



Por favor, responda las siguientes preguntas lo mejor que pueda. Estas preguntas son para ayudar al terapeuta con el proceso de terapia. Esta información se mantiene con los mismos estándares de confidencialidad que nuestra terapia. Este cuestionario tomará aproximadamente 30 minutos en completarse.

Información del cliente

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Género: Masculino Femenino

Escuela del niño: _____ Nombre del maestro _____ Grado del niño: _____

¿Está el niño en educación especial? Sí No Si es así, ¿qué tipo? _____

¿Es el niño adoptado? Sí No Si es así, ¿a qué edad? _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Padre o tutor

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección si no es la misma que la anterior

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Estado civil del padre/tutor: Nunca casado En pareja Casado Separado Divorciado Viudo

Teléfono de casa: _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Celular / Otro: _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Correo electrónico: _____ ¿Podemos enviarle un correo electrónico? Sí No *NOTA: Los correos electrónicos pueden no ser confidenciales

Padre o tutor

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección si no es la misma que la anterior

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Estado civil del padre/tutor: Nunca casado En pareja Casado Separado Divorciado Viudo

Teléfono de casa: _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Celular / Otro: _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Correo electrónico: _____ ¿Podemos enviarle un correo electrónico? Sí No *NOTA: Los correos electrónicos pueden no ser confidenciales

Por favor, enumere a todos los demás niños (incluidos los hijastros y los niños de crianza) en la familia

Nombre: _____ Edad: _____ Grado: _____ ¿Vive en casa? Sí No

Nombre: _____ Edad: _____ Grado: _____ ¿Vive en casa? Sí No

Nombre: _____ Edad: _____ Grado: _____ ¿Vive en casa? Sí No

Referido por: _____

Información de salud mental y salud general del cliente

¿Su hijo está recibiendo actualmente / ha recibido alguna vez servicios psicológicos, asesoramiento profesional, servicios psiquiátricos o cualquier otro tipo de salud mental?

¿Servicios de salud? Sí No Razón del cambio: _____

¿Su hijo está tomando actualmente algún medicamento psiquiátrico recetado? Sí No

Si es así, por favor, enumere: _____

¿A su hijo se le ha recetado alguna vez medicación psiquiátrica? Sí No

Si es así, por favor, enumere: _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

¿Cómo es la salud física de su hijo en este momento? Mala Insatisfactoria Satisfactoria Buena Muy buena

Por favor, enumere cualquier síntoma físico persistente o problema de salud (por ejemplo, dolor crónico, dolores de cabeza, asma, etc.): _____

¿Su hijo está tomando algún medicamento para problemas físicos/médicos? Sí No

Si es así, por favor, enumere: _____

¿Su hijo tiene problemas para dormir? Sí No

Si es así, seleccione los que correspondan: Duerme demasiado Duerme muy poco Mala calidad Sueños perturbadores

Otro: _____

¿Hay algún cambio o dificultad con los hábitos alimenticios de su hijo? Sí No

Si es así, seleccione los que correspondan: Comer menos Comer más Atracones Restricción Otro: _____

¿Su hijo ha experimentado un cambio de peso en los últimos dos meses? Sí No

Si es así, seleccione los que correspondan: Aumento de peso Pérdida de peso Otro: _____

Queja principal: Por favor, explique sus preocupaciones actuales sobre su hijo y lo que cree que está causando el problema: _____

Inicio: ¿Cuándo notó por primera vez la preocupación / problema? ¿Qué más estaba sucediendo en ese momento que podría ser importante? _____

¿Qué ha intentado ya para solucionar el problema? _____

Historial de salud familiar y salud mental

Enumere cualquier condición médica familiar: _____

Lo siguiente es para proporcionar información sobre el historial de salud mental de su familia. Marque todo lo que corresponda. Si está marcado, indique la familia miembro afectado.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Depresión _____ | <input type="checkbox"/> Trastornos de ansiedad _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar _____ | <input type="checkbox"/> Ataques de pánico _____ |
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/sustancias _____ | <input type="checkbox"/> Trastorno alimentario _____ |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje _____ | <input type="checkbox"/> Historial de trauma _____ |
| <input type="checkbox"/> Violencia doméstica _____ | <input type="checkbox"/> Obesidad _____ |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento obsesivo compulsivo _____ | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia _____ |

Otro: _____

Lista de verificación de síntomas actuales

Marque la casilla junto a cualquier síntoma que haya observado o que su hijo haya informado en las últimas semanas.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pesadillas o terrores nocturnos | <input type="checkbox"/> Baja autoestima | <input type="checkbox"/> Miedo de salir en público |
| <input type="checkbox"/> Sentir una sensación de pavor | <input type="checkbox"/> Evitar ciertas cosas | <input type="checkbox"/> Sentirse inútil |
| <input type="checkbox"/> Sentir que no tengo futuro | <input type="checkbox"/> Tener pensamientos aterradoros / perturbadores | <input type="checkbox"/> Argumentativo |
| <input type="checkbox"/> Aislamiento / retraimiento social | <input type="checkbox"/> Sentir que algo malo va a pasar | <input type="checkbox"/> Baja energía |
| <input type="checkbox"/> Cambios de humor | <input type="checkbox"/> Miedos / Fobias | <input type="checkbox"/> Retraído socialmente |
| <input type="checkbox"/> Agitación o nerviosismo | <input type="checkbox"/> Preocuparse mucho | <input type="checkbox"/> Dolores y molestias corporales |
| <input type="checkbox"/> Tensión o dolor muscular | <input type="checkbox"/> Sentirse desesperado / indefenso | <input type="checkbox"/> Sentirse solo |
| <input type="checkbox"/> Náuseas o malestar estomacal | <input type="checkbox"/> Cambios de apetito | <input type="checkbox"/> Perfeccionista |
| <input type="checkbox"/> Tener que verificar y volver a verificar | <input type="checkbox"/> Comportamientos excesivos (gastos, juegos de azar, etc.) | <input type="checkbox"/> Falta de aliento |
| <input type="checkbox"/> Preocuparse por lo que piensen los demás | <input type="checkbox"/> Pensamientos acelerados | <input type="checkbox"/> Disfrutar menos de las cosas |
| <input type="checkbox"/> Compararse con los demás | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes | <input type="checkbox"/> Tímido |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos obsesivos | <input type="checkbox"/> Sentirse en pánico o aterrorizado | <input type="checkbox"/> Temor al conducir |
| <input type="checkbox"/> Comportamientos compulsivos | <input type="checkbox"/> Recuerdos incómodos | <input type="checkbox"/> Problemas para concentrarse |
| <input type="checkbox"/> Sentir que mi vida está fuera de control | <input type="checkbox"/> Sentirse desconectado de la realidad | <input type="checkbox"/> Estrés o tensión |
| <input type="checkbox"/> Temor de que algo ande mal conmigo | <input type="checkbox"/> No me gusta mi cuerpo | <input type="checkbox"/> Pensamientos de hacerse daño a sí mismo |
| <input type="checkbox"/> Debilidad o mareos | <input type="checkbox"/> Sentirse culpable o avergonzado | <input type="checkbox"/> Pensamientos de lastimar a alguien |
| <input type="checkbox"/> Se molesta o irrita fácilmente | <input type="checkbox"/> Llorar a menudo | <input type="checkbox"/> Cortarse o autolesionarse |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el corazón o en el pecho | <input type="checkbox"/> Sentir que la vida no vale la pena vivirla | <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol o drogas |
| <input type="checkbox"/> Sentirse hipersensible | <input type="checkbox"/> Arrebatos de temperamento | <input type="checkbox"/> Abuso de medicamentos recetados |
| <input type="checkbox"/> No le gustan las multitudes | <input type="checkbox"/> El corazón late o se acelera | <input type="checkbox"/> Manejo de la ira |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para recordar cosas | <input type="checkbox"/> Sentirse inferior a los demás | <input type="checkbox"/> Lagunas mentales |
| <input type="checkbox"/> Sentirse suicida | <input type="checkbox"/> Dificultad para tomar decisiones | <input type="checkbox"/> Depresión/tristeza |

Enumere cualquier otro síntoma que sería útil saber: _____

Confidencialidad

Al trabajar con niños clientes, aunque legalmente el/los padre(s) o tutor(es) legal(es) del niño es el cliente, la edad

la privacidad apropiada es esencial en la relación terapéutica y el entorno para la terapia de un niño, honramos lo que el niño hace o dice en nuestras sesiones como confidencial, al tiempo que brindamos a los padres y/o tutores legales resúmenes de los objetivos, el plan y el progreso del tratamiento, así como recomendaciones.

Al trabajar con parejas y familias, la pareja como entidad y la familia como entidad es el cliente y no estamos brindando terapia individual para ninguno de los individuos en la relación o para ningún miembro de la familia, aunque las sesiones con individuos en la pareja/familia pueden ser parte de la terapia de pareja/familia. No seremos un "guardián de secretos" ni facilitaremos el mantenimiento de secretos. Si se revela algo significativo en una sesión individual que su terapeuta siente que la otra parte necesita saber, su terapeuta requerirá que se mencione en la próxima sesión juntos para que podamos resolverlo o la consejería puede tener que terminar con una derivación a otro terapeuta.

En casi todas las situaciones, su confidencialidad y privacidad están protegidas por la ley estatal y por las reglas éticas de nuestra profesión. Existen algunas excepciones, como las siguientes:

Límites a la confidencialidad:

1. Si hace una amenaza seria de hacerse daño a sí mismo o a otra persona, la ley nos exige que intentemos protegerlo a usted o a esa otra persona informando a las autoridades competentes.
2. Si tenemos motivos para creer que un niño o cualquier adulto dependiente ha sido o será objeto de abuso o negligencia, estamos legalmente obligados a informar esto a las autoridades competentes.
3. Si usted está o estará involucrado en procedimientos judiciales y los registros son ordenados por un juez.
4. Si se nombra a un tutor ad litem (GAL) en un caso de custodia que involucra a niños clientes y ella/él es ordenado por el tribunal para tener acceso a los profesionales de la salud mental y a los registros correspondientes.
5. La Ley Patriota de 2001 nos exige, en ciertas circunstancias, proporcionar a los agentes federales de la ley registros, documentos y papeles previa solicitud y nos prohíbe revelar a nuestros clientes que el FBI buscó o obtuvo los artículos en virtud de la Ley.
6. En la supervisión profesional o consulta con otros terapeutas; Espacio de oficina compartido, almacenamiento de registros y sistema de correo de voz con un compañero terapeuta. Los compañeros, los compañeros terapeutas y cualquier supervisor están obligados por la confidencialidad también.
7. No se puede garantizar la confidencialidad de las comunicaciones por correo electrónico, mensajes de texto y teléfono de voz. Por favor, no deje información privada de salud en correo electrónico, mensaje de texto o correo de voz.
8. En caso de fallecimiento o incapacidad, se contactará a todos los clientes y un profesional de la salud mental designado accederá a los registros, quien garantizará la confidencialidad.
9. En caso de que necesitemos cobrar pagos no pagados, se puede utilizar una agencia de cobro.

Registro Clínico

Debe tener en cuenta que, de conformidad con HIPAA, mantenemos información sobre todos los clientes en una colección de registros profesionales. Esto constituye su Registro Clínico. Habrá una tarifa administrativa de \$95 que se cobrará por preparar el registro para su divulgación previa solicitud por escrito.

Quejas o Reclamos

Si considera que existe una base para una queja o reclamo formal sobre cualquier cosa relacionada con los servicios profesionales que estamos brindando, lo invitamos a que primero nos comunique sus inquietudes directamente para que estemos informados y tengamos la oportunidad de responder y resolver cualquier posible malentendido. Tiene derecho a presentar una queja sobre nosotros ante nuestra junta de licencias y puede hacerlo comunicándose con la junta a la siguiente dirección y número de teléfono:

Junta de Trabajo Social Clínico, Terapia Matrimonial y Familiar y
Consejería de Salud Mental del Departamento de Salud de Florida

850-245-433

4052 Bald Cypress Way, Bin C75
Tallahassee, Florida 32399-3260

Política de correo electrónico:

Nos comunicaremos con los clientes por correo electrónico solo sobre problemas de programación y pago. Se cobra por el tiempo dedicado a leer correos electrónicos que van más allá de breves intercambios sobre problemas de programación y pago. Consulte los esquemas de tarifas.

Política de correo de voz:

El correo de voz se revisa durante toda la semana, a menos que esté de vacaciones o fuera del país por algún motivo. Los terapeutas no están disponibles cuando están en sesión con otros clientes. No podemos garantizar la confidencialidad absoluta con respecto al servicio telefónico. El correo de voz está protegido con contraseña y es seguro en la medida de lo posible. No deje información confidencial o detallada en el correo de voz para proteger su privacidad.

Política de vacaciones/viajes:

Cuando esté fuera de la oficina por vacaciones o viajes de negocios y no pueda acceder al correo de voz y/o al correo electrónico, su terapeuta le notificará con anticipación y designará a un colega consejero profesional para que esté de guardia en caso de problemas urgentes y de emergencia.

Política de redes sociales:

Para proteger su confidencialidad, no podemos aceptar solicitudes de amistad o conexión de clientes en ninguna plataforma de redes sociales. Puede seguir las cuentas de redes sociales que están abiertas al público, pero no comente de una manera que lo identifique como cliente. Si lo hace, sus comentarios serán eliminados y lo discutiremos en persona en nuestra próxima sesión.

Casos de divorcio y custodia

No somos evaluadores de la custodia y no podemos hacer ninguna recomendación sobre la custodia. Podemos remitirle a una lista de evaluadores que ofrecen evaluación de la custodia si es necesario.

Debido a la naturaleza delicada del divorcio y a todos los posibles problemas que puedan surgir en tales casos, tenemos políticas muy específicas con las que debe estar de acuerdo antes de que entremos en una relación de asesoramiento:

1. **Requerimos una copia de cualquier orden judicial vigente que demuestre los derechos de custodia de cada padre y/o** el acuerdo de crianza que esté firmado por ambos padres y el juez en la primera sesión de admisión. Necesitamos tener contacto y consentimiento escrito/firmado con/de ambos tutores legales antes de ver al niño para asesoramiento.
2. **Proporcionaremos una entrevista de una hora con cualquier tutor ad Litem ordenado por la corte a quien la corte haya ordenado** tendrá acceso a los registros del niño y ese tiempo de sesión será pagado por los padres.
3. **Estaremos en contacto equitativo con ambos padres que comparten la custodia legal del niño que está siendo visto para** asesoramiento y ofreceremos y fomentaremos oportunidades para que ambos padres participen en la crianza consultas en el camino.
4. **Es probable que se recomienden sesiones familiares y, dependiendo del caso, es posible que sea necesario ver al niño con** cada padre por separado junto con los hermanos y/u otros miembros significativos de la familia que viven en los hogares donde vive el niño.
5. **Requerimos que todos los clientes renuncien al derecho a citar a cualquiera de nuestros terapeutas ante el tribunal. Esta política se establece para que** podamos preservar la integridad del progreso terapéutico y la relación con usted y/o sus hijos.
6. **En el caso de que esta política sea renunciada o ignorada y se nos cite para comparecer ante el tribunal, incluso con esto** renuncia, se le cobrará la tarifa estándar completa por el trabajo relacionado con el tribunal de \$ 250 / hora por tiempo profesional. Cualquier tiempo dedicado a cualquier comparecencia ordenada por la corte, incluida la preparación de documentación, discusiones con abogados y/o el tutor ad litem en relación con la comparecencia ante el tribunal y cualquier tiempo dedicado esperando en el juzgado además del tiempo en el estrado, así como cualquier tiempo de viaje también se facturará a \$250 por hora. Cualquier tarifa reducida otorgada anteriormente no se aplicará al trabajo relacionado con el tribunal.

Parámetros de la sesión

- Todas las sesiones iniciales de admisión duran 60 minutos.
- Las sesiones individuales duran 60 minutos.
- Las sesiones de crianza duran 60 minutos.
- Las sesiones de terapia de pareja y terapia familiar duran 60 minutos.
- Los clientes que pagan por cuenta propia tienen la opción de programar 30 minutos adicionales para sesiones de crianza, parejas Asesoramiento y sesiones de terapia familiar (un total de 90 minutos) por una tarifa adicional.
- Las sesiones comenzarán y terminarán a tiempo. Si llega tarde, la sesión terminará a la hora programada originalmente

hora de
finalización.

Honorarios, pago, seguro

Los terapeutas pueden ser proveedores de salud mental fuera de la red. Al final de cada mes, a su solicitud, enviaremos un estado de cuenta para que lo presente a su compañía de seguros para el reembolso fuera de la red.

Hay un cargo de \$25 por cualquier cheque devuelto. Ese cargo de \$25 vence en el momento de su próxima sesión, junto con el pago de esa sesión. Si se devuelve un cheque por fondos insuficientes, le exigiremos que pague solo con efectivo o tarjeta de crédito a partir de ese momento. Aceptamos MasterCard, Visa, American Express y Discover.

**Los cheques deben hacerse a nombre de Sunshine State Counseling Center.

Tenga en cuenta que la tarifa por servicio vence en el momento en que se presta el servicio. Si se atiende a un niño cliente, sea discreto al enviar el pago y le pedimos que nunca involucre al niño en el proceso de pago.

Estructura de tarifas (pago por cuenta propia):

- Sesión inicial de admisión (60 minutos): \$175
- Sesiones de terapia de pareja o familiar (90 minutos de duración): \$175
- Servicios de terapia individual (60 minutos): \$125
- Sesión para padres (60 minutos): \$125
- Consejería por correo electrónico (cualquier cosa que no sean actualizaciones breves e intercambio de documentos que requieran que escribamos o leamos más de 3 a 4 oraciones): \$35/intercambio o \$80 por 4 intercambios en una cadena de correos electrónicos dentro de 48 horas
- Sesiones telefónicas (cualquier cosa que supere los 10 minutos por teléfono iniciada por el cliente): \$50/25 minutos o
- Preparación de resúmenes de tratamiento o cartas a solicitud del cliente: \$95 por artículo solicitado.
- Trabajo relacionado con la corte y/o especialista en niños para casos de derecho colaborativo: \$250/hora de todo el tiempo dedicado en el caso.
- Tarifa administrativa por solicitudes de copias de registros:
 - \$95 Tarifa por devolución de cheque/fondos insuficientes: \$25

Soporte fuera de horario y emergencias

Sunshine State Counseling, LLC no es una agencia de servicios de emergencia. No brindamos servicios de emergencia. Si tiene una emergencia que pone en peligro su vida, debe llamar al 911 o ir al hospital de su elección. Contáctenos solo en caso de emergencia después de haber obtenido asistencia de emergencia del 911 o de su elección de apoyo médico.

Otros recursos de salud mental fuera de horario (que no deben sustituirse por llamar al 911):

- Coalición de Prevención del Suicidio de Florida -FSPC (TALK) las 24 horas del día; 7 días a la semana 1-800-273-8255
- David Lawrence Center, Naples Campus (acceso sin cita previa las 24 horas) 239-455-8500
- Salus Care (evaluaciones las 24 horas de adultos y niños) 239-275-3222
- Abuse Counseling & Treatment, Inc. (Línea directa las 24 horas) 239-939-3112 o Refugio de emergencia 239-939-3112

Acuerdo de Tarifas por Servicios

Todos los clientes deben completar este formulario en su totalidad antes de recibir los servicios.

Tenga en cuenta que todo su registro, incluido este formulario, se almacena en un servidor electrónico que cumple con HIPAA.

Por favor, ponga sus iniciales abajo:

___ Cada vez que programo una cita con mi terapeuta, entiendo que estoy celebrando un contrato con Sunshine State Counseling Center, LLC y por el tiempo y los servicios profesionales de mi terapeuta.

___ Reconozco que los servicios profesionales incluyen tiempo y servicios para la preparación de mi sesión programada, el tiempo real en la sesión, el tiempo dedicado fuera de la sesión con la revisión del caso, las notas del caso, las consultas confidenciales con supervisores o colegas profesionales como se describe anteriormente.

___ Entiendo los honorarios profesionales de mi terapeuta como se describe en nuestro Acuerdo para participar en los servicios de consejería para las sesiones programadas.

___ Entiendo que tengo derecho a solicitar información sobre opciones de tarifas reducidas en cualquier momento.

___ Entiendo que Sunshine State Counseling Center, LLC tiene una política de cancelación que requiere no menos de 24 horas de anticipación para ser liberado del contrato por el tiempo y los servicios de mi terapeuta de preparación para mi sesión.

___ Entiendo y acepto que si no cancelo mi cita dentro del período de tiempo mínimo de 24 horas antes de mi sesión, se me cobrará una tarifa de \$99 por la cita.

Por la presente, autorizo a Sunshine State Counseling Center, LLC a cargar mi tarjeta de crédito.

No autorizo a Sunshine State Counseling Center, LLC a cargar mi tarjeta de crédito.

___ Entiendo que si el pago no se realiza antes o durante mi sesión programada, por la presente autorizo a Sunshine State Counseling Center, LLC a cargar mi tarjeta de crédito antes mencionada por los servicios prestados.

___ Entiendo que este acuerdo autoriza a Sunshine State Counseling Center, LLC a cargar mi tarjeta de crédito por los servicios solicitados y prestados fuera de la oficina, como consejería por correo electrónico, sesiones telefónicas, preparación de documentos solicitados por mí o cualquier procedimiento relacionado con la corte.

Nombre en la tarjeta _____ Visa Master Card Discover American Express

Número de tarjeta de crédito _____

Fecha de vencimiento _____

Código de seguridad de la tarjeta _____

Dirección de facturación _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Aviso de protección de la privacidad

Este aviso describe cómo se pueden usar y divulgar sus registros de salud mental y cómo puede acceder a esta información. Por favor, léalo cuidadosamente.

I. Preámbulo

Una reciente decisión de la Corte Suprema de los Estados Unidos sostuvo que las comunicaciones entre psicoterapeutas y sus clientes son privilegiadas y, por lo tanto, están protegidas de la divulgación forzada en casos que surjan bajo la ley federal. Existe una diferencia entre las conversaciones privilegiadas y la documentación en sus registros de salud mental. Se mantienen registros que documentan su atención según lo exige la ley, las normas profesionales y otras revisiones

procedimientos. HIPAA define muy claramente qué tipo de información debe incluirse en su "Registro Médico Designado", así como algún material, conocido como "Notas de Psicoterapia", que no es accesible para las compañías de seguros

y otros revisores externos y, en algunos casos, ni siquiera para el propio cliente. HIPAA proporciona protecciones de privacidad sobre su información personal de salud, que se denomina "información de salud protegida" (PHI), que podría identificarlo personalmente. La PHI consta de tres (3) componentes: tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tratamiento se refiere a las actividades en las que brindamos, coordinamos o administramos su atención de salud mental u otros servicios relacionados con su atención de salud mental.

Las operaciones de atención médica son actividades relacionadas con el desempeño de nuestra práctica, como el control de calidad. En la atención de la salud mental, el mejor ejemplo de operaciones de atención médica es cuando se produce la revisión de la utilización, un proceso en el que su compañía de seguros revisa nuestro trabajo en conjunto para ver si su atención es "realmente necesaria desde el punto de vista médico". El uso de su información de salud protegida se refiere a las actividades que realiza la oficina para presentar sus reclamos, programar citas, mantener registros y otras tareas dentro de la oficina relacionadas con su atención. Las divulgaciones se refieren a

actividades que usted autoriza que ocurran fuera de la oficina, como el envío de su información de salud protegida a otras partes (es decir, su médico de atención primaria, la escuela a la que asiste su hijo/a).

II. Usos y divulgaciones de información de salud protegida que requieren autorización

La ley exige autorización y consentimiento para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Podemos divulgar PHI para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica con su consentimiento. Usted ha firmado este consentimiento general para la atención y la autorización para realizar el pago y las operaciones de atención médica, autorizándonos a brindar tratamiento y a realizar los pasos administrativos asociados con su atención (es decir, presentar el seguro por usted). Además, si alguna vez desea que enviemos cualquier tipo de información de salud protegida a cualquier persona fuera de la oficina, siempre firmará primero una autorización específica para divulgar información a esta parte externa. Una copia de ese formulario de autorización está disponible a pedido. El requisito de que usted firme un formulario de autorización adicional es una protección adicional para ayudar a asegurar que su información de salud protegida se mantenga estrictamente confidencial.

III. Divulgaciones de asociados comerciales

HIPAA exige que capacitemos y supervisemos la conducta de aquellos que realizan servicios administrativos auxiliares para la práctica y se refiere a estas personas como "Asociados comerciales". Empleamos asociados comerciales para que nos ayuden con asuntos administrativos y estos asociados comerciales están capacitados y supervisados para que su privacidad esté garantizada en todo momento.

IV. Usos y divulgaciones que no requieren consentimiento ni autorización

Por ley, la información médica protegida puede divulgarse sin su consentimiento o autorización por las siguientes razones:

- Abuso infantil
- Sospecha de abuso sexual de un niño
- Abuso doméstico y de adultos
- Actividades de supervisión de la salud (es decir, la Junta de Trabajo Social Clínico, Matrimonio y Terapia Familiar y Salud Mental de Florida Departamento de Salud de Asesoramiento en Salud)
- Procedimientos judiciales o administrativos (es decir, si el tribunal lo ordena aquí)
- Amenaza grave para la salud o la seguridad (es decir, Ley de "Deber de advertir", amenazas a la seguridad nacional)
- Reclamaciones de compensación laboral (si busca que su atención médica sea reembolsada bajo la compensación laboral, toda su atención está automáticamente sujeta a revisión por parte de su empleador y/o aseguradora(s). Nunca divulgamos ningún tipo de información con fines de marketing.

V. Derechos del cliente y deberes del Sunshine State Counseling Center, LLC

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica protegida, que podemos o no aceptar, pero si lo hacemos, dichas restricciones se aplicarán a menos que nuestro acuerdo se modifique por escrito;
- El derecho a recibir comunicaciones confidenciales por medios alternativos y en lugares alternativos. Por ejemplo, es posible que no desee que sus facturas se envíen a su domicilio, por lo que las enviaremos a otra ubicación de su elección;
- El derecho a inspeccionar y recibir una copia de su información médica protegida en el conjunto de registros de salud mental designado y cualquier registro de facturación durante el tiempo que la información médica protegida se mantenga en los registros;
- El derecho a modificar el material en su información médica protegida, aunque podemos denegar una solicitud incorrecta y/o responder a cualquier modificación que realice en su registro de atención;
- El derecho a una contabilidad de las divulgaciones no autorizadas de su información médica protegida;
- El derecho a una copia en papel de los avisos/información de nosotros, incluso si ha solicitado previamente la transmisión electrónica de avisos/información; y
- El derecho a revocar su autorización de su información médica protegida, excepto en la medida en que la acción ya se ha tomado. Para obtener más información sobre cómo ejercer cada uno de estos derechos antes mencionados, no dude en solicitarnos más ayuda sobre estos asuntos. La ley nos exige mantener la privacidad de su información médica protegida y proporcionarle un aviso de sus derechos de privacidad y nuestros deberes con respecto a su PHI. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras políticas y prácticas de privacidad según sea necesario con estas prácticas designadas actuales aplicables a menos que reciba una revisión de nuestras políticas cuando venga para su(s) futura(s) cita(s). Nuestros deberes como profesionales de la salud mental en estos asuntos incluyen mantener la privacidad de su información médica protegida, proporcionarle este aviso de sus derechos y nuestras prácticas de privacidad con respecto a su PHI, y cumplir con los términos de este aviso a menos que se cambie y se le notifique. Si por alguna razón desea una copia de nuestras políticas internas para ejecutar prácticas privadas, háganoslo saber y le daremos una copia de estos documentos que guardamos en el archivo para fines de auditoría.

VI. Quejas

Si tiene alguna inquietud de cualquier tipo de que Sunshine State Counseling Center, LLC pueda haber comprometido sus derechos de privacidad, no dude en hablarnos de inmediato sobre este asunto. Siempre estamos dispuestos a hablar con usted sobre la preservación de la privacidad de su información protegida de salud mental. También puede enviar una queja por escrito al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Por ley, estamos obligados a asegurar su firma que indica que ha recibido la Notificación al Cliente del Documento de Derechos de Privacidad.

Yo, _____, entiendo y se me ha proporcionado una copia del

Documento de Notificación al Cliente de Derechos de Privacidad que proporciona una descripción detallada de los posibles usos y divulgaciones de mi información de salud protegida, así como mis derechos sobre estos asuntos. Entiendo que tengo el derecho de revisar este documento antes de firmar este formulario de reconocimiento.

He leído o me han leído toda la información en esta Información para Nuevos Clientes. He tenido la oportunidad de revisar y hacer preguntas y todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción antes. Acepto cumplir con todas las políticas descritas en este documento, incluyendo mi total acuerdo de tener los Servicios de Sunshine State Counseling Center, LLC. Al firmar este acuerdo, estoy consintiendo al tratamiento; entiendo todos los beneficios y riesgos de la consejería como se describe aquí. También reconozco que he recibido y revisado el formulario de aviso de la Política de Privacidad de HIPAA mencionado aquí.

Firma del Cliente o Padre si es Menor/ Tutor Legal/Conservador o Representante Autorizado, si es Requerido

Fecha

Padre si es Menor/ Tutor Legal/Conservador o Representante Autorizado, si es Requerido

Fecha

Firma del miembro del personal de Sunshine State Counseling Center, LLC

Fecha

El cliente se negó a reconocer la recepción.



Permiso para obtener/divulgar información confidencial

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por la presente, doy mi consentimiento a Sunshine State Counseling Center, LLC para intercambiar información pertinente y relevante con el médico de atención primaria identificado a continuación.

Nombre: _____ Agencia: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección: Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

La información obtenida puede incluir (marque todo lo que corresponda):

- Impresiones y registros clínicos
- Registros académicos (registros acumulativos, boletas de calificaciones, resultados de exámenes estandarizados, etc.)
- Registros de salud
- Registros de educación especial/Registros del Plan 504 (IEP, Planes 504, actas de PPT/Equipo de estudio del estudiante, evaluaciones)
- Evaluaciones psiquiátricas
- Evaluaciones psicológicas
- Evaluaciones de trabajo social
- Evaluaciones educativas
- Evaluaciones del habla y el lenguaje
- Otras evaluaciones (vocacionales, ocupacionales, etc.)
- Otro

Firma del cliente/padre/tutor

Nombre en letra de molde

Relación con el cliente

Fecha



Importante – Complete y firme a continuación si desea que esta oficina presente el seguro por usted como cortesía

Información del seguro para Servicios de salud mental ambulatorios en el consultorio

Nombre del asegurado _____

Fecha de nacimiento del asegurado _____

Número de Seguro Social _____

Nombre del empleador _____

Dirección del empleador _____

Compañía de seguros _____

Grupo _____

ID# _____

Dirección de la compañía de seguros _____

Número de teléfono de la compañía de seguros _____

¿Cuánto es su deducible? _____

¿Cuánto ha usado este año? _____

Autorización y divulgación

____ Autorizo la divulgación de información que incluye, entre otros: el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento prestado durante el período de dicha atención a terceros pagadores y/o profesionales de la salud.

____ Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague directamente a _____

____ Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la factura real por mis servicios.
Acepto ser responsable de todos los servicios prestados en mi nombre o en el de mi dependiente.

____ Autorizo a Sunshine State Counseling Center, LLC a cargar a mi tarjeta de crédito todos los servicios no cubiertos por mi compañía de seguros.

Firma del padre o tutor legal _____ Fecha: _____

Firma del miembro del personal de Sunshine State Counseling Center, LLC _____ Fecha: _____



Por favor, complete las siguientes evaluaciones breves para niños de 11 años en adelante. Su terapeuta calificará cada evaluación y discutirá los resultados con usted.

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE - 9 (PHQ - 9)

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿con qué frecuencia le han molestado alguno de los siguientes problemas? (Use " " para indicar su respuesta)	En absoluto	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Sentirse deprimido, triste o desesperanzado	0	1	2	3
3. Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado o con poca energía	0	1	2	3
5. Poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracaso o se ha decepcionado a sí mismo o a su familia	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en las cosas, como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado? O lo contrario: estar tan inquieto o agitado que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto o de hacerse daño de alguna manera	0	1	2	3

PARA CODIFICACIÓN DE OFICINA 0 + _____ =Puntuación total: _____

Si marcó algún problema, ¿cuán difícil le han resultado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?

Nada difícil
en absoluto

Algo difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

Ansiedad GAD-7

¿Con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas durante las últimas dos semanas?	No en absoluto	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sentirse nervioso, ansioso o al límite	0	1	2	3
2. No poder dejar de preocuparse o controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas	0	1	2	3
4. Dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto que es difícil quedarse quieto	0	1	2	3
6. Irritarse o enojarse fácilmente	0	1	2	3
7. Sentir miedo, como si algo terrible pudiera suceder	0	1	2	3

Para la codificación de la oficina: _____ + _____ + _____ + _____ =

Puntuación total _____

Si marcó algún problema, ¿qué tan difícil le ha resultado hacer su trabajo, encargarse de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?

Nada difícil

Algo difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

Fuente: Evaluación de atención primaria del cuestionario de salud del paciente sobre trastornos mentales (PRIME-MD-PHQ). El PHQ fue desarrollado por los Dres. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y sus colegas. Para obtener información sobre la investigación, comuníquese con el Dr. Spitzer en ris8@columbia.edu. PRIME-MD® es una marca registrada de Pfizer Inc. Copyright© 1999 Pfizer Inc. Todos los derechos reservados. Reproducido con permiso

DSM-5 Medida de síntomas transversales de nivel 1 calificada por padres/tutores - Niño de 6 a 17 años

Nombre del niño/a: _____

Edad: ____

Sexo: D Masculino D Femenino

Fecha: ____

Relación con el niño/a: _____

Instrucciones (para el padre, madre o tutor del niño/a): Las siguientes preguntas se refieren a cosas que podrían haber molestado a su hijo/a. Para cada pregunta, marque con un círculo el número que mejor describa cuánto (o con qué frecuencia) su hijo/a se ha sentido molesto/a por cada problema durante las últimas DOS (2) SEMANAS.

		Ninguno Nunca en un día o dos	Leve Rara vez, que un día o dos	Leve menos de 2 días	Moderado Varios días	Severo Más de la mitad del día	Máximo Casi cada día	Máximo Dominio Puntuación (clínico)					
		Durante las últimas DOS (2) SEMANAS, ¿cuánto (o con qué frecuencia) su hijo/a ...											
I.	1.	¿Se ha quejado de dolores de estómago, dolores de cabeza u otros dolores?						0	1	2	3	4	
	2.	¿Ha dicho que estaba preocupado/a por su salud o por enfermarse?						0	1	2	3	4	
II.	3.	¿Ha tenido problemas para dormir, es decir, problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o despertarse demasiado temprano?						0	1	2	3	4	
III.	4.	¿Ha tenido problemas para prestar atención cuando estaba en clase o haciendo su tarea, leyendo un libro o jugando un juego?						0	1	2	3	4	
IV.	5.	¿Se ha divertido menos haciendo cosas de lo que solía hacerlo?						0	1	2	3	4	
	6.	¿Parecía triste o deprimido/a durante varias horas?						0	1	2	3	4	
V.& VI.	7.	¿Parecía más irritado/a o se molestaba con más facilidad de lo habitual?						0	1	2	3	4	
	8.	¿Parecía enojado/a o perdía los estribos?						0	1	2	3	4	
VII.	9.	¿Ha comenzado muchos más proyectos de lo habitual o ha hecho cosas más arriesgadas de lo habitual?						0	1	2	3	4	
	10.	¿Ha dormido menos de lo habitual para él/ella, pero aún tenía mucha energía?						0	1	2	3	4	
VIII.	11.	¿Ha dicho que se sentía nervioso/a, ansioso/a o asustado/a?						0	1	2	3	4	
	12.	¿No ha podido dejar de preocuparse?						0	1	2	3	4	
	13.	¿Ha dicho que no podía hacer cosas que quería o debía haber hecho, ¿porque le hacían sentir nervioso/a?						0	1	2	3	4	
IX.	14.	¿Ha dicho que escuchaba voces, cuando no había nadie allí, hablando sobre él/ella o diciéndole qué hacer o diciéndole cosas malas?						0	1	2	3	4	
	15.	¿Ha dicho que tuvo una visión cuando estaba completamente despierto/a, es decir, ¿vio algo o a alguien que nadie más podía ver?						0	1	2	3	4	
X.	16.	¿Ha dicho que tenía pensamientos que seguían viniendo a su mente de que haría algo malo o que algo malo le pasaría a él/ella o a otra persona?						0	1	2	3	4	
	17.	¿Ha dicho que sentía la necesidad de revisar ciertas cosas una y otra vez, como si una puerta estaba cerrada con llave o si la estufa estaba apagada?						0	1	2	3	4	
	18.	¿Parecía preocuparse mucho por que las cosas que tocaba estuvieran sucias o tuvieran gérmenes o estuvieran envenenadas?						0	1	2	3	4	
	19.	¿Ha dicho que tenía que hacer las cosas de cierta manera, como contar o decir cosas especiales en voz alta, para evitar que sucediera algo malo?						0	1	2	3	4	
		En las últimas DOS (2) SEMANAS, ¿su hijo/a ...											
XI.	20.	¿Ha tomado una bebida alcohólica (cerveza, vino, licor, etc.)?						<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sé
	21.	¿Ha fumado un cigarrillo, un puro o una pipa, o ha usado rapé o tabaco de mascar?						<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sé
	22.	¿Ha usado drogas como marihuana, cocaína o crack, drogas de club (como éxtasis), alucinógenos (como LSD), heroína, inhalantes o solventes (como pegamento), o ¿metanfetamina (como speed)?						<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sé
	23.	¿Ha usado algún medicamento sin receta médica (por ejemplo, analgésicos [como Vicodin], estimulantes [como Ritalin o Adderall], sedantes o tranquilizantes [como pastillas para dormir o Valium] o esteroides)?						<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sé
XII.	24.	En las últimas DOS (2) SEMANAS, ¿ha hablado de querer matar ¿se o de querer suicidarse?						<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sé
	25.	¿Alguna vez ha intentado matarse?						<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sé



Política de enfermedad

En Sunshine State Counseling Center, estamos haciendo nuestra parte para proporcionar un entorno saludable para nuestro personal y clientes. Nuestras instalaciones se limpian y desinfectan de forma regular. Cuando su terapeuta se ve afectado por una enfermedad contagiosa enfermedad, ella se comunicará con usted por teléfono para cancelar su cita o cambiar a Telesalud, si es posible. Cuando usted (o su hijo si él/ella es el cliente) se siente enfermo, le pedimos que utilice las siguientes pautas para cancelar o cambiar a Cita de telesalud:

Enfermedad	Cancelar/Telesalud
Fiebre	Hasta que no tenga fiebre durante 24 horas.
Enfermedad de Covid-19	Cuando el cliente ha estado en contacto cercano con alguien que ha dado positivo, da positivo o muestra síntomas de Covid-19. El cliente debe estar asintomático durante 5 días calendario antes de regresar al tratamiento en persona.
Otra enfermedad respiratoria o vómitos	Hasta que no tenga síntomas durante 24 horas
Faringitis estreptocócica	Hasta que el cliente haya estado tomando antibióticos tratamiento durante 24 horas y no tenga fiebre durante 24 horas.
Tiña, varicela, impétigo y Conjuntivitis	Hasta que los síntomas hayan desaparecido o la nota del profesional médico determine que la condición ya no es contagioso.

*Si la aparición de la enfermedad ocurre dentro de las 24 horas posteriores a la cita, asegúrese de comunicarse con la oficina y/o su terapeuta lo antes posible.



CANCELACIÓN TARDÍA DEL PACIENTE Y POLÍTICA DE NO ASISTENCIA

En Sunshine State Counseling Center, valoramos el tiempo de nuestros clientes y su compromiso con el tratamiento, por lo tanto, reservamos para usted una hora completa de nuestro tiempo para su sesión y notas clínicas. En ocasiones, cuando es necesario que cancele una cita, se requiere un aviso de 24 horas hábiles (1 día hábil) antes del día y la hora programados de su cita o se le cobrará un cargo de \$50 por no presentarse a su tarjeta de crédito registrada. Una cita cancelada retrasa nuestro trabajo y rara vez podemos completar una sesión cancelada a menos que se notifique a nuestra oficina con al menos 24 horas de anticipación. Si no puede llegar a la oficina debido a una enfermedad u otras circunstancias, puede llamar a la oficina y solicitar que su cita se cambie a una cita de telesalud para que no pierda su cita.

Política de cancelación tardía y no presentación de Sunshine State Counseling Center*:

- Después de cada cita programada perdida (cancelación tardía o no presentación), el paciente será se le cobrará una tarifa de \$99.00.
- Las tarifas por no presentación se deben pagar el día de la cita perdida, se cargarán a la tarjeta registrada y deben pagarse ANTES de programar cualquier cita futura.
- A los clientes que utilizan el seguro Sunshine Health o Aetna Better Health of Florida no se les se les cobrará una tarifa por no presentarse.
- Después de 3 citas perdidas, con o sin excusa, nos reservamos el derecho de hacer cumplir un período de 60 días de interrupción del servicio. No se pueden garantizar los horarios de las citas después de este descanso y las citas perdidas continuas después de este descanso de 60 días pueden resultar en descansos adicionales en el servicio y/o que el paciente sea dado de alta de nuestro centro.

Es responsabilidad del paciente (o padre/tutor si el paciente es menor de edad) notificar a Sunshine State Counseling Center sobre una cancelación por teléfono o correo electrónico con al menos 24 horas (1 día) de anticipación a la cita programada o se le cobrará la tarifa de \$99 a la tarjeta de crédito registrada. Dejar un mensaje de correo de voz no califica como una notificación adecuada. Haga un seguimiento con un correo electrónico a su terapeuta o administración a info@sscc.center

He leído y comprendo la política de cancelación y no presentación de pacientes de Sunshine State Counseling Center.

Nombre del paciente (IMPRESA)

Para pacientes menores de edad: Nombre del padre (Imprimir)

Firma del paciente o del padre (Firma)

Fecha



Política de telesalud

Sunshine State Counseling Center se dedica a garantizar que reciba la mejor atención posible con interrupciones mínimas. En los momentos en que no pueda venir al consultorio para recibir servicios terapéuticos, nuestros terapeutas pueden ofrecerle servicios a través de Telesalud. Para participar en la terapia de Telesalud, necesitará una conexión a Internet segura y una computadora o tableta con una cámara de video y un micrófono. Telesalud Las sesiones solo se pueden proporcionar a clientes ubicados en el estado de Florida.

PREPARACIÓN PARA LA SESIÓN DE TELESALUD

Sunshine State Counseling Center utiliza Google Meet a través de un HIPAA seguro cuenta compatible para proporcionar sesiones de telesalud. Una vez que se haya programado su cita programada, su terapeuta le enviará un enlace que utilizará para ingresar a la sala virtual privada sala de reuniones para su sesión. Inicie sesión en su sesión unos minutos antes de la hora de inicio de su sesión para asegurarse de que su conexión esté funcionando. Asegúrese de que su video y el micrófono están encendidos y asegúrese de que su terapeuta pueda verlo y oírlo usted claramente. Lo mejor es que esté sentado en una habitación bien iluminada con la cara iluminada con la cámara colocada de manera que su rostro sea claramente visible para su terapeuta. Es importante estar completamente presente durante su sesión. En otras palabras, este no es el momento de estar conduciendo o completando otras tareas. La terapia es una oportunidad para un gran crecimiento, comprensión, y mejora, y merece toda su atención, por lo tanto, querrá estar consciente de evitar distracciones.

PRIVACIDAD

Sunshine State Counseling Center valora su confidencialidad. Para garantizar su privacidad en los servicios de telesalud, su terapeuta se conectará con usted desde un espacio donde pueda garantizar razonablemente la confidencialidad y la falta de interrupción. Su terapeuta puede usar auriculares y/o máquinas de sonido para mejorar su privacidad.

Para garantizar su confidencialidad, le pedimos que también configure un espacio privado donde otros no podrán escuchar su conversación. Usar auriculares/auriculares con un El micrófono puede ayudar a minimizar lo que otras personas cercanas pueden escuchar. Recomendamos que informe a su terapeuta con anticipación o al comienzo de cada sesión si alguien más está en la sala o participará en la sesión. Su terapeuta tiene el derecho de ejercer su juicio clínico para determinar si la sesión debe continuar.

Para garantizar la productividad de la sesión, haga todo lo posible para evitar interrupciones. Sugerimos reunirse en privado en una habitación con la puerta cerrada. Es ideal dejar mascotas y otros miembros del hogar fuera de este espacio durante la sesión. Solo use un seguro

conexión a internet durante su sesión. Usar Wi-Fi público puede significar que otras personas puedan acceder a la información durante su sesión.

Por favor, no grabe las sesiones sin el consentimiento de su terapeuta. Hacer grabaciones puede comprometer su privacidad rápida y fácilmente. En particular, tenga en cuenta cómo una grabación destinada solo para usted puede terminar en las manos equivocadas. El riesgo siempre está ahí, a pesar de sus mejores esfuerzos por mantener algo seguro. Además, tenga en cuenta que grabar sesiones sin el conocimiento y el permiso de su terapeuta es una violación de la ley de Florida. Dentro de Florida, puede ser demandado si graba sin consentimiento.

TELEMEDICINA PARA NIÑOS

Pedimos que a los niños que tengan la edad suficiente para hacerlo se les permita asistir a su sesión de terapia solos en un lugar seguro. Cuando se discute y se acuerda con el terapeuta antes de la sesión, uno o más padres pueden ser incluidos en la sesión. A menos que la sesión sea una sesión familiar, pedimos que todos los hermanos estén ocupados en otra habitación. Es importante que el niño cliente sienta que su sesión de telemedicina es segura y confidencial, tal como lo sería en la sala de terapia de nuestra oficina.

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS/PLAN DE RESPALDO

- ¿El terapeuta no puede oírte ni verte?
 - o Compruebe que ha activado el micrófono y habilitado las capacidades de vídeo. capacidades.
- ¿No puede conectarse a través del enlace enviado?
 - o Asegúrese de estar conectado a Internet y de tener suficiente ancho de banda.
 - o Vuelva a comprobar el enlace enviado e inténtelo de nuevo. Llame a nuestra oficina si todavía no puede conectarse.
- A veces, Internet puede no ser fiable debido a tormentas y otras interrupciones. Si usted está experimentando esta dificultad, por favor, póngase en contacto con nuestra oficina en el 239-495-7722 tan pronto como sea posible. Si su terapeuta tiene dificultades para conectarse a Internet, ella se pondrá en contacto con usted por teléfono para hacérselo saber y establecer una reunión alternativa.

He leído y entiendo la política de telemedicina del Sunshine State Counseling Center.

Nombre del paciente (IMPRESA)

Para pacientes menores de edad: Nombre del padre (Imprimir)

Firma del paciente o del padre (Firma)

Fecha