

Alamo Heights Counseling

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

21. SC-1) Informed Consent for Counseling/Psychotherapy (Child/Teen Form, Spanish Language)

ANUNCIO SOBRE EL USO DEL PORTAL DEL CLIENTE

Antes de completar estos formularios, busque en la parte superior de la pantalla. Verá una barra negra con el nombre de su hijo(a) en la parte superior derecha y la palabra "formas" en la parte superior izquierda. Inmediatamente a la derecha de la palabra "formularios" están las palabras "Seguro y facturación". Además de completar estos formularios, TAMBIÉN debe completar la "Información de seguro y facturación" a menos que un miembro del personal le haya informado que no es necesario que lo haga. Esto le permitirá ahorrar más tiempo el día de su primera cita. Si es posible, envíe por correo electrónico una copia de la parte ANTERIOR Y POSTERIOR de la tarjeta de seguro médico de su hijo a payments@alamoheightscounseling.com para ahorrar aún más tiempo. Gracias por su atención a estos asuntos administrativos. Esperamos poder ayudarlo a usted y a su hijo.

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 PRESTADOS

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).

Tipo de 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 utiliza de forma 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 de 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 para su hijo(a). También pueden incluir una mejora en la capacidad para demostrar comportamientos socialmente aceptables,

Su hijo(a) también puede adquirir una mejor comprensión de sí mismo, los valores y las metas, así como una mejor comprensión de sus propias motivaciones y las de los demás. Es posible que observe cambios de comportamiento en su hijo(a) como resultado de la consejería. Los niños o adolescentes mayores también pueden adquirir una mejor comprensión de sí mismos, los valores y las metas, 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 usted y su hijo(a) los conozcan. Cuando una persona está operando como parte de su sistema familiar y los comportamientos de esa persona cambian, los efectos se pueden sentir en todo el sistema familiar. La consejería probablemente cambiará la forma en que su niño(a) o adolescente interactúa con los demás. Aunque se espera que este cambio se considere una mejora, es posible que requiera un ajuste por parte de su hijo(a), por su parte, o por parte de otro miembro de la familia.

Como parte del proceso de asesoramiento, es probable que su hijo(a) enfrente emociones incómodas, como tristeza, culpa, soledad, miedo, ira e impotencia. La incomodidad asociada con estos sentimientos es una parte normal del proceso de asesoramiento y, por lo general, es temporal. El consejero de su niño o adolescente ayudará a su niño(a) / adolescente a identificar emociones y aprender habilidades de afrontamiento para enfrentar estas emociones. El consejero de su hijo(a) o adolescente puede descubrir información sobre situaciones que han sido traumáticas para su hijo(a).

De vez en cuando, las emociones empeoran antes de sentirse mejor a medida que las personas luchan por hacer frente a las emociones difíciles. Durante este tiempo, es posible que observe cambios de comportamiento en su hijo(a) como resultado de ese proceso. Trabajar hacia las metas de la consejería también requiere esfuerzo por parte de la persona que participa en la consejería. Su niño / adolescente enfrentará desafíos 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 su niño o adolescente va a recibir terapia especializada como EMDR, es posible que se analicen los beneficios y riesgos adicionales con usted (y con su niño(a) / adolescente de una manera apropiada para su edad) en el momento en que comiencen los servicios especializados. También se puede requerir un consentimiento informado adicional en ese momento.

JUEGO DURANTE LA TERAPIA

Dependiendo de la edad de su hijo(a), su hijo(a) puede participar en el juego como parte del proceso terapéutico. El consejero de su hijo(a) le proporcionará información sobre el uso del juego en la terapia inicialmente y cuando desee más información.

Si bien es probable que su hijo(a) disfrute de su experiencia de terapia de juego, la terapia de juego es mucho más que "solo jugar" y jugar en casa, en la guardería o en otros entornos sin un consejero no es un sustituto del proceso terapéutico que ocurre durante juego terapéutico. Para utilizar el juego como una forma de terapia, un consejero debe estar capacitado en técnicas de terapia de juego.

Si la terapia de su hijo(a) será un juego principal, un juego completo o alguna otra forma de asesoramiento, se basa en la evaluación del terapeuta de su hijo(a) sobre las necesidades de su hijo(a). El consejero de su hijo(a)

puede optar por participar en la terapia de juego filial (que lo involucra a usted, el padre, estar presente y participar en la sesión de su hijo(a)) cuando sea apropiado o hacer que usted esté presente en las sesiones de su hijo para observar, según el problema que se presente. El consejero de su hijo también puede considerar que es mejor realizar la terapia solo con su hijo presente. Esto queda a discreción del consejero.

Si el terapeuta de su hijo(a) es un terapeuta de juego registrado, se lo hará saber. Independientemente de si el terapeuta de su hijo(a) es o no un terapeuta de juego registrado, el consejero de su hijo(a) utilizará métodos en los que haya sido capacitado específicamente para brindar terapia.

INFORMACIÓN GENERAL

La relación terapéutica es única porque es muy personal y, al mismo tiempo, es un acuerdo contractual. Dado esto, es importante que comprenda cómo funcionará su relación con el consejero de su hijo(a) o adolescente, y qué puede esperar del consejero de su hijo(a) o adolescente y de la experiencia de consejería. "Consentimiento informado" significa que antes de dar su consentimiento para la consejería / terapia para su niño(a) / adolescente, se le proporciona información sobre qué es la consejería / 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 con el consejero de su hijo(a). Incluso si no hace preguntas, el 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.

En Texas, la mayoría de edad es de 18 años. Como tal, su niño(a) / adolescente no podrá dar su consentimiento para su propio asesoramiento. Sin embargo, su aceptación es importante, y también es importante desde un punto de vista ético que quieran participar en el asesoramiento. Se le pedirá a un niño(a) o adolescente que dé su consentimiento. "Asentimiento" es una palabra que usamos en el proceso de asesoramiento para indicar acuerdo o cooperación cuando una persona no puede dar su consentimiento legalmente. No hay un formulario específico que su hijo / a deba firmar para dar su consentimiento. Un niño / adolescente da su consentimiento al venir a la oficina de consejería y participar. Si en algún momento su niño / adolescente se niega a participar o indica que no quiere participar en la consejería, se le notificará y es posible que tengamos que revisar el tema del consentimiento y asentimiento antes de que se pueda reanudar la consejería.

PROCESO TERAPÉUTICO

Ha dado un paso muy positivo al decidir buscar terapia para su hijo o adolescente. El resultado del tratamiento de su hijo / adolescente depende en gran medida de su voluntad de participar en este proceso, que a veces puede resultar en una incomodidad considerable. También depende de su voluntad de participar, ya que se ven directamente afectados por el entorno hogareño que crea.

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. El consejero de su hijo / adolescente no puede prometer que el comportamiento o las circunstancias de su hijo / adolescente cambiarán. Un consejero puede y se comprometerá a apoyar a su niño / adolescente y a hacer todo lo posible para comprender a su niño / adolescente, señalando patrones repetidos en la vida de su niño / adolescente, ayudando a su niño / adolescente a entenderse mejor a sí mismo y a estos patrones. y ayude a su niño / adolescente a aclarar qué es lo que quiere para sí mismo.

CONFIDENCIALIDAD

El contenido de la sesión y todos los materiales relevantes para el tratamiento de su hijo se mantendrán confidenciales, excepto cuando usted o el otro padre de su hijo / adolescente soliciten por escrito que todo o parte de dicho contenido se comparta a una persona o personas específicamente nombradas. Las limitaciones de dicho privilegio de confidencialidad del cliente existen y se detallan a continuación:

1. Si su niño / adolescente amenaza con hacer un intento de suicidio o hace un intento de suicidio, o se comporta de otra manera de una manera en la que existe un riesgo sustancial de incurrir en daños corporales graves, el

consejero de su niño / adolescente puede hacer esfuerzos para detener o prevenir un intento de suicidio. El consejero de su hijo / adolescente puede notificarle a usted, al personal médico o a las fuerzas del orden público en estos casos.

2. Si su niño / adolescente amenaza con matar o dañar seriamente a otra persona, el consejero de su niño / adolescente puede hacer esfuerzos para detener o prevenir que ocurra ese daño. El consejero de su hijo / adolescente puede informarle a usted y a la policía para proteger la vida de la persona que es el objetivo / víctima previsto. En Texas, un consejero no puede advertir al objetivo / víctima prevista, pero los padres o la policía pueden tomar medidas.

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.

En el caso de que su niño / adolescente comparta información sobre el abuso de un niño (incluso de otro niño fuera de su hogar), el consejero de su niño / adolescente informará el abuso sospechado a la línea directa correspondiente como lo requiere la ley.

4. Cuando se sospecha de 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.

En el caso de que su niño / adolescente comparta información sobre el abuso de una persona mayor o discapacitada, el consejero de su niño / adolescente informará el abuso sospechado a la línea directa correspondiente como lo requiere la ley.

5. Si un tribunal de justicia emite una orden judicial legítima que ordena al consejero que divulgue información específica, como notas de terapia, al tribunal, el consejero debe cumplir con la orden judicial.

Una citación no es suficiente para requerir la difusión de registros, por lo tanto, si el consejero de su hijo / adolescente recibe una solicitud de los registros de su hijo / adolescente a través de una citación, el consejero de su hijo / adolescente NO compartirá los registros hasta que se emita una orden judicial. Es nuestro que si recibimos una citación para los registros de su hijo / adolescente, pero no una orden judicial, nos comunicamos con el padre que inició el tratamiento y le pedimos a ese padre más información sobre el motivo de la citación y si ese padre desea tener registros. liberado. Si desea que se divulguen los registros, se le pedirá que firme un comunicado de HIPAA.

Tenga en cuenta que si el otro padre de su hijo / adolescente tiene derecho a los registros está determinado por la ley estatal y cualquier orden judicial que modifique una relación padre / hijo (como una sentencia de divorcio o una orden judicial para modificar la posesión y el acceso a un menor de edad). niño). Si el otro padre de su hijo / adolescente solicita registros de que esa persona es el padre legal de su hijo / adolescente, es posible que sea necesario que compartamos los registros de su hijo / adolescente.

Si usted y el consejero de su hijo / adolescente se ven fuera de la oficina de terapia, el consejero no lo reconocerá primero para proteger su privacidad y confidencialidad y la de su hijo / adolescente, que son de suma importancia para nosotros. Si reconoce y saluda primero al consejero de su hijo / adolescente, él o ella será cortés, pero evitará hablar con usted sobre la consejería en cualquier lugar público. Debido a que estamos protegiendo la privacidad de su hijo o adolescente, así como la suya, sea respetuoso con su hijo y no revele a los demás quiénes somos y cómo nos conoce. Si su niño / adolescente desea compartir que está recibiendo consejería es un asunto privado que no debe ser revelado, a pesar de que usted, como padre, tiene derecho a hacerlo.

En algunas ocasiones, es posible que el consejero de su hijo / adolescente deba consultar con otros profesionales en sus áreas de especialización para brindar el mejor tratamiento para su hijo / adolescente. Si se comparte alguna información sobre su hijo / adolescente en este contexto, se hará sin usar el nombre de su hijo / adolescente u otra

información de identificación, a menos que usted o el otro padre de su hijo / adolescente hayan firmado una autorización válida para permitir el compartir de la información.

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 caso de que la póliza de seguro médico que cubre a su hijo / a adolescente no cubra una sesión de 60 minutos, tendrá 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 cobrarle 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 su niño / adolescente llegue a tiempo a su sesión para que su niño reciba el beneficio completo de los servicios y para que el consejero de su niño / adolescente 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 su hijo o adolescente llega con más de quince (15) minutos de retraso a una sesión programada, es posible que deba cancelar la sesión, especialmente si está utilizando un seguro médico para pagar el asesoramiento de su hijo o adolescente debido a las reglas establecidas por el seguro de salud. industria.

Excepto en casos muy raros 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 por hora cada semana, mientras que otros pueden programarse para dos veces por semana, dos veces al mes o una vez al mes.

La frecuencia con la que se programe a su hijo o adolescente dependerá de varios factores, incluida la gravedad de los síntomas, la disponibilidad de su hijo / adolescente y su capacidad para transportarlos, la disponibilidad del consejero, cualquier requisito específico relacionado con nuestro contrato con su compañía de seguro médico si usted están 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 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 las emergencias u otras necesidades terapéuticas pueden resultar en sesiones más frecuentes.

PAGO DE TRAIAS

Si está utilizando un seguro médico para pagar el asesoramiento de su hijo / adolescente, la compañía de seguro médico puede exigir 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. Aunque la compañía de seguros no paga una parte del cuidado de su hijo o adolescente, usted 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 política 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 el beneficiario 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 paga, 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 el tratamiento de su hijo / adolescente utilizando un método de pago diferente.

NO PAGO / INCAPACIDAD DE PAGAR

Si no puede pagar la tarifa o el copago de las sesiones de su hijo / adolescente, 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 la cita de su hijo / adolescente, 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 del consejero de su hijo / adolescente, infórmele también directamente 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 proporciona un aviso con 24 horas de anticipación, se aplicará 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 para que no se le aplique una tarifa por no presentarse.

CANCELACIONES Y NO PRESENTARSE- POBLACIONES SPECIALES

Si la cobertura de atención médica de su hijo no nos permite cobrar una tarifa por no presentarse, no cobraremos una tarifa por no presentarse; sin embargo, después de dos citas ausentes, el consejero de su hijo puede optar por derivarlo a una organización sin fines de lucro. agencia que brinda servicios de asesoramiento gratuitos o reducidos, ya que él o ella necesita hacer que el espacio para citas esté disponible para un cliente que pueda usarlo.

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 se anotará su gráfico. 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 y cancelaciones con poca anticipación, si sus servicios son pagados por Medicaid y usted no se presenta en dos citas seguidas, el consejero asignado puede optar por referir al cliente a otro consejero en otra organización. Si fue referido 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 no puede imprimirlas desde nuestro sitio web, infórmele al personal de nuestra oficina y le proporcionarán una copia.

DIFUSIÓN DE REGISTROS CUANDO FUE REFERIDO POR 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 divulgar información a su trabajador social, oficial de libertad condicional, oficial de libertad condicional, etc. Una autorización firmada nos permitirá proporcionar informes mensuales y otros 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 referencia. 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.

TRATAMIENTO DE MENORES

Según lo dispuesto por la ley estatal (para la prevención del suicidio, la adicción a sustancias químicas y el abuso sexual, físico o emocional), el tratamiento de menores de dieciocho años se proporcionará solo con el consentimiento de un padre cuyos derechos no hayan sido cancelados, o , cuando los derechos han terminado, pero el adulto que es el tutor legal del niño.

Al firmar este formulario de consentimiento, reconoce que es el padre o tutor legal de este niño. Es el deseo de Alamo Heights Counseling, Inc. aceptar su declaración de buena fe de que usted es el padre o tutor legal, sin embargo, ya que los códigos de ética de algunos de nuestros proveedores requieren que obtengamos documentos judiciales cuando existen documentos judiciales, requerirá que firme el formulario titulado "C-7) Documentos legales (reconocimiento de los padres)" que es parte de este paquete de admisión inicial. Si existen documentos legales en forma de DECRETO FINAL DE DIVORCIO o MODIFICACIÓN DE LA ORDEN CON RESPECTO A LA POSESIÓN Y ACCESO A UN MENOR MENOR, debe proporcionarnos una copia de este documento.

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 recibe su hijo o adolescente, esperamos que primero lo discuta con el consejero asignado e intente llegar a una resolución. Si el consejero de su hijo o adolescente 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. Se deben programar citas con la Sra. Shulter; no se pueden hacer de improviso debido a su horario clínico y docente. Siempre tiene la opción de presentar una queja ante la junta de licencias correspondiente si cree que su preocupación llega a ese nivel. 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. En el caso de una queja contra un consejero de Alamo Heights Counseling, notifique a la Sra. Shulter para que pueda tomar las medidas correctivas apropiadas de inmediato en lugar de esperar hasta que la Junta tome medidas. 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 niños / adolescentes consta de un total de 8 documentos identificados como C-1 a C-8, así como espacios adicionales en las que se solicitó 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, aquí está la firma una vez y la aplicación 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

22. SC-2) Notice of Privacy Practices (Child/Teen Form, 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 SU HIJO MENOR, Y CÓMO USTED, EL OTRO PADRE DE SU HIJO Y SU HIJO PUEDEN TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVISE ESTE AVISO DETENIDAMENTE.

Entendemos que la información médica sobre su hijo y la atención médica de su hijo es personal. Estamos comprometidos a proteger la información médica de su hijo. Creamos registros de la atención y los servicios que recibe con el fin de brindar una atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales y éticos.

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

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

I. Definiciones

En este documento, "su hijo" se refiere a su hijo menor que es un cliente de consejería actual o anterior de Alamo Heights Counseling, Inc. "Usted" se refiere al padre del cliente menor. Tenga en cuenta que, a menos que un tribunal haya eliminado los derechos del otro padre de su hijo, "usted", como se usa en este documento, también puede referirse al otro padre, que puede tener los mismos derechos que usted según la ley. El uso de la frase "el otro padre de su hijo" en este documento no indica, implica ni sugiere de ninguna manera que usted y el otro padre de su hijo tengan derechos diferentes según la ley. Si tiene preguntas sobre la capacidad del otro padre de su hijo para acceder a los registros médicos y / o psicológicos, consulte a un abogado de derecho de familia.

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

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

La "difusión/divulgación" se aplica a actividades fuera de nuestra oficina, como compartir, transferir o proporcionar acceso a información sobre su hijo 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. Ejemplos del uso de su PHI para tratamiento son brindar terapia o coordinar la atención de su hijo con el psicólogo, psiquiatra o médico de atención primaria de su hijo. El compartir información 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 referencias 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 a su hijo. Ejemplos de cómo podríamos usar o divulgar la PHI de su hijo 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 pasamos su tarjeta de crédito por un copago o pago hacia el deducible por los servicios prestados a su hijo. 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.

En la mayoría de los casos, "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 Asociado de LPC o Asociado de LMFT. Estos individuos tienen un título de maestría y recién licenciados en sus campos; están bajo supervisión por un mínimo de 18 meses y no pueden aceptar seguro médico en este momento. Si utiliza un seguro médico, no se le asignará a ninguna de estas personas.

En determinadas circunstancias, los términos "consejero" o "su consejero" pueden 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 el consejero de su hijo, ya sea durante o después de la 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 hace un consejero que son para el beneficio de la recolección y comprensión del proceso de psicoterapia por parte del consejero. Las notas de psicoterapia pueden ser sobre una conversación durante una sesión de consejería privada, grupal, conjunta o familiar y se mantienen separadas del 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; de hecho, la mayoría no lo hace. Las notas de psicoterapia están más estrechamente asociadas con el psicoanálisis, una forma especializada de terapia. Las notas de psicoterapia se tratan más adelante en este documento debido a la protección especial que se les brinda.

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

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 compartir PHI para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y otros servicios relacionados con la atención médica de su hijo. 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 de su hijo al llevarlo a Alamo Heights Counseling, Inc. para obtener asesoramiento. Usted indica su consentimiento para que divulguemos información a otro proveedor de atención médica cuando comparte con nosotros los nombres de los otros proveedores de su hijo y solicita que analicemos la atención de su hijo 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 PHI a la compañía de seguros médicos de su hijo para determinar si los servicios están cubiertos y facturar a la compañía de seguros médicos por los servicios. La información de facturación puede identificar a su hijo, el diagnóstico de su hijo 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 difundamos la PHI de su hijo a la compañía de seguro médico de su hijo. Si desea revocar este consentimiento, debe notificarnos por escrito. Si opta por revocar este consentimiento, ya no podremos utilizar el seguro médico como opción de pago.

OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA. Podemos usar y compartir información sobre su hijo 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 la PHI de su hijo cuando usted (o el otro padre de su hijo) firme una autorización que indique que usted (o ellos) autorizan 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. Cuando el asunto legal es un divorcio entre usted y el otro padre de su hijo, pueden surgir problemas adicionales que discutiremos con usted. En términos generales, el registro de consejería de un niño no es útil en un proceso de divorcio, pero el acceso de los padres que se divorcian al registro de consejería de un niño plantea problemas que pueden hacer que los niños se sientan aún más "atrapados en el medio" de lo que ya se sentían. Aunque tiene el derecho legal al registro de su hijo,

discutiremos con usted los posibles impactos negativos en el proceso terapéutico y la relación terapéutica si decide seguir este camino. Lo mismo es cierto en el caso de que el otro padre de su hijo solicite la difusión en las mismas circunstancias.

Si su hijo fue referido a nosotros como parte del caso del Departamento de Servicios Familiares y de Protección como un requisito del Plan de Servicio Familiar, le pediremos que firme una autorización para divulgar información a su trabajador social del DFPS y / o su supervisor, incluso si dicha autorización no es requerida por 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 acordó pagar por la consejería de su hijo pero usted no firma una autorización, el Departamento de Servicios para la Familia y de Protección puede retirar su consentimiento para pagar y no considerar que su hijo participe en la consejería para cumplir con los requisitos. del Plan de Servicio Familiar.

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 de usted (o del otro padre de su hijo) antes de divulgar cualquier parte de su PHI del niño, y si no podemos obtener una autorización, no divulgaremos / divulgaremos ninguna información a menos que así lo exija la ley, como cuando recibimos una orden judicial incluso después de hacer intentos legales para proteger la PHI de su hijo.

Las notas de psicoterapia están separadas del resto del expediente médico de su hijo y se les brinda un mayor nivel de protección que la PHI ordinaria. El consejero de su hijo 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 al consejero de su hijo si lleva notas de psicoterapia. Generalmente, Alamo Heights Counseling, Inc. no comparta notas de psicoterapia a nadie por ningún motivo. Si tiene alguna pregunta sobre las notas de psicoterapia, infórmele a un miembro del personal y se puede programar un tiempo para abordar sus inquietudes con el consejero y el director.

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 el consejero de su hijo hayan confiado en esa autorización y la información ya haya sido compartida; 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 el consejero de su hijo pueden usar o compartir su PHI sin su consentimiento, autorización o notificación en las siguientes circunstancias:

- **Abuso infantil:** si el consejero de su hijo tiene motivos para creer que un niño ha sido, o puede ser, abusado, descuidado o abusado sexualmente, el consejero de su hijo debe informar de ello dentro de las 48 horas siguientes al Departamento de Servicios de Protección y Regulación de Texas. , la Comisión Juvenil de Texas, o cualquier agencia del orden público local o estatal.
- **Abuso de adultos y doméstico:** Si el consejero de su hijo tiene motivos para creer que una persona mayor o discapacitada se encuentra en un estado de abuso, negligencia o explotación, el consejero de su hijo debe informarlo de inmediato al Departamento de Servicios de Protección y Regulación.
- **Supervisión de la salud:** Si se presenta una queja contra el consejero / terapeuta / trabajador social de su hijo 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 el consejero de su hijo determina que existe una probabilidad de que su hijo sufra una lesión física inminente a sí mismo o a otros, o existe una probabilidad de que su hijo sufra una lesión mental o emocional inminente, el consejero de su hijo puede divulgar información de salud mental confidencial relevante al personal médico o policial.

- Demandas y disputas: si su hijo está involucrado en una demanda, es posible que se nos solicite que compartamos información médica en respuesta a una orden judicial. Es posible que se nos solicite que divulguemos información médica sobre su hijo 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 informar a ambos padres legales cuyos derechos no han sido cancelados cuando se realiza dicha solicitud 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 la PHI de su hijo sin su consentimiento o autorización en las siguientes circunstancias, pero le notificarán antes de hacerlo:

- Compensación al trabajador: Si presenta un reclamo de compensación al trabajador en nombre de su hijo, o si su hijo presenta un reclamo de compensación al trabajador, el consejero de su hijo puede divulgar los registros relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de su hijo a la compañía de seguros del empleador de su hijo.
- Procedimientos judiciales o administrativos: si su hijo está involucrado en un procedimiento judicial y se solicita información sobre el diagnóstico y tratamiento de su hijo y los registros del mismo, dicha información es privilegiada según la ley estatal y Alamo Heights Counseling, Inc. y su hijo El consejero no compartirá información sin la autorización por escrito de usted, el otro padre del niño, el representante personal o legalmente designado de su hijo, o una orden judicial. El privilegio no se aplica cuando su hijo está siendo evaluado por un tercero o cuando la evaluación es ordenada por un tribunal. Se le informará con antelación 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 la PHI de su hijo 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 el consejero de su hijo 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 su hijo. Sin embargo, Alamo Heights Counseling, Inc. no está obligada a aceptar una restricción que solicite a menos que lo exija la ley.
- 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.
- Deber de proporcionar medios de comunicación: si elige recibir información por medios alternativos o en un lugar alternativo, 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 la PHI de su hijo en los registros de salud y facturación utilizados para tomar decisiones sobre su hijo durante el tiempo que la PHI se mantenga en el registro. Es posible que se le niegue el acceso a la PHI de su hijo en determinadas circunstancias, pero en algunos casos es posible que se revise esta decisión. Si lo solicita, el consejero de su hijo 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 de su hijo durante el tiempo que la PHI se mantiene en el registro. Puede solicitar corregir lo que cree que es un error en el registro de su hijo o agregar información que cree que falta en el registro de su hijo. Alamo Heights Counseling, Inc. puede rechazar su solicitud. Si lo solicita, el consejero de su hijo discutirá con usted los detalles del proceso de enmienda.
- Derecho a un informe: por lo general, tiene derecho a recibir un informe de la difusión de PHI para las que no ha brindado consentimiento ni autorización (como se describe en la Sección III de este Aviso). Si lo solicita, el consejero de su hijo 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 veces que se comparta la información, es raro que existan este tipo de divulgaciones. En un año determinado, puede solicitar una lista de todas las veces que se ha compartido 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

- Right to Refuse Restrictions – Under certain circumstances, Alamo Heights Counseling, Inc. may have the right to refuse certain restrictions you may request on your child's PHI. We may deny your request if we believe it will negatively affect your child's healthcare to do so.
- Right to Deny Access – Under certain circumstances, Alamo Heights Counseling, Inc. may have the right to deny you access to your child's records. We will not provide to you a copy of your child's record if we believe that doing so will cause your child harm.
- Right to Deny Amendment – Under certain circumstances, Alamo Heights Counseling, Inc. may have the right to deny a request to amend your child's record. If you make a request to amend your child's record and Alamo Heights Counseling declines your request, we will provide you written notice of the reason within sixty (60) days.
- Derecho a cobrar por las copias y a disponer del tiempo suficiente para producir 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 (o medios electrónicos) y el tiempo invertido por nuestro personal. El costo de proporcionar el registro de su hijo 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 en nuestro formulario de autorización. También podemos cobrarle cuando solicite un informe de todas las veces que se haya compartido la información.
- 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.
- Deber 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 tanto copias impresas como electrónicas de este Aviso para usted. Es posible que se le solicite que firme una copia actualizada o un reconocimiento de que se han realizado los cambios.
- 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 el consejero / terapeuta / trabajador social de su hijo haya violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que tomó el consejero / terapeuta / trabajador social de su hijo sobre el acceso a los registros de su hijo, a nuestra Directora le gustaría saber de usted. . Debido a que ella también ve clientes con regularidad, si necesita reunirse con la Directora, infórmeselo 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).

State of Texas Behavioral Health Executive Council

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

You may also send a written complaint to the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services.

IX. Effective Date

These policies were originally created on March 16, 2016. Minimal text changes including correction of typographical errors, changes in capitalization and punctuation, and clarification of specific definitions were made on January 1, 2019. Changes made on January 1, 2019 are not changes to the policy or substance of this notice or to Alamo Heights Counseling, Inc's practices and policies but do provide clarification and elaboration related to several items. This policy was most recently updated on August 1, 2021.

X. Acknowledgement & Signature of Consenting Parent/Guardian for counseling of a minor child

Under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), you have certain rights regarding the use and disclosure of your protected health information. By signing this document, you are acknowledging that you have received a copy of HIPAA Notice of Privacy Practices.

Your signature below indicates that 1) you were informed that we have updated our privacy policy effective March 16, 2016, 2) that you were informed that our policy was minimally updated on January 1, 2019 and updated again on Sunday, August 1, 2021, 3) that you were given an opportunity to read the August 1, 2021 version of the privacy policy, 4) that you have received (or declined) a copy of these notices electronically and 5) that you are aware that you may request a paper copy if you so desire.

CONFIRMATION OF SINGLE SIGNATURE FOR MULTIPLE INTAKE DOCUMENTS

This child/teen intake packet consists a total of 8 documents identified as C-1 through C-8, as well as additional screens on which you were asked to enter health insurance information. The EHR program used by Alamo Heights Counseling, Inc., a program called "TheraNest" through which you were invited to the Client Portal, will obtain your signature once time and apply it to all documents in a complete packet. By completing any portion of these documents, you acknowledge that you were provided access to the TheraNest Client Portal and therefore had access to, were provided electronic copies of, and were asked to complete all of the documents contained in this packet.

Alamo Heights Counseling

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

23. SC-3) Telehealth Services Informed Consent (Child/Teen Form, Spanish Language)

¿QUÉ ES TELESALUD?

Telesalud significa la provisión 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 video conferencia, 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 CoViD-19 de 2020, los gobiernos federal y estatal relajaron los estándares relacionados con los medios de telesalud que cumplen con HIPAA; sin embargo, Alamo Heights Counseling, Inc. prefiere utilizar métodos que cumplen anteriormente 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.

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

Si usted o su hijo(a) tienen alguna pregunta o inquietud sobre las herramientas anteriores, diríjalas directamente a su proveedor para que pueda analizar sus riesgos, beneficios y la aplicación específica a su tratamiento.

BENEFICIOS Y RIESGOS DE LA TELESALUD PARA LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

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

* Permite que su hijo(a) reciba servicios en momentos o en lugares donde el servicio podría no estar disponible de otra manera.

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

* Permite que su hijo reciba servicios cuando usted no puede viajar al consultorio del proveedor.

* Las características únicas del medio 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 tele-salud mental tiene 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 a 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 interrumpir los servicios en momentos importantes y es posible que el proveedor de su hijo(a) no pueda comunicarse con usted o su hijo(a) rápidamente o utilizando las herramientas más efectivas. Es posible que el proveedor de su hijo(a) tampoco pueda ayudarlo a usted o a su hijo en persona.

* El personal de servicio basado en la nube, los asistentes de IT 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 la salud tele mental.

Puede haber beneficios y riesgos adicionales para los servicios de telesalud que surgen de la falta de contacto o presencia en persona, la distancia entre usted / su hijo(a) y el proveedor en el momento del servicio y las herramientas tecnológicas utilizadas para brindar los servicios. Usted o el proveedor de su hijo(a) evaluarán estos posibles beneficios y riesgos, a veces en colaboración con usted y su hijo(a), a medida que avanza la relación terapéutica.

EVALUACIÓN DE LA APTITUD DE TELESALUD PARA SU HIJO(A)

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

Hable con el proveedor de su hijo(a) si su hijo(a) encuentra que el servicio de telesalud es tan difícil de usar que lo distrae de los servicios que se brindan, si el uso de telesalud le causa problemas para concentrarse en los servicios, o si existen otras razones por las que el telesalud parece estar causando problemas en la recepción de 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.

Usted y su hijo también tienen derecho a suspender los servicios de telesalud en cualquier momento y sin perjuicio. Si el proveedor de su hijo(a) también brinda servicios en persona y usted tiene la capacidad de acceder a los servicios del proveedor en persona, no se le impedirá acceder a esos servicios si decide dejar de usar telesalud.

EL ENTORNO DE TELESALUD DE SU HIJO(A)

Usted será responsable de crear un espacio seguro y confidencial para su hijo(a) durante la sesión. El espacio debe estar libre de otras personas. También debería ser difícil o imposible para las personas fuera del espacio ver o escuchar las interacciones de su hijo(a) con el proveedor durante la sesión. Si no está seguro de cómo hacer esto, solicite ayuda a su proveedor.

PLAN DE COMUNICACIÓN

En la primera sesión, su hijo y el proveedor de su hijo 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. (Si su hijo es demasiado pequeño para participar en el desarrollo de este plan, se le pedirá que participe en el desarrollo del plan de respaldo).

La mejor manera de comunicarse con su proveedor entre sesiones durante el pedido de refugio en el lugar de CoViD-19 2020/2021 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. Este ha seguido siendo el caso a medida que volvimos a trabajar desde la oficina y se espera que siga siendo el mejor medio para llegar a un proveedor entre sesiones.

El consejero de su hijo(a) se esfuerza por responder a los mensajes de usted (o de su hijo(a), si corresponde a la edad) dentro de las 24 horas; sin embargo, es posible que su proveedor no responda en sus días no laborables. Consulte con su proveedor cuál es su horario de trabajo. A veces, el proveedor de su hijo puede responder más rápido que 24 horas. Eso no significa que siempre podrá responder tan rápido.

El asesoramiento de su hijo(a) con el proveedor se realizará principalmente durante las sesiones programadas. Comuníquese con el proveedor de su hijo sobre cuáles son sus horas 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 cuestiones de facturación, pero usted y su proveedor pueden hacer arreglos diferentes según la situación individual de su hijo(a).

El proveedor de su hijo(a) puede coordinar la atención con uno o más de los otros proveedores de su hijo. 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, el proveedor de su hijo(a) generalmente le pedirá que firme una autorización que documente su consentimiento antes de hacerlo. El proveedor de su hijo(a) también puede solicitar el consentimiento o consentimiento de su hijo(a). El proveedor de su hijo(a) utilizará un cuidado razonable para garantizar que las comunicaciones con otros proveedores sean seguras y que se proteja la privacidad de su hijo(a).

En una emergencia, el proveedor de su hijo 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 que su hijo(a) esté fuera del estado de Texas en la fecha de la cita, debe informarle a su proveedor con anticipación en qué estado estará su hijo(a) para que el proveedor pueda determinar si los servicios están permitidos bajo la ley de Texas del proveedor. licenciamiento. Es posible que la sesión de su hijo(a) 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 padre de un niño menor, deberá participar para garantizar la seguridad de su hijo(a) durante las crisis de salud mental, las emergencias médicas y las sesiones que su hijo(a) tenga con su proveedor. Como receptor de servicios de telesalud, su hijo(a) también deberá participar, lo mejor que pueda, según su edad y capacidad.

El proveedor de su hijo(a) le pedirá que designe un contacto de emergencia que no sea usted mismo (puede ser el otro padre del niño(a), otro adulto que viva en su hogar o un familiar de confianza, incluso si no reside en el hogar). necesita dar permiso para que el proveedor de su hijo(a) se comuniquen con esta persona sobre el cuidado de su hijo(a) durante las emergencias.

El proveedor de su hijo(a) 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.

SEGURIDAD Y PRIVACIDAD

El proveedor de su hijo(a) 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 la privacidad de su hijo(a) y garantizar que los registros de los servicios de atención médica de su hijo(a) no se pierdan ni se dañen. El proveedor de su hijo(a) también se asegura de que su privacidad esté protegida al estar en un entorno seguro para que otros no lo escuchen.

También tiene un papel en el mantenimiento de la seguridad de la privacidad de su hijo(a). Utilice protocolos de seguridad razonables para proteger la privacidad de la información médica de su hijo. Por ejemplo: cuando se comuniquen con su proveedor, use dispositivos y cuentas de servicio que estén protegidos por contraseñas únicas que solo usted conoce. Además, use las herramientas seguras que el proveedor de su hijo(a) le ha proporcionado para las comunicaciones y asegúrese de que su hijo(a) se comuniquen con el proveedor usando esas herramientas.

GRABACIONES

No permita que su hijo(a) grabe sesiones de video o audio sin el consentimiento de su proveedor. Hacer grabaciones puede comprometer rápida y fácilmente la privacidad de su hijo(a). Su proveedor no grabará sesiones de video o audio. Si se entera de que su hijo(a) ha grabado una sesión, elimine inmediatamente la sesión y discuta la situación con su hijo(a) y con el consejero de su hijo(a).

CONFIRMACIÓN DE FIRMA ÚNICA PARA MÚLTIPLES DOCUMENTOS DE ADMISIÓN

Este paquete de admisión para niños / adolescentes consta de un total de 8 documentos identificados como C-1 a C-8, 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

24. SC-4) Reason For Referral--Current Symptoms (Child/Teen Form, Spanish Language)

Razón para referir

En una oración o dos, ¿por qué su hijo(a) va a recibir asesoramiento?:

A continuación se muestra una lista de síntomas. Si cree que su hijo(a) está experimentando alguno de estos, marque todo lo que corresponda para ayudar al consejero(a) de su hijo(a) a comprender su situación.

- Estrés relacionado con el trabajo
- Estrés relacionado con la escuela
- Bullying (mi hijo (a) es víctima de bullying)
- Bullying (mi hijo(a) ha sido acusado de ser "bully" o lo/la he observado maltratar a otros)
- Rivalidad entre hermanos / conflicto entre hermanos
- Necesidad o deseo de crecimiento personal
- Duelo y pérdida
- Estado de ánimo deprimido
- Dificultades en las relaciones en la familia más cercana.
- Dificultades en las relaciones en la familia lejana.
- Dificultades en las relaciones fuera de la familia (amigos, compañeros de clase, pareja)
- Síntomas de ansiedad
- Ataques de pánico recientes
- Fobia(s)
- Síntomas de PTSD (trastorno de estrés postraumático (TEPT)), 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 la libertad condicional juvenil, etc.)
- Caso de CPS (terapia obligatoria como parte de un plan de servicio familiar)
- 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
- Problemas relacionados con la pubertad o la sexualidad
- Problemas relacionados con la orientación sexual o el género
- Pérdida de interés en actividades disfrutadas anteriormente
- Pensamientos acelerados
- Actividad de riesgo
- Cambios de sueño
- Recelo
- Razón no enumerada (escriba en el espacio siguiente)

Razón no mencionada 1 (escriba en el espacio siguiente):

Razón no mencionada 2 (escriba en el espacio siguiente)

Razón no mencionada 3 (escriba en el espacio siguiente):

Síntomas actuales

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

Factores agravamiento (¿Qué empeora los síntomas de su hijo / adolescente?):

Factores de alivio (¿Qué ayuda a su niño / adolescente a sentirse mejor?):

¿Su niño / adolescente ha sufrido previamente esta queja?:

En caso afirmativo a la pregunta anterior, ¿buscó anteriormente tratamiento para su hijo(a) por esta queja?:

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

Atención de salud mental actual

¿Está su hijo(a) actualmente bajo el cuidado de otro proveedor de salud mental?:

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

- Psiquiatra o enfermero practicante psiquiátrico (este 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 generalmente tiene "PhD o" PsyD "después de su nombre y realiza pruebas o terapia. Los psicólogos NO recetan medicamentos en Texas.
- LPC, LMFT, LCSW (estas personas tienen licencia para brindar asesoramiento, terapia y otros tratamientos, pero generalmente no se les llama "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).

¿Su hijo(a) le recetan actualmente medicamentos psicotrópicos? (antidepresivos, medicamentos para el ADHD (TDAH), etc.):

Si a su niño(a) / adolescente le recetan actualmente 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 .:

¿Su hijo(a) /o adolescente está diagnosticado actualmente 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 o 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

Uso de sustancias

Que usted sepa, ¿su hijo alguna vez bebe alcohol?:

¿Su niño(a) / adolescente fuma tabaco?:

¿Su niño(a) / adolescente fuma (o usa) marihuana?:

¿Su niño(a) / adolescente consume/usa otras drogas?:

- ¿Alguna vez su hijo ha consumido o ha estado expuesto a alguna de las siguientes sustancias en cualquier cantidad que sepa? (Marque todas las que apliquen)
- Marijuana
- Alucinógenos (LSD, psilocibina / hongos)
- Inhalantes (pegamento, pintura)
- Opiáceos (codeína, morfina, etc.) distintos de los recetados para el dolor
- benzodiazepinas (Xanax, Ativan, etc.) distintas de las recetadas para la ansiedad
- Analgésicos (hidrocodona, etc.) distintos de los recetados para el dolor
- MDMA (éxtasis / Molly)

Cocaína

Heroína.

¿Su niño(a) / adolescente hace ejercicio?:

Tipo de ejercicio, si la respuesta es afirmativa:

Situación actual

¿Su niño(a) / adolescente asiste a la escuela?:

Si necesita explicar la respuesta anterior sobre la educación de su hijo(a):

Nombre de la escuela de su hijo(a):

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor sus arreglos de vivienda?:

Si marcó "ninguna de estas opciones" arriba, explique los arreglos de vivienda de su hijo en el espacio de abajo::

Familia, Amigos, Relaciones

¿Cómo es la relación de su hijo(a) con usted?:

¿Cómo es la relación de su hijo con su otro progenitor?:

Si usted o el otro progenitor de su hijo se han vuelto a casar o tienen una pareja desde hace mucho tiempo, ¿cómo es la relación de su hijo con el padrastro o madrastra?:

¿Ha fallecido el otro progenitor de su hijo?:

Si es así, ¿cuánto tiempo hace? (si no, ingrese NA):

Según sus conocimientos, ¿cuál es la orientación sexual de su hijo(a):

¿Cuáles son los pronombres preferidos por su hijo(a):

¿En qué religión, si es que hay alguna, está practicando con su hijo(a)? ¿Practican usted y el otro progenitor del niño(a) la misma religión? ¿Su hijo(a) participa voluntariamente en actividades religiosas con la familia? ¿Es esto

una fuente de conflicto en la familia? ¿Anticipa experiencias o ideas religiosas como parte de la terapia de su hijo(a)?:

Que usted sepa, ¿su hijo(a) es sexualmente activo(a)?:

Que usted sepa, ¿alguna vez su hijo ha sido abusado físicamente?:

Que usted sepa, ¿alguna vez su niño / adolescente ha sido abusado sexualmente?:

Información adicional

¿Necesita el consejero de su hijo(a) saber algo más?:

CONFIRMACIÓN DE FIRMA ÚNICA PARA MÚLTIPLES DOCUMENTOS DE ADMISIÓN

Este paquete de admisión para niños(as) / adolescentes consta de un total de 8 documentos identificados como C-1 a C-8, 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.

Alamo Heights Counseling

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

25. SC-5) Health History (Child/Teen Form, Spanish Language)

Atención de salud mental anterior

Responda TODAS las preguntas. Si la pregunta no aplica, escriba "NA".

¿Su niño(a) / adolescente ha asistido a terapia anteriormente?:

Si es así, ¿Desde hace cuánto tiempo ? (si no, ingrese NA):

¿Alguna vez su hijo(a) ha expresado pensamientos suicidas?:

Si es así, ¿Desde hace cuánto tiempo ? (si no, ingrese NA):

Que usted sepa, ¿alguna vez su hijo(a) ha intentado suicidarse?:

Si su hijo(a) ha sido hospitalizado(a) alguna vez por razones psiquiátricas, indique por qué y cuándo. (Si no es así, ingrese NA):

¿Alguna vez le diagnosticaron a su hijo(a) alguna afección que no marcó en el formulario anterior? En caso afirmativo, proporcione todos los demás diagnósticos. Si no, ingrese "no":

Si respondió si, proporcione cualquier información relevante, como quién diagnosticó a su hijo y qué tratamiento se le brindó. Si ninguno, ingrese NA:

Historial Médico

Alergias:

Afecciones médicas previas:

Cirugías previas:

Historia Familiar

¿Es su hijo(a) adoptado ? Si es así, ¿a qué edad?:

Hermanos y sus edades (Incluya a todos, incluidos los medios hermanos y los hermanastros; si no tiene ninguno, ingrese "ninguno":

Si usted y el otro progenitor de su hijo(a) están divorciados o nunca estuvieron casados, ingrese cualquier información relevante sobre su relación y la forma en que ha afectado a su hijo(a).:

¿Algún miembro de la familia inmediata, o un miembro de la familia extendida con quien su hijo(a) es cercano, tiene alguna condición médica grave?:

¿Ha muerto algún miembro de la familia inmediata o un miembro de la familia extendida con quien su hijo / adolescente era cercano?:

¿Alguna vez han arrestado a su hijo(a)? Si es así, ¿cuándo y por qué?:

¿Su hijo(a) consume bebidas con cafeína? Si es así, ¿cuántos por día?:

Salud Física

Marque cualquiera de los siguientes casos que le haya diagnosticado un médico u otro profesional de la salud a su hijo(a).

- Lesión craneal
- Desmayos / mareos
- Blackouts(bloqueos)
- Temblores
- Accidente eléctrico
- Accidente cerebrovascular
- Cáncer
- Pérdida de consciencia
- Alergias peligrosas / mortales
- Condiciones / enfermedades neurológicas

- Cirugía
- 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 en la tiroides
- Debilidad / entumecimiento

CONFIRMACIÓN DE FIRMA ÚNICA PARA MÚLTIPLES DOCUMENTOS DE ADMISIÓN

Este paquete de admisión para niños / adolescentes consta de un total de 8 documentos identificados como C-1 a C-8, 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.

Alamo Heights Counseling

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

26. SC-6) Credit Card On File Consent Form (Child/Teen Form, 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 en su tarjeta de crédito los servicios, copagos, coseguro (y cargos por no presentarse cuando corresponda) de su hijo. 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. El personal de Alamo Heights Counseling, Inc. debe ingresar una vez la información completa de su tarjeta mientras usted está presente en la oficina (o mientras está hablando por teléfono si su hijo es un cliente exclusivo 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 titular de la tarjeta tal como aparece en la tarjeta.:

Últimos 4 dígitos de su tarjeta de crédito o débito.:

Fecha de vencimiento de su tarjeta de crédito o débito.:

CONFIRMACIÓN DE FIRMA ÚNICA PARA MÚLTIPLES DOCUMENTOS DE ADMISIÓN

Este paquete de admisión para niños / adolescentes contiene un total de 8 documentos identificados como C-1 a C-8, 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.

Alamo Heights Counseling

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

27. SC-7) Legal Documents/Parent Acknowledgement (Child/Teen Form, Spanish Language)

Documentos Legales

Como sabe, los consejeros profesionales, los terapeutas familiares y los trabajadores sociales clínicos están sujetos a códigos éticos que dictan el comportamiento profesional y las mejores prácticas. Uno de los requisitos es que cuando se trabaja con niños, el consejero, terapeuta o trabajador social conozca las circunstancias legales del niño y de sus padres. Algunos de los códigos éticos exigen específicamente obtener una copia de las órdenes de custodia de los padres cuando existe un orden legal en las relaciones afectivas entre padres e hijos. Para proteger a todos nuestros proveedores aquí en Alamo Heights Counseling, y para brindar la mejor atención posible a todos nuestros clientes, es nuestra política solicitar documentos legales de cada padre que traiga a un niño menor a terapia aquí y documentar que nosotros hemos hecho esta solicitud. A partir del 1 de enero de 2021, debemos tener archivado para CADA cliente infantil, ya sea a) una copia de una orden legal que indique los derechos y responsabilidades de los padres o b) una declaración escrita del padre que indique que no existe tal orden para su hijo. Este formulario facilitará este proceso. Marque las casillas correspondientes a continuación, luego firme y escriba la fecha en el formulario, en la parte inferior de la página donde se indica.

Para proteger a todos nuestros proveedores aquí en Alamo Heights Counseling, y para brindar la mejor atención posible a todos nuestros clientes, es parte de nuestra política solicitar documentos legales de cada padre que traiga a un niño(a) menor a terapia aquí y documentar que nosotros hemos hecho esta solicitud.

A partir del 1 de enero de 2021, debemos tener archivado para CADA cliente infantil, ya sea a) una copia de una orden legal que indique los derechos y responsabilidades de los padres o b) una declaración escrita del padre que indique que no existe tal orden para su hijo. Este formulario facilitará este proceso. Marque las casillas correspondientes a continuación, luego firme y escriba la fecha del formulario en la parte inferior de la página donde se indica.

Client Full Name:

Client Date Of Birth:

RESPUESTAS DE LOS PADRES

Para que los padres lo completen durante el proceso de admisión.

Situación jurídica de nuestra familia:

Fecha en que se proporcionaron los documentos (Progenitor: si seleccionó la opción B en el menú desplegable anterior, DEBE ingresar una fecha en este espacio:

Detalles (Progenitor: si seleccionó la opción C en el menú desplegable anterior, debe indicar cuándo podrá proporcionar estos documentos u otros detalles sobre por qué no están disponibles).:

Al elegir la opción A, usted indica que usted y el otro progenitor del niño(a) o están casados o que nunca han estado casados y nunca han ido a la corte en relación con sus relaciones entre padres e hijos o la custodia de su hijo. También reconoce que si en el futuro va a la corte, proporcionará una copia de cualquier orden judicial que afecte a su hijo(a) al consejero de su hijo(a) tan pronto como tenga una copia.

Al elegir la opción B, usted indica que existe un documento legal relacionado con su arreglo de crianza o el cuidado de su hijo y que nos lo ha proporcionado. Nuestro personal verificará que lo tengamos, que sea legible y que esté en un formato accesible para el consejero que ayudará a su hijo. DEBE verificar la fecha en la que lo proporcionó.

Al elegir la opción C, usted indica que existe un documento legal relacionado con su arreglo de crianza o el cuidado de su hijo y que aún no nos lo ha proporcionado. En tal caso, es probable que necesitemos posponer la atención de su hijo hasta que pueda proporcionar una copia de ese documento.

Alamo Heights Counseling

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

28. SC-8) AHC Letter to Parents (Child/Teen Form, Spanish Language)

Client Full Name:

Client Date Of Birth:

Carta a los padres

Para ser leído y reconocido por el padre que se está registrando durante el proceso de admisión.

Querido progenitor:

Gracias por confiar en esta práctica para brindar servicios de asesoramiento a su hijo(a). Queremos asegurarnos de que se sienta cómodo con el proceso de asesoramiento. Si en algún momento tiene preguntas, inquietudes o problemas, comuníquese al consejero, terapeuta o trabajador social clínico de su hijo.

Dependiendo de la edad de su hijo, su hijo puede optar por compartir con usted mucho o muy poco de lo que ocurre durante las sesiones. Los adolescentes aprecian especialmente la oportunidad de discutir asuntos que normalmente no se sentirían cómodos discutiendo con sus padres. La naturaleza del asesoramiento es tal que es más eficaz cuando el cliente tiene la expectativa de confidencialidad. Los padres tienen el derecho legal de acceder a los registros de salud de sus hijos, pero cuando los padres acceden a los registros de salud de sus hijos en relación con la salud mental, a menudo puede interferir con el proceso terapéutico.

Según la publicación número E75-11652 del Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas, revisada el 3/09, "Los padres tienen derecho a recibir informes sobre el progreso de la consejería de sus hijos. Sin embargo, la información personal compartida por un niño durante una sesión individual se mantendrá confidencial a menos que implique un peligro inminente para el niño o para otra persona. Los jóvenes no confiarán en un consejero si creen que se revelará información personal a sus padres ". * Por esta razón, el consejero, terapeuta o trabajador social clínico de su hijo no podrá decirle los detalles que se discutieron en una sesión de consejería. sesión.

Hay algunas excepciones a la confidencialidad.

- Si el consejero / terapeuta / trabajador social de su hijo tiene motivos para creer que su hijo tiene planes de hacerse daño a sí mismo.
- Si el consejero / terapeuta / trabajador social de su hijo tiene motivos para creer que su hijo tiene planes de dañar gravemente o matar a otra persona.
- Si su hijo reporta abuso infantil a su consejero / terapeuta / trabajador social
- Si su hijo reporta abuso de una persona mayor o discapacitada a su consejero / terapeuta / trabajador social

En cualquiera de las situaciones anteriores, se puede informar al personal médico, al personal encargado de hacer cumplir la ley o a una agencia gubernamental apropiada.

Excepto en estos casos, todo lo que su hijo diga se mantendrá confidencial entre su hijo y el consejero / terapeuta / trabajador social.

Como progenitor, tiene ciertos derechos a la información sobre el progreso de su hijo.

Si en algún momento desea información sobre el progreso de su hijo, infórmese al consejero / terapeuta / trabajador social de su hijo. Esta información se puede proporcionar a través de breves actualizaciones en persona antes o después de la sesión regular de su hijo. El consejero / terapeuta / trabajador social de su hijo usará el juicio clínico en términos de si esto debe tener lugar antes o después de la sesión, con su hijo presente o no, o si debe realizarse por teléfono en un momento completamente separado.

Si desea información más extensa, se puede programar una cita para usted solo. En algunos casos, este tipo de cita puede facturarse a su seguro médico con su hijo como cliente bajo un código que indica "sesión familiar, principalmente cliente no presente" si el tiempo es lo suficientemente importante como para constituir una cita facturable. Es nuestra política escuchar sus inquietudes y problemas relacionados con sus razones para derivar a su hijo a asesoramiento y ofrecerle respuestas profesionales y clínicamente indicadas.

Si solicita una copia del registro de su hijo por cualquier motivo, planifique tener una conversación con el consejero de su hijo sobre los riesgos y beneficios de obtener el registro de su hijo antes de retirarlo.

Además, tenga en cuenta que si bien los padres tienen derecho a los registros de salud de sus hijos, las notas de psicoterapia no son los padres del registro de salud y los padres no tienen derecho a la información contenida en las notas de psicoterapia, que son diferentes de las notas de progreso y almacenadas por separado del expediente médico del niño. **

Finalmente, tenga en cuenta que una vez que su hijo cumpla la mayoría de edad (dieciocho años en Texas en la mayoría de las situaciones) o se emancipa de otra manera, ya no tendrá acceso al registro de su hijo, ya que pertenecerá a su hijo.

* Esta información proviene directamente de la publicación número E75-11652 del Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas, revisada el 3/09. Para obtener más información, puede comunicarse con el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas al 512-776-7261 o con la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales del Estado de Texas al 512-834-6658, o con el Consejo Ejecutivo de Salud Mental de Texas.

** Esta información proviene directamente del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Para obtener más información, visite <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/faq/2094/does-parent-have-right-receive-copy-psychotherapy-notes-about-childs-mental-health-treatment.html>

CONFIRMACIÓN DE FIRMA ÚNICA PARA MÚLTIPLES DOCUMENTOS DE ADMISIÓN

Este paquete de admisión para niños / adolescentes consta de un total de 8 documentos identificados como C-1 a C-8, 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.

Nombre completo del cliente: _____

Firma del padre, madre or tutor: _____

Nombre del padre, madre o tutor: _____

Fecha: _____