de Información Sanitaria Protegida

SECCIÓN A: DEBE SER RELLENADA PARA TODOS LOS PERMISOS

Autorizo por medio de este documento el uso o la divulgación de mi Información de Sanitaria Protegida (ISP) individualmente identificable como se describe a continuación. Entiendo que este permiso es voluntario. Entiendo que la organización autorizada a recibir mi ISP no es un plan de salud ni un proveedor de la atención médica; las leyes de privacidad federales pueden ya no proteger mi ISP.

Nombre del Individuo: _____ Número de Identidad: _____

Personas/Organizaciones autorizadas a divulgar mi ISP: Child & Family Guidance Center (CFGC)

Otras personas/organizaciones autorizadas a recibir mi ISP:

Todos los médicos que trataron al sobredicho paciente

Médicos específicos que trataron al sobredicho paciente (Nombre/Dirección/Teléfono) _____

Distrito Escolar: _____

LTSS (Long Term Support Services)- sistema de remisión utilizado por el estado de Texas para conectar a personas y servicios basándose en las necesidades identificadas a través de la/s evaluación/es pedidas

Descripción específica de la ISP solicitada (incluyendo fecha/s): _____

El individuo o su representante debe leer y rubricar las declaraciones que siguen:

- Entiendo que este permiso caducará en el plazo de 12 (doce) meses desde la fecha escrita abajo. **Iniciales:** _____
- Entiendo que puedo retirar este permiso a cualquier momento a través de una notificación escrita al CFGC. Sin embargo, si retiro este permiso, mi renuncia no afectará a ninguna de las acciones emprendidas por el CFGC respecto a ese permiso antes del recibimiento de la renuncia. **Iniciales:** _____

Puede retirar este permiso firmando el formulario de Renuncia de Permiso y devolviéndoselo al CFGC. Para solicitar el formulario de Renuncia de Permiso, usted debe contactar: Child & Family Guidance Center, 8915 Harry Hines, Dallas, TX 75235 (214-351-3490).

SECCION B: DEBE SER RELLENADA CUANDO EL CFGC SOLICITE EL PERMISO PARA EL USO PROPIO O PARA QUE OTRA ENTIDAD DIVULGUE LA ISP AL CFGC CON FINES DE TRATAMIENTO, PAGO U OPERACIONES DE CUIDADO MÉDICO.

Para que el personal de CFGC llene:

- El propósito específico para el uso o la divulgación de mi ISP es: _____
(CFGC will not receive direct or indirect compensation in exchange for using or disclosing the information listed above.)

AVISO AL PACIENTE: Salvo en casos de ensayos clínicos, tratamiento, pago por servicios o otra excepción descrita en la Política de Privacidad HIPAA, dependeremos de autorización para el uso o divulgación solicitados de su ISP. Usted o su representante tienen el derecho a rechazar firmar ese permiso. Usted o su representante también pueden analizar y/o copiar la información sanitaria de acuerdo con las políticas del CFGC.

SECCIÓN C: DEBE SER RELLENADA PARA TODOS LOS PERMISOS

Nombre del Individuo (Por favor, en versión impresa) _____

Número de Seguro Social _____

Nombre del Representante del Individuo (Por favor, impreso) _____

Fecha _____

Descripción de la relación del representante o autoridad para actuar en nombre del Individuo _____

Firma del Individuo o del Representante del Individuo _____

Fecha _____



VERIFICACIÓN DEL RECIBO DE DERECHOS

Recibí una copia de mis derechos como una persona que recibe servicios o como un representante legal de una persona que recibe servicios del Child & Family Guidance Center. Mi firma significa que esos derechos se me explicaron por medio de un lenguaje sencillo y no técnico, que todas las preguntas fueron respondidas de manera satisfactoria y que entiendo mis derechos. **Esta verificación es válida mientras yo sea un cliente de Child & Family Guidance Center a no ser que alguna información haya cambiado de modo que una copia actualizada deberá serme facilitada.** En ese momento un Nuevo formulario de verificación deberá ser rellenado por mí o mi representante legal.

La persona que recibe los servicios o su representante legal deberá rubricar cada uno de los formularios aplicables para indicar el recibo de sus derechos.

VERBAL	ESCRITO	N/A	
_____	_____	_____	Autorización para los Servicios / Acuerdo Financiero
_____	_____	_____	Derechos de los Clientes / Procedimiento de Reclamación
_____	_____	_____	Política de Privacidad
_____	_____	_____	Permiso para el Uso y Divulgación de ISP

Firma de la persona que recibe los servicios	Fecha
--	-------

Firma del Padre/Tutor/Representante (si aplicable)	Fecha
--	-------

Firma del miembro del equipo que explica los derechos	Fecha
---	-------

Firma de testigo (si la persona no puede o no quiere firmar)	Fecha
--	-------



Permiso para Participar del Cuidado Telemático

Nombre del cliente: _____ # de Historial Médico: _____

Fecha de Nacimiento: _____

1. Por medio de este documento, doy voluntariamente mi consentimiento para participar en el programa de cuidado telemático de Child & Family Guidance Center, donde recibiré servicios a través de medios tecnológicos de videoconferencia.
2. He sido informado respecto a cómo los medios tecnológicos de videoconferencia serán utilizados en mi cuidado. Entiendo que este cuidado no será lo mismo que una visita presencial del cliente al médico puesto que no estaré en la misma habitación que mi proveedor de salud mental.
3. Entiendo que hay riesgos potenciales asociados a esa tecnología, incluyendo pero no limitándose a interrupciones, falta de audio o video, acceso no permitido y dificultades técnicas. Entiendo que el/los proveedor/es de la atención de mi salud mental o yo podemos discontinuar la sesión de terapia telemática si uno de nosotros siente que la conexión vía videoconferencia no es adecuada para esa situación.
4. Entiendo que durante la sesión de, debe haber un asistente médico disponible para mí en mi ubicación para caso tenga alguna pregunta o problema antes, durante o después de la sesión (solo válido para servicios en la clínica).
5. Entiendo que, a cualquier momento, si mi proveedor de salud mental o yo decidimos que la medicina telemática no es el tipo de cuidado apropiado para mí, tanto mi proveedor de la atención de salud mental como yo podemos dar fin a los servicios . Entiendo que si mi proveedor de la atención de salud mental cree que una consulta en persona es necesaria, el Child & Family Guidance Center deberá notificar la agencia originaria, que, a su turno, deberá facilitarme la información para la remisión a otro proveedor.
6. Entiendo que se requiere mi permiso expreso para que se divulgue cualquier información acerca de mi cuidado médico, incluyendo pero no limitándose a la información relacionada a pruebas, diagnósticos o tratamiento de enfermedades psiquiátricas/salud mental, uso o abuso de drogas y alcohol, VIH (virus del SIDA) o infecciones sexualmente transmisibles. Si decido divulgar cualquier información a entidades externas, tengo que hacerlo por medio del formulario estándar de Divulgación de Información que me facilite el Child & Family Guidance Center.
7. Entiendo que otras personas puedan estar presentes durante la sesión aparte del clínico a fin de facilitar el cuidado o facilitar el uso de la tecnología de cuidado telemático. Las personas mencionadas anteriormente mantendrán la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo, además, que me será informada su presencia en la sesión de modo que tendré derecho a pedir que el equipo no médico abandone la sesión de cuidado terapéutico telemático.
8. Entiendo que para la sesión debo estar disponible unos minutos antes de la cita y asegurarme que estoy en un entorno privado lejos de distracciones. Entiendo que la grabación y publicación de sesiones en cualquier plataforma de redes sociales es prohibido.
9. Para las sesiones con personal médico únicamente : me han explicado las alternativas a tratamiento telemático y al elegir a participar en una sesión entiendo que algunas partes incluyen pruebas físicas o examen de laboratorio bajo la supervisión de mi proveedor médico.
10. Conuerdo que este encuentro terapéutico telemático pueda resultar en la retención y el uso de mi Información Sanitaria Protegida (ISP), como se describe en las regulaciones federales del HIPAA (Health Insurance Portability & Accountability Act); y que las inúmeras regulaciones HIPAA correspondientes a esa ISP puedan aplicarse. Entiendo que el Child & Family Guidance Center puede operar de acuerdo con todas las provisiones del HIPAA, bien como toda la legislación local, estatal y federal aplicable. El equipo interactivo de teletexto y las líneas de telecomunicación usados en las sesiones son aprobados según el HIPAA en cuanto a seguridad y privacidad del paciente.
11. Entiendo que puedo renunciar a este permiso a cualquier momento por vía escrita a través del formulario de Renuncia de Permiso. Entiendo que un registro de esa renuncia se mantendrá como parte de mi historial médico. En el caso de que decida renunciar a este permiso, entiendo que puedo no poder continuar mi tratamiento.
12. He leído este documento con atención, o me lo han leído, y entiendo los riesgos y los beneficios de la sesión de telesalud , han sido respondidas mis preguntas cerca del procedimiento y , por medio de este documento, doy el consentimiento para mi participación en una visita terapéutica telemática bajo los términos y condiciones descritos.



Este consentimiento se mantendrá en efecto por 12 (doce) meses desde la fecha firmada o hasta que sea renunciado por mí de manera escrita, lo que ocurra primero.

Por: _____ O _____
Firma del Paciente/Representante Tutor o Representante Legal

Fecha

Fecha