

Información de Seguro Médico – Forma de *MENORES* (menos de 18 años de edad)

ES MUY IMPORTANTE QUE USTED COMPLETE TOTALMENTE ESTE FORMULARIO Y PROVEA UNA COPIA DE LA(S) TARJETA(S) DE SU SEGURO MEDICO POR AMBOS LADOS. Muchas Gracias.

Nombre del Terapeuta (Therapist Name): _____

Información del/de la Cliente y Padres/Custodio Legal (Client & Parent/Legal Guardian Information)

Client Name Nombre del/de la Cliente: _____ Birth Date Fecha de Nacimiento: _____
Parent/Legal Guardian Name(s) Nombre del/de los Padres/Custodio Legal: _____
Address Dirección: _____ Social Security Number No. de Seguro Social: _____
City Ciudad: _____ State Estado: _____ Zip Code Código Postal: _____
Home Phone Teléfono de la Casa: _____ Mobile Phone Teléfono Celular: _____
Employer Name Nombre del Empleador/Jefe: _____ Marital Status Estado Civil: Casado Soltero Otro
 Married Single Other

Información del Seguro Médico Primario (Primary Insurance Information)

Name of Insured Nombre del Asegurado: _____ Social Security Number # de Seguro Social: _____ Birth Date Fecha de Nacimiento: _____
Employer of Insured Empleo del Asegurado: _____ Insurance Company Compañía de Seguro: _____
Policy # Póliza #: _____ Group # Grupo #: _____
Customer Service Phone # # Teléfono de Servicio al Cliente: _____ Mental Health Phone # # Teléfono de Salud Mental: _____

Información del Seguro Secundario (Si Aplica) (Secondary Insurance Information)

Name of Insured Nombre del Asegurado: _____ Social Security Number # de Seguro Social: _____ Birth Date Fecha de Nacimiento: _____
Employer of Insured Empleo del Asegurado: _____ Insurance Company Compañía de Seguro: _____
Policy # Póliza #: _____ Group # Grupo #: _____
Customer Service Phone # # Teléfono de Servicio al Cliente: _____ Mental Health Phone # # Teléfono de Salud Mental: _____

EAP (Si Aplica) (Programa de Asistencia al Empleado)

Name of EAP Nombre del EAP: _____ Phone # of EAP Teléfono del EAP: _____
Authorization # Autorización #: _____ Sessions Authorised Sesiones Autorizadas: _____ From Desde _____ To Hasta _____

Autorizo la entrega de cualquier información médica u otra que sea necesaria para procesar un reclamo de mi Seguro. Entiendo que HCCC procurará diligentemente obtener la información correcta de mis beneficios de Seguro de Salud Mental. Yo no responsabilizo a HCCC por la falta de pagos de mi Seguro por causa de beneficios mal cotizados. Entiendo que yo soy responsable de conocer y entender mi plan de beneficios. HCCC hará por mi los reclamos a mi Seguro, como una cortesía. Finalmente, yo seré el responsable por todos los cargos que mi Seguro no pague, exceptuando descuentos acordados entre la Compañía de Seguros y mi proveedor que se apliquen al caso. También pido que todos los beneficios sean pagados a HCCC y/o proveedor indicado arriba.

Firma del Custodio Legal/Padre/Asegurado: _____ Fecha: _____

Houston Center for Christian Counseling

Sugar Land Office | 402 Julie Rivers Drive | Sugar Land, TX 77478 | P: 281-277-8811 | F: 281-277-8827

Katy Office | 609 Park Grove Drive, Unit B | Katy, TX 77450 | P: 281-398-0022 | F: 281-277-8827

www.christiancounselinghouston.com

FORMULARIO de ENTRADA - *MENORES* (menos de 18 años de edad)

Información del/de la Menor

Nombre del/de la Menor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____

El/la Menor vive con: _____

Historia de uso de alcohol ó drogas? Sí No Historia de auto-perjuicio? Sí No

Si es el caso, describa brevemente la naturaleza del uso y/ó naturaleza del auto-perjuicio:

Información de los Padres

Nombre de la Madre: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Empleo: _____ Nombre del Empleador: _____

Inquietudes Médicas Significativas: _____

Diagnóstico ó tratamiento psiquiátrico actual ó pasado: _____

Historia de uso de alcohol ó drogas? Sí No Historia de detención? Sí No

Si es el caso, describa brevemente la naturaleza del uso y/ó la naturaleza de la detención:

Nombre del Padre: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Empleo: _____ Nombre del Empleador: _____

Inquietudes Médicas Significativas: _____

Diagnóstico ó tratamiento psiquiátrico actual ó pasado: _____

Historia de uso de alcohol ó drogas? Sí No Historia de detención? Sí No

Si es el caso, describa brevemente la naturaleza del uso y/ó la naturaleza de la detención:

Información para Contacto de Emergencia

1. Nombre y Teléfono: _____ Relación: _____

2. Nombre y Teléfono: _____ Relación: _____

Estas personas saben que el/la menor está en consejería? 1. Sí No 2. Sí No

Houston Center for Christian Counseling

Sugar Land Office | 402 Julie Rivers Drive | Sugar Land, TX 77478 | P: 281-277-8811 | F: 281-277-8827

Katy Office | 609 Park Grove Drive, Unit B | Katy, TX 77450 | P: 281-398-0022 | F: 281-277-8827

www.christiancounselinghouston.com

Información de la Familia

Quién trajo al/a la menor a consejería? _____

Quién es el custodio legal del/de la cliente menor? _____

Cuál es su relación con el/la menor si no aplica lo mencionado arriba? _____

Hay otras Agencias envueltas con la familia (CPS, Cortes, etc)? Sí No

Describe brevemente la naturaleza de esos casos: _____

Favor describa los acuerdos de custodia, para padres que estén divorciados: _____

Decretos de divorcio u órdenes temporales deben ser provistos al terapeuta antes de que el menor pueda ser visto.

El ex-esposo/a (padre biológico) sabe que Ud. lleva al/a la menor a consejería? Sí No

Si no, favor explique: _____

Favor listar todos los miembros de la familia inmediata del/de la menor y no-miembros de la familia que vivan en la casa:

Nombre - Relación	Fecha de Nacimiento - Edad	Sexo
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____

Información de Padrastrros ó Custodio Legal (Si Aplica)

Nombre del Padrastro ó Custodio Legal: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

Empleo: _____ Nombre del Empleador: _____

Inquietudes Médicas ó de Salud Mental: _____

Historia de uso de alcohol ó drogas? Sí No Historia de detención? Sí No

Si es el caso, describa brevemente la naturaleza del uso y/ó la naturaleza de la detención: _____

Nombre de la Madrastra ó Custodio Legal: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

Empleo: _____ Nombre del Empleador: _____

Inquietudes Médicas ó de Salud Mental: _____

Historia de uso de alcohol ó drogas? Sí No Historia de detención? Sí No

Si es el caso, describa brevemente la naturaleza del uso y/ó la naturaleza de la detención: _____

Houston Center for Christian Counseling

Sugar Land Office | 402 Julie Rivers Drive | Sugar Land, TX 77478 | P: 281-277-8811 | F: 281-277-8827

Katy Office | 609 Park Grove Drive, Unit B | Katy, TX 77450 | P: 281-398-0022 | F: 281-277-8827

www.christiancounselinghouston.com

Historia del/de la Menor

Favor identifique del Médico Primario, teléfono, las medicinas, dosis y frecuencia:

El/la menor ha recibido previamente un diagnóstico de problemas de salud mental? Sí No
Si es el caso, favor proveer información sobre la persona que lo diagnosticó, fecha y diagnóstico:

Si es adoptado, el/la menor sabe de su adopción? Sí No
Si es el caso, favor indicar la edad del/de la menor cuando fue adoptado/a: _____

El/ la menor ha estado ó está actualmente en un hogar adoptivo? Sí No
Si es el caso, favor describir: _____

Hubieron problemas ó complicaciones durante el embarazo o nacimiento? Sí No
Si es el caso, favor describir: _____

El/la menor ha experimentado alguna forma de abuso (físico, emocional, sexual)? Sí No
Si es el caso, favor describir: _____

El/la menor ha experimentado traumas ó pérdidas significativas? Sí No
Si es el caso, favor describir: _____

El/la menor ha experimentado divorcios ó separaciones? Sí No
Si es el caso, favor describir: _____

El/la menor ha experimentado dificultades en la escuela ó cuidado diurno? Sí No
Si es el caso, favor describir: _____

El/la menor generalmente se lleva bien con otros menores de su edad? Sí No
Si no, favor describir: _____

El/la menor generalmente se lleva bien con adultos? Sí No
Si no, favor describir: _____

El/la menor tiene normas poco usuales de comida ó para dormir? Sí No
Si es el caso, favor describir: _____

Información Espiritual

El/la menor se considera ser Cristiano/a? Sí No

Usted se considera ser Cristiano/a? Sí No

Usted desea que el rezo ó lectura de la Biblia sean parte de la consejería del/de la menor? Sí No

¿A qué Iglesia asiste usted? _____ ¿Cuán frecuentemente? _____

Datos Legales

Historia de detención (para el/la menor)? Sí No Hay casos legales pendientes? Sí No

Si es el caso, favor describa brevemente la naturaleza: _____

Houston Center for Christian Counseling

Sugar Land Office | 402 Julie Rivers Drive | Sugar Land, TX 77478 | P: 281-277-8811 | F: 281-277-8827

Katy Office | 609 Park Grove Drive, Unit B | Katy, TX 77450 | P: 281-398-0022 | F: 281-277-8827

www.christiancounselinghouston.com

Detalles de Consejería

Describa brevemente las inquietudes que Usted tiene con respecto al/a la menor:

¿Por cuanto tiempo ha existido el problema?

¿Qué se ha tratado de hacer para resolver las dificultades?

¿Qué resultados espera obtener de esta consejería?

¿El/la menor ha ido a consejería anteriormente? Sí No

Si es el caso, dé el nombre del Consejero y las fechas en las cuales asistió:

Brevemente explique la naturaleza y el resultado de dicha consejería:

*Estoy de acuerdo en que la información provista por mi es correcta y verídica, en lo posible.
Entiendo que, en casos de divorcio, el decreto de divorcio debe de ser entregado al terapeuta
para que el terapeuta pueda ver al/a la menor.*

Firma del Padre/Custodio Legal: _____

Fecha: _____

Houston Center for Christian Counseling

Sugar Land Office | 402 Julie Rivers Drive | Sugar Land, TX 77478 | P: 281-277-8811 | F: 281-277-8827

Katy Office | 609 Park Grove Drive, Unit B | Katy, TX 77450 | P: 281-398-0022 | F: 281-277-8827

www.christiancounselinghouston.com

ACUERDO DE SERVICIOS PROFESIONALES

Agradecemos que haya escogido al Centro de Consejería Cristiana de Houston (HCCC). Este formulario le da alguna información sobre nuestra relación profesional. Siéntase en libertad de hacerle cualquier pregunta referente a sus credenciales, experiencia profesional ó filosofía al terapeuta que seleccionó y con el cual tiene la cita.

Información sobre Confidencialidad

HCCC se preocupa por la confidencialidad. Como Consejeros Cristianos, creemos que Dios espera que seamos confiables y creemos que Dios quiere que Su gente esté salva y segura. La meta de HCCC es proveer un ambiente que ofrezca a nuestros clientes completa confianza. Bajo las leyes federales y estatales, confidencialidad significa que toda comunicación con su terapeuta y cualquier archivo perteneciente a su identidad, evaluación ó tratamiento se mantendrán en confidencia. Donde las leyes federales y estatales difieran, nosotros cumplimos con las más estrictas reglas para asegurarnos que sus derechos de confidencialidad siempre sean respetados. Además, más allá de la ley, sabemos que el sentirse seguro es necesario para un proceso de sanidad en el cual están envueltos nuestros clientes. Apoyándonos en la Palabra de Dios y cumpliendo con las leyes federales y estatales, HCCC mantendrá su confidencialidad al máximo nivel personal y profesional. Usted tiene el derecho a la confidencialidad. Adjuntas encontrará nuestras Normas de Confidencialidad y Prácticas de Privacidad. Esta es su copia y explica completamente nuestras normas y prácticas y sus derechos.

Por favor, lea las Normas de Confidencialidad y Prácticas de Privacidad antes de firmar este acuerdo.

Si piensa que el documento de nuestras Normas de Confidencialidad y Prácticas de Privacidad no contesta sus preguntas sobre confidencialidad, hable con su terapeuta acerca de cualquier inquietud que tenga. Su firma al final del documento indica consentimiento para usar su información de salud personal para nuestra práctica rutinaria, de acuerdo con la ley para tratamiento, pagos y operaciones de cuidado de la salud. Usted puede revocar por escrito este consentimiento en cualquier momento, excepto cuando ya HCCC haya tomado acción basada en este consentimiento.

Derechos y Responsabilidades

Derechos

Usted tiene el derecho a que se le provea cuidado profesional y respetuoso. Usted tiene el derecho a saber cómo su terapeuta evalúa su problema, el tratamiento recomendado y los recursos disponibles para ayudar a tratar su situación. Usted también tiene el derecho de rehusar nuestras sugerencias.

Responsabilidades

1. Tener honestidad, transparencia y voluntariamente compartir sus preocupaciones.
2. Preguntar cuando no entiende ó necesita aclaración.
3. Discutir cualquier reserva que tenga sobre el plan de su tratamiento.
4. Seguir lo acordado respecto a su tratamiento.
5. Informar cambios ó eventos inesperados relacionados con su problema.
6. Mantener sus citas cuando sea posible ó llamar para cancelarlas con 24 horas de anticipación. (Vea la "Información de Pagos" para detalles de cargarle la cita completa si no es cancelada con 24 horas de anticipación).

Recuerde, Usted es responsable por sus pensamientos, sentimientos, acciones y crecimiento/progreso. Estamos aquí para ayudar a facilitar ese crecimiento al máximo de nuestras habilidades.

Houston Center for Christian Counseling

Sugar Land Office | 402 Julie Rivers Drive | Sugar Land, TX 77478 | P: 281-277-8811 | F: 281-277-8827

Katy Office | 609 Park Grove Drive, Unit B | Katy, TX 77450 | P: 281-398-0022 | F: 281-277-8827

www.christiancounselinghouston.com

Información de Pagos

La siguiente información se provee para evitar malos entendidos ó desacuerdos concernientes a sus pagos por los servicios profesionales.

El costo por sesión de 50 minutos es de \$150 dólares cada una y es lo mismo para individuos, parejas ó terapia familiar. Los pagos deben hacerse al tiempo del servicio.

Como una cortesía, HCCC presentará los reclamos a su seguro, con su consentimiento firmado. HCCC cobrará por las citas no cumplidas y si Usted no cancela su cita con 24 horas de anticipación. Los requisitos que se aplican a dichos pagos son discutidos abajo.

Seguros

1. Si Usted tiene seguro de salud ó asistencia al empleado a través de su Compañía ó por medio de una póliza privada, HCCC reclamará a su seguro, con su consentimiento, como una cortesía. Llene la forma de seguro en su totalidad y fírmela si Usted desea que nosotros hagamos el reclamo como una cortesía.
2. Pagos compartidos se deben al recibir el servicio. La suma deducible se debe al recibir el servicio, si aplica.
3. Si Usted está viendo un terapeuta que está en su plan de seguro (en la red), su pago compartido será la tarifa negociada según el contrato entre la red de seguros y el terapeuta.
4. Si Usted esta viendo un terapeuta que no está en su plan de seguro (fuera de la red), Usted será responsable por el monto que el seguro no pague hasta \$150 dólares por cada sesión de 50 minutos.
5. Si Usted autoriza a nuestra oficina a hacer reclamos a su seguro, con su consentimiento firmado, así lo haremos, pero Usted debe entender que la cobertura de su seguro es un acuerdo entre Usted y la Compañía de Seguros. Es su responsabilidad pagar por cargos no cubiertos en su reclamo y asegurarse que su Seguro remita el pago. Si ocurre un problema con su reclamo, Usted deberá hacer el pago ó establecer un plan escrito de pagos con nuestra oficina hasta que su problema con el Seguro quede resuelto.

Arreglo de Pagos

1. Como una cortesía hacia nuestros Clientes, HCCC envía los cargos a planes de Seguro contratados. Estamos obligados a cobrar los costos que son obligación del Cliente, como co-pagos, co-seguros, deducibles, y cualesquiera servicios no cubiertos, al tiempo del servicio. A veces, la cobertura exacta no se puede determinar hasta que la Compañía de Seguros reciba el reclamo.
2. Para su conveniencia y para simplificar el cobro, HCCC mantiene la información de tarjetas de crédito y de débito guardada en forma segura para cancelaciones tardías y citas perdidas sin aviso de mínimo 24 horas anticipadas y cargos de seguros no pagados después de 60 días. Si su plan de seguro de salud determina que los servicios provistos por cualquier razón no están parcialmente ó completamente cubiertos, Usted está de acuerdo en obviar la cobertura contractual y se responsabiliza por el cargo. Si por alguna razón su Compañía de Seguro de Salud no le paga a nuestra oficina dentro de los 60 días, nosotros cargaremos la cuenta pendiente a la tarjeta de crédito que tenemos registrada.
3. Hay un cargo de \$35.00 por cheques devueltos por insuficiencia de fondos. Después del segundo depósito insuficiente, sólo aceptaremos dinero en efectivo por los servicios prestados hasta que el pago de los cheques devueltos y los recargos estén completamente saldados.

Houston Center for Christian Counseling

Sugar Land Office | 402 Julie Rivers Drive | Sugar Land, TX 77478 | P: 281-277-8811 | F: 281-277-8827

Katy Office | 609 Park Grove Drive, Unit B | Katy, TX 77450 | P: 281-398-0022 | F: 281-277-8827

www.christiancounselinghouston.com

Información de Pagos (continúa)

Política de Cancelación de Citas

Veinticuatro (24) horas de notificación es el respeto requerido para el terapeuta quien reserva el tiempo para Usted y para otros clientes que están esperando en la lista de citas. Usted debe notificar su cancelación con un mínimo de 24 horas de anticipación. El aviso de cancelación anticipada es standard en nuestra profesión, y en el campo de cuidado de salud en general.

**Si Usted cancela ó pierde una cita sin la notificación de 24 horas antes,
se le cobrará la sesión completa.**

**Su número de tarjeta de crédito ó débito se debe mantener
en archivo para citas perdidas ó cancelaciones tardías.**

HCCC tiene un servicio de contestador de 24 horas con fecha y hora registradas para ayudar a cancelar citas a tiempo.

Se cargará su tarjeta el día hábil después de la cita cancelada ó perdida. Si cree que es un error, contáctenos inmediatamente.

Firma por Acuerdos de Servicios Profesionales

Estoy voluntariamente de acuerdo con la evaluación y consejería que ofrece el Houston Center for Christian Counseling y mi terapeuta seleccionado. Entiendo que los tratamientos muchas veces involucran terapia familiar ó educación que será recomendada si el terapeuta considera que es importante para el proceso de ayuda terapéutica. Reconozco que no se me ha dado garantía sobre el resultado de mi terapia. Entiendo mis derechos y responsabilidades como se estipulan en el documento.

Doy mi consentimiento al uso de mi información personal de salud para prácticas rutinarias para tratamiento, pagos, y operaciones de cuidado de salud según las leyes del Estado de Texas y del gobierno Federal, como están descritos en la sección de Confidencialidad de este documento y discutidos en detalle en el folleto de las Normas de Confidencialidad y Prácticas de Privacidad, el cual he recibido.

He leído y estoy de acuerdo con la información de pagos como se establece en este documento.

Entiendo que mi tarjeta de crédito ó débito archivada recibirá el cargo de la sesión completa por cancelaciones tardías y citas perdidas sin aviso de mínimo 24 horas de anticipación y cargos de seguros no pagados después de 60 días.

Con mi firma abajo, acepto todos los términos y condiciones establecidos en este documento.

Nombre del Cliente: _____

Fecha: _____

Firma del Cliente: _____

Houston Center for Christian Counseling

Sugar Land Office | 402 Julie Rivers Drive | Sugar Land, TX 77478 | P: 281-277-8811 | F: 281-277-8827

Katy Office | 609 Park Grove Drive, Unit B | Katy, TX 77450 | P: 281-398-0022 | F: 281-277-8827

www.christiancounselinghouston.com

ACUERDO de AUTORIZACION para PAGO de CUENTAS

Esta autorización es para la parte de su cuenta que es de responsabilidad del paciente. Para seguros contratados, este es el monto remanente después del pago del seguro y ajustes de su Compañía de Seguros. Entendemos que el origen de transacciones a su cuenta debe estar de acuerdo con las leyes de los Estados Unidos.

Nombre del Cliente: _____
(Favor usar letra de imprenta)

Nombre del Dueño de la Tarjeta: _____
(Si es diferente del Cliente)

Número de Tarjeta de Crédito: _____ - _____ - _____ - _____

Fecha de Expiración: _____ Código de Seguridad: _____
(Mes/Año) (Código Digital)

Tipo de Tarjeta:(Favor marcar una) MasterCard Visa Discover American Express

Autorizo al Houston Center for Christian Counseling a mantener mi firma archivada y a cargar mi tarjeta de crédito identificada arriba para cubrir el saldo de cargos no pagados por mi Compañía de Seguros en 60 ó más días después de la fecha del servicio. Esto es para todo tratamiento provisto para el Cliente arriba mencionado.

Los Clientes que tengan cita deben dejar la información de una tarjeta de crédito archivada ó dejar el pago en efectivo de \$150.00 antes de ver al terapeuta.

No se harán cargos de tarjeta de crédito hasta 60 ó más días después de la fecha del servicio.

En cualquier momento puedo decidir pagar mi cuenta en su totalidad para evitar la activación de esta autorización.

Asigno mis beneficios de seguros al Houston Center for Christian Counseling. Entiendo que esta forma es válida a menos que yo cancele la autorización por escrito al Houston Center for Christian Counseling.

Firma que autoriza pago de cuenta por tarjeta

Fecha

Houston Center for Christian Counseling

Sugar Land Office | 402 Julie Rivers Drive | Sugar Land, TX 77478 | P: 281-277-8811 | F: 281-277-8827

Katy Office | 609 Park Grove Drive, Unit B | Katy, TX 77450 | P: 281-398-0022 | F: 281-277-8827

www.christiancounselinghouston.com

Firma por Acuerdos de Servicios Profesionales

Estoy voluntariamente de acuerdo con la evaluación y consejería que ofrece el Houston Center for Christian Counseling y mi terapeuta seleccionado. Entiendo que los tratamientos muchas veces involucran terapia familiar ó educación que será recomendada si el terapeuta considera que es importante para el proceso de ayuda terapéutica. Reconozco que no se me ha dado garantía sobre el resultado de mi terapia. Entiendo mis derechos y responsabilidades como se estipulan en el documento.

Doy mi consentimiento al uso de mi información personal de salud para prácticas rutinarias para tratamiento, pagos, y operaciones de cuidado de salud según las leyes del Estado de Texas y del gobierno Federal, como están descritos en la sección de Confidencialidad de este documento y discutidos en detalle en el folleto de las Normas de Confidencialidad y Prácticas de Privacidad, el cual he recibido.

He leído y estoy de acuerdo con la información de pagos como se establece en este documento.

Entiendo que mi tarjeta de crédito ó débito archivada recibirá el cargo de la sesión completa por cancelaciones tardías y citas perdidas sin aviso de mínimo 24 horas de anticipación y cargos de seguros no pagados después de 60 días.

Con mi firma abajo, acepto todos los términos y condiciones establecidos en este documento.

Nombre del Cliente: _____

Fecha: _____

Firma del Cliente: _____

PERMISO PARA CONTACTAR VIA CORREO ELECTRONICO O TEXTO

De vez en cuando lo contactaremos por correo electrónico ó texto en relación a sus citas, con su permiso. Siempre seremos discretos; el nombre de esta oficina no se usará en nuestra correspondencia. Por ejemplo, diríamos “Le recordamos su cita con (nombre del terapeuta) el Martes, Marzo 17 a las 2:00pm. Favor llamar al 281-277-8811 para confirmar, cancelar ó cambiar”

Doy mi consentimiento para ser contactado vía correo electrónico relacionado con mis citas. Sí No

Mi Correo Electrónico es: _____

Doy mi consentimiento para ser contactado via texto, relacionado con mis citas. Sí No

Mi Teléfono Celular es: _____

Quiere recibir noticias de HCCC via correo electrónico? Sí No

Nombre del Cliente (Letra de imprenta)

Firma del Cliente

Fecha

Houston Center for Christian Counseling

Sugar Land Office | 402 Julie Rivers Drive | Sugar Land, TX 77478 | P: 281-277-8811 | F: 281-277-8827

Katy Office | 609 Park Grove Drive, Unit B | Katy, TX 77450 | P: 281-398-0022 | F: 281-277-8827

www.christiancounselinghouston.com

NORMAS DE CONFIDENCIA Y PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Favor guardar esta forma para su archivo

El Centro de Consejería Cristiana de Houston (HCCC) tiene la confidencialidad como prioridad. Creemos que un sentido de seguridad es necesario para el proceso de sanidad en el cual nuestros clientes están comprometidos. Es la meta de HCCC proveer un ambiente en el cual nuestros clientes sientan que pueden poner su confianza.

Bajo las leyes Federales y Estatales, confidencialidad significa que la comunicación con su terapeuta de HCCC y cualquier información pertinente a su identidad, evaluación ó tratamiento serán mantenidos seguros y privados. Donde las leyes Federales y Estatales sean diferentes, cumplimos con los valores más estrictos para asegurar que su derecho a la confidencialidad siempre sea respetado.

Ejemplos de excepciones a la confidencialidad concedidas por las leyes Federales y Estatales sobre tratamiento, pagos y operaciones de cuidado de salud son los siguientes:

- El terapeuta revelará información necesaria y notificará a las autoridades ó entidades apropiadas cuando haya una sospecha razonable que un menor (menos de 18 años), una persona anciana (65 años o más), u otro dependiente adulto (de cualquier edad) ha sido maltratado.
- El terapeuta revelará información necesaria y notificará a las autoridades ó entidades apropiadas cuando el cliente ha admitido amenazas serias de suicidio inminente.
- El terapeuta revelará información necesaria y notificará a las autoridades ó entidades apropiadas cuando el cliente ha admitido directamente hechos peligrosos ó amenazas serias e inminentes de ataque hacia una tercera persona ó personas, claramente identificada(s).
- El terapeuta puede estar obligado a revelar a los seguros ó terceras partes que pagan, ó programas de asistencia al empleado y grupos que manejan el cuidado, del diagnóstico del cliente, fechas de sesiones, y cuando sea requerido, síntomas y objetivos del tratamiento del cliente.
- Las comunicaciones y notas sobre el cliente serán reveladas cuando sea ordenado por la corte.
- Las excepciones a la confidencialidad son hechas en casos específicos de la ley civil como revelaciones de una relación padre-hijo, por ejemplo, en un caso de divorcio.
- Si un cliente establece un caso de mala práctica ó una queja formal contra un terapeuta, la confidencialidad no es implementada.

Otros casos relacionados a la confidencialidad que pueden ser aplicados en casos específicos son:

- Los terapeutas de HCCC frecuentemente actúan como Supervisores en la práctica de Estudiantes y graduados, para facilitar el desarrollo de ellos y para asegurar el mejor cuidado en el tratamiento de nuestros clientes. En estas circunstancias, autorización escrita ó legal ha sido obtenida del cliente y la identidad del cliente es protegida.
- Datos escritos de las comunicaciones del cliente son archivados en forma de protección a la confidencialidad y los derechos a la privacidad. Los datos archivados electrónicamente están protegidos por contraseñas restringidas, sistemas de duplicación, seguridad contra virus de computación, y protección del sistema.

Un programa Federal recientemente implementado llamado "Acto de portabilidad y responsabilidad de Salud, de 1996 (HIPAA, "Health Insurance Portability and Accountability Act") le da a usted el derecho a poner por escrito cualquier pedido que usted crea necesario para limitar posible mal uso de su protección a la información de su salud. Todo pedido será honrado excepto cuando la ley indique específicamente cómo se usará su información personal de salud para tratamiento, pagos y operaciones de cuidado de salud.

HIPAA determina que una vez que usted ha dado consentimiento para el uso de su información personal de tratamiento de salud, pagos y operaciones de cuidado de salud, firmando su acuerdo de servicios profesionales, usted puede revocar el consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto cuando HCCC haya tomado acción relacionada a su consentimiento anterior. Si creemos que no podemos honrar su pedido por escrito para restricción de la información de cuidado de salud, discutiremos con usted nuestras razones y si es necesario, terminaremos el acuerdo profesional formalmente por escrito.

HIPAA establece que usted tiene el derecho de pedir por escrito, recibir e inspeccionar copias de la información confidencial de salud que se guarda bajo protección en esta oficina. HIPAA tiene guías sobre qué información debe ser incluida en respuesta al pedido de un cliente. Si la información que Usted pide está fuera de esas guías, tenemos el derecho de negar su pedido. Pedidos dentro de lo establecido serán concedidos; sin embargo, hay un cargo razonable por el trabajo y las copias. Usted también deberá permitir el tiempo razonable para dicha preparación. HIPAA establece que usted tiene derecho de corregir cualquier información suya de salud protegida por medio de un pedido escrito. Si su solicitud escrita está fuera de las guías de la ley, tenemos el derecho de negar su pedido a la corrección de sus archivos.

Si Usted cree que nosotros no seguimos las intenciones que hemos establecido en este documento y/ó Usted cree que hemos violado sus derechos de confidencialidad, por favor hable con su terapeuta ó con el Gerente de la Oficina ó con el Director. Si Usted desea, puede registrar por escrito sus quejas con nuestra oficina. Dirija sus quejas al Director del Centro de Consejería Cristiana de Houston, 402 Julie Rivers Drive, Sugar Land, TX 77478.

Si no hay resolución a sus quejas, Usted se puede quejar al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles. Para más información sobre HIPAA ó para registrar una queja:

The US Department of Health and Human Services
Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, DC 20201
Telephone: (202) 619.0257 Toll Free: 1 (877) 696.6775