



New Dawn Counseling and Consulting, Inc  
 2200 Outlet Center Drive Suite 430  
 Oxnard, CA 93036 (805) 278-0799

## CONTRATO DE CONSEJERÍA

**¡Bienvenido!** El siguiente documento le proporcionará información importante sobre su tratamiento y nuestro centro de asesoramiento, discuta cualquier pregunta que tenga con su terapeuta.

### NUESTRO PERSONAL DE CONSEJERÍA:

Servicios de consejería son proporcionados por \_\_\_ aprendices \_\_\_\_\_ asociados bajo la supervisión de un profesional con licencia o compran \_\_\_\_\_, Terapeuta de matrimonio y familia con licencia (LMFT) o \_\_\_\_\_, trabajador social de la Clínica con licencia (LCSW).

**Estoy de acuerdo en aceptar los servicios de consejería de New Dawn y las condiciones escritas**

### CITAS Y ASISTENCIA

- Se encargará de mantener sus citas programadas regularmente.

### PAGOS Y REEMBOLSOS DE SEGUROS

- He accedido a pagar: \$ \_\_\_\_\_ como co-pago por sesión.
- Entiendo que las sesiones duran unos 50 minutos y deben pagarse en el momento del servicio.

### CANCELACIÓN:

- Entiendo que debo cancelar mi cita al menos 24 horas en avanzado.
- Se cobrará el total de \$90 por la cancelación tarde o no-show

### TRATAMIENTO:

- El tratamiento ambulatorio puede incluir servicios de diagnóstico, intervención en crisis, terapia individual, grupo o familiar.
- La frecuencia y tipo de tratamiento se discutirá con su terapeuta.
- Como una condición de tratamiento debe ser libre de drogas y alcohol por lo menos 12 horas.
- Entiendo que puedo beneficiar de terapia, pero no hay ninguna garantía de los resultados. Comunicación abierta con su terapeuta puede obtener resultados más positivos.
- Como cliente, tengo el derecho de revisar o recibir un resumen de mi expediente en cualquier momento. *(Algunas excepciones pueden aplicar)*
- Entiendo que puedo solicitar a otro terapeuta si no estoy satisfecho con el tratamiento actual.

### CONFIDENCIALIDAD:

- Toda la información y registros obtenidos en el curso de tratamiento permanecerán confidencial y no saldrá sin su consentimiento excepto en las siguientes condiciones:
  1. *Usted es un menor no emancipado, tutelado judicial, o un conservador de LPS*
  2. *A agencias gubernamentales para proteger vidas de oficiales federales y estatales de la electiva constitucional y sus familias.*
  3. *A los tribunales citados.*
  4. *Para evitar daño físico a otra persona (Tarasoff vs regentes de la Universidad de California de 1976)*
  5. *A las autoridades juveniles cuando se observa o sospecha abuso (sección 11161.5 del Código Penal)*
  6. *Si alguien está en riesgo de daño a sí mismos*
  7. *A la agencia correspondiente cuando existe sospecha de abuso de ancianos o adultos dependientes.*

### TERMINACIÓN:

- Entiendo que tengo el derecho de finalizar la terapia en cualquier momento  
*He leído y me comprometo a cumplir con el contrato de consejería.*

\_\_\_\_\_  
 Escriba el nombre del cliente

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

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Escriba el nombre del (padre o tutor, si es menor) Firma del (padre o tutor)

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Escriba el nombre de la Terapeuta

\_\_\_\_\_  
 Firma del Terapeuta

\_\_\_\_\_  
 Fecha



New Dawn Counseling and Consulting, Inc  
2200 Outlet Center Drive Suite 430  
Oxnard, CA 93036 (805) 278-0799

## GRACIAS Y BIENVENIDOS A SERVICIOS DE CONSEJERÍA

### AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR/OBTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ Autorizaré el centro de New Dawn Counseling para  
(cliente/padre/representante autorizado del cliente)

Liberar       Obtener

Información hacia/desde (como se especificó anteriormente):

\_\_\_\_\_

#### Esta autorización se refiere a la siguiente información:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico             | <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento       | <input type="checkbox"/> Admisión/evaluación         |
| <input type="checkbox"/> Progreso hasta la fecha | <input type="checkbox"/> Resumen de la descarga    | <input type="checkbox"/> Historia psicosocial/prueba |
| <input type="checkbox"/> Medicamento             | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Historia de la salud        |
|  |  | <input type="checkbox"/> Registro completo           |

Otros: \_\_\_\_\_

#### Con el Propósito de:

- Consulta       Evaluación/planificación del tratamiento  
 Otros: \_\_\_\_\_

#### Esta información se proporcionará en el siguiente formato:

Escrito    Verbal    Audio y/o visual

**Este consentimiento puede ser revocado por el infrascrito en cualquier momento. Si no se revoca antes, este consentimiento finalizará un año a partir de la fecha firmada.**

\_\_\_\_\_

Fecha

Firma del cliente

\_\_\_\_\_

Firma del padre o representante autorizado del cliente

Si este consentimiento se revoca antes de un año, fecha revocada: \_\_\_\_\_

**Identificación e  
Información Financiera del Pagador  
Programas para la Juventud Y Familias**

Para uso de la oficina	Special Pop: C W N
ID Number _____	Billing No. _____
Admit Date _____	Site No. _____

**1. Información del Menor / Cliente**

Nombre legal: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_  
Apellido                      Nombre                      2º. Nombre                      mm dd año

Nombre de nacimiento (diferente del legal) \_\_\_\_\_  
Apellido                      Nombre                      2º. nombre

Otro nombre que ha usado: \_\_\_\_\_ Lugar de nac. \_\_\_\_\_  
Condado                      Estado                      País

No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

**2. Información del Cuidador Principal (No llene si el cliente vive en forma independiente)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el Menor: \_\_\_\_\_

Domicilio: Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona P. \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Otro Teléfono \_\_\_\_\_

**3. Información en caso de Emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el Menor / Cliente: \_\_\_\_\_

Domicilio: Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona P. \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_

**4. Lugar donde Reside el Cliente (si el menor / cliente reside fuera de casa, favor de llenar esta sección)**

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona P. \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Otro teléfono \_\_\_\_\_ Nombre del lugar \_\_\_\_\_

**5. Facturación / Responsab. Financiera:**

Enviar factura a:  Cuidador principal     Lugar donde reside Menor/Cliente     Contacto emergencia     Otro (llenar:)

Persona Responsable \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona P. \_\_\_\_\_

**6. Cobertura de Seguro de Salud del Menor / Cliente:  Healthy Families     No tiene seguro**

No. de Medi-Cal \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ Código Condado \_\_\_\_\_ Código Ayuda \_\_\_\_\_ Fecha de emisión \_\_\_\_\_

Nombre Grupo y No. \_\_\_\_\_

Miembro del Plan \_\_\_\_\_ No. de ID del miembro \_\_\_\_\_

**7. Autorización de pago**

Autorizo la divulgación de cualquier información de salud necesaria para procesar este reclamo a Medi-Cal y autorizo el pago de estos beneficios a Ventura County Behavioral Health. La información proporcionada es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender.

Firma del Cliente / Menor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Administrado por teléfono a: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Representante de Salud Mental \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**FAVOR DE LLENAR EL DORSO DE ESTE FORMULARIO**



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TELEHEALTH

**Para satisfacer sus necesidades durante estos tiempos, New Dawn Counseling and Consulting, Inc. proporcionará servicios de TeleSalud. Puede decidir optar por no recibir estos servicios y recibir referencias para otras agencias o tomar un descanso temporal hasta que comencemos los servicios en persona. Al firmar este formulario, usted acepta recibir servicios de telesalud durante este período.**

### **Entiendo que tengo los derechos con respecto a la telesalud:**

1. Entiendo que Telehealth puede incluir comunicación a través de Internet, llamadas telefónicas, correo electrónico, videoconferencia, correo de voz y, a veces, mensajes de texto a su consejero.
2. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información personal también se aplican a la telesalud. Como tal, entiendo que la información revelada por mí durante el curso de mis sesiones es generalmente confidencial. Sin embargo, existen excepciones obligatorias y permisivas a la confidencialidad, que incluyen, entre otras, denunciar el abuso de menores, adultos mayores y adultos dependientes; expresé amenazas de violencia hacia una víctima comprobable; y donde hago que mi estado mental o emocional sea un problema en un proceso legal. También entiendo que la difusión de cualquier imagen o información de identificación personal de la interacción de telesalud a otras entidades no ocurrirá sin mi consentimiento por escrito.
3. Entiendo que tengo el derecho de retener o retirar mi consentimiento para el uso de telesalud en el transcurso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro.
4. Entiendo que existen riesgos y consecuencias de la telesalud, incluida, entre otras, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables por parte del consejero, de que: la transmisión de mi información personal podría verse interrumpida o distorsionada por fallas técnicas, la transmisión de mi información personal podría ser interrumpida por personas no autorizadas, y / o el almacenamiento electrónico de mi información personal podría perderse o acceder involuntariamente a personas no autorizadas. New Dawn Counseling utilizará un software de transmisión de audio / video seguro y encriptado para entregar TeleHealth.
5. Entiendo que mi información de atención médica se puede compartir con otras personas para fines de programación y facturación. Otros también pueden estar presentes durante la consulta además de mi consejero para operar el equipo de video. Todas las personas mencionadas anteriormente mantendrán la confidencialidad de la información obtenida. Además, entiendo que se me informará de su presencia en la consulta y, por lo tanto, tendré derecho a solicitar lo siguiente: (1) omitir detalles específicos de mi historial médico que sean personalmente sensibles para mí, (2) preguntar al personal no clínico salir de la sala de telesalud y / o (3) finalizar la consulta en cualquier momento.
6. Entiendo que se requiere mi consentimiento para enviar mi información de identificación personal a un tercero.

Client Full Name:

EPSDT(only)County ID:

Site:7680

7. Comprendo que tengo derecho a acceder a mi información médica y copias de mis registros médicos de acuerdo con las leyes relacionadas con el estado en el que resido.
8. Al firmar este documento, acepto que ciertas situaciones, incluidas emergencias y crisis, son inapropiadas para los servicios de psicoterapia basados en audio / video / computadora. Si estoy en crisis o en una emergencia, debe llamar inmediatamente al 9-1-1 o buscar ayuda de un hospital o centro de atención médica orientado a la crisis en mi área inmediata.
9. La siguiente información se refiere específicamente a videoconferencias y sesiones telefónicas:
  - a. Debido al material sensible que se cubre en cada sesión, esté solo en la sala, a menos que se acuerde lo contrario con su proveedor de salud mental.
  - b. No llame a su consejero por videoconferencia mientras conduce o en un área pública
  - c. Por favor llame a su consejero si llega tarde
  - d. Vístase como si fuera a una cita en persona.
  - e. Tenga sesiones en una habitación con distracciones mínimas (no envíe mensajes de texto, envíe correos electrónicos, navegue por Internet ni participe en ninguna otra actividad mientras esté en su sesión).
  - f. Asegúrese de que todos los dispositivos electrónicos estén apagados durante la sesión (TV, radio, ipods, estéreos)
  - g. No fumar, vapear o usar productos de tabaco durante las sesiones.
  - h. No asista bajo la influencia del alcohol u otras sustancias.
  - i. Asegúrese de tener sus dispositivos completamente cargados antes de su cita programada.

### Consentimiento del paciente para el uso de telesalud

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre telesalud, la he discutido con mi consejero y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

He leído este documento detenidamente y entiendo los riesgos y beneficios relacionados con el uso de los servicios de telesalud y me han explicado mis preguntas sobre el procedimiento.

Por la presente doy mi consentimiento informado para participar en el uso de los servicios de telesalud para el tratamiento en los términos descritos en este documento. Con mi firma a continuación, declaro que he leído, comprendido y acepto los términos de este documento.

No tengo acceso a una cámara web / teléfono inteligente y necesito hacer sesiones por teléfono  sí  no

\_\_\_\_\_  
Correo Electrónico

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre del Cliente

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre / madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente o padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

Client Full Name:

EPSDT (only) County ID:

Site:7680