



Por favor responda a las siguientes preguntas lo mejor que pueda. Estas preguntas ayudaran a guiar el proceso de terapia. Esta información será manejada bajo las mismas leyes de confidencialidad que aplican para su terapia. Completar este cuestionario le tomara aproximadamente 30 minutos.

Información del Cliente

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Fecha De Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Numero de Casa: _____ Podremos dejar un mensaje? Si _____ No _____

Celular: _____ Podremos dejar un mensaje? Si _____ No _____

Correo Electronico: _____ Podremos mandar correos? Si _____ No _____

Estado Civil: Nunca Casado/a ___ Unión Libre ___ Casado/a ___ Separado/a _____ Divorciado/a _____ Viudo/a _____

Nombre de Esposo/a: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____

Dirección: _____ Cuidad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Numero de Casa: _____ Podremos dejar un mensaje? Si _____ No _____

Celular: _____ Podremos dejar un mensaje? Si _____ No _____

Por favor de incluir todos los niños en la familia

Nombre: _____ Edad: _____ Grado: _____ Viviendo en Casa? Si _____ No _____

Nombre: _____ Edad: _____ Grado: _____ Viviendo en Casa? Si _____ No _____

Nombre: _____ Edad: _____ Grado: _____ Viviendo en Casa? Si _____ No _____

Referrido por : _____



Información General de Estado Medico y de Salud Mental

Usted ha recibido servicios psicológicos, servicios psiquiátricos, asesoría profesional o otro servicio de salud mental? Si _____ No_____

Actualmente esta usted tomando medicamento recetado para un diagnostico psiquiátrico? Si__ No__

Si su respuesta es si, por favor anote los medicamentos:_____

Nombre de Prescriptor:_____

Anteriormente ,ha recibido medicamento psiquiátrico? Si _____ No_____

Si su respuesta es si, por favor anote los medicamentos: _____

Nombre de Prescriptor: _____

Nombre de Médico de Atención Primaria: _____ Numero:_____

En que condición se encuentra su salud fisica al momento?

Mal_____ Insatisfactorio_____ Satisfactorio_____ Bien_____ Muy Bien_____

Por favor liste cualquier síntoma persistente o preocupación de salud(e.g. dolor crónico, dolor de cabeza, asma, etc.):_____

Actualmente esta tomando medicamentos para un problema fisico/medico? Si_____ No_____

Si su respuesta es si, por favor anote los medicamentos:_____

Nombre de Prescriptor: _____

Lesiones/Enfermedades/Hospitalizaciones:

Fecha:___/___/___ Lugar: _____ Razon:_____

Resultado:_____

Fecha:___/___/___ Lugar: _____ Razon:_____

Resultado:_____

Fecha:___/___/___ Lugar: _____ Razon:_____

Resultado:_____



Por favor liste cualquier problema médico que esté presente, incluyendo alergias que usted tenga: _____

Esta teniendo problemas para dormir? Si _____ No _____

Si respuesta es si, seleccione lo que aplique: Duerme mucho _____ Duerme poco _____

Calidad de sueño es malo _____ Pesadillas _____

Otro: _____

Ha tenido cambios o dificultades con sus hábitos alimentarios? Si _____

No _____

Si respuesta es si, seleccione lo que aplique: Comiendo poco _____ Comiendo mas _____

Alimentación compulsiva _____ Limitando su alimentación _____

Ha subido de peso en los últimos dos meses? Si _____ No _____

Explique: _____

Queja Principal: Por favor explique sus preocupaciones y lo que piensa que está causando el problema: _____

Inicio: Cuando fue que usted primer noto su preocupación/ problema? Que más estaba pasando en ese momento que pueda ser importante de mencionar? _____

¿Qué ha tratado para solucionar este problema?

Historial de Salud Medica incluyendo Historial de Familia

Por favor liste condiciones médicas que corren en la familia: _____

Lo siguiente es para indicar información de el historial medico en su familia. Seleccione lo que aplique. Si aplica por favor de indicar el miembro de familia que sea afectado.

Depresión: _____ Trastorno de Ansiedad: _____



Trastorno Bipolar: _____ Ataques de Pánico: _____

Alcohol/ Abuso de Sustancias: _____ Trastorno de Alimentación: _____

Discapacidad de Aprendizaje: _____ Historial de Trauma: _____

Violencia Domestica: _____

Obesidad: _____

Desorden Obsesivo

Compulsivo: _____ Esquizofrenia: _____

Otro: _____

—

Lista de Síntomas Actuales:

Por favor marque a un lado de cualquier síntoma que usted ha observado en usted mismo en las últimas semanas.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pesadillas | <input type="checkbox"/> Cambios de apetito |
| <input type="checkbox"/> Autoestima Baja | <input type="checkbox"/> Perfeccionista |
| <input type="checkbox"/> Miedo de salir en publico | <input type="checkbox"/> Revisando las cosas varias veces |
| <input type="checkbox"/> Sensación de temor | <input type="checkbox"/> Comportamiento excesivo (compra mucho, apuesta sin control) |
| <input type="checkbox"/> Evitando ciertas cosas | <input type="checkbox"/> Falta de aire |
| <input type="checkbox"/> Sintiéndose sin ningún valor | <input type="checkbox"/> Preocupándose de lo que piensan los demás |
| <input type="checkbox"/> Sintiéndose sin futuro | <input type="checkbox"/> Pensamientos que no paran |
| <input type="checkbox"/> Teniendo pensamientos incomodos | <input type="checkbox"/> Consciente de sí mismo |
| <input type="checkbox"/> Discutidor | <input type="checkbox"/> Pensamientos obsesivos |
| <input type="checkbox"/> Aislamiento | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Temiendo que algo malo pase | <input type="checkbox"/> Miedo cuando maneja |
| <input type="checkbox"/> Energía baja | <input type="checkbox"/> Comportamientos Compulsivos |
| <input type="checkbox"/> Cambio de humor | <input type="checkbox"/> Sintiéndose con pánico o con miedo |
| <input type="checkbox"/> Fobias | <input type="checkbox"/> Dificultad de concentración |
| <input type="checkbox"/> Aislamiento social | <input type="checkbox"/> Sintiendo que su vida está fuera de control |
| <input type="checkbox"/> Inquietud o nerviosismo | <input type="checkbox"/> Memorias desagradables |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones frecuentemente | <input type="checkbox"/> Estrés |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cuerpo y ardor | <input type="checkbox"/> Sintiendo que algo está mal con si mismo |
| <input type="checkbox"/> Tensión muscular | <input type="checkbox"/> Sintiéndose desconectada de la realidad |
| <input type="checkbox"/> Sintiéndose perdido y desamparado | <input type="checkbox"/> Pensando en dañarse a sí mismo |
| <input type="checkbox"/> Sintiéndose solo/a | |
| <input type="checkbox"/> Nausea o dolor de estómago | |



- Mareos o desmayos
- Insatisfecho con su cuerpo
- Pensando en dañar a otros
- Enojándose fácilmente
- Sintiendo vergüenza
- Cortándose o dañándose
- Dolor en el corazón o pecho
- Llorando frecuentemente
- Uso de Alcohol o Drogas
- Sensible
- No le agrada multitudes
- Dificultad para recordar
- Sintiendo que se quiere suicidar
- Sintiendo que la vida no tiene caso
- Berrinches
- Sintiendo menos que otros
- Dificultad para hacer decisiones
- Abuso de medicamentos recetados
- Problemas de enojo
- Depresión/Tristeza
- Apagones del Cuerpo

Por favor mencione otros síntomas que tenga: _____

Confidencialidad

Cuando uno trabaja con niños, aunque legalmente los padres o los guardianes legales del niño son el cliente, privacidad apropiada para la edad es esencial en la relación terapéutica y en el entorno de la terapia al niño, nosotros respetamos lo que el niño nos dice o hace en las sesiones y lo tratamos como información confidencial. Daremos un resumen a los padres y/o a los guardianes legales de los objetivos de tratamiento, plan y progreso e incluyendo recomendaciones.

Cuando uno trabaja con parejas y familias, la pareja es una entidad y la familia es una entidad. Cada quien es un cliente, pero nosotros no daremos terapia individual a ningún individuo parte de una pareja o a ningún miembro individuo parte de la familia, aunque habrá sesiones individualmente en el proceso de terapia de pareja/familia. Nosotros no ayudaremos a guardar secretos. Sí hay algo importante que se revela durante una sesión individual que su terapeuta siente que el otro individuo tiene que saber, su terapeuta será requerido mencionarlo durante la próxima sesión para que ustedes trabajen juntos para solucionarlo o el asesoramiento posiblemente tendrá que parar y será referido a otro terapeuta.

En todo menos en ciertas situaciones, su confidencialidad y privacidad será protegida por la ley y por otras reglas éticas de nuestra profesión. Unos ejemplos incluyen:



Límites a Confidencialidad:

- Si usted dice claramente que usted se hará daño así mismo o a otra persona.
- Si tenemos una razón de pensar que un niño o adulto asido o será abusado/a, somos requeridos por la ley de reportar a las autoridades apropiadas.
- Si usted esta o estará involucrado/a en procedimientos de corte y los registros son ordenados por un juez.
- Si un tutor legal (guardian ad litem) es asignado en un caso de custodia involucrando a clientes menores y si el/ella es ordenado/a por la corte de tener acceso a los registros de salud mental.
- El Acto de Patriota de 2001 (Patriot Act of 2001) nos requiere en ciertas circunstancias, que revelemos registros a agentes federales si los piden y nos prohíbe de informarle al cliente que el FBI pidió y obtuvo los documentos bajo el Acto.
- En supervisión profesional o consulta con otros terapistas; espacio de oficina compartido, sistema de correo de voz y almacenaje de registros compartido. Colegas, otros terapistas y cualquier supervisor están requeridos de mantener confidencialidad.
- Correo electrónico, textos, y llamadas al correo de voz no pueden ser garantizadas a tener confidencialidad. Por favor no deje su información privada de salud mental en mensajes de texto, correos electrónicos o correo de voz.
- En el caso que tengamos que cobrar pagos tardes, una agencia de colecta podría ser usada.

Registro Clínico

Usted debería saber qué acuerdo a HIPPA, nosotros tenemos un registro de cada paciente. Para obtener su registro usted tendrá que pagar \$25 después de llenar una forma escrita.

Quejas o Reclamaciones

Si usted siente que tiene base para hacer una queja formal de cualquier cosa relacionada a los servicios profesionales que ofrecemos, te invitamos a que nos digas directamente tus preocupaciones para que nosotros estemos informados y tengamos la oportunidad de responder y solucionar cualquier malentendido. Usted tiene derecho a llenar una reclamación de nosotros a nuestro departamento and puede hacerlo contactado a:



Florida Board of Clinical Social Work, Marriage & Family Therapy and Mental Health
Counseling Department of Health

850-245-4292

4052 Bald Cypress Way, Bin C75

Tallahassee, Florida 32399-3260

Póliza de Correo Electrónico

Nosotros nos comunicaremos con los clientes vía correo electrónico solo para mandar recuerdos de citas y problemas de pago. Hay un pago que se debe cobrar dependiendo en tiempo usado para leer los correos, ejemplos serian: leyendo un correo que este muy largo o que se trate de algo más que no incluya recuerdos de citas o problemas de pago.

Póliza de Correo de Voz

Los Correos de Voz son revisados entre semana durante las horas de 9:00am-5:00pm Lunes a Viernes. Las terapistas no están disponibles cuando están en sesión con otro cliente. No podemos garantizar confidencialidad en los correos de voz. Por favor no deje mensajes con información, el buzón está protegido con una contraseña, pero recomendamos que mantenga los correos con poca información.

Póliza de Vacaciones/Viajes

Cuando estemos afuera de la oficina por razones de negocios o de vacaciones, las terapistas le notificarán en adelantado y asignarán a un colega profesional que esté disponible en caso de emergencias.

Póliza de Redes Sociales

Para proteger su confidencialidad, nosotros no podremos aceptar solicitudes de amistad o ninguna solicitud para conectarse en ninguna plataforma de redes sociales. Usted puede seguir las cuentas públicas de Sunshine State Counseling que están abiertas al público, pero por favor no deje comentarios que lo identifiquen como un cliente. Si usted deja mensajes, serán borrados y hablaremos en persona en su próxima sesión.



Casos de Custodia y Divorcios

Nosotros no somos evaluadores para casos de custodia y no podremos dar recomendaciones. Nosotros te podremos dar una lista de evaluadores si una evaluación es lo que buscas.

Debido a lo sensible que es un caso de divorcio y todos los problemas que pueden ocurrir en ciertos casos, tenemos pólizas específicas que usted tendrá que aceptar antes de que comience terapias para relaciones.

1. Requerimos una copia de la orden de juez donde explique los derechos de custodia de cada padre y/o un documento que este firmado por los padres y un juez, donde enseñe que los padres tienen un arreglo. Estos documentos son requeridos en la primera cita, adicionalmente le informamos para que su hijo/a pueda recibir servicios es necesario que los dos padres firmen el consentimiento a tratamiento.
2. Nosotros le daremos una cita a cualquier Guardian ad Litem asignado por la corte, que tendrá acceso a los registros del niño/a donde la sesión será pagada por los padres.
3. Nosotros estaremos en contacto con ambos padres, los dos recibirán el mismo tiempo y atención. Recomendaremos oportunidades donde ambos padres participen en las consultas durante el tratamiento de su hijo/a.
4. Sesiones de familia serán recomendadas y dependiendo en el caso, puede ser que tendríamos que ver al niño con cada padre individualmente junto a los hermanos, y/o otras personas que vivan en la casa donde viva el niño.
5. Requerimos que todos los clientes renuncien a su derecho de citación de cualquier de nuestros terapeutas a una corte. Esta póliza está en efecto para preservar la integridad del proceso terapéutico y la relación con usted y/o con su hijo/a(s).
6. En caso de que esta póliza no sea respetada y requiera que nosotros nos presentemos ante la corte, usted tendrá que pagar nuestra cuota de \$200/ hora de nuestro trabajo profesional. Cualquier tiempo que sea dedicado a una apariencia en corte que incluya preparando documentos, teniendo conversaciones con un abogado o con el guardián at litem en conexión al caso de corte será cobrado. Esto también incluye el tiempo de viaje para llegar a las cortes, usted será cobrado \$200/ hora por todo lo mencionado. No hay pagos reducidos que apliquen a el trabajo relacionado a la corte.

Tarifas de Cancelación

Requerimos que llame o mande un correo electrónico 24 horas antes de su cita.

Si el cliente no llega a su cita o cancela después de las 24 horas, será cobrado por la sesión entera.



En una rara ocasión, si hay una emergencia donde nosotros podríamos determinar que es verdad, usted tendrá la oportunidad de discutir esto con su terapeuta para posiblemente no cobrarle la tarifa.

Parámetros de Sesión

- Todas las citas iniciales son de 90 minutos
- Sesiones individuales son 50 minutos
- Sesiones para Padres son 50 minutos
- Sesiones de Familia y de Pareja son 90 minutos
- Las sesiones empezaran y acabaran a tiempo. Si usted llega tarde, la sesión todavía acabara en el tiempo acordado.

Tarifas, Pagos, Seguridad

Puede ser que su terapeuta este afuera de red de proveedores cubiertos por su seguridad. En ese caso, si usted nos pide al final de cada mes, nosotros le podemos dar un formulario para que usted se lo mande a su seguridad para un posible reembolso.

Pagos reducidos están disponibles con una aplicación y son extendidas basándose en su necesidad financiera y circunstancias.

Hay una tarifa de \$25 si su cheque es devuelto. Los \$25 serán cobrados en la próxima cita junto al pago de esa cita. Si su cheque es devuelto por razones de fondos insuficientes, nosotros requeriremos que pague con cash o con tarjeta de ese punto en adelanté. Aceptamos MasterCard, Visa, American Express y Discover.

Cheques deben ser hechos al nombre de Sunshine State Counseling Center.

Por favor esté listo de pagar al momento que los servicios sean dados. Si hay un niño que reciba servicios, por favor sea discreto cuando haga un pago y le pedimos que si niño/a nunca esté involucrado en el proceso de pagos.

Tarifas

- Sesión Inicial (90min): \$175
- Sesión de Pareja o de Familia (90 min): \$175
- Terapia Individual (50-60min): \$125



- Sesión de Padres (50min): \$125
- Consejería de Correo Electrónico (algo más que no se trate de citas o que requiera que escribamos o leamos más de 3-4 oraciones): \$35/ conversación o \$80 por 4 contestaciones en menos de 48 horas.
- Sesión de Teléfono (algo más de 10 min que sea iniciada por el cliente): \$50/25 min
- Preparación de Documentos del Plan de Tratamiento: \$25 cada documento
- Casos de Corte y/o ayuda en Casos Legales: \$200/ hora y todo el tiempo que se tome para trabajar en el caso
- Copias de Registros: \$25
- Problemas con un Cheque: \$25

Ayuda después de Horarios y Emergencias

Sunshine State Counseling, LLC no es una agencia de servicios de emergencia. Nosotros no damos servicios de emergencia. Si usted tiene una situación de emergencia usted debería llamar al 911 o ir a un hospital de su gusto.

Otros recursos disponibles después de horarios (no lo sustituye por 911):

-Coalición de Prevención de Suicidio en Florida: 24 horas al día, 7 días de la semana 1-800-273-8255

-Centro de David Lawrence, Naples:(Acceso de entrada 24 horas al día): 239-455-8500

-Salus Care (Evaluaciones de adultos y niños 24 horas al día) 239-275-3222

-Abuse Counseling & Treatment, Inc. (Linea de 24 horas) 239-939-3112 or Albergue de Emergencia 239-939-3112



Acuerdo a las Tarifas de Servicios

Todos los clientes son requeridos a firmar esta forma antes de recibir servicios.

Por favor note que sus registros incluyendo este documento son guardados y protegidos acuerdo a HIPAA.

Por favor ponga iniciales donde se requieran:

_____ Cada vez que yo haga una cita con mi terapeuta yo entiendo que estoy empezando un contrato con Sunshine State Counseling Center, LLC y los servicios y tiempo con mi terapeuta.

_____ Yo reconozco que los servicios profesionales incluyen tiempo y servicios para la siguiente cita, el tiempo dentro la sesión, tiempo usado afuera de la sesión para revisar el caso, notas del caso, y consultas confidenciales con otros colegas y supervisores involucrando el caso.

_____ Yo entiendo las tarifas profesionales de mi terapeuta, que son mencionadas en el Acuerdo a las Servicios para cada cita.

_____ Yo entiendo que yo tengo el derecho a pedir información de opciones de pagos reducidos a cualquier tiempo.

_____ Yo entiendo que Sunshine State Counseling Center, LLC tiene una póliza de cancelación que requiere informar a mi terapeuta con 24 horas de aviso.

_____ Yo entiendo y acepto que, si no aviso con 24 horas de anticipación que voy a cancelar, yo tendré que pagar la tarifa entera por la cita.

Yo autorizo que Sunshine State Counseling Center, LLC cobre a mi tarjeta de crédito

Yo no autorizo que Sunshine State Counseling Center, LLC cobre a mi tarjeta de crédito

_____ Yo entiendo que si hay una situación de emergencia que me prohíba cancelar con 24 horas de anticipación, yo puedo discutir con mi terapeuta y pedir un perdón de la póliza, pero entiendo que Sunshine State Counseling Center, LLC y mi terapeuta no son requeridos de dar un permiso/perdón y acuerdo a este contrato pueden cobrar mi tarjeta.

_____ Yo entiendo que si el pago no es echo antes o después de mi cita, yo estoy autorizando que Sunshine State Counseling Center, LLC cobre los servicios a mi tarjeta.



_____ Yo entiendo este acuerdo y autorizo que Sunshine State Counseling Center, LLC cobre a mi tarjeta por los servicios que incluyan sesiones, consejería vía correo electrónico, sesiones de teléfono, o preparaciones de documentos para mi o para procedimientos de corte.

Nombre en la Tarjeta _____

Visa Master Card Discover American Express

Número de Tarjeta de Crédito _____

Día De Expiración _____

Código de Seguridad _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal



Aviso de Protección de Privacidad

Este aviso describe como sus registros de salud mental serán usados y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor léalo con cuidado.

I. Preámbulo

Una decisión reciente del Tribunal Supremo de los Estados Unidos explico que la comunicación entre los psicoterapeutas y sus clientes es privilegiada, por ese caso, esta información es protegida y no puede ser usada en casos legales. Hay una diferencia entre conversaciones privilegiadas y entre registros médicos. Registros son usados para documentar los servicios, requerido por la ley, estándares profesionales, y otros procedimientos de revisión. HIPPA claramente define que tipo de información puede ser incluida en sus “Registros Médicos Designados” así como algunos materiales conocidos como “Notas de Psicoterapia”, que no son accesibles a las compañías de seguro y otros revisores externos y en algunos casos, ni al cliente mismo. HIPPA proporciona protecciones de privacidad sobre su información personal de salud, cual se conoce como “Protected Health Information”(PHI), Información de Salud Protegida, que podría ser usada para identificarlo. PHI consiste de tres (3) partes: tratamiento, pagos, y operaciones de cuidado de la salud. Tratamiento se refiere a las actividades donde nosotros coordinamos o manejamos el cuidado de su salud mental e otros servicios relacionados a su cuidado de salud mental.

Operaciones de cuidado de salud son actividades relacionadas con el desempeño de nuestra práctica, como el aseguramiento de la calidad. En el cuidado de la salud mental, el mejor ejemplo de operaciones es cuando revisiones son echas por tu compañía de seguro donde revisan junto a nosotros para verificar que tu cuidado es “de verdad necesario”. El uso de su información de salud protegida se refiere a las actividades que son completadas en la oficina. Ejemplos incluyen haciendo citas, mantenimiento de registros, presentando sus reclamos y otras tareas requeridas por la oficina relacionadas a su cuidado. Revelaciones se refieren a las actividades que usted autoriza cuales ocurren afuera de nuestra oficina, por ejemplo, mandando su información de salud protegida a otros (i.e. su doctor principal, la escuela de su hijo/a).

II. Uso y Revelaciones de su Información de Salud Protegida requiriendo Autorización

La ley requiere autorización y consentimiento para tratamiento, pagos, y operaciones de cuidado de la salud. Si usted nos autoriza, nosotros podremos revelar su (PHI) con el



propósito que se trate de su tratamiento, pagos, e operaciones de cuidado de la salud. Usted ha firmado este consentimiento para su cuidado y autorizado que podremos hacer pagos y operaciones de cuidado de salud. También nos está autorizando a proporcionar tratamiento y a conducir los pasos administrativos asociados con su cuidado (i.e. presentar reclamos de seguro). Adicionalmente en caso de que usted quiera que nosotros mandemos su información de salud protegida afuera de nuestra oficina, usted siempre tendrá que primero llenar una autorización para divulgar información a esta parte externa. Una copia de esa autorización será disponible a pedido. El requisito de una autorización es una protección adicional para asegurar que su información de salud protegida sea estrictamente confidencial.

III. Socios de Negocio

HIPPA requiere que entrenemos y monitoreemos el conducto de las personas que estén ofreciendo servicios administrativos para la clínica, estas personas son conocidas como “Socios de Negocio”. Nosotros contratamos a individuos que nos asisten con varios trabajos administrativos. Estos individuos son entrenados y supervisados para asegurar que su información este siempre protegida.

IV. Uso y Revelaciones que No Requieren Consentimiento ni Autorización

Según la ley, información de salud protegida puede ser revelada sin su consentimiento o autorización por las siguientes razones:

- Abuso a un menor
- Sospechas de abuso sexual a un menor
- Abuso domestico
- Supervisiones del Departamento de Salud (i.e. Florida Board of Clinical Social Work, Marriage and Family Therapy and Mental Health Counseling Department of Health)
- Procedimientos Administrativos o Judicial (i.e. si usted fue ordenado a recibir nuestros servicios por la corte)
- Grave amenaza a su salud o su seguridad (i.e., leyes que nos requiere contactar a las autoridades)
- Reclamaciones de indemnización laboral (si busca ser reembolsado por su cuidado acuerdo a su compensación laboral, toda su información de cuidado será



automáticamente sujeto a revisión por su empleador y/o su seguro. Nunca revelaremos ninguna información para propósitos marketing.

V. Derechos del Cliente y Deberes de Sunshine State Counseling Center, LLC

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- El derecho a poner restricciones en el uso de su información de salud protegida, puede ser que nosotros aceptemos o no aceptemos, pero si aceptamos las restricciones serán respetadas.
- El derecho a recibir comunicación confidencial por medios alternativos y a locaciones alternativas. Por ejemplo, puede ser que usted no quiera que le mandemos los billes a su casa, de manera nosotros podemos mandarlos a otra dirección que usted escoja.
- El derecho a recibir una copia de su información de salud protegida y registros de pagos mientras su información este guardada en nuestros registros.
- El derecho a cambiar ciertas cosas en su información de salud protegida, puede ser que no aceptemos los cambios si no son apropiados.
- El derecho a saber si su información fue relevada.
- El derecho a copias de información o de noticias que le dimos, incluyendo este documento o cualquier información que usted haya pedido antes.
- El derecho a revocar su autorización de su información de salud protegida menos cuando su información no ya había sido usada. Para más información de cómo manejar sus derechos, por favor no dude en preguntarnos. Somos requeridos por la ley de guardar su información protegida y darle información de sus derechos de paciente. Nosotros tenemos derecho a cambiar nuestras pólizas de privacidad y practica como sean necesarias. Nuestros deberes como Licenciada De Trabajo Social Clínico son mantener su información protegida, darle información de sus derechos. Si por una razón usted quiere copias de nuestras pólizas internas, por favor déjenos saber y podemos darle copias de los documentos que usamos para propósitos de auditoria.

VI. Reclamaciones

Si usted tiene una pregunta o queja de que Sunshine State Counseling, LLC pudo haber comprometido sus derechos de privacidad, por favor no dude en dejarnos saber inmediatamente. Siempre estamos disponibles para tener una conversación relacionada a su privacidad de su información de salud mental. Usted también puede mandar una



reclamación escrita a la secretaria del EE. UU Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Acuerdo a la ley, somos requeridos que le pidamos su firma donde usted indique que recibió el Documento de Derechos de Privacidad.

Yo, _____ entiendo y ha recibido una copia del Documento de Derechos de Privacidad como Cliente, que me ensena una descripción de las maneras y formas de cómo se puede revelar mi información protegida de salud mental, igual como mis derechos. Yo entiendo que tengo el derecho a revisar este documento antes de firmar.

Yo he leído toda la información en este documento para los clientes nuevos. Yo he tenido la oportunidad de revisar y resolver las dudas que tengo. Yo acepto todas las pólizas que fueron mencionadas en este documento y el servicio que voy a recibir por parte de Sunshine State Counseling, LLC. Firmando este documento, yo estoy aceptando el tratamiento; entiendo todos los beneficios y los riesgos de consejería. Yo reconozco que yo he recibido y revisado la Póliza de Privacidad de HIPPA en este documento.

Firma de Cliente o de Padre si es un Menor/Guardian Legal/o Representativo Autorizado

_____ Fecha _____

Padre si es un Menor/Guardian Legal/o Representativo Autorizado

_____ Fecha _____

Firma de Terapista de Sunshine State Counseling Center, LLC

_____ Fecha _____

Cliente rechazo firmar y reconocer el documento



Permiso Para Obtener/ Revelar Información Confidencial a su Doctor Primario

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo acepto y autorizo que Sunshine State Counseling Center, LLC se comunique y revele la información necesaria a el Doctor Primario mencionado.

Nombre: _____ Agencia: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Información que puede ser obtenida (marque todo lo que aplique):

- Registros Clínicos
- Registros Académicos (exámenes, calificaciones, etc.)
- Registros de Salud
- Registros de Educación Especial/Plan de 504, IEP, Evaluaciones
- Evaluaciones Psiquiátricas
- Evaluaciones Psicológicas
- Evaluaciones de Trabajo Social
- Evaluaciones de Educación
- Evaluaciones de Lenguaje
- Otras Evaluaciones (terapia ocupacional, etc.)
- Otro

Firma de Cliente/Padre/Guardian

Nombre	Relación al Cliente
_____	_____
