

## Alamo Heights Counseling

Alamo Heights Counseling, 900 NE Loop 410, Suite D200, San Antonio, TX 78209  
San Antonio TX 78209-1407  
210-822-2600

---

### 7. SA-1) Informed Consent for Counseling/Psychotherapy (Adult Client, Spanish Language)

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ASESORAMIENTO O PSICOTERAPIA

Este documento no se aplica a servicios tales como facilitación para padres, evaluaciones de custodia, visitas supervisadas y otros servicios relacionados con la corte.

**Este documento contiene datos e información importantes sobre nuestros servicios. Lea todo el documento con atención. Su consejero / terapeuta puede responder cualquier pregunta que tenga con respecto a este documento.**

#### SERVICIOS OFRECIDOS

Alamo Heights Counseling, Inc. brinda asesoramiento, también conocido como psicoterapia, y otros servicios relacionados (incluidas evaluaciones, planificación de tratamiento, consultas, asesoramiento individual y familiar y referencias a otros profesionales de la salud mental cuando sea necesario).

#### TYPES OF PROVEEDORES

Los proveedores son Alamo Heights Counseling, Inc. incluyen Consejeros Profesionales Licenciados (LPC, por sus siglas en inglés) a quienes se puede hacer referencia en los documentos como "consejeros"; Terapeutas Matrimoniales y Familiares Licenciados (LMFT, por sus siglas en inglés) a quienes se puede hacer referencia en los documentos como "terapeutas"; y trabajadores sociales clínicos con licencia (LCSW, por sus siglas en inglés), a quienes se puede hacer referencia en los documentos como "trabajadores sociales"

Todos nuestros clínicos brindan servicios similares que pueden denominarse consejería, terapia familiar, psicoterapia, consejería / terapia matrimonial, consejería / terapia de pareja y una variedad de otros términos. Cuando el término "asesoramiento" o "terapia" se usa de manera genérica, puede referirse a los servicios de cualquiera de estos profesionales de la salud mental.

#### BENEFICIOS Y RIESGOS

Los beneficios del asesoramiento son muchos. Incluyen la mejora en las relaciones, una mejor comprensión de las emociones y los comportamientos asociados con ellas, el desarrollo de habilidades de afrontamiento para lidiar con situaciones difíciles y emociones incómodas, y la resolución de la preocupación específica que lo llevó a buscar asesoramiento. También puede adquirir una mejor comprensión de sí mismo, los valores y los objetivos, así como una mejor comprensión de sus propias motivaciones y las de los demás.

Los riesgos asociados con el asesoramiento son mínimos, pero es importante que los conozca. Cuando opera como parte de su sistema familiar y sus comportamientos cambian, los efectos se pueden sentir en todo el sistema familiar. Es probable que el asesoramiento cambie la forma en que interactúa con los demás. Aunque se espera que este cambio se considere una mejora, puede requerir un ajuste de su parte o de otros miembros de la familia.

Como parte del proceso de asesoramiento, es probable que se enfrente a emociones incómodas, como tristeza, culpa, soledad, miedo, ira e impotencia. El malestar asociado con estos sentimientos es una parte normal del proceso de asesoramiento y suele ser temporal. Su consejero lo ayudará a identificar las emociones y aprenderá habilidades de afrontamiento para enfrentar estas emociones. Su consejero puede descubrir información sobre situaciones que han sido traumáticas para usted.

De vez en cuando, las emociones empeoran antes de sentirse mejor a medida que las personas luchan por hacer frente a las emociones difíciles. Trabajar hacia las metas de la consejería también requiere esfuerzo de su parte. Será desafiado de muchas maneras durante la consejería. La consejería implica esfuerzo y requiere que el cliente (y los miembros del sistema familiar del cliente) "acepten" los objetivos de la consejería.

Si va a recibir una terapia especializada como EMDR, (DRMO en español Desensibilización y Reprocesamiento por medio de Movimientos Oculares), es posible que se analicen con usted los riesgos y beneficios adicionales en el momento en que comiencen los servicios especializados. Es posible que se requiera un consentimiento informado adicional.

## INFORMACIÓN GENERAL

La relación terapéutica es única porque es muy personal y, al mismo tiempo, es un acuerdo establecido. Dado esto, es importante que comprenda cómo funcionará su relación con su consejero y qué puede esperar de su consejero y de la experiencia de consejería. "Consentimiento informado" significa que antes de dar su consentimiento para el asesoramiento / terapia, se le proporciona información sobre qué es el asesoramiento / terapia y cómo funciona para que pueda tomar una decisión verdaderamente informada. Este documento proporciona información para ayudarlo a tomar la decisión de buscar consejería / terapia. Si tiene alguna pregunta, no dude en consultar a su consejero. Incluso si no hace preguntas, su consejero puede repasar la información relacionada con el consentimiento informado con usted. Lea este documento en su totalidad e indique que lo ha hecho al firmar este documento.

## PROCESO TERAPEUTICO

Ha dado un paso muy positivo al decidir buscar terapia. El resultado de su tratamiento depende en gran medida de su voluntad de participar en este proceso, que a veces puede resultar en una incomodidad considerable.

Recordar eventos desagradables y tomar conciencia de los sentimientos asociados a esos eventos puede provocar fuertes sentimientos de ira, depresión, ansiedad, etc. No existen curas milagrosas. Su terapeuta no puede prometerle que su comportamiento o circunstancias cambiarán. Él o ella pueden comprometerse a apoyarlo y hacer todo lo posible por comprenderlo a usted y a los patrones que se repiten en su vida, ayudarlo a comprenderse mejor a sí mismo y estos patrones, y ayudarlo a aclarar qué es lo que desea para usted.

## CONFIDENCIALIDAD

El contenido de la sesión y todos los materiales relevantes para el tratamiento del cliente se mantendrán confidenciales a menos que el cliente solicite por escrito que todo o parte de dicho contenido se comparta a una persona o personas específicamente nombradas. Existen limitaciones de dicho privilegio de confidencialidad del cliente y se detallan a continuación:

1. Si un cliente amenaza o intenta suicidarse o se comporta de otra manera de una manera en la que existe un riesgo sustancial de incurrir en daños corporales graves.
2. Si un cliente amenaza con matar o dañar seriamente a otra persona, un consejero puede informar a la policía para proteger la vida de la persona que es el objetivo previsto.
3. Si un consejero sospecha de abuso de un niño, la ley estatal y el código de ética requieren que el consejero informe el supuesto abuso a la línea directa de Servicios de Protección Infantil del Departamento de Servicios de Protección y Familia de Texas.

4. Si un consejero sospecha abuso de una persona mayor o discapacitada, la ley estatal y el código de ética requieren que el consejero informe el abuso sospechado a la línea directa de Servicios de Protección para Adultos del Departamento de Servicios de Protección y Familia de Texas.

5. Si un tribunal de justicia emite una orden judicial legítima que ordena al consejero que comparta información específica, como notas de terapia, al tribunal. (Una citación no es suficiente para requerir la divulgación de registros, por lo tanto, si su consejero recibe una solicitud de sus registros a través de una citación, su consejero no compartirá los registros hasta que se emita una orden judicial. Si su consejero recibe una citación, pero no una orden judicial, se comunicará con usted.

Una citación no es suficiente para requerir la divulgación de registros, por lo tanto, si su consejero recibe una solicitud de sus registros a través de una citación, su consejero NO compartirá los registros hasta que usted firme un consentimiento o hasta que se emita una orden judicial. Es nuestra política que si recibimos una citación para sus registros, pero no una orden judicial, lo contactamos y le pedimos más información sobre el motivo de la citación y si desea que se divulguen sus registros. Si desea que se compartan los registros, se le pedirá que firme un comunicado de HIPAA antes de que divulguemos los registros. Las leyes federales y estatales nos permiten un período de tiempo específico después de que usted firme la divulgación, así que sea proactivo y responda rápidamente si desea que se compartan sus registros.

Ocasionalmente, es posible que su consejero deba consultar con otros profesionales en sus áreas de especialización para brindarle el mejor tratamiento. Si se comparte alguna información sobre usted en este contexto, se hará sin usar su nombre u otra información de identificación.

Si usted y su consejero se ven fuera de la oficina de terapia, su consejero no lo reconocerá primero para proteger su privacidad y confidencialidad, que son de suma importancia para nosotros. Sin embargo, si reconoce y saluda a su consejero primero, él o ella estará feliz de reconocerlo y hablar brevemente. No dude en hablar con su consejero con anticipación sobre cómo manejar los encuentros casuales en lugares públicos.

## DURACIÓN DE LA SESIÓN

Por lo general, una sesión de asesoramiento se reserva durante 60 minutos. Una sesión de asesoramiento de 60 minutos puede durar entre 53 y 57 minutos en lugar de exactamente 60 minutos, y eso cumple con los estándares de la industria de seguros médicos. Se puede programar una sesión más corta y facturarla como una sesión de 45 minutos, pero las sesiones de 60 minutos son estándar en nuestra organización.

En el caso de que la póliza de seguro médico que te cubra no cubra una sesión de 60 minutos, tendrás la opción de programar una sesión de 45 minutos O pago privado por una sesión de 60 minutos. (Sin embargo, no podemos facturarle al seguro médico por una sesión de 45 minutos y facturarle por separado el tiempo adicional).

Debido a que nuestros horarios incluyen a muchos clientes que usan seguro médico, la mayoría de las sesiones de pago privadas también duran sesenta (60) minutos

Es importante que llegue a tiempo a su sesión para que reciba el beneficio completo de los servicios y para que su consejero pueda brindar los servicios a la persona programada después de usted a tiempo. Si llega después de la hora programada para la cita, es posible que aún lo atiendan, pero su cita puede finalizar a la hora programada y, si es necesario según el retraso, se le facturará como una sesión de 45 minutos.

Si llega más de quince (15) minutos tarde a una sesión programada, es posible que deba cancelar la sesión, especialmente si está utilizando un seguro médico para pagar su asesoramiento debido a las reglas establecidas por la industria de los seguros médicos.

Excepto en casos muy poco comunes en los que se programa una sesión de treinta (30) minutos porque se considera que satisface las necesidades clínicas del cliente y los requisitos contractuales de las compañías de seguros, Alamo Heights Counseling, Inc. no realiza sesiones de menos de cuarenta y cinco (45) minutos.

## FRECUENCIA DE SESIONES

Muchos clientes están programados para una (1) sesión de una hora cada semana.

La frecuencia con la que se programe dependerá de varios factores, incluida la gravedad de cualquier síntoma que esté experimentando, su disponibilidad, la disponibilidad de su consejero, cualquier requisito específico relacionado con nuestro contrato con su compañía de seguro médico si está utilizando un seguro para pagar los servicios, y otros factores. Algunos clientes pueden ser atendidos una o dos veces al mes, mientras que otros clientes pueden ser atendidos dos veces por semana.

No es tan común que lo vean más de dos veces por semana debido a la necesidad de permitir tiempo para procesar y practicar entre sesiones, pero ocasionalmente emergencias u otras necesidades terapéuticas pueden resultar en sesiones más frecuentes.

## PAGO DE TARIFAS

Si utiliza un seguro médico para pagar su asesoramiento, la compañía de seguros médicos puede requerir un copago. Cuando se requiere un copago, nuestro contrato con la compañía de seguro médico nos exige que cobremos el copago a la hora de inicio de su cita, ANTES de que se presten los servicios. Planee pagar cualquier copago ANTES de que comience la cita. Los copagos son generalmente montos pares o montos que no incluyen cambio (ejemplo: \$ 50.00 o \$ 25.00).

Algunas compañías de seguros no exigen un copago, sino un coseguro, que es un porcentaje del monto en lugar de un monto de pago fijo. Cuando se requiera coseguro y podamos calcular la cantidad, también cobraremos el coseguro antes de que se presten los servicios. El coseguro generalmente se expresa como un porcentaje en lugar de una cantidad (ejemplo: 20% de coseguro después del deducible).

Algunas compañías de seguros requieren que se cumpla con un deducible antes de pagar cualquier parte de su atención. En tal caso, la cantidad que se le cobrará será la "cantidad permitida" según nuestro contrato con su compañía de seguro médico. Si bien la compañía de seguros no paga una parte del cuidado de su hijo o adolescente, todavía recibe un beneficio de tener un seguro porque las compañías de seguros le brindan un descuento por utilizar un proveedor de la red. Nuestra tarifa total es de \$ 150.00, pero no necesariamente pagará \$ 150.00 por cada sesión hasta que alcance su deducible. En cambio, probablemente pagará una cantidad menor porque recibirá un descuento como resultado de nuestro contrato con su compañía de seguros.

La norma de Alamo Heights Counseling, Inc. es unirse a todas las redes de seguros cuando sea posible. Es poco común que no tengamos proveedores en la red de su plan de salud. Si esto ocurre, lo discutiremos con usted tan pronto como nos enteremos.

Los clientes de pago privado son responsables de pagar la tarifa completa (\$ 150.00) en el momento de la cita. Alamo Heights Counseling, Inc. acepta efectivo, cheques, giros postales, tarjetas de débito, tarjetas de crédito y tarjetas de crédito / débito de cuentas HSA. Preferimos que guarde un número de tarjeta de crédito en el archivo para pagar las tarifas de las citas perdidas, incluso si prefiere pagar en cada cita. Alamo Heights Counseling, Inc. no mantiene un saldo adeudado en la cuenta de un cliente, excepto en circunstancias muy raras cuando la cantidad incorrecta se carga por error. Si accidentalmente le cobramos menos, le pediremos que pague el recordatorio en la próxima cita; Si accidentalmente le cobramos de más, usaremos el crédito en su próxima cita.

Debido a que no somos una organización sin fines de lucro con subvenciones, es raro que aceptemos clientes en una escala variable. En los casos en que hacemos esto, el descuento significa que al consejero no se le paga su tarifa completa. La escala móvil no está disponible cuando un cliente tiene seguro, ya que el descuento del seguro ya se ha aplicado y el contrato de la compañía de seguros controla la tarifa.

## CHEQUES DEVUELTOS Y CARGOS DE REEMBOLSO

Cuando un cheque no se paga porque un cliente no tiene fondos suficientes en su cuenta, Alamo Heights Counseling, Inc. cobra \$ 25.00 por presentar el cheque a nuestra institución financiera por segunda vez. Los cheques pueden presentarse dos veces. Si el cheque es rechazado dos veces por la institución financiera del cliente, el cargo total es de \$ 50.00 en honorarios además del monto del cheque que "rebotó". Si escribe un

cheque que no se borra, Alamo Heights Counseling, Inc. le notificará por teléfono antes de su próxima cita, a menos que no sepamos el cheque devuelto a tiempo. Después de dos casos de rechazo de un cheque, es posible que Alamo Heights Counseling, Inc. ya no acepte su cheque. Puede continuar su tratamiento utilizando un método de pago diferente.

#### NO PAGO / INCAPACIDAD DE PAGAR

Si no puede pagar la tarifa o el copago de sus sesiones, es posible que lo deriven a una agencia que brinde asesoramiento sin cargo. Un consejero puede optar por ofrecer servicios gratuitos, pero Alamo Heights Counseling, Inc. no requiere que los consejeros lo hagan. Alamo Heights Counseling, Inc. no es una organización sin fines de lucro y, por lo tanto, no recibe asistencia del gobierno, subvenciones ni incentivos fiscales por brindar servicios gratuitos. Pedimos disculpas por cualquier inconveniente que esto pueda ocasionar.

#### POLÍTICA DE CANCELACIONES Y NO-SHOWS

Si necesita cancelar o reprogramar una cita, debe llamar al 210-822-2600 lo antes posible para informarnos. Si se comunica con el correo de voz, debe dejar un mensaje o no sabremos que llamó. Si tiene el número de teléfono celular de su consejero, infórmele directamente a su consejero que necesita cancelar su cita, ya que algunos de nuestros consejeros hacen sus propios horarios. Cuando sea posible, avise con al menos 24 horas de anticipación.

Cuando no pueda dar un aviso con 24 horas de anticipación, se le cobrará una tarifa por no presentarse, ya que es imposible programar a otro cliente en ese intervalo de tiempo sin previo aviso. Su seguro médico no cubrirá una sesión que no se cumpla, por lo que la tarifa de presentación es su responsabilidad. Se le pedirá que pague la tarifa por no presentarse en su próxima cita o antes. Desde mayo de 2016 hasta el 30 de abril de 2019, la tarifa fue de \$ 25.00 por cada cita que no se presentó. A partir del 1 de mayo de 2019, la tarifa será de \$ 25.00 por la primera cita que no se presente y aumentará con cada siguiente no presentación. Esto está por debajo del estándar de la industria. Muchas prácticas de consejería requieren una tarifa completa por no presentarse.

Las citas que se cancelan con menos de 24 horas de anticipación se tratan de la misma manera que las citas que no se presentan. Tenga en cuenta la hora de su cita y asegúrese de cancelar su cita con suficiente antelación de que no se le aplicará una tarifa por no presentarse.

Las citas que se cancelan con menos de 24 horas de anticipación se tratan de la misma manera que las citas que no se presentan. Tenga en cuenta la hora de su cita y asegúrese de cancelar su cita con suficiente antelación para que no se le aplique una tarifa por no presentarse.

#### CANCELACIONES Y NO PRESENTARSE - POBLACIONES ESPECIALES

Si su cobertura de atención médica no nos permite cobrar una tarifa por no presentarse, no cobraremos una tarifa por no presentarse; sin embargo, después de dos citas ausentes, su consejero puede optar por derivarlo a una agencia sin fines de lucro que proporciona servicios de asesoramiento gratuitos o reducidos, ya que necesita que el espacio para citas esté disponible para un cliente que pueda utilizarlo. Un ejemplo de un plan de salud que no permite una tarifa por no presentarse es Medicaid. Si va a utilizar Medicaid para pagar sus servicios, aún debe notificar si no puede asistir a su cita para que su consejero pueda ofrecer ese espacio para la cita a otro cliente. Las ausencias repetidas pueden resultar en ser referido a una agencia financiada por subvenciones.

El contrato entre Alamo Heights Counseling, Inc. y el DFPS no permite el pago de citas que no se presenten. Ninguna cita mostrada toma una hora en el horario de un consejero que podría haberse utilizado para una persona que pudo asistir a una cita, y que realmente necesitaba los servicios, por lo tanto, cuando los clientes del DFPS no se presentan a una cita, su asistente social será notificado y quedará por escrito. Cuando los clientes del DFPS no se presenten en dos citas seguidas, se notificará a su trabajador social y se dará por terminado el tratamiento. El asistente social del cliente deberá derivar al cliente a otro consejero u otra organización. Dado que Texas Medicaid también prohíbe cobrar una tarifa por no presentarse por no presentarse y cancelaciones con poca antelación, si sus servicios son pagados por Medicaid y usted no se presenta en dos citas seguidas, el consejero asignado

puede optar por derivar al cliente a otro consejero en otra organización. Si fue derivado por el DFPS y no se presenta a dos o más citas, es posible que se le reasigne y se le notificará a su asistente social.

## CONFIDENCIALIDAD Y DIFUSIÓN DE REGISTROS

Todos los registros y la información se mantendrán confidenciales y se mantendrán de acuerdo con las leyes estatales y federales (HIPAA) con respecto a la confidencialidad de dichos registros e información. Nuestras Políticas de Privacidad están disponibles en nuestro sitio web y también son parte de nuestras formas de admisión requeridas. Si desea una copia impresa de nuestras Políticas de privacidad y si no puede imprimirlas desde nuestro sitio web, infórmese al personal de nuestra oficina y le proporcionarán una copia.

## DIFUSIÓN DE REGISTROS CUANDO FUE REFERIDO POR EL DFPS U OTRA AGENCIA GUBERNAMENTAL COMO PARTE DE UN REQUISITO LEGAL

Si fue referido a Alamo Heights Counseling, Inc. por el Departamento de Servicios para la Familia y de Protección de Texas, la Libertad Condicional del Condado de Bexar u otra agencia asociada al gobierno, esa agencia puede requerir que participe en la consejería como uno de los términos de su Plan de Servicio. , Libertad condicional, libertad condicional, etc. Cuando este sea el caso, le pediremos que firme una autorización que nos permita compartir información a su trabajador social, oficial de libertad condicional, oficial de libertad condicional, etc. Una autorización firmada nos permitirá proporcionar informes mensuales y otras actualizaciones de rutina a su asistente social, oficial de libertad condicional u otro punto de contacto asignado. Si no está dispuesto a firmar un consentimiento para la liberación, es posible que el asesoramiento que reciba no cumpla con los requisitos de la agencia que hizo la derivación. Si la agencia aceptó pagar por sus servicios y usted no firma una autorización, la agencia no pagará y deberá hacer otros arreglos para el pago de los servicios si aún desea recibir asesoramiento.

## LICENCIA

Alamo Heights Counseling, Inc. tiene contratos con consejeros profesionales con licencia, trabajadores sociales clínicos con licencia y terapeutas matrimoniales y familiares con licencia. La información sobre las credenciales de cada LPC, LCSW o LMFT está disponible al momento de la admisión y a su solicitud. Con la excepción de Cheryl L. Shulter, Directora, todos los consejeros son contratistas independientes. Cada consejero es responsable de su propio seguro de responsabilidad profesional y de renovar sus credenciales profesionales como lo requiere la ley de Texas.

Alamo Heights Counseling, Inc. ocasionalmente brinda experiencia clínica para LPC Associates (consejeros recién licenciados bajo supervisión por un mínimo de 18 meses) y LMFT Associates (LMFT recién licenciados bajo supervisión por un mínimo de 18 meses). Los asociados bajo supervisión no pueden aceptar un seguro médico, pero pueden asesorar conjuntamente con un LPC o LMFT que esté aceptando un seguro. Los asociados TIENEN permitido brindar servicios de asesoramiento directo a clientes privados que pagan. A partir de agosto de 2021, un pequeño número de estudiantes de prácticas de Our Lady of the Lake University obtendrán sus horas de prácticas aquí. Estos estudiantes son estudiantes de posgrado en el programa OLLU que conducen a una maestría y una licencia de LMFT, pero aún no tienen licencia. Los estudiantes de Practicum no pueden aceptar un seguro médico, pero pueden estar disponibles de manera limitada para brindar servicios de consejería de bajo costo para clientes que de otra manera no podrían recibir servicios.

## QUEJAS

Si no está satisfecho con los servicios que está recibiendo, esperamos que primero lo discuta con su consejero e intente llegar a una resolución. Si su consejero no puede resolver sus inquietudes, nuestra Directora, Cheryl L. Shulter, quisiera discutirlo con usted. Notifique al personal que le gustaría programar un horario para hablar con ella cuando no esté con uno de sus clientes. Además, siempre tiene la opción de presentar una queja ante la junta de licencias correspondiente. Para presentar una queja, uno puede comunicarse con la Sección de Quejas e Investigación, PO Box 141369, Austin, Texas 78714-1369 o llamar al 1-800-942-5540. Esperamos que, en caso de una queja, nos brinde la oportunidad de corregir el problema.

## **CONFIRMACIÓN DE FIRMA ÚNICA PARA MÚLTIPLES DOCUMENTOS DE ADMISIÓN**

Este paquete de admisión para adultos en español consta de un total de 6 documentos identificados como SA-1 a SA-6, así como pantallas adicionales en las que se le pidió que ingresara la información del seguro médico. El programa EHR utilizado por Alamo Heights Counseling, Inc., un programa llamado "TheraNest" a través del cual fue invitado al Portal del Cliente, obtendrá su firma una vez y la aplicará a todos los documentos en un paquete completo. Al completar cualquier parte de estos documentos, usted reconoce que se le proporcionó acceso al portal del cliente de TheraNest y, por lo tanto, tuvo acceso, se le proporcionaron copias electrónicas y se le pidió que completara todos los documentos contenidos en este paquete.

## **Alamo Heights Counseling**

Alamo Heights Counseling, 900 NE Loop 410, Suite D200, San Antonio, TX 78209  
San Antonio TX 78209-1407  
210-822-2600

---

### **8. SA-2) Notice of Privacy Practices (Adult Client, Spanish Language)**

#### **ALAMO HEIGHTS COUNSELING, INC.**

#### **AVISO DE HIPAA / AVISO DE PRÁCTICAS Y POLÍTICAS DE PRIVACIDAD**

Aviso de Alamo Heights Counseling, Inc.

Políticas y prácticas para proteger la privacidad de su información médica

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y COMPARTIR LA INFORMACIÓN MÉDICA, INCLUIDA LA INFORMACIÓN PSICOLÓGICA SOBRE USTED (O SU HIJO MENOR SI SU HIJO MENOR ES NUESTRO CLIENTE) Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVISE ESTE AVISO DETENIDAMENTE.

Entendemos que la información médica sobre usted y su atención médica es personal. Estamos comprometidos a proteger su información médica. Creamos registros de la atención y los servicios que recibe para brindarle una atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales.

Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por esta práctica de atención de salud mental. Este aviso le informará sobre las formas en que podemos usar y divulgar su información médica. También describimos sus derechos sobre la información médica que conservamos sobre usted y describimos ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y difusión de su información médica

La ley nos exige que le ofrezcamos una copia de nuestras prácticas de privacidad.

#### **I. Definiciones**

"You"(usted/tu) se refiere a cualquier individuo que sea un cliente de consejería actual de Alamo Heights Counseling, Inc. y también puede referirse a clientes anteriores de Alamo Heights Counseling, Inc. dependiendo del tiempo que haya pasado desde la fecha más reciente de servicio. Cuando el firmante de este documento es el padre de un niño menor y ese menor es cliente de un consejero en Alamo Heights Counseling, Inc., "you" puede ser leído como "su hijo" e interpretado como tal.

"PHI" se refiere a la información en su expediente médico que podría identificarlo.

El "uso" se aplica solo a las actividades dentro de nuestra oficina, como compartir, emplear, aplicar, utilizar, examinar y analizar información que lo identifica.

La "difusión" se aplica a las actividades fuera de nuestra oficina, como la difusión, la transferencia o el acceso a información sobre usted a otras partes.

“Tratamiento” es cuando un consejero que está empleado o contratado por Alamo Heights Counseling, Inc. proporciona, coordina y administra su atención médica y los servicios relacionados con su atención médica. Ejemplo de uso de su PHI para tratamiento es brindar terapia o coordinar su atención con su psicólogo, psiquiatra o médico de atención primaria. Las difusiones con fines de tratamiento no se limitan al estándar mínimo necesario porque los terapeutas y otros proveedores de atención médica necesitan acceso a información completa para brindar atención de calidad. La palabra "tratamiento" puede incluir la coordinación y gestión de consultas de proveedores de atención médica con terceros entre proveedores de atención médica y derivaciones de un paciente para atención médica de un proveedor de atención médica a otro.

“Pago” es cuando Alamo Heights Counseling, Inc. obtiene el pago por los servicios de atención médica que le brindamos. Ejemplos de cómo podríamos usar o compartir su PHI con fines de pago son cuando proporcionamos información a su compañía de seguro médico para fines de pago, o cuando le enviamos por correo un estado de cuenta o factura por la parte del costo que es su responsabilidad, o cuando Pase su tarjeta de crédito para obtener un copago o un pago hacia el deducible por los servicios prestados. Los empleados que no sean consejeros de Alamo Heights Counseling, Inc. tendrán acceso a la PHI para fines de facturación y administración de nuestra contabilidad.

Las “operaciones de atención médica” son actividades que se relacionan con el desempeño y el funcionamiento de nuestra práctica. Los ejemplos incluyen evaluación de la calidad y actividades de mejora, asuntos relacionados con el negocio, como auditorías y servicios administrativos, y gestión de casos y coordinación de la atención. También puede incluir programar sus citas, archivar y almacenar documentos relacionados con su atención y destrucción de documentos según lo exige la ley.

“Su consejero” se aplica a un proveedor de nivel de maestría o superior empleado o contratado por Alamo Heights Counseling, Inc. y que le brinda servicios de terapia o asesoramiento directo. Esto incluye a personas con licencia como Consejeros Profesionales Licenciados, Trabajadores Sociales Clínicos Licenciados, Terapeutas Matrimoniales y Familiares Licenciados y Psicólogos Licenciados. En determinadas circunstancias, el término "consejero" o "su consejero" también puede aplicarse a un consejero licenciado en dependencia de sustancias químicas a nivel de licenciatura o asociado. Si no está seguro de la educación y la licencia de algún proveedor de Alamo Heights Counseling, Inc., pregunte.

Las “notas de progreso” son notas que toma su consejero, ya sea durante o después de su sesión de terapia. Las notas de progreso incluyen la fecha en la que tuvo lugar su sesión de asesoramiento y también pueden incluir la hora de su sesión, así como información sobre los temas tratados, sus objetivos terapéuticos, su apariencia, cognición y capacidad para participar en la sesión, y cualquier tarea asignada o planes para la próxima sesión. Estas notas se consideran parte de su PHI.

Las “notas de psicoterapia” son notas que su consejero ha hecho sobre una conversación durante una sesión de consejería privada, grupal, conjunta o familiar y que se han mantenido separadas del resto de su registro médico. Estas notas tienen un mayor grado de protección que la PHI. (Las notas de psicoterapia a veces se denominan notas de "proceso", que es un término separado y distinto de las notas de progreso, definidas anteriormente). No todos los consejeros de Alamo Heights Counseling llevan notas de psicoterapia, y las notas de psicoterapia no se guardan para todos los clientes. Las notas de psicoterapia se tratan más adelante en este documento.

“Consentimiento” es su autorización para que su información sea utilizada o difundida.

La “autorización” es un permiso por escrito más allá del consentimiento general, que permite divulgaciones específicas. La autorización es siempre por escrito e incluye detalles específicos sobre la información que se puede compartir.

## **II. Usos y difusión con su consentimiento**

Alamo Heights Counseling, Inc. puede usar o compartir su PHI para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica con su consentimiento.

TRATAMIENTO. Podemos usar y divulgar PHI para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y otros servicios relacionados con su atención médica. Un ejemplo de difusión con fines de tratamiento es cuando su consejero consulta con otro proveedor de atención médica, como su psicólogo, psiquiatra o médico de atención primaria. Usted indica su consentimiento para el tratamiento al acudir a Alamo Heights Counseling, Inc. para obtener asesoramiento. Usted indica que da su consentimiento para que compartamos información a otro proveedor de atención médica cuando comparte con nosotros los nombres de sus otros proveedores y solicita que analicemos su atención con sus otros proveedores. Aunque no se requiere autorización por escrito para fines de tratamiento, es posible que le pidamos que firme una autorización (como se describe a continuación) para fines de documentación.

PAGO. Podemos compartir PHI para fines relacionados con el pago. Por ejemplo, podemos compartir su PHI a su compañía de seguro médico para determinar si los servicios están cubiertos y facturar a su compañía de seguro médico por los servicios. La información de facturación puede identificarlo a usted, su diagnóstico y el tratamiento proporcionado. Alamo Heights Counseling, Inc. también puede enviarle una factura o estado de cuenta a su dirección postal para obtener la parte del pago que es su responsabilidad. Al proporcionarnos la información de su seguro médico, indica que acepta que divulguemos su PHI a su compañía de seguros médicos. Si desea anular este consentimiento, debe notificarnos por escrito. Si elige anular este consentimiento, ya no podremos utilizar su seguro médico.

OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA. Podemos usar y compartir información sobre usted con fines administrativos y operativos. Ejemplos de operaciones de atención médica son las actividades de evaluación y mejora de la calidad, asuntos relacionados con el negocio, como auditorías y servicios administrativos, y gestión de casos y coordinación de la atención

### **III. Usos y difusión que requieren autorización**

Alamo Heights Counseling, Inc. puede usar o compartir PHI para fines ajenos al tratamiento, pago y operaciones de atención médica cuando se obtenga la autorización correspondiente. Una "autorización" es un permiso por escrito que va más allá del consentimiento general que permite solo divulgaciones específicas.

Alamo Heights Counseling, Inc. compartirá su PHI cuando firme una autorización que indique que autoriza dicha difusión.

Un ejemplo de un momento en el que puede solicitar dicha difusión es cuando solicita que compartamos información con un abogado debido a un asunto legal.

Si está involucrado en un caso del Departamento de Servicios para la Familia y de Protección y un requisito de su plan de servicios es la asesoría, le pediremos que firme una autorización, incluso si dicha autorización no es requerida por la ley. Si no está dispuesto a firmar una autorización, es posible que el Departamento de Servicios para la Familia y de Protección no reconozca los servicios que recibe aquí. Si el Departamento de Servicios para la Familia y de Protección ha acordado pagar por su asesoramiento, pero usted no firma una autorización, el Departamento de Servicios para la Familia y de Protección puede retirar su consentimiento para pagar o no considerar su participación en el asesoramiento para cumplir con los requisitos de su Plan de servicio.

En los casos en que se le solicite información a Alamo Heights Counseling, Inc. para fines ajenos al tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, Alamo Heights Counseling, Inc. obtendrá una autorización suya antes de divulgar cualquier parte de su PHI, y si usted no lo hace firmar una autorización, no compartirá / compartirá ninguna información a menos que así lo exija la ley, como cuando recibimos una orden judicial incluso después de hacer intentos legales para proteger su PHI.

Las notas de psicoterapia están separadas del resto de su PHI y tienen un mayor nivel de protección que la PHI ordinaria. Su consejero puede o no llevar notas de psicoterapia, y la ley, el código de ética o los pagadores de seguros de salud no requieren que guarden notas de psicoterapia. Puede preguntarle a su consejero si lleva notas de psicoterapia. Generalmente, Alamo Heights Counseling, Inc. no comparte notas de psicoterapia a nadie por

ningún motivo. Si tiene alguna pregunta sobre las notas de psicoterapia, infórmeselo a un miembro del personal y se puede programar un tiempo para discutir sus inquietudes.

Puede anular todas las autorizaciones de PHI en cualquier momento, siempre que la anulación sea por escrito. No puede anular una autorización en la medida en que (1) Alamo Heights Counseling, Inc. y / o su consejero hayan confiado en esa autorización y la información ya haya sido compartida/ difundida; o (2) si la autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro, y la ley otorga al asegurador el derecho a impugnar el reclamo de la póliza.

#### **IV. Usos y difusión que no requieren consentimiento, autorización o notificación**

Alamo Heights Counseling, Inc. y / o su consejero pueden usar o compartir PHI sin su consentimiento, autorización o notificación en las siguientes circunstancias:

- **Abuso infantil:** si su consejero tiene motivos para creer que un niño ha sido, o puede ser, abusado, descuidado o abusado sexualmente, su consejero debe hacer un informe de ello dentro de las 48 horas al Departamento de Servicios de Protección y Regulación de Texas, el Comisión de la Juventud de Texas, oa cualquier agencia de cumplimiento de la ley local o estatal.
- **Abuso de adultos y doméstico:** si su consejero tiene motivos para creer que una persona mayor o discapacitada se encuentra en un estado de abuso, negligencia o explotación, su consejero debe informarlo de inmediato al Departamento de Servicios de Protección y Regulación.
- **Supervisión de la salud:** Si se presenta una queja contra su consejero / terapeuta / trabajador social ante la Junta Examinadora del Estado correspondiente, la Junta Estatal tiene la autoridad para citar información confidencial de salud mental de Alamo Heights Counseling, Inc. relevante a esa queja.
- **Amenaza grave para la salud o la seguridad:** si su consejero determina que existe una probabilidad de que usted mismo u otros sufran una lesión física inminente, o existe una probabilidad de que usted sufra una lesión mental o emocional inmediata, su consejero puede compartir información confidencial de salud mental relevante. al personal médico o policial.
- **Demandas y disputas:** si está involucrado en una demanda, es posible que se nos solicite que divulguemos información médica en respuesta a una orden judicial. Es posible que se nos solicite que divulguemos información médica sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo en circunstancias específicas. Es nuestra política informarle cuando se realice una solicitud de este tipo y hacer todos los esfuerzos legales posibles para obtener una orden que proteja la información solicitada.

#### **V. Usos y difusión que no requieren consentimiento o autorización, pero sobre los cuales intentamos notificarle antes de la difusión.**

Alamo Heights Counseling, Inc. y / o su consejero pueden usar o compartir su PHI sin su consentimiento o autorización bajo las siguientes circunstancias, pero le notificarán antes de hacerlo:

- **Compensación para trabajadores:** si presenta un reclamo de compensación para trabajadores, su consejero puede compartir los registros relacionados con su diagnóstico y tratamiento a la compañía de seguros de su empleador.
- **Procedimientos judiciales o administrativos:** Si está involucrado en un procedimiento judicial y se solicita información sobre su diagnóstico y tratamiento y los registros del mismo, dicha información es privilegiada bajo la ley estatal, Alamo Heights Counseling, Inc. y su consejero no compartirán información, sin la autorización por escrito de usted o su representante personal o legalmente designado, o una orden judicial. El privilegio no se aplica cuando está siendo evaluado por un tercero o cuando la evaluación es ordenada por un tribunal. Se le informará con anticipación si este es el caso.

## **VI. Usos y difusión en las que Alamo Heights Counseling, Inc. no participa**

Incluso cuando lo permita la ley o el código de ética, es política de Alamo Heights Counseling no utilizar la PHI con fines de marketing. Alamo Heights Counseling no utilizará ni compartirá su PHI con fines de marketing, ni Alamo Heights Counseling venderá su PHI. Podemos comercializar nuestros nuevos servicios a través de folletos colocados en nuestra sala de espera, o su consejero o un miembro del personal puede informarle si hay servicios adicionales disponibles que puedan interesarle.

## **VII. Derechos y obligaciones**

### **DERECHOS Y DEBERES DEL CLIENTE**

- **Derecho a solicitar restricciones:** tiene derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información médica protegida sobre usted. Sin embargo, Alamo Heights Counseling, Inc. no está obligada a aceptar una restricción que solicite.
- **Derecho a recibir comunicaciones confidenciales por medios alternativos y en ubicaciones alternativas:** tiene derecho a solicitar y recibir comunicaciones confidenciales de PHI por medios alternativos y en ubicaciones alternativas. (Por ejemplo, es posible que no desee que un familiar sepa que está viendo a un consejero. Si lo solicita, Alamo Heights Counseling, Inc. enviará sus facturas a otra dirección).
- **Deber de proporcionar medios de comunicación:** si elige recibir información por medios alternativos o en una ubicación alternativa, tiene el deber de proporcionar a Alamo Heights Counseling, Inc. la información de contacto que debe utilizar.
- **Derecho a inspeccionar y copiar:** tiene derecho a inspeccionar u obtener una copia (o ambas) de su PHI en los registros médicos y de facturación utilizados para tomar decisiones sobre usted durante el tiempo que la PHI se mantenga en el registro. Es posible que se le niegue el acceso a su PHI en determinadas circunstancias, pero en algunos casos es posible que se revise esta decisión. Si lo solicita, su consejero discutirá con usted los detalles del proceso de solicitud y denegación. Esto no se aplica a las notas de psicoterapia, que no forman parte del historial médico.
- **Derecho a enmendar:** tiene derecho a solicitar una enmienda de la PHI durante el tiempo que la PHI se mantenga en el registro. Puede solicitar corregir lo que cree que es un error en su registro o agregar información que cree que falta en su registro. Alamo Heights Counseling, Inc. puede rechazar su solicitud. Si lo solicita, su consejero discutirá con usted los detalles del proceso de enmienda.
- **Derecho a un informe:** por lo general, tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de PHI para las que no ha brindado consentimiento ni autorización (como se describe en la Sección III de este Aviso). Si lo solicita, su consejero discutirá con usted los detalles del proceso contable. Como Alamo Heights Counseling hace todo lo posible por obtener su consentimiento y autorización para todas las divulgaciones, es raro que existan este tipo de divulgaciones. En un año determinado, puede solicitar una lista de todas las divulgaciones dentro de ese año.
- **Derecho a una copia impresa:** tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso de Alamo Heights Counseling, Inc. si lo solicita, incluso si previamente ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Para obtener una copia impresa, pregunte a un miembro del personal de la oficina.

### **DERECHOS Y DEBERES DE LA CONSEJERÍA DE ALAMO HEIGHTS**

- **Derecho a rechazar restricciones:** en determinadas circunstancias, Alamo Heights Counseling, Inc. puede tener derecho a rechazar ciertas restricciones que usted pueda solicitar en su PHI. Podemos denegar su solicitud si creemos que afectará negativamente su atención médica.
- **Derecho a denegar el acceso:** en determinadas circunstancias, Alamo Heights Counseling, Inc. puede tener derecho a denegarle el acceso a sus registros. No le proporcionaremos una copia de su registro si creemos que hacerlo le causará daño.

- Derecho a denegar la enmienda: en determinadas circunstancias, Alamo Heights Counseling, Inc. puede tener derecho a denegar una solicitud para enmendar su registro. Si realiza una solicitud para enmendar su registro y Alamo Heights Counseling rechaza su solicitud, le proporcionaremos un aviso por escrito del motivo dentro de los sesenta (60) días.
- Derecho a cobrar por las copias y a disponer del tiempo suficiente para producir los registros: los profesionales médicos pueden cobrar por las copias del registro de salud. La ley de Texas establece límites sobre la cantidad que un profesional de la salud puede cobrar por los registros. Nuestra política es permanecer muy por debajo del cargo legal de los registros y, al mismo tiempo, cubrir el costo del papel y la tinta. El costo de proporcionar su registro se determinará en función de la cantidad de páginas y el método por el cual desea recibir los registros (en papel o electrónico). Le proporcionaremos registros dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de su solicitud por escrito. También podemos cobrar cuando solicita un informe de todas las divulgaciones.
- Deber de mantener la privacidad: la ley exige que Alamo Heights Counseling, Inc. mantenga la privacidad de la PHI y le proporcione un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI.
- Derecho a cambiar / actualizar este aviso / política: Alamo Heights Counseling, Inc. tiene el derecho de cambiar las políticas y prácticas de privacidad descritas en este aviso. Cuando hagamos cambios, esos cambios se aplicarán a toda la información que tenemos registrada sobre usted.
- Obligación de proporcionar una copia de este aviso: cuando Alamo Heights Counseling, Inc. revise sus políticas y procedimientos, publicaremos una copia revisada en nuestra oficina y en nuestro sitio web, y pondremos a disposición de los usuarios copias impresas y electrónicas de este aviso. usted.
- Obligación de seguir los términos del aviso vigentes: la asesoría de Alamo Heights seguirá los términos del aviso que se encuentra actualmente en vigencia.

## VIII. Quejas

Si le preocupa que su consejero / terapeuta / trabajador social haya violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que tomó su consejero / terapeuta / trabajador social sobre el acceso a sus registros, a nuestra Directora le gustaría saber de usted. Debido a que ella también ve clientes con regularidad, si necesita reunirse con la Directora, infórmele al personal de la oficina y alguien se comunicará con usted para programar una cita.

Si le preocupa que su consejero / terapeuta / trabajador social haya violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que tomó su consejero / terapeuta / trabajador social sobre el acceso a sus registros, puede comunicarse con la Junta Estatal correspondiente (que se enumera a continuación).

Consejo Ejecutivo de Salud del Comportamiento del Estado de Texas

1-800-821-3205

333 Guadalupe Street, Suite 3-900, Austin, TX 78701

<https://www.bhec.texas.gov/>

También puede comunicarse con el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas.

Código postal 1982

CORREOS. Box 149347

Austin, Texas 78714-9347

También puede enviar una queja por escrito al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

## IX. Fecha efectiva

Estas políticas se crearon el 16 de marzo de 2016. Los cambios mínimos en el texto, incluida la corrección de errores tipográficos, los cambios en las mayúsculas y la puntuación, y la aclaración de definiciones específicas, se realizaron el 1 de enero de 2019. Los cambios realizados el 1 de enero de 2019 no son cambios a la política o contenido de este aviso o de las prácticas y políticas de Alamo Heights Counseling, Inc, pero proporcionan aclaraciones y explicaciones relacionadas con varios elementos. La traducción se realizó el 24 de agosto del 2021.

## **X. Reconocimiento y firma del cliente (o firma del padre / tutor que da su consentimiento cuando el cliente es un menor de edad).**

Bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), usted tiene ciertos derechos con respecto al uso y divulgación de su información médica protegida. Al firmar este documento, reconoce que ha recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA.

Su firma a continuación indica que 1) se le informó que hemos actualizado nuestra política de privacidad a partir del 16 de marzo de 2016, 2) que se le informó que nuestra política se actualizó mínimamente el 1 de enero de 2019, 3) que se le dio la oportunidad de leer la versión del 1 de enero de 2019 de la política de privacidad, 4) que ha recibido una copia de estos avisos electrónicamente y 5) que sabe que puede solicitar una copia en papel si así lo desea.

## **CONFIRMACIÓN DE FIRMA ÚNICA PARA MÚLTIPLES DOCUMENTOS DE ADMISIÓN**

Este paquete de admisión para adultos en español consta de un total de 6 documentos identificados como SA-1 a SA-6, así como espacios adicionales en los que se le pidió que ingresara la información del seguro médico. El programa EHR utilizado por Alamo Heights Counseling, Inc., un programa llamado "TheraNest" a través del cual fue invitado al Portal del Cliente, obtendrá su firma una vez y la aplicará a todos los documentos en un paquete completo. Al completar cualquier parte de estos documentos, usted reconoce que se le proporcionó acceso al portal del cliente de TheraNest y, por lo tanto, tuvo acceso, se le proporcionaron copias electrónicas y se le pidió que completara todos los documentos contenidos en este paquete.

## Alamo Heights Counseling

Alamo Heights Counseling, 900 NE Loop 410, Suite D200, San Antonio, TX 78209  
San Antonio TX 78209-1407  
210-822-2600

---

### 9. SA-3) \*\*\*NEW\*\*\* Telehealth Services Informed Consent (updated for 2020 CoViD-19 quarantine) (Adult Client, Spanish Language)

#### QUE ES TELEHEALTH?

"Telehealth" o telesalud significa la prestación de servicios de atención médica con el proveedor y el receptor de los servicios en ubicaciones separadas y los servicios prestados a través de la tecnología. Cuando se brindan servicios de salud mental, este servicio a veces se denomina "tele-salud mental". En este documento, utilizamos únicamente el término "telesalud". Casi todos los servicios que brindan los proveedores de Alamo Heights Counseling, Inc. son servicios de salud mental.

Los servicios prestados a través de telesalud se basan en una serie de herramientas tecnológicas electrónicas, a menudo basadas en Internet. Estas herramientas pueden incluir software de videoconferencia, correo electrónico, mensajería de texto, entornos virtuales, aplicaciones de salud móviles especializadas y otras.

Los proveedores de Alamo Heights Counseling, Inc. generalmente brindan servicios utilizando la plataforma de telesalud compatible con HIPAA "doxy.me" a través de Internet.

\* Durante las cuarentenas y las órdenes de refugio en el lugar relacionadas con la pandemia de CoViD-19 de 2020, los gobiernos federales y estatales han relajado los estándares relacionados con los medios de telesalud que cumplen con HIPAA; sin embargo, Alamo Heights Counseling, Inc. prefiere utilizar métodos que cumplen previamente y ya se ha demostrado que son seguros, por lo tanto, para la atención regular y de rutina, los proveedores solo usan doxy.me. En el caso de que el consejero o el cliente no puedan comunicarse con el servicio de doxy.me por alguna razón, o si doxy.me deja de ser confiable, se pueden utilizar medios alternativos de conexión y comunicación. Se prefieren las alternativas que cumplen con HIPAA, incluso cuando las leyes federales y estatales han relajado estas pautas.

Necesitará acceso a los servicios de Internet y a las herramientas tecnológicas necesarias para utilizar las herramientas mencionadas anteriormente a fin de participar en el trabajo de telesalud con su proveedor.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre las herramientas anteriores, diríjase directamente a su proveedor para que pueda analizar sus riesgos, beneficios y la aplicación específica a su tratamiento.

#### BENEFICIOS Y RIESGOS DE LA SALUD TELE-MENTAL

Recibir servicios de salud mental a través de la salud tiene los siguientes beneficios:

\* Le permite recibir servicios en momentos o en lugares donde el servicio podría no estar disponible de otra manera.

\* Le permite recibir servicios de una manera que puede ser más conveniente y menos propensa a retrasos que las reuniones en persona.

\* Le permite recibir servicios cuando no puede viajar al consultorio del proveedor.

\* Las características únicas de telesalud también pueden ayudar a algunas personas a lograr un mejor progreso en los objetivos de salud que de otro modo no hubieran sido alcanzables sin telesalud.

Recibir servicios a través de telesalud conlleva los siguientes riesgos:

\* Los servicios de telesalud pueden verse afectados por fallas técnicas, pueden presentar riesgos para su privacidad y pueden reducir la capacidad de su proveedor de servicios para intervenir directamente en crisis o emergencias. Aquí hay una lista no exhaustiva de ejemplos:

-Las conexiones de Internet y los servicios en la nube podrían dejar de funcionar o volverse demasiado inestables para su uso

-El hardware de la computadora o del teléfono inteligente puede tener fallas repentinas o quedarse sin energía, o los servicios de energía locales pueden fallar.

-Las interrupciones pueden parar los servicios en momentos importantes y es posible que su proveedor no pueda comunicarse con usted rápidamente o utilizando las herramientas más efectivas. Es posible que su proveedor tampoco pueda ayudarlo en persona.

\* El personal de servicio basado en la nube, los asistentes de TI y los actores malintencionados ("piratas informáticos") pueden tener la capacidad de acceder a su información privada que se transmite o almacena en el proceso de prestación de servicios basados en tele-salud mental.

Puede haber beneficios y riesgos adicionales para los servicios de salud telemental que surgen de la falta de contacto o presencia en persona, la distancia entre usted y su proveedor en el momento del servicio y las herramientas tecnológicas utilizadas para brindar los servicios. Su proveedor evaluará estos posibles beneficios y riesgos, a veces en colaboración con usted, a medida que avanza su relación.

## **EVALUAR QUE TELEHEALTH ES ADECUADO PARA USTED**

Aunque está bien validado por la investigación, la prestación de servicios a través de la salud tele-mental no es una buena opción para todas las personas. Su proveedor evaluará continuamente si trabajar a través de la salud tele-mental es apropiado para su caso. Si no es apropiado, su proveedor hará la transición para trabajar con usted en persona (si / cuando sea posible) o lo ayudará a encontrar proveedores en persona con quienes continuar con los servicios.

Hable con su proveedor si encuentra que los medios de tele-salud mental son tan difíciles de usar que lo distraen de los servicios que se brindan, si el medio causa problemas para concentrarse en sus servicios o si existen otras razones por las cuales el tele-mental El medio de salud parece estar causando problemas en la recepción de los servicios. El plantear sus preguntas o inquietudes no resultará, por sí solo, en la terminación de los servicios. Hablar de sus inquietudes con su proveedor suele ser parte del proceso.

También tiene derecho a dejar de recibir servicios de tele salud mental en cualquier momento sin perjuicio. Si su proveedor también brinda servicios en persona y usted puede acceder razonablemente a los servicios en persona del proveedor, no se le impedirá acceder a esos servicios si decide dejar de usar la salud tele-mental.

## **SU ENTORNO DE TELESALUD**

Serás responsable de crear un espacio seguro y confidencial durante la sesión. Debería utilizar un espacio libre de otras personas. También debería ser difícil o imposible para las personas fuera del espacio ver o escuchar sus interacciones con su proveedor durante la sesión. Si no está seguro de cómo hacer esto, solicite ayuda a su proveedor.

## **PLAN DE COMUNICACIÓN**

En su primera sesión, usted y su proveedor desarrollarán un plan para las comunicaciones de respaldo en caso de fallas tecnológicas y un plan para responder a emergencias y crisis de salud mental. Además de esos planes, su proveedor tiene las siguientes políticas con respecto a las comunicaciones:

La mejor manera de comunicarse con su proveedor entre sesiones durante el pedido de refugio en el lugar de CoViD-19 2020 es a través del teléfono celular del proveedor. Algunos de nuestros proveedores le darán su número directo, mientras que otros usan una cuenta de Google Voice o una segunda línea similar. Comuníquese con su proveedor sobre la mejor manera de comunicarse con él durante este tiempo.

Su proveedor se esfuerza por responder a sus mensajes dentro de las 24 horas; sin embargo, es posible que su proveedor no responda en sus días no laborables. Consulte con su proveedor sobre cuál será su horario de trabajo durante este período. A veces, su proveedor puede responder más rápido que 24 horas. Eso no significa que siempre podrá responder tan rápido

Su trabajo con su proveedor se realizará principalmente durante las sesiones programadas. Comuníquese con su proveedor sobre cuáles son sus horarios y cuánto contacto es apropiado entre sesiones. En términos generales, el contacto entre sesiones debe limitarse a confirmar o cambiar los horarios de las citas o preguntas sobre problemas de facturación, pero usted y su proveedor pueden hacer arreglos diferentes según su situación individual.

Su proveedor puede coordinar la atención con uno o más de sus otros proveedores. Aunque la HIPAA y nuestra política de consentimiento informado permiten a los proveedores coordinar la atención con otros proveedores sin un consentimiento específico por separado de usted, excepto en una emergencia, su proveedor generalmente le pedirá que firme un formulario de consentimiento o asentimiento antes de hacerlo. Su proveedor utilizará un cuidado razonable para garantizar que esas comunicaciones con otros proveedores sean seguras y que su privacidad esté protegida.

En una emergencia, su proveedor puede comunicarse con otros proveedores sin su conocimiento y consentimiento para mantenerlo seguro.

## **UBICACIÓN Y LICENCIA**

Todos los proveedores tienen licencia en el estado de Texas. Se le proporcionarán servicios mientras permanezca en el estado de Texas. Al comienzo de cada sesión, informe a su proveedor si se encuentra en su propia casa o en otro lugar dentro del estado de Texas.

Si planea estar fuera del estado de Texas en la fecha de su cita, debe informar a su proveedor. Es posible que su sesión deba reprogramarse para un momento en el que se encuentre en el estado de Texas, ya que la prestación de servicios de asesoramiento a través de las fronteras estatales se rige por el código de ética de la junta de licencias de su proveedor y es posible que no esté permitido.

## **PLAN DE SEGURIDAD Y EMERGENCIAS**

Como receptor de servicios basados en tele-salud mental, deberá participar para garantizar su seguridad durante las crisis de salud mental, emergencias médicas y sesiones que tenga con su proveedor.

Su proveedor le pedirá que designe un contacto de emergencia. Deberá dar permiso a su proveedor para que se comuniquen con esta persona sobre su atención durante las emergencias.

Su proveedor también desarrollará con usted un plan sobre qué hacer durante las crisis y emergencias de salud mental, y un plan sobre cómo mantener su espacio seguro durante las sesiones. Es importante que se comprometa con su proveedor en la creación de estos planes y que los siga cuando lo necesite.

## **SU SEGURIDAD Y PRIVACIDAD**

Su proveedor emplea herramientas de software y hardware que se adhieren a las mejores prácticas de seguridad y los estándares legales aplicables con el fin de proteger su privacidad y garantizar que los registros de sus servicios

de atención médica no se pierdan o dañen.

Sin embargo, al igual que con todas las cosas en la salud tele-mental, también tiene un papel que planificar para mantener su seguridad. Utilice protocolos de seguridad razonables para proteger la privacidad de su propia información médica. Por ejemplo: cuando se comunique con su proveedor, use dispositivos y cuentas de servicio que estén protegidos por contraseñas únicas que solo usted conoce. Además, utilice las herramientas seguras que su proveedor le ha proporcionado para las comunicaciones.

## **GRABACIONES**

No grabe sesiones de video o audio sin el consentimiento de su proveedor. Hacer grabaciones puede comprometer rápida y fácilmente su privacidad. Su proveedor no grabará sesiones de video o audio.

## **CONFIRMACIÓN DE FIRMA ÚNICA PARA MÚLTIPLES DOCUMENTOS DE ADMISIÓN**

Este paquete de admisión para adultos en español consta de un total de 6 documentos identificados como SA-1 a SA-6, así como pantallas adicionales en las que se le pidió que ingresara la información del seguro médico. El programa EHR utilizado por Alamo Heights Counseling, Inc., un programa llamado "TheraNest" a través del cual fue invitado al Portal del Cliente, obtendrá su firma una vez y la aplicará a todos los documentos en un paquete completo. Al completar cualquier parte de estos documentos, usted reconoce que se le proporcionó acceso al portal del cliente de TheraNest y, por lo tanto, tuvo acceso, se le proporcionaron copias electrónicas y se le pidió que completara todos los documentos contenidos en este paquete.

## Alamo Heights Counseling

Alamo Heights Counseling, 900 NE Loop 410, Suite D200, San Antonio, TX 78209  
San Antonio TX 78209-1407  
210-822-2600

---

### 10. SA-4) Reason For Referral--Current Symptoms (Adult Client, Spanish Language)

#### Razón para referir

En una oración o dos, ¿por qué viene a recibir asesoramiento?:

A continuación se muestra una lista de síntomas. Si está experimentando alguno de estos, puede marcar todos los que correspondan para ayudar a su consejero a comprender su situación.

- Estrés relacionado con el trabajo
- Problemas de crianza
- Crecimiento personal
- Duelo y pérdida
- Estado de ánimo deprimido
- Dificultades en las relaciones
- Síntomas de ansiedad
- Ataques de pánico recientes
- Fobia(s)
- Síntomas de trastorno de estrés postraumático, exposición a eventos traumáticos
- manejo de la ira (voluntario)
- Manejo de la ira (ordenado por la corte / obligatorio / requerido)
- Libertad condicional o libertad condicional (terapia obligatoria requerida por P.O.)
- Caso CPS (terapia obligatoria como parte de su plan de servicio)
- Delirios y / o alucinaciones
- Problema relacionado con las drogas o el alcohol

- Lapsos en la memoria / tiempo perdido
- Pensamientos suicidas
- Intento de suicidio
- Preocupaciones de comportamiento
- Problemas de apetito
- Evasión
- Episodios de llanto
- Energía excesiva
- Culpa
- Cansancio
- Irritabilidad
- Impulsividad
- Cambios Libido
- Pérdida de interés en actividades disfrutadas anteriormente
- Pensamientos acelerados
- Actividad arriesgada
- Cambios de sueño
- Recelo
- Razón no mencionada (escriba en el espacio siguiente)

Razón no mencionada número 1:

- Razón no mencionada 2 (escriba en el espacio siguiente)

Razón no mencionada número 2::

## **Síntomas actuales**

¿Qué es lo que más desea que sepa su consejero sobre la razón por la que acudirá a la consejería, su condición actual o sus sentimientos actuales?:

Factores agravantes (¿Qué empeora sus síntomas?):

Factores de alivio (¿Qué te ayuda a sentirte mejor?):

¿Ha sufrido anteriormente de esta queja?:

En caso afirmativo a la pregunta anterior, ¿buscó tratamiento para esta queja anteriormente?:

If Yes, enter previous therapist(s) seen for complaint, describe treatment (If no, type NA):

## **Atención de salud mental actual que está recibiendo**

¿Está actualmente bajo el cuidado de otro proveedor de salud mental?:

Si actualmente está bajo el cuidado de otro proveedor de salud mental, indíquelo a continuación.

- Psiquiatra o enfermero practicante psiquiátrico (es un médico o enfermero practicante que se especializa en el tratamiento de la salud mental y puede recetar medicamentos)
- Psicólogo (este tipo de profesional de la salud mental suele tener "PhD o" PsyD "después de su nombre y realiza pruebas o terapias)
- LPC, LMFT, LCSW (estas personas tienen licencia para brindar asesoramiento, terapia y otros tratamientos, pero no se denominan "médicos")
- LCDC (estas personas tienen licencia solo para tratar trastornos relacionados con el uso de sustancias)
- Médico general (si su médico de cabecera, pediatra u otro proveedor de atención primaria le ha tratado una afección de salud mental o le ha diagnosticado una afección de salud mental, marque esta casilla).

¿Le recetan actualmente medicamentos psicotrópicos?:

Si actualmente le recetan medicamentos psicotrópicos, indique 1) NOMBRE del medicamento, 2) DOSIS que toma, 3) HORA del día en que lo toma, 4) MOTIVO por el que se lo recetaron y 5) QUIÉN lo receta.:

## **¿Está actualmente diagnosticado con alguna de estas afecciones?**

- Trastorno de ansiedad generalizada u otro trastorno de ansiedad
- Trastorno bipolar
- Demencia
- Trastorno de despersonalización o trastorno de identidad disociativo o cualquier otro trastorno disociativo
- Trastorno de oposición desafiante, trastorno de conducta u otro trastorno de conducta
- ADHD or ADD de cualquier tipo
- Estrés postraumático y / o trastorno de estrés postraumático
- Obsessive Compulsive Disorder or other compulsive disorder

- Discapacidad de aprendizaje
- Ataques de pánico, ataques de ansiedad u otros trastornos relacionados con el pánico
- Trastorno fóbico
- Retraso mental / bajo funcionamiento intelectual
- Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastorno esquizotípico de la personalidad

## Uso de sustancias

Usted bebe alcohol?:

Usted fuma?:

Usa otras drogas?:

¿Alguna vez ha usado o ha estado expuesto a alguna de las siguientes sustancias en cualquier cantidad?  
(Marque todas las que apliquen)

- Marijuana
- Alucinógenos (LSD, psilocibina)
- Heroína
- Cocaína
- Inhalantes (pegamento, pintura)
- Éxtasis
- Analgésicos distintos de los recetados para el dolor
- benodiazepinas (Xanax, etc.) distintas de las recetadas para la ansiedad

Hace ejercicio?:

Tipo de ejercicio, en caso de haber marcado si:

## Situación presente

¿Está usted empleado?:

Tipo de trabajo que realiza, si está empleado:

Es usted estudiante?:

Nombre de la escuela, si es estudiante:

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor como vive?:

Si marcó otro arriba:

## **Familia, amigos y relaciones**

¿Cómo es tu relación con tu padre?:

¿Cómo es tu relación con tu madre?:

Si está casado o tiene una relación duradera, ¿cómo es su relación con su cónyuge / pareja?:

¿Es usted divorciado o viudo? Si es así, ¿cuánto tiempo hace?:

Cual es tu orientacion sexual?:

¿Cuál es su identidad de género y cuáles son sus pronombres preferidos?:

Tiene hijos(as)? Si es así, ¿cómo es su relación con sus hijos(as)?:

¿En qué religión te criaron? ¿Practicas la misma religión ahora? ¿Es miembro de una religión / grupo espiritual?  
¿Anticipa que sus experiencias religiosas serán parte de su terapia?:

¿Eres sexualmente activa(o)?:

## **Adicional**

¿Algo más que desee que sepa su consejero / terapeuta?:

## **CONFIRMACIÓN DE FIRMA ÚNICA PARA MÚLTIPLES DOCUMENTOS DE ADMISIÓN**

Este paquete de admisión para adultos en español consta de un total de 6 documentos identificados como SA-1 a SA-6, así como pantallas adicionales en las que se le pidió que ingresara la información del seguro médico. El programa EHR utilizado por Alamo Heights Counseling, Inc., un programa llamado "TheraNest" a través del cual fue invitado al Portal del Cliente, obtendrá su firma una vez y la aplicará a todos los documentos en un paquete completo. Al completar cualquier parte de estos documentos, usted reconoce que se le proporcionó acceso al portal del cliente de

TheraNest y, por lo tanto, tuvo acceso, se le proporcionaron copias electrónicas y se le pidió que completara todos los documentos contenidos en este paquete.

## Alamo Heights Counseling

Alamo Heights Counseling, 900 NE Loop 410, Suite D200, San Antonio, TX 78209  
San Antonio TX 78209-1407  
210-822-2600

---

### 11. SA-5) Health History (Adult Client, Spanish Language)

#### Atención de salud mental anterior

Responda TODAS las preguntas. Si la pregunta no aplica, escriba "NA" en el espacio provisto

¿Ha asistido a terapia de consejería anteriormente?:

Si ha asistido a terapia de consejería anteriormente, ¿cuánto tiempo hace?:

¿Alguna vez ha tenido pensamientos suicidas?:

Si ha experimentado pensamientos suicidas, ¿hace cuánto tiempo?:

¿Alguna vez ha intentado suicidarse?:

Si alguna vez ha sido hospitalizado por motivos psiquiátricos, indique por qué y cuándo.:

#### ¿Alguna vez le han diagnosticado alguna de estas afecciones?

- ¿Alguna vez le han diagnosticado alguna de estas afecciones?
- Trastorno bipolar
- Trastorno de despersonalización o trastorno de identidad disociativo o cualquier otro trastorno disociativo.
- Demencia
- Trastorno de oposición desafiante, trastorno de conducta u otro trastorno de conducta
- ADHD or ADD de cualquier tipo
- Estrés postraumático y / o trastorno de estrés postraumático
- Trastorno obsesivo compulsivo u otro trastorno compulsivo

- Discapacidad de aprendizaje
- Ataques de pánico, ataques de ansiedad u otros trastornos relacionados con el pánico
- Trastorno fóbico
- Retraso mental / bajo funcionamiento intelectual
- Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastorno esquizotípico de la personalidad
- Enter title
- Enter title

Enter text here

Si la respuesta es Sí, ingrese los terapeutas previos que vio para la queja, describa el tratamiento (Si la respuesta es no, escriba NA):

(check all that apply)

- Ansiedad
- Problemas de apetito
- Evasión
- Episodios de llanto
- Depresión
- Energía excesiva
- Fatiga
- Culpa
- Alucinaciones
- Impulsividad
- Irritabilidad
- Cambios en Libido
- Pérdida de interés
- Ataques de pánicos
- Pensamientos acelerados
- Actividad de riesgo
- Cambios de sueño
- Recelo

## Historial Médico

Alergias:

Diagnósticos previos / tratamiento de salud mental:

Tratado previamente por:

Medicinas previas:

Fechas/años del tratamiento:

Afecciones médicas previas:

Cirugías pasadas:

## Historia Familiar

¿Es usted adoptado? si es así, ¿a qué edad?:

Hermanos y sus edades:

¿Sus padres estaban casados o vivían juntos durante su infancia?:

¿Sus padres se divorciaron o se separaron? Si es así, ¿cuántos años tenía?:

¿Sus padres se volvieron a casar? Si es así, ¿cuántos años tenía?:

¿Quién le crió? ¿Dónde creció?:

Condiciones médicas de miembros de la familia:

Condiciones mentales de miembros de la familia:

¿Usted es tratado con medicina?:

## Enter title

Medicamentos:

¿Alguna vez ha sido arrestado? Si es así, ¿cuándo y por qué?:

## ¿Alguna vez ha estado expuesto a alguno de los siguientes?

Marque las que apliquen

- Alcohol
- Tabaco
- Marijuanna
- Alucinógenos (LSD)
- Heroína
- Metanfetaminas
- Cocaína
- Estimulantes (pastillas)
- Éxtasis
- Metadona
- Tranquilizantes
- Analgésicos

En caso afirmativo, indique la frecuencia / fechas de uso.:

¿Alguna vez ha sido tratado por abuso de drogas / alcohol? ¿Si sí, cuándo?:

¿Fuma cigarrillos? Si es así, ¿cuántos por día?:

¿Consume bebidas con cafeína? Si es así, ¿cuántas por día?:

¿Alguna vez ha abusado de medicamentos recetados? Si es así, ¿cuáles?:

## Salud Física

Marque cualquiera de los siguientes casos que le haya diagnosticado un médico u otro profesional de la salud.

- Lesión craneal
- Desmayos / mareos
- Blackouts (Bloqueo)

- Temblores
- Accidente eléctrico
- Stroke/ accidente cerebrovascular
- Cáncer
- Pérdida de conciencia
- Alergias peligrosas / mortales
- Condiciones / enfermedades neurológicas
- Cirugías
- Exposición tóxica
- Convulsiones
- Migrañas
- Pérdida de coordinación
- Infecciones graves
- Diabetes Tipo I
- Diabetes (Tipo II)
- Enfermedad del riñón
- Exposición a la radiación
- Enfermedad del hígado
- Desnutrición
- Problemas de Tiroides
- Debilidad / entumecimiento

## **CONFIRMACIÓN DE FIRMA ÚNICA PARA MÚLTIPLES DOCUMENTOS DE ADMISIÓN**

Este paquete de admisión para adultos en español consta de un total de 6 documentos identificados como SA-1 a SA-6, así como espacios adicionales en los que se le pidió que ingresara la información del seguro médico. El programa EHR utilizado por Alamo Heights Counseling, Inc., un programa llamado "TheraNest" a través del cual fue invitado al Portal del Cliente, obtendrá su firma una vez y la aplicará a todos los documentos en un paquete completo. Al completar cualquier parte de estos documentos, usted reconoce que se le proporcionó acceso al portal del cliente de TheraNest y, por lo tanto, tuvo acceso, se le proporcionaron copias electrónicas y se le pidió que completara todos los documentos contenidos en este paquete.

## Alamo Heights Counseling

Alamo Heights Counseling, 900 NE Loop 410, Suite D200, San Antonio, TX 78209  
San Antonio TX 78209-1407  
210-822-2600

---

### 12. SA-6) Credit Card On File Consent Form (Adult Client, Spanish Language)

#### Consentimiento archivado de la tarjeta de crédito / débito

**Client Full Name:**

**Client Date Of Birth:**

Para su conveniencia, puede solicitar que Alamo Heights Counseling, Inc. almacene su tarjeta de crédito en el archivo y cargue su tarjeta de crédito por los servicios, copagos, coseguro (y tarifas por no presentarse cuando corresponda). La información escrita a continuación es para documentar su consentimiento y tomar nota del número de tarjeta y la fecha de vencimiento que ha almacenado en el archivo. La información proporcionada a continuación NO es suficiente para ejecutar su tarjeta. La información completa de su tarjeta debe ser ingresada una vez por el personal de Alamo Heights Counseling, Inc. mientras usted está presente en la oficina (o mientras está al teléfono si es un cliente de telesalud).

Las tarjetas se almacenarán en el archivo de TSYS / Global Payments, un procesador de tarjetas de crédito seguro. El personal de Alamo Heights Counseling, Inc. podrá ejecutar su tarjeta una vez que esté almacenada, pero no podrá ver la información de su tarjeta de crédito. Alamo Heights Counseling, Inc. no almacena información de tarjetas de crédito en nuestro servidor o computadoras.

Tipo de Tarjeta:

Nombre del dueño de la tarjeta tal como aparece en ella:

Los últimos 4 dígitos de su tarjeta de débito o crédito:

Fecha de vencimiento de su tarjeta de débito o crédito:

#### CONFIRMACIÓN DE FIRMA ÚNICA PARA MÚLTIPLES DOCUMENTOS DE ADMISIÓN

Este paquete de admisión para adultos en español consta de un total de 6 documentos identificados como SA-1 a SA-6, así como espacios adicionales en las que se le pidió que ingresara la información del seguro médico. El programa EHR utilizado por Alamo Heights Counseling, Inc., un programa llamado "TheraNest" a través del cual fue invitado al Portal del Cliente, obtendrá su firma una vez y la aplicará a todos los documentos en un paquete completo. Al completar cualquier parte

de estos documentos, usted reconoce que se le proporcionó acceso al portal del cliente de TheraNest y, por lo tanto, tuvo acceso, se le proporcionaron copias electrónicas y se le pidió que completara todos los documentos contenidos en este paquete.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_