



INFORMACIÓN ACERCA DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO

Bienvenido al Centro y gracias por habernos escogido para usar nuestros servicios. Es importante que usted sea informado acerca de la naturaleza de psicoterapia, las pólizas y procedimientos que gobiernan la ayuda que recibirá aquí, las tarifas que cobramos por nuestros servicios, y sus derechos como cliente. En este paquete, hay un lugar para firmar, indicando su consentimiento para tratamiento. Si usted es veterano, miembro del servicio activo, cónyuge, cónyuge sobreviviente o hijo de un veterano o miembro del servicio activo (incluyendo, por supuesto, hijastros y niños adoptivos), por favor, háganos saberlo. Tenemos muchos recursos y servicios de descuento para familias de militares a través de nuestro programa Esperanza para los Héroos (Hope for Heroes).

Psicoterapia: Las palabras “consejería” y “psicoterapia” (terapia) se usan intercambiadas para indicar formas de ayuda psicológica para varios tipos de angustias personales o de familia (por ejemplo, depresión, ansiedad, problemas matrimoniales). Las metas de la terapia alcanzan el alivio de los síntomas a un cambio de vida significativo como se gana una mejor comprensión de las circunstancias personales, interpersonales y sociales.

Los empleados del Centro incluyen consejeros profesionales con licencia, trabajadores sociales con licencia, matrimonios con licencia y terapeutas familiares. También tenemos empleados y terapeutas en entrenamiento que trabajan bajo la supervisión de terapeutas con licencia, que están practicando para obtener títulos avanzados o para cumplir con las normas de elegibilidad para la licencia. Todos los empleados trabajan dentro de las normas y directrices éticas de las leyes estatales de licencias, las asociaciones profesionales y las normas nacionales de acreditación del Instituto Samaritano.

Proceso de Terapia: La terapia comienza con el proceso de una entrevista de información básica para evaluar sus necesidades y dificultades. Su terapeuta trabajará con usted para determinar el mejor curso de tratamiento. Terapia ha demostrado tener muchos beneficios (por ejemplo, mejores relaciones, soluciones a problemas específicos, reducciones significativas en los sentimientos de angustia). Los avances en la terapia dependen de varios factores, entre ellos la asistencia regular, hablar abiertamente de sus circunstancias con su terapeuta, motivación, esfuerzo, y las circunstancias de la vida.

Usted y su terapeuta decidirán juntos cuando su terapia es completa, pero usted puede optar por retirarse en cualquier momento. Si usted decide retirarse, se le recomienda que tenga al menos una cita final con su terapeuta en lugar de la terminación por teléfono, correo, o por no presentarse. Periódicamente durante el tratamiento, se le puede pedir que complete una encuesta acerca de su progreso. Sus respuestas se utilizan para realizar ajustes en el proceso de la terapia y para ayudar al Centro en la evaluación de las fortalezas y debilidades de nuestros servicios.

El Centro Samaritano cree en un enfoque integrado de tratamiento espiritual y tenemos experiencia en la inclusión de su fe/creencias espirituales y prácticas como parte del proceso terapéutico. Es nuestra filosofía de trabajar dentro de su propio sistema de creencias. Nuestros terapeutas no imponen sus creencias personales sobre usted e incluirán la discusión de la espiritualidad/religión/fe conforme a sus deseos expresados.

Sus Derechos como un Cliente.

Usted tiene todos los derechos establecidos por el Estado de Texas que gobiernan las prácticas clínicas. Estos incluyen:

- El derecho de consentir a un tratamiento,
- El derecho de recibir toda la información de su terapeuta respecto a sus credenciales profesionales,
- El derecho de solicitar un terapeuta diferente,
- El derecho de terminar su tratamiento en cualquier instante,
- El derecho de acceso a los procedimientos para formular una queja,
- El derecho a que su historia clínica mantenga como privado (ver "Confidencialidad" abajo),
- También tiene el derecho de que le expliquen todas las pruebas, procedimientos y recomendaciones en términos sencillos, y también tiene el derecho de rechazar tales pruebas, procedimientos y recomendaciones.

Confidencialidad: Lo que usted le dice a su terapeuta será confidencial y no será revelado a otras personas o agencias sin su permiso por escrito, excepto cuando está obligada por leyes estatales o federales, ordenes de la corte, o como parte de la práctica profesional del centro. Creemos en un enfoque integrado de salud y compartir información sobre usted a otros proveedores de salud médica y / o mental, dentro o fuera del Centro con el fin de maximizar sus resultados del tratamiento. Para más información, por favor consulte nuestro *Aviso de Prácticas de Privacidad y Prácticas de Privacidad de Reconocimiento*, y puede solicitar una copia. No dude en pedir una aclaración sobre cualquier cosa que no entienda. Su privacidad es muy importante para nosotros, y queremos hacer todo lo posible para protegerla.

Tarifas y Pagos: La tarifa regular es de \$120.00 por una sesión de 55 minutos por los servicios de terapia y \$150.00 para la sesión inicial. Si usted no tiene los recursos financieros para poder pagar la tarifa regular del Centro, es posible ajustar su tarifa tomando en cuenta sus ingresos y número de miembros familiares. Documentación adecuada es necesaria. El pago de la tarifa acordada se debe al momento de su cita a menos de que tenga otros arreglos. Puede pagar en efectivo, cheque, o tarjeta de crédito.

Cheques Regresados y Cargos a Tarjetas de Crédito por Falta de Fondos: Una cuota de \$25 se cobra en todos los cheques devueltos por fondos insuficientes y cargos de tarjeta de crédito rechazados.

Aseguranza y Otras Maneras de Pago: Si usted desea usar aseguranza u otra cobertura de pagar (por ejemplo alguna organización o Programa de Asistencia al Empleado - EAP) para la terapia, usted es responsable de proporcionar al Centro toda la información completa y correcta. El Centro no garantiza que su compañía de seguros u otra organización paguen por sus costos. Usted es responsable por los saldos en su cuenta y por los deducibles y pagos personales requeridos por su compañía de seguros u otra cobertura.

Aseguranza y Confidencialidad: Usted debe saber que su contrato con su aseguranza requiere que el Centro proporcione a la compañía toda la información referente a los servicios que usted recibe de nosotros. Como mínimo, estamos obligados a proporcionar un diagnóstico clínico. Algunas empresas requieren información adicional tal como planes de tratamiento, un resumen, o copias completas de su historia clínica. Hacemos todos los esfuerzos posibles para entregar la mínima información necesaria en cada caso. Esta información se convertirá como parte de los archivos de la compañía de seguros. Aunque todas las compañías de seguros afirman que su información es confidencial, nosotros no tenemos control sobre lo que ellos hacen con su información privada una vez que haya sido entregado a ellos.

Citas y Cancelaciones: **Si usted no se presenta a una cita o no cancela con 24 horas de anticipación, se le cobrará por la sesión.** Preferimos que nos dé 48 horas de aviso, para que nosotros podamos programar alguna otra persona para ese periodo. Este cargo no está cubierto por su aseguranza. **Si usted utiliza una aseguranza, se le cobrará una cuota de cancelación de \$50 por una cita perdida o una cancelación tarde.** Si usted está pagando de forma privada, se le cobrará la cuota que se paga normalmente para una sesión de terapia **(cargo mínimo de \$20 y máximo de \$50 por una cita perdida o una cancelación tarde).** Si usted no llega a su cita por dos semanas en fila o dos veces en un mes, perderá su cita recurrente. Pedimos una notificación de dos semanas de sus planes para terminar el tratamiento.

Procedimientos Legales: Los empleados del Centro **no proporcionan testimonio en procedimientos legales.** Sin embargo, si legalmente existe una demanda que su terapeuta se presente en corte, usted está de acuerdo de pagar por cualquier tiempo de preparación requerido, por el tiempo de su terapeuta fuera de la oficina, y para viajes a un costo que puede ser igual o mayor precio por hora del Centro.

Póliza de Correo Electrónico: No podemos garantizar la confidencialidad de la información compartida por correo electrónico. El correo electrónico no es una forma recomendada de comunicación con un terapeuta o miembro del personal del Centro Samaritano.

Emergencias: Si usted tiene un problema urgente, programaremos una cita con su terapeuta o una terapeuta disponible tan pronto como sea posible. Si usted está experimentando una emergencia que pone en peligro la vida y necesita apoyo de salud mental después de las horas de oficina, por favor comuníquese con el 9-1-1 o con la Línea Directa Nacional de Suicidio al 1-800-273-8255. Si usted está experimentando una emergencia no amenazante que no puede esperar hasta el siguiente día hábil, comuníquese con el personal de guardia del Centro Samaritano al 512-656-5517 (tenga en cuenta que se trata de un teléfono inalámbrico y por lo tanto no es seguro línea). Abierto por la noche se pueden dejar mensajes en el sistema de correo de voz del Centro al 512-451-7337, pero no deje un mensaje urgente, ya que estos mensajes no pueden ser revisados hasta el siguiente día hábil.

Quejas: Se le anima a hablar primero con nuestro personal acerca de cualquier preocupación que tenga sobre nuestros servicios; Sin embargo, si usted prefiere, usted puede presentar una queja formal ante el Director Clínico dentro de los 45 días siguientes a la vez que se da cuenta de un problema. Vamos a investigar y tratar de resolver en el plazo de 30 días. Si el problema no se resuelve, el director ejecutivo del Centro investigará y preparará una decisión escrita dentro de 10 días. Usted puede apelar la decisión del director ejecutivo directamente con la Junta Directiva del Centro dentro de los 14 días. La decisión del Consejo de Administración es final. Usted no va a ser amenazado o penalizado de ninguna manera por presentar sus preocupaciones informalmente hablando con el personal, o formalmente mediante la presentación de una queja.

Líneas directas de Quejas del Consumidor: Para presentar una queja contra una terapeuta, puede llenar un formulario de queja por escrito con el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas. Para más información por favor visite www.dshs.texas.gov/plc/plc_complain.shtm o llama 1- 800-942-5540.

Firma de la Persona Responsable: He sido informado de las Pólizas y Procedimientos del Centro Samaritano:

Firma de Participante de Terapia o Representante Legal: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso: _____

FORMA DE INFORMACION PERSONAL

Personal Information Form

Fecha _____
Date _____**Por favor complete toda la información solicitada. Complete una forma por cada niño que participará en la terapia.**

Nombre First Name _____ Segundo Nombre Middle Initial _____ Apellido Last Name _____

Fecha de Nacimiento Birth Date ____/____/____ Sexo: Gender Masculino Male Femenino Female

Dirección Address _____ Ciudad City _____ Estado State _____

Código Postal Zip _____ Condado County Travis Williamson Hays Otro Other _____**Etnicidad:** Africano- Americano African- American Anglo Anglo/Caucasian Asiático Asian
Ethnicity Hispano/Latino Hispanic/Latino Indio American Native American Otro Other**Ingresos Anuales:** Annual Household Income \$ _____**Número de personas que viven en su casa:** Number of people living in household _____**¿Es miembro de las Fuerzas Armadas de EUA?:** Are you a military: Miembro de Servicio Activo Active Service Member Veterano Veteran Miembro de la Familia Family Member No se aplica N/A

Relación con veterano o miembro de servicio: Relationship to Veteran or Service Member _____

POR FAVOR PROVEEN DD214 o IDENTIFICACIÓN MILITAR para calificar para nuestra programas y descuentos de "ESPERANZA PARA HÉROES". *PLEASE PROVIDE DD214 or MILITARY ID to qualify for our HOPE FOR HEROES programs and discounts.*Información del Contacto:**

Teléfono de Casa Home Phone _____ Teléfono del Trabajo Work Phone _____ Teléfono Celular Cell Phone _____

¿Qué número podemos usar para dejar mensajes y recordatorios de citas? Which ONE number may we use to leave messages and appointment reminders? Casa Home Trabajo Work Celular Cell

Podemos también ponernos en contacto con usted por... May we also contact you by...

 Carta Letter Correo Electrónico: Email: _____**¿A quién podemos contactar en su nombre en caso de emergencia?** Who may we contact on your behalf in case of emergency?

Nombre Name _____ Número de Teléfono Phone Number _____

Si usted desea que su estado de cuenta sea enviado a una dirección alternativa por favor indíquenos esa dirección:

If you would like your billing statements to be sent to an alternative address please provide that address below:

Dirección Address _____ Ciudad City _____ Estado State _____ Código Postal Zip _____

Información de Seguro Médico: Insurance Information

Nombre del Seguro Primario: Primary Insurance _____ Identificación de Miembro Member ID _____

Nombre del Titular de la Póliza: Policy Holder Name _____ Número de Grupo Group Number _____

Fecha de Nacimiento del Titular Policy Holder's Date of Birth ____/____/____ ¿Es un plan de Medicare? Is this a Medicare plan? ____ (sí o no)

Nombre del Seguro Secundario: Secondary Insurance _____ Identificación de Miembro Member ID _____

Nombre del Titular de la Póliza: Policy Holder Name _____ Número de Grupo Group Number _____

Fecha de Nacimiento del Titular Policy Holder's Date of Birth ____/____/____ ¿Es un plan de Medicare? Is this a Medicare plan? ____ (sí o no)

¿Hay alguien que no sea usted que es el responsable de los pagos? Will someone other than yourself be responsible for payments? **Sí No**

• En caso afirmativo, por favor complete lo siguiente: If yes, please complete the following:

• **En esta sección se requiere para menores de edad. This section is required for minors.**

Nombre de la Organización (si es aplicable): Organization (if applicable) _____

Nombre de la Persona First Name _____ Apellido Last Name _____ Número de Teléfono Phone Number _____

Dirección Address _____ Ciudad City _____ Estado State _____ Código Postal Zip _____

La firma de la persona asegurada o responsable: La firma de la persona asegurada o responsable: Doy mi consentimiento y autorizo al Centro Samaritano para liberar la información de apoyo médico o de otro tipo necesaria para procesar mis reclamaciones de seguros y / o para colectar el pago de la persona / organización antes mencionado. Yo autorizo el pago de beneficios médicos al Centro Samaritano. Yo entiendo que soy responsable de todos los deducibles y copagos. Entiendo que soy responsable por el 100% de mis cargos si soy un cliente de pago privado. Entiendo todos los cargos y copagos son debido al tiempo de servicio. Entiendo que debo informar al Centro Samaritano si mi aseguranza es un plan de **Medicare o Medicaid** y que si no lo hago, estoy renunciando a mis derechos a usar mi plan de seguro de **Medicare o Medicaid** y yo seré responsable de todos los cargos y copagos.Nombre Impreso: _____ Firma: _____ Fecha: _____
Printed Name Signature Date

FORMA DE INFORMACION PERSONAL

Personal Information Form

Fecha _____
Date _____**Por favor complete toda la información solicitada. Complete una forma por cada adulto que pueda acompañar al niño.**

Nombre First Name _____ Segundo Nombre Middle Initial _____ Apellido Last Name _____

Fecha de Nacimiento Birth Date ____/____/____ Sexo: Gender Masculino Male Femenino Female

Dirección Address _____ Ciudad City _____ Estado State _____

Código Postal Zip _____ Condado County Travis Williamson Hays Otro Other _____**Etnicidad:** Africano- Americano African- American Anglo Anglo/Caucasian Asiático Asian
Ethnicity Hispano/Latino Hispanic/Latino Indio American Native American Otro Other**Ingresos Anuales:** Annual Household Income \$ _____**Número de personas que viven en su casa:** Number of people living in household _____**¿Es miembro de las Fuerzas Armadas de EUA?:** Are you a military: Miembro de Servicio Activo Active Service Member Veterano Veteran Miembro de la Familia Family Member No se aplica N/A

Relación con veterano o miembro de servicio: Relationship to Veteran or Service Member _____

POR FAVOR PROVEEN DD214 o IDENTIFICACIÓN MILITAR para calificar para nuestra programas y descuentos de "ESPERANZA PARA HÉROES". *PLEASE PROVIDE DD214 or MILITARY ID to qualify for our HOPE FOR HEROES programs and discounts.*Información del Contacto:**

Teléfono de Casa Home Phone _____ Teléfono del Trabajo Work Phone _____ Teléfono Celular Cell Phone _____

¿Qué número podemos usar para dejar mensajes y recordatorios de citas? Which ONE number may we use to leave messages and appointment reminders?

 Casa Home Trabajo Work Celular Cell

Podemos también ponernos en contacto con usted por... May we also contact you by...

 Carta Letter Correo Electrónico: Email: _____**¿A quién podemos contactar en su nombre en caso de emergencia?** Who may we contact on your behalf in case of emergency?

Nombre Name _____ Número de Teléfono Phone Number _____

Si usted desea que su estado de cuenta sea enviado a una dirección alternativa por favor indíquenos esa dirección:

If you would like your billing statements to be sent to an alternative address please provide that address below:

Dirección Address _____ Ciudad City _____ Estado State _____ Código Postal Zip _____

Información de Seguro Médico: Insurance Information

Nombre del Seguro Primario: Primary Insurance _____ Identificación de Miembro Member ID _____

Nombre del Titular de la Póliza: Policy Holder Name _____ Número de Grupo Group Number _____

Fecha de Nacimiento del Titular Policy Holder's Date of Birth ____/____/____ ¿Es un plan de Medicare? Is this a Medicare plan? ____ (sí o no)

Nombre del Seguro Secundario: Secondary Insurance _____ Identificación de Miembro Member ID _____

Nombre del Titular de la Póliza: Policy Holder Name _____ Número de Grupo Group Number _____

Fecha de Nacimiento del Titular Policy Holder's Date of Birth ____/____/____ ¿Es un plan de Medicare? Is this a Medicare plan? ____ (sí o no)

¿Hay alguien que no sea usted que es el responsable de los pagos? Will someone other than yourself be responsible for payments? **Sí No**

• En caso afirmativo, por favor complete lo siguiente: If yes, please complete the following:

• **En esta sección se requiere para menores de edad. This section is required for minors.**

Nombre de la Organización (si es aplicable): Organization (if applicable) _____

Nombre de la Persona First Name _____ Apellido Last Name _____ Número de Teléfono Phone Number _____

Dirección Address _____ Ciudad City _____ Estado State _____ Código Postal Zip _____

La firma de la persona asegurada o responsable: La firma de la persona asegurada o responsable: Doy mi consentimiento y autorizo al Centro Samaritano para liberar la información de apoyo médico o de otro tipo necesaria para procesar mis reclamaciones de seguros y / o para coleccionar el pago de la persona / organización antes mencionado. Yo autorizo el pago de beneficios médicos al Centro Samaritano. Yo entiendo que soy responsable de todos los deducibles y copagos. Entiendo que soy responsable por el 100% de mis cargos si soy un cliente de pago privado. Entiendo todos los cargos y copagos son debido al tiempo de servicio. Entiendo que debo informar al Centro Samaritano si mi aseguranza es un plan de **Medicare o Medicaid** y que si no lo hago, estoy renunciando a mis derechos a usar mi plan de seguro de **Medicare o Medicaid** y yo seré responsable de todos los cargos y copagos.Nombre Impreso: _____ Firma: _____ Fecha: _____
Printed Name Signature Date



Solicitud de Beca del Centro Samaritano

Samaritan Center Scholarship Application

Nombre: Name _____

Date: Fecha _____

El Centro Samaritano se esfuerza por ofrecer servicios asequibles para todos los individuos, independientemente de su situación financiera. Con el fin de proporcionar un tratamiento asequible, ofrecemos un programa de becas para las personas con una necesidad financiera significativa. Para determinar su elegibilidad, por favor complete este formulario y devuélvalo a la oficina principal con la prueba de los ingresos del mes pasado o su declaración de impuestos más reciente. *Si se le ofrece una beca, le pediremos documentación permanente para verificar los ingresos cada seis meses o cada cuando ingresos/información de su casa cambian.*

PORFAVOR COMPLETE TODOS LOS CAMPOS: PLEASE COMPLETE ALL FIELDS:Servicio(s) solicitado: Service requesting: Consejería Counseling Acupuntura Acupuncture Telepsiquiatría Telepsychiatry

Ingreso mensual combinado del hogar: _____ **Número de personas que se soporta bajo este ingreso:** _____
 Combined monthly household income: _____ Total # dependents living in your home: _____

Parte 1: Ingresos Mensuales (Incluya todos los ingresos para todos los miembros en el hogar) Part 1: Monthly Household Income (all sources for all members in household)	Parte 2: Gastos Excepcionales Mensuales (No incluye los gastos de manutención tradicionales) Part 2: Monthly Exceptional Expenses (does not include traditional living expenses)
Sueldos Brutos y Salarios: Gross Salary and Wages:	Principales pagos de la deuda médica (si realiza pagos mensuales): Major Medical Debt Payments (if making monthly payments):
Manutención de Niños: Child Support:	Cuidado de Niños: Child Care:
Jubilación: Retirement:	Cuidado de Adultos: Adult Care:
Seguro Social, beneficios de veteranos, u otros beneficios: Social Security, VA benefits, or other benefits:	Otros Gastos: Other:
Ingresos de Renta: Rental-Lease Income:	
Otros Ingresos: Other Income:	
Total de Ingresos: Total Income:	Total de Gastos Inusuales: Total Unusual Expenses:

Acknowledgement:

He sido informado de los procedimientos de becas y entiendo que soy responsable de pagar cualquier saldo que yo acumulo. Entiendo que si estoy pagando una tarifa reducida, esto es una beca que se basa en información financiera dada al Centro. Si en algún momento mi situación financiera cambia, informaré al Centro y proveeré la información que se usará en la determinación de un nuevo acuerdo de pago. Además, entiendo que si he acumulado un saldo de crédito en el momento de la terminación del servicio, esos fondos adicionales en mi cuenta se aplicarán a reembolsar al Centro Samaritano para todos los fondos de becas que he recibido. Entiendo que soy financieramente responsable por el costo de citas pérdidas o cancelaciones con menos de un aviso de 24 horas. Estoy renunciando a mi derecho a usar un seguro, incluyendo Medicare y Medicaid, y entiendo que el Centro Samaritano no estará cobrando seguro por ningún servicio proporcionado.

Firma de Cliente: Client's Signature _____ Fecha: Date _____

Firma de Personal del Centro: SCCPC Staff Signature: _____ Fecha: Date _____

Para ser completado por el empleado del Centro**To Be Completed By Staff:**

Adjusted Annual Income: _____ Agreed Upon Fee: _____

Copy of Income Documentation Verified and Collected by (staff initials): _____

Extenuating Circumstances: _____

Approval/signature of officer manager: _____

Printed Name: _____ Date: _____



PÓLIZA DE CANCELACIÓN Y NO PRESENTE CANCELLATION AND NO SHOW POLICY

Si es necesario cancelar su cita programada, **requerimos que llame al menos 24 horas antes de su cita.** Su cancelación anticipada dará a otro cliente la oportunidad de recibir servicios. La falta de presentarse en la cita programada o cancelación dentro de las 24 horas se registrará como un **"Cancelación o No Presente Cargo"** y la cuota se facturará a su cuenta.

Si usted utiliza una aseguranza, se le cobrará una cuota de cancelación de \$50 por una cita perdida o una cancelación tarde. Este cargo no está cubierto por su aseguranza. Si usted está pagando de forma privada, se le cobrará la cuota que se paga normalmente para una sesión de terapia (cargo mínimo de \$20 y máximo de \$50 por una cita perdida o una cancelación tarde).

Si entendemos que pueden surgir situaciones, como organización sin fines de lucro, nuestra meta es prevenir que no se muestren que impiden la atención oportuna a *todos* los clientes, **por lo que la enfermedad sin documentación puede no ser una excusa válida para cancelar sin una notificación de 24 horas.**

Le agradecemos de antemano por su cooperación y comprensión.

Yo reconozco la póliza de cancelación y no presente del Centro Samaritano.

Firma del Cliente: Client's Signature _____ Fecha: Date _____

Nombre Impreso: Printed Name _____

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE RECONOCIMIENTO

PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT

Por Favor Escribe Su Nombre: Client's Name Printed: _____

Por favor de leer y completar UNA forma por cada pareja y / o familia. Please read and complete ONE form for each couple and/or family

He revisado el *Aviso de Prácticas de Privacidad* y yo entiendo y reconozco que:

- El *Aviso de Prácticas de Privacidad* del Centro Samaritano (SCCPC) se puede encontrar en la sala de espera donde puedo ver en cualquier momento, y puede solicitar una copia de la notificación en cualquier momento. El aviso también está publicada en el sitio web: www.samaritan-center.org
- Si tengo alguna pregunta sobre el aviso debo preguntar a mi terapeuta o el Oficial de Privacidad del Centro Samaritano (SCCPC) para una aclaración.
- El Centro Samaritano (SCCPC) puede cambiar o modificar su *Aviso de Prácticas de Privacidad* en cualquier momento y tengo el derecho de obtener un *Aviso de Prácticas de Privacidad* revisado por acceso en www.samaritan-center.org, llamando a la oficina y solicitando una copia revisada enviando por correo, o solicitando una en el momento de mi siguiente cita.

Yo entiendo que las leyes estatales y / o federales permiten o requieren el uso o divulgación de mi información médica sin mi consentimiento o autorización en las siguientes circunstancias:

- **Abuso Infantil:** Si tenemos razones para creer que un niño ha sido o puede ser abusado, descuidado o abusado sexualmente, tenemos que hacer un informe dentro de 48 horas al Departamento de Protección y Regulación de Texas.
- **Abuso de Adultos:** Si tenemos razones para creer que una persona mayor o discapacitada ha sido o puede ser abusado, descuidado o explotado, debemos informar de ello inmediatamente al Departamento de Protección y Regulación de Texas.
- **Amenaza Grave a la Salud o Seguridad:** Si determinamos que hay una probabilidad de daño físico inminente por usted a sí mismo o a otros, o hay una probabilidad de daño mental o emocional inmediata para usted, podemos divulgar información confidencial de salud mental correspondiente a personal médico o de aplicación de la ley.
- **Procedimientos Judiciales y Administrativos:** Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa.

Cada Participante ADULTO en Terapia debe firmar abajo (sólo se necesita una forma para cada pareja y / o familia):

Each ADULT Participant in Counseling must sign below (only one form is needed for each couple and/or family):

Participante de Terapia o Representante Legal Counseling Participant or Legal Representative	Fecha Date	Descripción de la Autoridad del Representante Legal Description of Legal Representative's Authority
Participante de Terapia o Representante Legal Counseling Participant or Legal Representative	Fecha Date	Descripción de la Autoridad del Representante Legal Description of Legal Representative's Authority
Participante de Terapia o Representante Legal Counseling Participant or Legal Representative	Fecha Date	Descripción de la Autoridad del Representante Legal Description of Legal Representative's Authority
Participante de Terapia o Representante Legal Counseling Participant or Legal Representative	Fecha Date	Descripción de la Autoridad del Representante Legal Description of Legal Representative's Authority

Si el participante en terapia es menor de edad: If counseling participant is a minor:

Nombre Impreso del Menor Print Minor's Name	Nombre Impreso del Menor Print Minor's Name
Nombre Impreso del Menor Print Minor's Name	Nombre Impreso del Menor Print Minor's Name
Firma del Padre, Tutor o Representante Legal Signature of Parent, Guardian or Legal Representative	Fecha Date
Firma del Empleado del Centro Samaritano SCCPC Staff's Signature	Fecha Date

Descripción de la Autoridad del Representante Legal
Description of Legal Representative's Authority

FORMA DE ACUERDO Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

AGREEMENT & CONSENT FOR TREATMENT FORM

Por Favor Escribe Su Nombre (Client's Name Printed) _____

Por favor de leer y completar UNA forma por cada pareja y / o familia. Please read and complete ONE form for each couple and/or family

He leído y entiendo la información contenida en el documento *Información Acerca de los Servicios del Centro*. Al firmar *Forma de Acuerdo y Consentimiento para Tratamiento*, yo reconozco que:

- Yo consiento en el tratamiento ofrecido por el Centro Samaritano (SCCPC).
- Yo voluntariamente acepto la terapia ofrecido por el terapeuta, cuyo nombre se lista en esta forma.
- Yo puedo retirarme del tratamiento en cualquier instante a menos de que el tratamiento sea ordenado por la corte.
- Yo tengo 18 años o mayor y no he sido declarado incompetente por una corte legal, o
- Yo soy el padre/madre o guardián/nombrado por la corte u otro representante autorizado del cliente que va a ser tratado, siempre y cuando dicho cliente tiene 17 años de edad o menos, o
- En caso de ser menor de edad yo tengo la autorización de aceptar tratamiento bajo las condiciones descritas en el Código de Familia de Texas (Texas Family Code).
- También declaro que yo soy responsable financieramente al Centro por todos los servicios y tratamientos proporcionados a la persona mencionada en este consentimiento.
- Yo he recibido una copia de mis derechos como cliente en el Estado de Texas, incluido en *Información Acerca de los Servicios del Centro*.

Además yo reconozco lo siguiente:

- Yo entiendo que la terapia es un esfuerzo conjunto entre el terapeuta y el cliente, cuyos resultados no pueden garantizarse. El progreso depende de muchos factores, incluyendo la motivación, el esfuerzo y circunstancias de la vida.
- Si mi terapeuta considera que el tratamiento no es adecuado para mis circunstancias, o que necesito ser referido a otro profesional, seré notificado de tal decisión.
- Yo entiendo que un tratamiento efectivo depende de que asista puntualmente todas las sesiones programadas para mi tratamiento y que yo hable de una manera franca y abierta con mi terapeuta.
- Yo reconozco que mi terapeuta tiene el derecho de rechazar servicios si estoy bajo de la influencia de drogas o alcohol, para incluir el uso indebido de medicamentos recetados.
- Mi terapeuta me informara de cualquier posible riesgo al solicitar la terapia y buscara la mejor manera de tratamiento.
- Yo entiendo que tengo derecho de que se me explique en términos simples lo que cubre cualquier prueba, procedimientos y recomendaciones. Yo tengo el derecho de rechazar pruebas, procedimientos o recomendaciones.
- Se me ha informado que mi terapeuta es un Personal Terapeuta Terapeuta en Formación.

Yo reconozco que la información contenida en la *Forma de Acuerdo y Consentimiento para Tratamiento* se ha puesto a mi disposición, se ha explicado a mí o leído por mí y que fue presentado claramente sin lenguaje técnica. Con mi firma yo declaro que la información es entendida por mí y me permite hacer un consentimiento voluntario informado a este tratamiento.

Cada Participante ADULTO en Terapia debe firmar abajo (sólo se necesita una forma para cada pareja y / o familia):

Each ADULT Participant in Counseling must sign below (only one form is needed for each couple and/or family):

Participante de Terapia o Representante Legal Counseling Participant or Legal Representative	Fecha Date	Descripción de la Autoridad del Representante Legal Description of Legal Representative's Authority
---	---------------	--

Participante de Terapia o Representante Legal Counseling Participant or Legal Representative	Fecha Date	Descripción de la Autoridad del Representante Legal Description of Legal Representative's Authority
---	---------------	--

Participante de Terapia o Representante Legal Counseling Participant or Legal Representative	Fecha Date	Descripción de la Autoridad del Representante Legal Description of Legal Representative's Authority
---	---------------	--

Si el participante en terapia es menor de edad: If counseling participant is a minor:

Nombre Impreso del Menor Print Minor's Name _____

Nombre Impreso del Menor Print Minor's Name _____

Nombre Impreso del Menor Print Minor's Name _____

Nombre Impreso del Menor Print Minor's Name _____

Firma del Padre, Tutor o Representante Legal
Signature of Parent, Guardian or Legal Representative

Fecha
Date

Descripción de la Autoridad del Representante Legal
Description of Legal Representative's Authority

Firma del Empleado del Centro Samaritano
SCCPC Staff's Signature

Fecha
Date

NIÑO / ADOLESCENTE CHILD/ADOLESCENT

CUESTIONARIO DE HISTORIA PERSONAL PERSONAL HISTORY QUESTIONNAIRE

Nombre de Niño/Joven: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Fecha de Hoy: ____/____/____
 Child/Youth Name DOB Age Today's Date

MÉDICO MEDICAL

Mi niño/adolescente está bajo del cuidado de un médico: (Marque uno o más) My child/adolescent is currently under a doctor's care: (check one or more)

Nadie Nobody Psiquiatra Psychiatrist Médico de Familia Family Doctor Especialista Specialist Otro Other _____

Nombre de Doctor(es): Name of Doctor(s) _____

Cualquiera alergia conocida: Any known allergies _____

Fecha de la última visita de doctor: Date of Last Doctor's Visit ____/____/____ Fecha del último examen físico: Date of Last Physical ____/____/____

Estado de Salud: Status of Health _____

Indique cambios recientes en: (marque todos que aplican) Indicate recent changes in: (check all that apply)

Peso Weight Apetito Appetite Hábito de dormir Sleeping patterns Estado de humor Mood

Por favor haga una lista de cualquier enfermedad **mayor**, padecimientos, daños físicos o problemas de su hijo: Please list any *major* illnesses, injuries, health problems your child has had: _____

Sí Yes No No - ¿Su hijo ha sido hospitalizado por razones médicas o psiquiátricas? En caso afirmativo, explique a continuación.
 Has your child ever had to be **hospitalized** for medical *or* psychiatric reasons? If yes, please explain below. _____

Medicamentos Recientes y la dosis (medicamentos, incluyendo los que no requieren prescripción médica y la dosis): Current medications and dosage (prescriptions and over-the-counter): _____

Sí Yes No No - ¿Su hijo ha tenido consejería de salud mental o asistencia psiquiátrica previa? En caso afirmativo, indique el tipo, cuando (aproximada), y con quién: Has your child had previous counseling or psychiatric care? If yes, please indicate type, when (approximate), and with whom: _____

INFORMACIÓN INTERPERSONAL/SOCIAL INTERPERSONAL / SOCIAL INFORMATION

Por favor, describa la red de apoyo social de su hijo (marque lo que corresponda): Please describe your child's social support network (check all that apply):

Familia Family Vecinos Neighbors Amigos Friends Centro Religioso/Espiritual Religious/Spiritual Center

Grupo de Apoyo/Autoayuda Support/Self-Help Group Grupo de la Comunidad Community Group Otro: Other: _____

¿Qué le gusta su familia hacer para divertirse? What does your family like to do for fun? _____

INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN EDUCATION INFORMATION

NIVEL DE EDUCACION: EDUCATION LEVEL _____

COLEGIO QUE ASISTE: SCHOOL CURRENTLY ATTENDING _____

Las calificaciones escolares de este año: This year's school grades: Excelente Excellent Bueno Good Regular Fair Malo Poor

Últimas calificaciones de la escuela: Past school grades: Excelente Excellent Bueno Good Regular Fair Malo Poor

Comportamiento escolar de este año: This year's school behavior: Excelente Excellent Bueno Good Regular Fair Malo Poor

Comportamiento escolar pasado: Past school behavior: Excelente Excellent Bueno Good Regular Fair Malo Poor

¿Su hijo ha tenido alguna de las siguientes dificultades en la escuela? Has your child had any of the following difficulties at school?

Suspensión Suspension Tareas incompletas Incomplete homework Problemas de aprendizaje Learning difficulties

Bajas calificaciones Poor grades Remisiones o detenciones Referrals or detentions Problemas del habla Speech problems

Ha sido objeto de burlas (incluyendo la intimidación cibernética) Problemas de asistencia Attendance problems

Getting teased or picked on (including cyber bullying)

Sí Yes No No - ¿Alguna vez su hijo repetido o saltado un grado? En caso afirmativo, por favor explique. Has your child ever repeated or skipped a grade? If yes, please explain. _____

Sí Yes No No - ¿Su hijo ha recibido servicios alguna vez de Educación Especial o adaptaciones en la escuela (incluyendo 504, Programa Educativo Individualizado)? En caso afirmativo, por favor explique. Has your child ever received Special Education services or accommodations at school (including 504, IEP)? If yes, please describe. _____

¿Cuáles son algunas de las actividades extracurriculares o pasatiempos de su hijo? What are some of your child's extracurricular activities or hobbies? _____

¿Cuáles son algunas de las fortalezas/habilidades/talentos de su hijo? What are some of your child's strengths/skills/talents? _____

LISTA DE SINTOMAS: SYMPTOM CHECKLIST:

A continuación se muestra una lista de los síntomas que algunos niños pueden experimentar. Por favor **marque todas** las conductas y síntomas de su hijo que usted considera problemático. Below is a list of symptoms some children may experience. Please check all your child's behaviors and symptoms that you consider problematic:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Distraerse con facilidad
Easy distractibility | <input type="checkbox"/> Comportamiento sexual
Sexual behavior | <input type="checkbox"/> Obsesiones o compulsiones
Obsessions or compulsions |
| <input type="checkbox"/> Hiperactividad Hyperactivity | <input type="checkbox"/> Desafío Defiance | <input type="checkbox"/> Adicción a la computadora/los juegos Computer/gaming addiction |
| <input type="checkbox"/> Irritabilidad Irritability | <input type="checkbox"/> Robos Stealing | <input type="checkbox"/> Uso de alcohol/drogas
Alcohol/Drug Use |
| <input type="checkbox"/> Impulsividad Impulsivity | <input type="checkbox"/> Mentiras Lying | <input type="checkbox"/> Comer en exceso/escoder comida
Overeating/hoarding food |
| <input type="checkbox"/> Mala memoria/confusión
Poor memory/confusion | <input type="checkbox"/> Destruye propiedad Destroys property | <input type="checkbox"/> Restricción de la ingesta de alimentos
Restricting food intake |
| <input type="checkbox"/> No/pocos amigos No/few Friends | <input type="checkbox"/> Establece incendios Sets fires | <input type="checkbox"/> Frecuentes dolores de cabeza o dolores de estómago
Frequent headaches or stomachaches |
| <input type="checkbox"/> Falta de habilidades sociales
Poor social skills | <input type="checkbox"/> Problemas del baño Toileting problems | |
| <input type="checkbox"/> Pesadillas Nightmares | <input type="checkbox"/> Ataques de pánico Panic attacks | |
| <input type="checkbox"/> Conflictos entre compañeros/hermanos
Peer/sibling conflicto | <input type="checkbox"/> Tristeza/depresión Sadness/depression | |
| <input type="checkbox"/> Agresión Aggression | <input type="checkbox"/> Cambios de humor Wide mood swings | |
| | <input type="checkbox"/> Ansiedad/preocupación Anxiety/worry | |
| | <input type="checkbox"/> Baja autoestima Low self-esteem | |
| | <input type="checkbox"/> Ver/escuchar cosas que no están ahí
Seeing/hearing things that aren't there | |

Otras preocupaciones: Other Concerns: _____

Sí Yes No No - ¿Su hijo ha tenido pensamientos, declaraciones, o ha intentado hacerse daño? En caso afirmativo, por favor explique. Has your child ever had thoughts, made statements, or attempted to hurt him/herself? If yes, please describe: _____

Sí Yes No No - ¿Su hijo ha tenido pensamientos, declaraciones, o ha intentado hacerle daño a otra persona? En caso afirmativo, por favor explique. Has your child ever had thoughts, made statements, or attempted to hurt someone else? If yes, please describe: _____

¿Aproximadamente cuántas horas al día tiene su hijo tiempo de pantalla (televisión, juegos de computadora/vídeo, internet, o un teléfono inteligente)? Approximately how many hours a day does your child have screen time (television, computer/video games, internet, or smartphone)? _____

HISTORIA DE LA FAMILIA Y DEL DESARROLLO FAMILY AND DEVELOPMENT HISTORY

Sí Yes No No - ¿Hubo problemas médicos durante el embarazo o el nacimiento de su hijo? En caso afirmativo, por favor explique. Were there any medical problems during the pregnancy or birth of your child? If yes, please describe: _____

Sí Yes No No - ¿La madre biológica utilizó algún tipo de tabaco, medicamentos, drogas o alcohol durante el embarazo con este niño? En caso afirmativo, por favor explique las sustancias utilizadas, la cantidad y la frecuencia (si se sabe): Did the biological mother use any tobacco, medication, street drugs, or alcohol while pregnant with this child? If yes, please describe substances used, quantity, and frequency (if known): _____

Sí Yes No No - ¿Su hijo tuvo algún retraso en el desarrollo en la primera infancia (gatear, caminar, hablar, ir al baño, etc.)? En caso afirmativo, por favor explique. Did your child have any developmental delays in early childhood (crawling, walking, talking, toileting, etc.)? If yes, please describe:

LA FAMILIA DE SU HIJO YOUR CHILD'S FAMILY

Padres legalmente casados o viviendo juntos Parents legally married or living together Padres separados temporalmente Parents temporarily separated Padres divorciados o separados de forma permanente Parents divorced or permanently separated

Relación Relationship	Nombre Name	Edad o Año Si ha fallecido Age or Year if Deceased	Vive con niño? Lives with Child?	Nivel de Educación Education Level	Ocupación Occupation	Calidad de Relación Quality of Relationship
Madre: Mother						
Padre: Father						
Madrastra: Step-Mother						
Padrastro: Step-Father						
Otros Cuidadores: Other Primary Care Giver(s)						
Hermanos: Siblings						

INFORMACIÓN LEGAL LEGAL INFORMATION

¿Si los padres del niño están separados o divorciados, cuál es el acuerdo de custodia o visitas del niño? If child's parents are separated or divorced, what is the current child custody/visitation arrangement? _____

Sí Yes No No - ¿Su hijo es objeto de un caso de custodia? Is your child currently the subject of a custody case? _____

Sí Yes No No - ¿Su hijo tiene alguna infracción legal registrada o pendiente en los tribunales? Does your child have any legal offenses on record or pending in the courts? _____

ESTRESORES STRESSORS

A continuación se muestra una lista de los factores de estrés que su hijo pueda haber experimentado. La comprensión de lo que ha ocurrido en la vida de su hijo nos ayuda a formar un plan de tratamiento más eficaz para su niño y su familia. Below is a list of stressors that your child may have experienced. Understanding what has happened in your child's life helps us form a more effective treatment plan for your child and family.

Por favor marque todos los que apliquen: Please check all that apply:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Desastres naturales Natural disaster | <input type="checkbox"/> Víctima de abuso sexual Victim of sexual abuse |
| <input type="checkbox"/> Trauma médico (tal como una enfermedad crónica o cirugía/procedimiento médico)
Medical trauma (such as chronic illness or surgery/medical procedure) | <input type="checkbox"/> Víctima de abuso verbal/emocional
Victim of verbal/emotional abuse |
| <input type="checkbox"/> Cambios frecuentes (de casas/escuelas)
Frequent moves (from homes/schools) | <input type="checkbox"/> Responsable de abuso Perpetrator of abuse |
| <input type="checkbox"/> Tiempo en cuidado de crianza Time in foster care | <input type="checkbox"/> Accidente de vehículo Vehicle accident |
| <input type="checkbox"/> Separación de los padres o cuidadores
Separation from parent or caregiver | <input type="checkbox"/> Víctima de un crimen Victim of a crime |
| <input type="checkbox"/> Dolor/pérdida de un ser querido Grief/loss of a loved one | <input type="checkbox"/> Refugiado/zona de guerra Refugee/war zone |
| <input type="checkbox"/> Violencia doméstica en el hogar Domestic violence in the home | <input type="checkbox"/> Comunidad/violencia escolar o acoso
Community/school violence or bullying |
| <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias en el hogar Substance abuse in the home | <input type="checkbox"/> Víctima de un secuestro Victim of kidnapping |
| <input type="checkbox"/> Víctima de abuso físico/negligencia
Victim of physical abuse/neglect | <input type="checkbox"/> Parental separación/divorcio Parental separation/divorce |
| | <input type="checkbox"/> Pobreza Poverty |

Forma de Coordinación de Salud Healthcare Coordination Form

Nombre de Cliente: Client Name _____ Fecha de Nacimiento: Birthdate ____/____/____

Cliente: Estudios indican que existe una estrecha relación entre la salud física y mental y que mejores resultados del tratamiento se lograrán si su terapeuta y su médico de atención primaria coordinan su cuidado. Muchas dolencias físicas tienen su origen en problemas psicosociales y los síntomas físicos pueden ser signos de estrés mental. Esta coordinación y la consulta es especialmente importante si usted está tomando medicamentos. Los medicamentos pueden tener efectos secundarios que podrían afectar su estado de ánimo, capacidad de concentración y participar plenamente en la terapia. Esta forma es para dar su consentimiento a consultar con su psiquiatra, médico de atención primaria, enfermera con práctica médica, u otros proveedores para asegurar que usted reciba la mejor atención posible en el Centro Samaritano. La mayoría de las compañías de seguros requieren la coordinación de la atención con toda la salud del comportamiento apropiado y proveedores médicos.

Por favor marque uno: Please check one

_____ Doy permiso para que usted pueda coordinar mi cuidado con mis otros proveedores de atención médica.
I give permission for you to coordinate my care with my other healthcare providers.

_____ Yo no tengo un médico de atención primaria ni tampoco otro médico en este momento.
I do not have a Primary Care Physician or see any other doctors at this time.

_____ Yo no doy permiso para consultar con otros proveedores en este momento.
I do not give permission for consultation with other providers at this time.

Nombre del Médico: _____
Physician Name
Número de Teléfono: _____
Telephone

Nombre de la Clínica: _____
Clinic Name
Número de Fax: _____
Fax number

Nombre del Médico: _____
Physician Name
Número de Teléfono: _____
Telephone

Nombre de la Clínica: _____
Clinic Name
Número de Fax: _____
Fax number

Nombre del Médico: _____
Physician Name
Número de Teléfono: _____
Telephone

Nombre de la Clínica: _____
Clinic Name
Número de Fax: _____
Fax number

Firma de Cliente (o Guardián) Client (or Guardian) Signature

Fecha Date

Firma de Terapeuta Therapist's Signature

Fecha Date

Nombre Impreso de Terapeuta Therapist's Name Printed

PARA SER COMPLETADO POR MÉDICO

PHYSICIAN/PROVIDER: You have been identified as this client's medical provider. We want to inform you that your patient was seen for outpatient psychotherapy at the Samaritan Center and has authorized us to consult with you as necessary regarding their treatment. **Please feel free to contact us if you would like additional information.**

Please acknowledge below that this client is a patient of yours and that you will be available for consult.

1. _____ We have no record of having provided recent medical care to the client.

2. _____ This is our patient and we will be available for consult if needed.

Comments/Medication:

Physician's signature (or official representative)

Date

Please Return by fax: 512-451-8729, call 512-451-7337 if questions, Or mail to:

Samaritan Center for Counseling and Pastoral Care, 8956 Research Blvd., Bldg 2, Austin, TX 78758 (www.samaritan-center.org)

For Samaritan Center Office Use Only: Date faxed to Physician _____ Initials _____