



## **¡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 un servicio psiquiátrico accesible y de calidad para fortalecer a niños/as, familias y nuestra comunidad.

### **Servicios para la Recuperación de Niños y Adolescentes (EADADES 4-17)**

#### **Nivel de Cuidado 1**

- Evaluación psiquiátrica y administración de medicamentos
- Capacitación y apoyo en materia de medicamentos
- Manejo de casos de rutina
- Asistencia al familiar
- Manejo del caso familiar

#### **Nivel de Cuidado 2**

- Evaluación psiquiátrica y administración de medicamentos
- Capacitación y apoyo en materia de medicamentos
- Manejo de casos de rutina
- Terapia
- Entrenamiento y desarrollo de habilidades
- Asistencia al familiar
- Manejo del caso familiar

#### **Nivel de Cuidado 3**

- Evaluación psiquiátrica y administración de medicamentos
- Capacitación y apoyo en materia de medicamentos
- Manejo de casos de rutina
- Terapia
- Entrenamiento y desarrollo de habilidades
- Asistencia al familiar

#### **Nivel de Cuidado: YES WAIVER**

- Evaluación psiquiátrica y administración de medicamentos
- Capacitación y apoyo en materia de medicamentos
- Manejo de casos intensivos
- Terapia
- Entrenamiento y desarrollo de habilidades
- Asistencia al familiar
- Manejo del caso familiar
- Grupos de apoyo para los padres
- Comunidad flexible y otros apoyos
- Servicios comprensivos (terapias especializadas)

### **Servicios para la Recuperación de Adultos (EADADES 18+)**

#### **Nivel de Cuidado 1S**

- Evaluación psiquiátrica y administración de medicamentos
- Capacitación y apoyo en materia de medicamentos
- Manejo de casos de rutina
- Entrenamiento y desarrollo de habilidades
- Asistencia a nivel laboral
- Asistencia en viviendas

#### **Nivel de Cuidado 2**

- Evaluación psiquiátrica y administración de medicamentos
- Capacitación y apoyo en materia de medicamentos
- Manejo de casos de rutina
- Terapia
- Entrenamiento y desarrollo de habilidades
- Asistencia a nivel laboral
- Asistencia en viviendas

#### **Nivel de Cuidado 3**

- Evaluación psiquiátrica y administración de medicamentos
- Capacitación y apoyo en materia de medicamentos
- Manejo de casos de rutina
- Servicios de rehabilitación psicosocial
- Asistencia a nivel laboral
- Asistencia en viviendas

#### **Nivel de Cuidado: Programa ACT**

- Evaluación psiquiátrica y administración de medicamentos
- Capacitación y apoyo en materia de medicamentos
- Manejo de casos de rutina
- Servicios de rehabilitación psicosocial
- Terapia
- Asistencia a nivel laboral



## **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. 49<sup>th</sup> St.  
Austin, TX 78756-3183  
1-800-232-3162

Texas Board of Social Worker Examiners  
1100 W. 49<sup>th</sup> 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 a 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.**





## 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 cumpla 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).*

### SECCIÓN 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 \_\_\_\_\_



**ADMISIÓN PROVISIONAL:**

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CLIENTE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL CLIENTE: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: ( ) \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

SEXO: MASC./FEM.      ETNIA/RAZA: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

PERSONA QUE RELLENA EL FORMULARIO/TUTOR LEGAL: \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL CLIENTE: \_\_\_\_\_

**PROBLEMAS PRESENTADOS  
Y PROBLEMAS FAMILIARES**

*Por favor, formule una pequeña declaración sobre qué hizo que usted y/o al cliente buscaran nuestros servicios en este momento:*

---

---

---

---

---

¿El cliente ya ha recibido terapia?       SÍ       NO

Si sí, ¿cuándo/dónde?: \_\_\_\_\_

¿El cliente toma actualmente algún medicamento?       SÍ       NO

Si sí, ¿cuáles fueron los medicamentos recetados? \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY:**

1. ENTER ALL PT. DEMOGRAPHIC INFORMATION IN MEDISOFT
2. VERIFY CASE INFORMATION SETUP FOR CLINICIAN/PRESCRIBER
3. COLLECT CO-PAY PRIOR TO SERVICES



## 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	
_____	_____	_____	<b>Autorización para los Servicios / Acuerdo Financiero</b>
_____	_____	_____	<b>Derechos de los Clientes / Procedimiento de Reclamación</b>
_____	_____	_____	<b>Política de Privacidad</b>
_____	_____	_____	<b>Permiso para el Uso y Divulgación de ISP</b>

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 Terapéutico 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 terapia telemática de Child & Family Guidance Center, donde recibiré servicios terapéuticos 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 la atención 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 terapia telemática, 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 *in situ*).
5. Entiendo que, a cualquier momento, si mi proveedor de la atención 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 al cuidado terapéutico telemático. 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. 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.
9. 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.
10. He leído este documento con atención, o me lo han leído, y entiendo los riesgos y los beneficios de la sesión de terapia telemática, 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 Cliente/Representante Tutor o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Permiso para Participar del Cuidado de Telemedicina

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 telemedicina del Child & Family Guidance Center, donde recibiré servicios médicos 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 proveedor de la atención médica puesto que no estaré en la misma habitación que mi proveedor de la atención médica.
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 médica o yo podemos discontinuar la consulta/visita 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 telemedicina, habrá 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 *in situ*).
5. Entiendo que, a cualquier momento, si mi proveedor de la atención médica o yo decidimos que la telemedicina no es el tipo de cuidado apropiado para mí, tanto mi proveedor de la atención médica como yo podemos dar fin al cuidado de telemedicina. Entiendo que si mi proveedor de la atención médica 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 de atención médica.
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 Child & Family Guidance Center.
7. Entiendo que otras personas puedan estar presentes durante la sesión aparte del proveedor de mis cuidados médicos a fin de facilitar el cuidado o facilitar el uso de la tecnología de telemedicina. 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 sala de examen de telemedicina.
8. Me han explicados alternativas a la telemedicina y, al elegir participar de una sesión de telemedicina, entiendo que algunas parte de mi examen en lo que se refiere a pruebas físicas o evaluaciones de laboratorio puedan ser conducidas por individuos en mi ubicación, en la dirección de mi proveedor de la atención médica.
9. A Conuerdo que este encuentro de telemedicina 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 la sesión de hoy son aprobados según el HIPAA en cuanto a seguridad y privacidad del paciente.
10. 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.
11. He leído este documento con atención, o me lo han leído, y entiendo los riesgos y los beneficios de la sesión de terapia telemática, han sido respondidas mis preguntas cerca del procedimiento y , por medio de este documento, doy el consentimiento para mi participación en una visita de telemedicina 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





**Iniciativa de los Texas Health Steps**  
**\*\*Por favor, llénelo y devuélvalo a la recepción \*\***

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

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Problemas médicos actuales:  Sí  No

Si sí, liste los problemas médicos (incluya alergias, especialmente aquellas a medicamentos)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez en que el cliente hizo una prueba física y de historial médico? \_\_\_\_\_

Resultados de las pruebas:  Sin problemas  Problemas

Por favor, explique brevemente los problemas: \_\_\_\_\_

Nombre y Dirección del Médico de Atención Primaria:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sin Médico de Atención Primaria

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente o del Tutor (si aplicable)

\_\_\_\_\_  
Fecha

*El equipo rellena la parte abajo.*

¿Al padre o tutor se le fue facilitado un folleto de los Texas Health Steps?

Sí  No

Si no, por favor, explíquenlo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro del equipo

\_\_\_\_\_  
Credencial (si aplicable)

\_\_\_\_\_  
Fecha