

# Garland's Christian Counseling Center



## DATOS PERSONALES

Fecha:

Nombre:

Correo Electrónico:

Dirección:

(Calle, Ciudad, Código Postal)

Teléfono (Casa):

Teléfono (Celular):

Teléfono (Trabajo):

# De Licencia de Conducir, Estado Y Fecha que Termina:

# De Seguro Social:

Fecha de Nacimiento:

Sexo: Hombre/Mujer

Donde Podemos Dejar Algún Recado:

Casa

Celular

Trabajo

Correo

Electrónico

Profesión:

Empleo:

¿Por Cuánto Tiempo?:

Grado en Escuela Mas Alto Que Completado:

Denominación de Iglesia en la Niñez:

Nombre de su Iglesia:

Denominación de Iglesia de Ahora:

**Estado Civil:** Soltero

Juntado

Casado

Separado

Divorciado

Viuda

Nombre de Esposo/Novio:

Años Casado/Juntado:

Lista de Matrimonios Anteriores/Relaciones Serias (*Nombre de la Esposa/de la Persona Que Sea Importante en su Vida, Años Juntos, Años Separados, Indica Si Ustedes Mantienen en Contacto*):

Lista de Todos sus Hijos/ Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo H/M	¿Vive? Sí/No	Grado en Escuela Mas Alto Que Completado	Estado Civil	¿Vive Con Usted? Sí/No	¿Mantiene en Contacto? Sí/No	¿Es De Una Relación Anterior o De Ahora?

Lista de Todos Sus Hermanos/ Nombre	Fecha de Nacimiento	¿Dónde Viven?	¿Vive? Sí/No	¿Mantiene en Contacto? Sí/No	¿Saludables o Enfermos?	¿Tiene El Mismo Padre? Sí/No	¿Tiene El Mismo Madre? Sí/No

**Estado de su Salud:**      Muy Buena                      Buena                      Normal                      Decayendo                      Pobre

Nombre de Su Medico:    Teléfono (Oficina):

Cambios de Peso Reciente:    Perdió:                  lb.,    Gano:                  lb.,

Lista de Todas las Medicinas Que Toma Ahora: (*Nombre, Dosis Y Frecuencia Usado*):

Lista Todos los Enfermedades Pasados Y Presentes/Accidentes/Desventajas De Usted:

*¿Ha Sido Usted Hospitalizado por Enfermedades Mentales o Abuso de Drogas? Si es Sí, Lista el Nombre del Hospital, Teléfono del Hospital, Fechas o # de Días Que Estuvo en el Hospital, Razón Por la Hospitalización, Y Si el Hospitalización Ayudándote con su Problemas.*

*¿Ha Usted Atendido Terapias o Conserjerías Antes o Ahora? Si es Sí, Lista el Nombre del Terapista, Teléfono del Terapista, Fechas o # de los citas completado, Razón Por el Terapia, Y Si el Terapia Ayudándote con su Problemas.*

## ¿Qué Ha Pasado en su Vida Que lo Hizo Buscar Conserjería en Este Momento?

### Métodos de Pago:

Quien es Responsable Por el Pago de Esta Servicios:

**Usted**

**Miembro de su Familia**

**Su Aseguranza**

Nombre de la Aseguranza/Plan:

Nombre del Asegurado:

Dirección del Asegurado:

*(Calle, Ciudad, Código Postal)*

Teléfono del Asegurado:

Fecha de Nacimiento del Asegurado:

Identificación # & Grupo # O Reclamo # O Caso #:

Empleo del Asegurado:

### ¿A Quien Podemos Contactar en Caso de Emergencia?

Nombre:

Nombre:

La relación con Usted:

La relación con Usted:

Dirección:

*(Calle, Ciudad, Código Postal)*

Dirección:

*(Calle, Ciudad, Código Postal)*

Teléfono (Casa):

Teléfono (Casa):

Teléfono (Celular/Trabajo):

Teléfono (Celular/Trabajo):

### ¿Como Supo de Nosotros?

**Yo juro que toda la información que de en esta forma es verdadera con la mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que si algo en esta información cambia, Yo tengo que notificar la oficina de Garland's Christian Counseling Center antes de mi siguiente cita.**

**Firma de la Cliente**

**Fecha**



**AVISO DE PRACTICAS PRIVADAS**

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MEDICA VA A HACER USADA REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEALA CUIDADOSAMENTE.**

**NUESTRO COMPROMISO CON SU PRIVACIDAD**

Nosotros entendemos que información medica acerca de usted o su salud es personal y estamos comprometidos a proteger esta información. Nosotros creamos un registro de sus benéficos, estado de elegibilidad y historia de los reclamos. Nosotros necesitamos esta información para darle una mejor calidad de servicios para su salud y para requerimientos legales. Hospitales, médicos, y otros proveedores de servicios médicos, pueden tener otras políticas y decisiones acerca del uso y administración de su información medica. Este anuncio le dirá acerca de los métodos que nosotros quedemos usar para divulgar su información médica. Este anuncio describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos concerniente al uso y divulgo de información médica. A nosotros se nos obliga por ley a estar seguros que la información medica que lo identifica es privada; darle este aviso de nosotros deberes legales y practicas privadas con respeto a su información medica; Y seguir los términos del aviso que están recientemente en efecto.

**COMO PODEMOS USAR Y DAR INFORMACION MEDICA A USTED**

Nosotros no daremos su información medica a nadie, excepto con su autorización o si la ley lo requiere. Para algunas actividades, debemos tener su autorización escrita para usar o revelar su información medica. Sin embargo, la ley nos permite a nosotros dar su información médica para lo siguiente sin su autorización:

**Pago:** Nosotros podemos dar y utilizar su información medico para el propósito de obtener pagos por su tratamiento medico. Estas actividades pueden incluir tomar una decisión de elegibilidad de cobertura para el seguro, revisar los servicios que se le dieron para determinar necesidad médica o el manejo de las actividades de su caso con respecto a su reclamo. Por ejemplo, podemos utilizar su información médica para obtener pagos para su tratamiento.

**Operaciones del Cuidado Medico:** Nosotros podemos dar información médica acerca de usted a nuestra aseguranza y para el proceso de autorización. Esa practica es necesaria para aseguramos que la clínica le pueda brindar el tratamiento que su doctor recomendó. Acá hay unos ejemplos de la manera que podemos utilizar su información médica:

- Revelar su información medica a nuestros ayudantes para establecer necesidad medica del tratamiento recomendado por su doctor;
- Recuperar pagos;
- Conducir reconsideraciones y apelaciones; y
- Revelar su información medica al sistema de aseguranza con el propiecito de estudiar remuneración por servicios prestados.

**Es Pedido Por la Ley:** Nosotros podemos dar información médica acerca de usted cuando las leyes federales o locales lo requieren. También podemos compartir su información médica con la secretaria del departamento de salud y servicios humanos para investigar o determinar cumplimiento con las leyes federales de la privacidad.

**Para Advertir de una Grave Amenaza a la Salud o Seguridad:** Nosotros podemos dar información médica acerca de usted para prevenir una seria amenaza a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público u otra persona. De todas formas, cualquier divulgación será sola a una persona capaz de prevenir una amenaza.

**Circunstancias Especiales:** Nosotros podemos usar o divulgar su información medica en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas incluyen:

- **Agencias de Investigación de Descuido de Salud**

Nosotros podemos divulgar su información medica a agencias autorizadas por la ley, como agencias federales, estatales o otras entidades de salud publica, para auditorias, investigaciones y inspecciones.

- **Riesgos de Salud Publica**

Nosotros podemos dar información médica sobre usted a agencias de servicios públicos. Estas incluyen (1) prevención y control de enfermedades, heridas, o incapacidad y (2) dejándole saber a las personas de reclamo de productos que están usando.

- **Demandas y Disputas**

Si usted esta envuelto en una demanda o disputa, nosotros podemos dar información medica sobre usted a la corte o orden administrativo. Nosotros también podemos dar su información médica en respuesta a una citación o orden administrativo o cualquier petición legal relacionada con su caso.

- **Cumplimiento de la Ley**

Nosotros revelamos su información medica si la ley nos lo ordena: (1) en respuesta a la corte; (2) para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo o una persona perdida; (3) si es victima de un crimen y bajo ciertas circunstancias, nosotros no podemos obtener el consentimiento de esta persona; (4) acerca de una muerte que nosotros creamos que es el resultado de una conducta criminal; o (5) en una emergencia para reportar un crimen, para localizar victimas de un crimen o identificarlas, para la descripción o localización de una persona que ha cometido un crimen.

- **Para Funciones Especificas del Gobierno**

Nosotros podemos revelar su información médica para las siguientes funciones específicas del gobierno: (1) información sobre salud de personal militar, si es requerido por autoridades militares; (2) información de salud de los internos, para una institución correccional; y (3) para razones de seguridad nacional.

- **Compensación al Trabajador**

Nosotros podemos dar su información médica conforme con las leyes de compensación a los trabajadores y a otros programas establecidos por la ley.

## **SUS DERECHOS**

Lo siguiente es un anuncio de sus derechos con respecto a su información medica y como hacer valer estos derechos.

**Usted Tiene el Derecho de Ver una Copia de su Información Médica:** Usted puede ver y obtener una copia de su información médica mientras nosotros tenemos su información médica. Nosotros podemos cobrarle por costos de copiar, correo o otros materiales que son necesarios para ayudarle. Usted tiene el derecho de escoger un resumen en vez de una copia de su información médica. Bajo la ley federal, usted no puede examinar o tener copias de su terapia psicológica o su evaluación psicológica compilado en la anticipación razonable de, o para uso en una acción de una orden civil, criminal o un procedimiento administrativo. En algunos circunstancias, usted tiene el derecho de tener la decisión de no darle acceso a su información medica ser revisado. Por favor, hable a nuestras oficinas si tiene algunas preguntas sobre el acceso a su información médica.

**Usted Tiene el Derecho de Hacer una Petición Para la Restricción y Uso de su Información Médica:** Usted tiene el derecho de pedir una restricción de ciertos usos y de cómo revelar su información médica. A nosotros no se nos requiere que estemos de acuerdo con las restricciones que usted pida. Si nosotros estamos de acuerdo, nosotros vamos a poner los por escrito y lo seguiremos excepto en situaciones de emergencia. Nosotros no podemos estar de acuerdo a limitar los usos o revelar información que la ley requiere. Usted puede pedir una restricción por escrito o llamando a nuestra oficina.

**Usted Tiene el Derecho de Pedir y Recibir su Información Medica en una Manera Alternativa o a un Lugar Alternativa:** Usted puede pedir que cualquier o toda su información médica sea enviada por una manera alternativa o a un lugar alternativa. Por ejemplo, usted puede pedir que le contactemos solo por escrito o a una dirección diferente o a una oficina de correo. Nosotros le ayudaremos si su pedido es razonable. Nosotros podíamos poner condiciones que permanentes vamos enviar toda su información medica a una manera alternativa o a un lugar alternativa. No necesitamos sus explicaciones si decide cambiarse. Por favor, haga sus peticiones a nuestra oficina.

**Usted Tiene el Derecho de Tener su Información Medica Ser Corregido:** Usted puede pedir que se corrija su información medica si esta incorrecta o incompleta mientras que tengamos esta información. En ciertos casos, podemos negarle la corrección. Pero usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros. Nosotros podemos impugnar su declaración y darle una copia de esta. Cualquier desacuerdo quedara en nuestros archivos permanentemente. Para pedir una corrección, debe mandarlo por escrito con la razón por la que fue pedida, a nuestra oficina.

**Usted Tiene el Derecho de Recibir una Contabilidad de Ciertas Revelaciones de su Información Médica:** Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones de su información médica, después 14 Abril, 2003 aparte de por estas razones: (1) por nuestro tratamiento, pago o operaciones de salud, (2) para usted o con su autorización, y (3) por ciertas funciones del gobierno. Para pedir esta información, usted tiene que hacerlo por escrito a nuestra oficina. Usted debe que especificar el tiempo y el periodo, que no sea mas largo de seis años.

**Usted Tiene el Derecho de Revelación de su Información Médica:** Otros usos de su información medica que no están en este anuncio o de las leyes que se aplican a nosotros será solo hecho con su autorización. Si usted nos da su permiso para divulgar su información médica será con una autorización escrita, usted puede terminar ese permiso en cualquier momento, por escrito. Si usted hace esto, nosotros no revelaremos más de su información médica. Usted entiende que nosotros no podemos hacer nada con la información que antes hacemos dado con su permiso.

**Usted Tiene el Derecho a una Copia Escrita de Este Anuncio:** Usted tiene el derecho de obtener una copia de este anuncio, sí lo pidió. Para obtener una copia escrita, por favor contactar a nuestra oficina.

**PREGUNTAS SOBRE ESTE ANUNCIO**

Si usted tiene algunas preguntas acerca de este anuncio, por favor contactar nuestra oficina, llamando 972-897-4986 o escribiendo a Attn: GARLAND'S CHRISTIAN COUNSELING CENTER's Privacy Practice, P.O. Box 452244, Garland, TX 75045-2244.

**CAMBIOS A ESTE ANUNCIO**

Nosotros nos reservamos el derecho a cambiar este anuncio. Nos reservamos el derecho que el cambio de este anuncio ser efectivo por su información medica que te tengamos y que recibimos en el futuro.

**QUEJAS**

Usted puede hablar con nosotros o a la Secretaria de los Estados Unidos al Departamento de Salud y Servicios Humanos, si usted cree que su privacidad y derechos han sido violados. Para poner una queja con GARLAND'S CHRISTIAN COUNSELING CENTER, hable a nuestra oficina. Todas las quejas deben ser por escrito. Ninguna acción se tomara en contra suya por quejarse.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Padres/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Garland's Christian Counseling Center



## **CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO**

### **LA MISION DE GARLAND'S CHRISTIAN COUNSELING CENTER:**

Garland's Christian Counseling Center es dedicado en ayudándoles a las personas, las parejas y las familias para curar, crecer y cambiar. Nos ayuda nuestro clientes para la ansiedad, la frustración, la tristeza y el dolor con las citas profesionales por una persona, por parejas, y por familias.

### **TRATAMIENTO:**

Los servicios serán proveídos bajo la dirección de su medico y serán discutido con el cliente prospecto. Los clientes de GARLAND'S CHRISTIAN COUNSELING CENTER deben estar conscientes que la terapia individual o de grupo y hipnoterapia pueden producir cambios internos y pueden experimentar sentimientos intensos. Los clientes deben estar conscientes del estrés que pueden poner en ellos mismos y en las relaciones durante el curso del tratamiento. No hay garantías que el tratamiento será un suceso, individuos responden diferente a las terapias. GARLAND'S CHRISTIAN COUNSELING CENTER ofrece una gran variedad de servicios de salud emocionales, pero en algunos casos, otras clínicas, médicos, hospitales, programas de la comunidad, o centros de la comunidad pueden ayudar con el tratamiento. La duración y la frecuencia del tratamiento dependen de los problemas que se presenten.

### **CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO:**

Yo he recibido, leído (o me han leído), y entiendo la terapia que voy a recibir y han contestado todas mis preguntas.

Yo busco por este medio tomar parte en el tratamiento con GARLAND'S CHRISTIAN COUNSELING CENTER.

Yo entiendo y acepto que no se me han hecho promesas acerca del resultado del tratamiento que el Terapeuta me ha dado.

Yo estoy consciente de que puedo para mi tratamiento con el Terapeuta de GARLAND'S CHRISTIAN COUNSELING CENTER en cualquier momento. Yo entiendo y acepto que puedo perder otros servicios y podré tener otros problemas si paro mi tratamiento antes de haber obtenido mis metas (Por ejemplo, si mi doctor ha dirigido mi tratamiento, yo tendré que responderle a él, o a la aseguranza, con respecto a mi decisión de terminar mi tratamiento.)

Yo entiendo y acepto que debo llamar a cancelar mis citas 24 horas antes de la cita. Si no cancelo, y no llego a mi cita, mi doctor o mi aseguranza serán avisados.

Yo entiendo y acepto que tengo que pagar una multa de \$40 dolares por no cancelar a mi cita o no asistir a mi cita. Yo entiendo que tengo que pagar la multa antes de asistir a mi siguiente cita.

Yo entiendo y acepto que tengo que pagar por mi cita cada vez que asistiendo una cita, en a la cantidad de \$\_\_\_\_\_, por una cita de \_\_\_\_\_ minutos. Yo entiendo y acepto que el pago por los servicios que yo recibo aquí no son hecho, el Terapeuta de GARLAND'S CHRISTIAN COUNSELING CENTER puede parar mi tratamiento y referirme a otras si es necesario.

Yo entiendo que GARLAND'S CHRISTIAN COUNSELING CENTER acepta pago por los citas en el dinero efectivo, cheques personales, y las tarjetas de crédito/tarjetas de debito de Mastercard/Visa.

Yo entiendo y acepto si mis cheques son regresados por mi banco, por falta de dinero en mi cuenta, que yo tengo que pagar una multa de \$40 dólares por falta de fondos en mi cuenta de banco, antes de mi siguiente cita. También, yo entiendo y acepto que después esto, GARLAND'S CHRISTIAN COUNSELING CENTER no mas van aceptar mi cheques por pago de mi citas.

Yo entiendo y acepto que tengo que informar a mi Terapeuta a GARLAND'S CHRISTIAN COUNSELING CENTER sobre cualquier cambio de mi aseguranza mientras este asistiendo a las terapias aquí.

Yo entiendo y acepto que soy responsable por todo los cargos de servicios, incluyendo: mis pagos y deducibles que mandan mi aseguranza por terapia, los multas o los partes de multas que la aseguradora falta de pagar. Y que GARLAND'S CHRISTIAN COUNSELING CENTER no puede legalmente o éticamente perdonar estos pagos que mandan mi aseguranza por tratamiento.

Yo entiendo y acepto que pagos de los servicios que yo recibiendo, que son pagados de parte de mi aseguranza, que esta pagos son asignado de me a GARLAND'S COUNSELING CENTER como mi pago por los servicios que estoy recibiendo. Yo permiten que una fotocopia de mi firma en esta contrato sirva como un permiso por todo mi vida. Una fotocopia de esta contrato es aceptable de usar en lugar del original.

Yo entiendo y acepto que pagos por servicios que yo recibiendo debe ser pagado cuando son dados. Si mi compañía de aseguranza falta de pagar los, yo entiendo que la cuenta va a recaudación.

Yo acepto de pagar por todo los servicios que yo recibiendo a GARLAND'S CHRISTIAN COUNSELING CENTER y que soy informada de los cargos.

Yo acepto que dejare mi teléfono celular y otros medios de comunicación eléctricos a pagado o con silenciador durante mis citas con mi Terapeuta.

Yo entiendo y acepto que en un grupo de terapia o en terapia de familia, que mi privacidad será mantenida lo mejor posible.

Yo entiendo que las terapeutas de GARLAND'S CHRISTIAN COUNSELING CENTER tienen una Maestría o son estudiantes de practicantes o interno graduados y tienen las credenciales y el entrenamiento necesario para proveer los servicios.

Yo estoy consciente y acepto que mi doctor, un agente de mi aseguranza, mi representate legal, o pagador de tercer persona pueden tener información acerca del tipo, costo, fecha, y los proveedores de servicios o tratamiento que yo recibo.

Yo entiendo y acepto que mi doctor, un agente de mi aseguranza, pagador de tercer persona, y mi representante legal tendrán reportes que contienen información acerca de mi progreso y participación en GARLAND'S CHRISTIAN COUNSELING CENTER.

Yo entiendo y acepto que no recibiré una copia de las notas de mi progreso de tratamiento de GARLAND'S CHRISTIAN COUNSELING CENTER, si se sospecha que esta información me puede hacer me daño. Yo entiendo y acepto que no recibiré una copia de las notas de mi progreso de tratamiento de GARLAND'S CHRISTIAN COUNSELING CENTER hasta que haya sido revisada entre la Terapeuta y yo y para esto haré una cita.

Yo entiendo y acepto que mi información, incluyendo los reportes, puede ser dados bajo las siguientes condiciones:



- a) El Terapista de GARLAND'S CHRISTIAN COUNSELING CENTER esta usando mi información con el propósito de supervisión, desarrollo profesional, entrenamiento o investigaciones. En estos casos, para preservar la confidencialidad de los pacientes, serán solo identificados por los primeros nombres.
- b) El Terapista de GARLAND'S CHRISTIAN COUNSELING CENTER determinara si que el paciente esta en peligro de hacer daño o a alguien más.
- c) El paciente habla de abuso, negligencia, o explotación a un niño, o a una persona mayor, o una persona incapacitada.
- d) El paciente habla de contacto sexual con otro Terapista con el que la ha tenido una relación profesional.
- e) El Terapista de GARLAND'S CHRISTIAN COUNSELING CENTER sea ordenado por un corte de ley a revelar esta información.
- f) El paciente de permiso al Terapista de GARLAND'S CHRISTIAN COUNSELING CENTER de revelar información.
- g) El Terapista de GARLAND'S CHRISTIAN COUNSELING CENTER se le es requerido por ley revelar esta información.

Yo entiendo y acepto que si tengo una queja con respecto al tratamiento que recibí con de GARLAND'S CHRISTIAN COUNSELING CENTER, le puedo informar al Terapista con el que estoy trabajando. O si deseo ir mas allá con mi queja, puedo hablar con mí medico, o preguntar en la oficina, o contactar al **Junta Directiva de los Consejeros Licenciados Profesionales de Tejas a 1-800-942-5540.**

Yo acepto que una fotocopia o FAX de esta forma es aceptable, que debe estar firmada por mí. Yo entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta forma si así lo deseo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Padres/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha