



The Northwest Catholic Counseling Center

Providing help, creating hope...

Consentimiento informado y aviso de prácticas de privacidad

Este formulario de consentimiento es para proporcionar una explicación del tratamiento, los riesgos asociados con el tratamiento y el aviso de prácticas de privacidad para la información de salud protegida de

(Escriba el nombre de la persona que recibirá los servicios)

Además de las razones anteriormente mencionadas, este formulario también servirá para dar consentimiento para el tratamiento en The Northwest Catholic Counseling Center (NCC). Cuando utilizamos la palabras “yo” y “conmigo” significa Ud., su niño/niña, su pariente, u otra persona sobre la cual Ud. tiene custodia legal y autorización para dar consentimiento de tratamiento o permiso para compartir su información.

Yo entiendo que como cliente de NCC, soy elegible para recibir una variedad de servicios. El tipo y variedad de servicios que voy a recibir se determinarán después de una evaluación inicial y tras ser discutidos en detalle conmigo. El objetivo de este proceso de evaluación es establecer el mejor curso de tratamiento. La información que Ud. provee permanecerá confidencial con algunas excepciones permitidas por la ley y el código de ética del personal médico y/o consejero según se describe en el resto de este documento.

Mientras Ud. esté obteniendo servicios en NCC, puede ser necesario que el personal se comunique, consulte o coordine con otro personal de NCC. No se solicitará autorización por escrito para dicha comunicación dentro de NCC. Antes de cualquier discusión con otro personal de NCC, entiendo que se me informará sobre qué comunicaciones se intercambiarán. En otras circunstancias para el intercambio de información fuera de NCC, se obtendrá de Ud. un consentimiento por escrito para dar a conocer la información.

Además, entiendo que hay excepciones específicas de confidencialidad cuando un médico está éticamente y/o legalmente obligado a tomar las medidas necesarias para evitar daños a mí mismo/a o a otros:

1. Cuando hay riesgo de daño a mí mismo/a o a otros.
2. Cuando hay sospecha que un niño, una persona con discapacidad o de edad avanzada está en riesgo de ser abusada sexual, física o emocionalmente o descuidada.
3. Cuando se emita una orden judicial válida para la divulgación de información o documentos.

Entiendo que si bien los servicios y/o evaluaciones de salud mental pueden proporcionar beneficios significativos, también pueden presentar ciertos riesgos. La asesoría y las evaluaciones pueden provocar pensamientos y sentimientos incómodos o pueden llevar a recordar experiencias perturbadoras. Pueden ocurrir cambios para el individuo en tratamiento. La familia u otras relaciones pueden resistir los cambios realizados. Las evaluaciones pueden revelar la necesidad de un tratamiento más intensivo.

(Firma requerida al reverso de la página)

A State Certified Counseling Agency
Donations are tax-deductible. Tax ID 93-1088966

8383 N.E. Sandy Boulevard, Suite 205 • Portland, Oregon 97220 • 503.253.0964

www.nwcounseling.org

La información de salud personal que recopilamos se utilizará para el tratamiento, la consulta, la facturación y la coordinación de la atención, por lo tanto, la ley nos permite compartir esta información con otras personas que también le brindan tratamiento o para coordinar el pago de su tratamiento o para otras funciones administrativas o gubernamentales, tales como la recogida de datos demográficos. El aviso de prácticas de privacidad explica con más detalle sus derechos y cómo podemos usar y compartir esta información. Ud. ha recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad con su documentación de admisión.

En el futuro, la ley federal puede requerir cambios adicionales a nuestro aviso de privacidad. Si esto ocurre, le notificaremos si Ud. es todavía cliente activo en el centro. Cualquier cambio será publicado en nuestro sitio web, www.nwcounseling.org.

Si le preocupa algo de su información, Ud. tiene el derecho a pedirnos que no usemos o compartamos esa información para fines de tratamiento, pago o administrativos. En ese caso, deberá hacer su solicitud por escrito. Si se trata de compartir información con fines de pago, es posible que se le considere a Ud. responsable del pago. Intentaremos respetar sus deseos siempre que los mismos estén de acuerdo con la ley federal.

Firma del cliente o de su representante

Fecha

Nombre impreso del cliente o de su representante

Iniciales: _____ Recibí una copia del aviso de prácticas de privacidad

Solo para uso clínico: _____ He discutido verbalmente las excepciones a la confidencialidad.
con el cliente.

Actualizado 30/7/18



The Northwest Catholic Counseling Center

Sirve a todos sin importar las creencias o la situación económica

Consentimiento del cliente y guía para el uso del correo electrónico

La decisión de utilizar el correo electrónico es estrictamente voluntaria y usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento. Tenga en cuenta que existen algunos riesgos al usar el correo electrónico para comunicarse con su consejero(a)/médico(a). Los riesgos incluyen, pero no se limitan, a los siguientes:

- **El correo electrónico de NCC no está cifrado, por lo tanto, no es confidencial.**
- El correo electrónico podría ser visto por personas no autorizadas.
- El correo electrónico podría ser interceptado por piratas informáticos y los mensajes enviados por este medio podrían ser redistribuidos.
- Alguien podría hacerse pasar por usted para comunicarse con el consejero y acceder a su información.
- El correo electrónico puede utilizarse para propagar virus informáticos.
- Es posible que los mensajes enviados por correo electrónico no le lleguen a tiempo a ninguno de los interesados.
- El correo electrónico se revela en los litigios y podría ser utilizado como evidencia en el juzgado.
- El correo electrónico puede circular y ser guardado por destinatarios no deseados.
- Las declaraciones hechas por medio del correo electrónico pueden ser mal interpretadas y crear problemas de comunicación o afectar negativamente el tratamiento.

¿Cuándo puedo utilizar el correo electrónico para comunicarme con mi consejero/a?

- Para programar o reprogramar una cita.
- Para pedir clarificación sobre las tareas terapéuticas.
- Para otros asuntos que no requieran una respuesta inmediata.

¿Cuándo **NO** debería utilizar el correo electrónico para comunicarme con mi consejero/a?

1. En una emergencia:

- Si está sintiendo algún deseo de hacerse daño a usted mismo/a o a otros.
- Si está sufriendo una reacción grave a algún medicamento.

2. Si necesita una respuesta inmediata a algún asunto que no sea urgente.

¿Qué puedo esperar de mi consejero(a)/ médico(a) sobre las respuestas a mis correos electrónicos?

- Los mensajes que envíe por correo electrónico serán leídos en un período máximo de 48 horas hábiles.
- Si el/la consejero(a)/ médico(a) considera que es clínicamente inapropiado responder, se iniciará una conversación sobre el mensaje que envió en su próxima cita.
- Si el mensaje original que usted envió inicialmente por correo electrónico fue enviado con copia a un tercero, NCC puede decidir no responder o puede no incluir al tercero en la respuesta.
- E/la consejero(a)/ médico(a) de NCC no enviará inicialmente mensajes por correo electrónico que tengan contenido clínico.
- **Usted acepta todos los riesgos si envía inicialmente mensajes por correo electrónico con contenido clínico.**

Una agencia de orientación psicológica certificada por el estado

Las donaciones son deducibles de los impuestos. Identificación para impuestos 93-1088966

8383 N.E. Sandy Boulevard, Suite 205 • Portland, Oregon 97220 • 503.253.0964

www.nwcounseling.org

¿Qué pasa con mis mensajes?

- Los mensajes enviados por correo electrónico se imprimirán y se mantendrán como parte permanente de su historia médica.
- Como parte permanente de su historia médica, estos serán divulgados junto con el resto de sus expedientes si usted da su autorización o cuando se le requiera legalmente a NCC hacerlo.
- Los mensajes pueden ser vistos por los empleados con el propósito de archivarlos o llevar a cabo solicitudes.

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DEL CORREO ELECTRÓNICO

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para el uso del correo electrónico como medio de comunicación entre mi consejero(a)/médico(a) en NCC y yo. Reconozco que existen riesgos al usarlo y que NCC no puede garantizar absoluta confidencialidad. Entiendo y acepto esos riesgos. Además, comprendo que, si envío demasiados mensajes por correo electrónico, si envío mensajes inapropiados por correo electrónico, o si copio a personas externas en los correos electrónicos, NCC puede no responder o dejar de permitirme el uso del correo electrónico para comunicarme con NCC. También entiendo que, en cualquier momento, puedo revocar mi consentimiento para comunicarme con NCC mediante el correo electrónico al notificarle por escrito a mi consejero(a)/médico(a).

Nombre completo del cliente _____

Firma del paciente / tutor Fecha

Dirección de correo electrónico: _____

Renuncio al uso del correo electrónico. No doy mi consentimiento para que NCC utilice el correo electrónico para comunicarse conmigo. Entiendo que, si cambio de opinión y quiero enviar un mensaje por correo electrónico a NCC, tendré que firmar un formulario de consentimiento. (Marque el cuadro y firme a continuación).

Firme aquí para renunciar al uso del correo electrónico: _____



The Northwest Catholic Counseling Center

Sirviendo a todos sin importar la fe o las finanzas

Historia sicosocial de niños y adolescentes

Fecha _____

N° de cliente _____

Office use only (para uso oficial)

Por favor suministre la siguiente información para su niño/a o adolescente. La misma será tratada con los mismos estándares de confidencialidad que la terapia.

Nombre del niño/a o adolescente _____
Primer nombre Segundo Apellido

Dirección _____

Ciudad Estado Código postal

Fecha de nacimiento _____/_____/_____

Género: Femenino Masculino Transgénico Género neutro

¿Su niño/a o adolescente se identifica como LGBTQ? Si No

¿Cuál es la identificación étnica de su niño/a o adolescente?:

Indígena americano o nativo de Alaska Asiático Negro o africano Americano

Hispano o latino Multiétnico Nativo Hawaiano o Islas del Pacífico Blanco

Persona completando el formulario _____

Relación con el niño/a o adolescente _____

Nombre de la madre _____

¿Cuál es el mejor N° para contactarla? (c) (h) _____

¿Nos permite dejarle un mensaje? Si No

Nombre del padre _____

¿Cuál es el mejor N° para contactarlo? (c) (h) _____

¿Nos permite dejarle un mensaje? Si No

Para recordarle de sus citas podemos enviarle un mensaje de texto, correo electrónico o llamada.
¿A quién le debemos enviar la notificación y por qué medio?

¿A quién?: _____ ¿Cómo?: _____

Sigue al reverso

Office use only: (uso oficial)

Entered in FM Entered in TH

Información legal

¿Quién tiene la custodia o es el guardián? _____
(Tal vez le pidan la copia del poder de custodia)

Padrastro o madrastra (si aplica) _____

Como padres, padrastro o madrastra, ¿están envueltos en algún procedimiento legal tal como divorcio, disputas de custodia, etc? Si No

Si respondió que Si, por favor explique _____

Su niño/a ha estado involucrado en el sistema legal? Si No

Si respondió que Si, por favor explique _____

Historia Médica, Sicológica, de desarrollo

Enumere alguna complicación o problemas de embarazo. _____

Describa alguna historia significativa médica, de desarrollo de su niño/a o adolescente incluyendo hospitalizaciones (médicas o siquiátricas), pérdidas significativas, y períodos viviendo con figuras de apego.

Su niño/a o adolescente, ¿ha sufrido algún evento traumático? _____

Su niño/a o adolescente, ¿ha expresado alguna vez el deseo de cometer suicidio o ha intentado suicidarse?

Explique: _____

Su niño/a ¿ha tenido terapia previamente? Si No

Si respondió que sí, ¿con quién y cuándo? _____

¿Tiene alguna preocupación referente a su niño/a o adolescente y el uso de alcohol o drogas? _____

Su niño/a o adolescente, ¿tiene alguna discapacidad definida como considerablemente limitante de movimiento, sensorial, social, laboral, o de actividades de aprendizaje? No Si

¿Está documentado? No Si

Nombre del pediatra. _____

¿Cuándo fue la última vez que su niño/a o adolescente visitó al pediatra? _____

Su niño/a o adolescente, ¿toma algún medicamento? Sí No

Si respondió sí, por favor anote todos los medicamentos y sus dosis.

Medicinas	Dosis
_____	_____
_____	_____

Mencione cualquier alergia: _____

Alguien en su familia, (ya sea familia directa o parientes) ¿han tenido dificultades con alguna de las siguientes? Marque cualquiera que aplique e indique qué miembro de la familia fue afectado (hermanos, padres, tío, etc).

- Depresión _____
- Ansiedad _____
- Esquizofrenia _____
- Trastorno de la alimentación _____
- Trauma _____
- Bipolar _____
- Ataques de pánico _____
- Abuso de sustancias o alcohol _____
- Intentos de suicidio _____

Información Socio-educacional

Nombres y edades de otros niños/as viviendo en el hogar.

Nombre	Edad
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Por favor describa la interacción de su niño/a o adolescente con otros miembros de la familia. _____

¿Hay algún factor que cause estrés en la familia (financiero, matrimonial, de su grupo de pares, etc) que esté afectando a su niño/a?

Si No

Si respondió que sí, por favor explique. _____

Nombre del cliente _____

Escuela: _____

Grado: _____

Por favor describa el desempeño académico de su niño/a o adolescente. _____

Por favor describa la interacción social de su niño/a o adolescente en la escuela. _____

Enumere los hobbies, deportes, música, programas de televisión, juguetes preferidos, etc. _____

¿De qué manera se maneja la disciplina en el hogar? _____

Describa las fortalezas de su niño/a o adolescente. _____

Preocupaciones y síntomas

¿Cuáles son las preocupaciones específicas con su niño/a o adolescente que lo han traído a terapia?

¿Cuáles son sus metas para la terapia de su niño/a o adolescente? _____

¿Hay alguna información adicional que usted cree que pueda ayudar al terapeuta a entender mejor a su niño/a?

Por favor marque aquellos comportamientos o síntomas que le ocurren a su niño/a o adolescente con más frecuencia de lo que usted quisiera que ocurran.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agresivo | <input type="checkbox"/> Malhumorado |
| <input type="checkbox"/> Enojado | <input type="checkbox"/> Pesadillas |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Comportamiento oposicional |
| <input type="checkbox"/> Mojar la cama | <input type="checkbox"/> Hiperactivo |
| <input type="checkbox"/> Pestañear, sacudirse | <input type="checkbox"/> Sobrepeso |
| <input type="checkbox"/> Intimida, amenaza | <input type="checkbox"/> Ataques de pánico |
| <input type="checkbox"/> Descuidado, imprudente | <input type="checkbox"/> Fobias |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Poco apetito |
| <input type="checkbox"/> Torpe | <input type="checkbox"/> Peleador, discutiador |
| <input type="checkbox"/> Adicción con las redes
cibernéticas | <input type="checkbox"/> Triste |
| <input type="checkbox"/> Desafiante | <input type="checkbox"/> Egoísta |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Ansiedad de separación |
| <input type="checkbox"/> Destructivo | <input type="checkbox"/> Prende fuegos |
| <input type="checkbox"/> Dificultad con el habla | <input type="checkbox"/> Actúa de manera sexual, demostraciones
sexuales |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Se enferma frecuentemente |
| <input type="checkbox"/> Problemas con la alimentación | <input type="checkbox"/> Corto período de atención |
| <input type="checkbox"/> Masturbación excesiva | <input type="checkbox"/> Tímido |
| <input type="checkbox"/> Espera o anticipa fracasar | <input type="checkbox"/> Problemas con dormir |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Movimientos lentos |
| <input type="checkbox"/> Temeroso | <input type="checkbox"/> Se ensucia (materia fecal) |
| <input type="checkbox"/> Lesiones frecuentes | <input type="checkbox"/> Problemas con el habla |
| <input type="checkbox"/> Se frustra fácilmente | <input type="checkbox"/> Roba |
| <input type="checkbox"/> Alucinaciones | <input type="checkbox"/> Dolores de estómago |
| <input type="checkbox"/> Se golpea la cabeza | <input type="checkbox"/> Amenazas suicidas |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Intentos suicidas |
| <input type="checkbox"/> Desesperanza | <input type="checkbox"/> Contesta (impertinente) |
| <input type="checkbox"/> Astita a los animales | <input type="checkbox"/> Rechina los dientes |
| <input type="checkbox"/> Amigos imaginarios | <input type="checkbox"/> Chuparse el dedo pulgar |
| <input type="checkbox"/> Impulsivo | <input type="checkbox"/> Tics o espasmos |
| <input type="checkbox"/> Irritable | <input type="checkbox"/> Comportamientos inseguros, peligrosos |
| <input type="checkbox"/> Perezoso | <input type="checkbox"/> Pensamientos inusuales |
| <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Pérdida o aumento de peso |
| <input type="checkbox"/> Miente con frecuencia | <input type="checkbox"/> Retirado, retraído |
| <input type="checkbox"/> Solitario | <input type="checkbox"/> Preocupación excesiva |
| <input type="checkbox"/> Baja autoestima | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Desordenado | |

Nombre del cliente _____



The Northwest Catholic Counseling Center
8383 N.E. Sandy Blvd., Suite 205
Portland, Oregon 97220
Phone: (503)253-0964

POLÍTICA DE PAGO

El principal interés de *Northwest Catholic Counseling Center* es brindarle una atención de calidad a un precio asequible. Para orientación psicológica, nuestra tarifa es de \$150.00 por la primera sesión y de \$130.00 por cada sesión subsiguiente. En caso de tener dificultades económicas, la tarifa puede ser negociada a un monto que usted pueda pagar cómodamente. Por esta razón, queremos clarificar las siguientes políticas con respecto a su pago.

Debe pagar su tarifa al momento de cada sesión. Si no realiza el pago en el momento de la sesión de orientación psicológica, su saldo no debe exceder los 30 días. Se cobran \$20.00 por cada cheque devuelto.

Como cortesía, haremos todo lo posible para cobrarle a su compañía de seguro médico. Usted es responsable de pagar su deducible, así como también cualquier saldo restante que su compañía de seguro médico no pague. Si se hace un sobrepago a su cuenta proveniente de un pago del seguro médico, su cuenta será acreditada.

Si no cancela su cita con 24 horas de anticipación, se le cobrarán \$45.00 por inasistencia a la cita. No se le cobrarán al seguro médico las citas a las que usted no asista.

Acepto lo siguiente (seleccione todas las opciones que apliquen):

Pagos de la aseguradora (EAP, HMO, etc.):

Entiendo y acepto pagar \$_____ como mi copago por cada sesión. Los copagos se basan en los beneficios que usted reciba de su seguro médico.

Pago como particular: Sesión de orientación psicológica:

Acepto pagar \$_____ por la cita inicial. Esta es una tarifa única que se paga al momento del servicio.

Acepto pagar \$_____ por citas de seguimiento. Se paga al momento del servicio.

Pago de terceros (se excluye al seguro médico). Se ha dispuesto que:

Nombre: _____

Teléfono: (____) _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Entiendo que, si nadie realiza el pago, yo me hago responsable de la factura.

HE LEÍDO ESTA POLÍTICA DE PAGO Y ACEPTO PAGAR LA TARIFA NEGOCIADA Y ESCRITA ANTERIORMENTE. ENTIENDO QUE, INDEPENDIEMENTE DE LA COBERTURA DE MI SEGURO MÉDICO, O DEL PAGO DE TERCEROS, YO SOY EL RESPONSABLE DEL PAGO DE MI CUENTA.

Nombre escrito del cliente válido como firma

Fecha

Nombre escrito del padre / custodio legal válido como firma

Fecha



The Northwest Catholic Counseling Center

Consentimiento a fracturar su aseguranza

***Solo complete este formulario si está utilizando un seguro. NCC no acepta Medicaid o Medicare.**

***Incluye una copia del anverso y reverso de su tarjeta de seguro.**

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Compañía de seguros primaria: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de identificación de miembro: _____

Número de grupo: _____

Número de teléfono del Seguro para elegibilidad/beneficios: _____

Autorizo el pago de beneficios medicos a The Northwest Catholic Counseling Center por cualquier servicio prestado a mí o mis dependientes mientras sea cliente del Centro. Esta asignación permanecerá vigente hasta que sea revocada por mí por escrito. Por la presente autorizo a The Northwest Catholic Counseling Center a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de mis beneficios.

Nombre escrito del cliente o su
representación válida como firma

Fecha