



The Path to Wellness™

INFORMACIÓN ACERCA DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO

Bienvenido al Centro y gracias por habernos escogido para usar nuestros servicios. Es importante que usted sea informado acerca de la naturaleza de psicoterapia, las políticas y procedimientos que gobiernan la ayuda que recibirá aquí, las tarifas que cobramos por nuestros servicios, y sus derechos como cliente. En este paquete, hay un lugar para firmar, indicando su consentimiento para tratamiento.

Pruebas Psicológicas: Las pruebas psicológicas se puede indicar antes de comenzar la terapia o en algún momento en el curso de la terapia. Tu terapeuta puede discutir estas opciones con usted. Las pruebas psicológicas utilizan muestras de comportamiento con el fin de evaluar el funcionamiento cognitivo y emocional de un individuo dado.

Psicoterapia. Las palabras “consejo” y “psicoterapia” (terapia) se usan intercambiadas para indicar formas de ayuda psicológica para varios tipos de angustias personales o de familia (por ejemplo, depresión, ansiedad, problemas matrimoniales). Las metas de la terapia alcanzan el alivio de los síntomas a un cambio de vida significativo como se gana una mejor comprensión de las circunstancias personales, interpersonales y sociales.

Los empleados del Centro incluyen psicólogos con licencia, terapeutas profesionales con licencia, trabajadores sociales licenciados, terapeutas matrimoniales y familiares licenciados, terapeutas pastorales y especialistas con certificaciones en áreas especiales de la práctica. También tenemos empleados y terapeutas en entrenamiento que trabajan bajo la supervisión de terapeutas con licencia, que están practicando para obtener títulos avanzados o para cumplir con las normas de elegibilidad para la licencia. Todos los empleados trabajan dentro de las normas y directrices éticas de las leyes estatales de licencias, las asociaciones profesionales y las normas nacionales de acreditación del Instituto Samaritano. (Una declaración de estándares profesionales y clínicos está disponible si usted lo requiere.)

Proceso de Terapia: La terapia comienza con el proceso de recaudar información básica para evaluar sus necesidades y dificultades. Su terapeuta trabajará con usted para determinar el mejor curso de tratamiento. Terapia ha demostrado tener muchos beneficios (por ejemplo, mejores relaciones, soluciones a problemas específicos, reducciones significativas en los sentimientos de angustia). Los avances en la terapia dependen de varios factores, entre ellos la asistencia regular, hablar abiertamente de sus circunstancias con su terapeuta, motivación, esfuerzo, y las circunstancias de la vida.

Usted y su terapeuta decidirán juntos cuando su terapia es completa, pero usted puede optar por retirarse en cualquier momento. Si usted decide retirarse, se le recomienda que tenga al menos una cita final con su terapeuta en lugar de la terminación por teléfono, correo, o por no presentarse. Periódicamente durante el tratamiento, se le puede pedir que complete una encuesta acerca de su progreso. Sus respuestas se utilizan para realizar ajustes en el proceso de la terapia y para ayudar al Centro en la evaluación de las fortalezas y debilidades de nuestros servicios.

El Centro Samaritano cree en un enfoque integrado de tratamiento espiritual y tenemos experiencia en la inclusión de su fe/creencias espirituales y prácticas como parte del proceso terapéutico. Es nuestra filosofía de trabajar dentro de su propio sistema de creencias. Nuestros terapeutas no imponen sus creencias personales sobre usted e incluirán la discusión de la espiritualidad/religión/fe conforme a sus deseos expresados.

Sus Derechos como un Cliente.

Usted tiene todos los derechos establecidos por el Estado de Texas que gobiernan las prácticas clínicas. Estos incluyen:

- El derecho de consentir a un tratamiento,
- El derecho de recibir toda la información de su terapeuta respecto a sus credenciales profesionales,
- El derecho de solicitar un terapeuta diferente,
- El derecho de terminar su tratamiento en cualquier instante,
- El derecho de acceso a los procedimientos para formular una queja,
- El derecho a que su historia clínica mantiene como privado (ver "Confidencialidad" abajo),
- También tiene el derecho de que le expliquen todas las pruebas, procedimientos y recomendaciones en términos sencillos, y también tiene el derecho de rechazar tales pruebas, procedimientos y recomendaciones.

Confidencialidad: Lo que usted le dice a su terapeuta será confidencial y no será revelado a otras personas o agencias sin su permiso por Impreso, excepto cuando está obligada por leyes estatales o federales, ordenes de la corte, o como parte de la práctica profesional del centro. Creemos en un enfoque integrado de salud y compartir información sobre usted a otros proveedores de salud médica y / o mental, dentro o fuera del Centro con el fin de maximizar sus resultados del tratamiento. Para más información, por favor consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad y prácticas de privacidad de Reconocimiento. No dude en pedir una aclaración sobre cualquier cosa que no entienda. Su privacidad es muy importante para nosotros, y queremos hacer todo lo posible para protegerla.

Tarifas y Pagos: La tarifa normal es de \$120.00 por una sesión de 55 minutos por los servicios de los terapeutas y \$150.00 para la sesión inicial. Si no tiene los recursos financieros para poder pagar la tarifa normal del Centro, es posible ajustar su tarifa tomando en cuenta sus ingresos y número de miembros familiares. Documentación adecuada es necesaria. El pago de la tarifa acordada es pagadero al tener su cita a menos de que tenga otros arreglos. Puede pagar en efectivo, cheque, o tarjeta de crédito.

Cheques Regresados y Cargos a Tarjetas de Crédito por Falta de Fondos: Una cuota de \$ 25 se cobra en todos los cheques devueltos por fondos insuficientes y cargos de tarjeta de crédito rechazados.

Seguro y Otras Maneras de Pago: Si desea usar seguro u otra cobertura de pagar (por ejemplo alguna organización o Programa de Asistencia al Empleado -EAP) para la terapia, usted es responsable de proporcionar al Centro toda la información completa y correcta. El Centro no garantiza que su compañía de seguro u otra organización pague sus costos. Usted es responsable por los saldos en su cuenta y por los deducibles y pagos personales requeridos por su compañía de seguro u otra cobertura.

Seguro y Confidencialidad: Usted debe saber que su contrato con el proveedor del seguro médico requiere que el Centro proporcione a la compañía toda la información referente a los servicios que usted recibe de nosotros. Como mínimo, estamos obligados a proporcionar un diagnóstico clínico. Algunas empresas requieren información adicional tal como planes de tratamiento, un sumario, o copias completas de su historia clínica. Hacemos todos los esfuerzos posibles para entregar la mínima información necesaria en cada caso. Esta información se convertirá como parte de los archivos de la compañía de seguros. Aunque todas las compañías de seguros afirman que su información es confidencial, nosotros no tenemos control sobre lo que ellos hacen con su información privada una vez que haya sido entregado a ellos.

Citas y Cancelaciones: Si no se presenta usted a una cita o no cancela con 24 horas de anticipación, se le cobrará por la sesión. Preferimos que nos dé 48 horas de aviso, para que nosotros podamos programar alguna otra persona para ese periodo. Este cobro no será cubierto por la compañía de seguros. Si utiliza su seguro, su tarifa será cuota, la cuota será la combinación del copago y la cantidad pagada por el seguro (el tipo de contrato). Si usted está pagando de forma privada, se le cobrará la cuota que se paga normalmente para una sesión de asesoramiento (cargo mínimo de \$20 por una sesión perdida). Si se olvida de una cita de dos semanas en una fila o dos veces en un mes, perderá su cita recurrente. Pedimos una notificación de dos semanas de sus planes para terminar el tratamiento.

Procedimientos Legales: Los empleados del Centro **no proporcionan testimonio en procedimientos legales.** Sin embargo, si legalmente existe una demanda que su terapeuta se presente en corte, usted está de acuerdo de pagar por cualquier tiempo de preparación requerido, por el tiempo de su terapeuta fuera de la oficina, y para viajes a un costo que puede ser igual o mayor precio por hora del Centro.

Emergencias: El Centro no proporciona “servicios de emergencia” Si usted tiene un problema urgente, nosotros haremos todo lo posible para concertar una cita con usted lo más pronto posible. Si tiene una situación de crisis, contacta uno de los siguientes: Centro de atención continuada del personal (512) 656-5517 (tenga en cuenta que este es un teléfono móvil y por lo tanto no es una línea segura) o la línea directa de MHMR (512) 472-4357. Abierto por la noche se pueden dejar mensajes en el sistema de correo de voz del Centro, pero no deje un mensaje urgente, ya que estos mensajes no pueden ser revisados hasta el siguiente día hábil.

Quejas: Se le anima a hablar primero con nuestro personal acerca de cualquier preocupación que tenga sobre nuestros servicios; Sin embargo, si usted prefiere, usted puede presentar una queja formal ante el Director Clínico dentro de los 45 días siguientes a la vez que se da cuenta de un problema. Vamos a investigar y tratar de resolver en el plazo de 30 días. Si el problema no se resuelve, el director ejecutivo del Centro investigará y preparará una decisión escrita dentro de 10 días. Usted puede apelar la decisión del director ejecutivo directamente con la Junta Directiva del Centro dentro de los 14 días. La decisión del Consejo de Administración es final. Usted no va a ser amenazado o penalizado de ninguna manera por presentar sus preocupaciones informalmente hablando con el personal, o formalmente mediante la presentación de una queja.

Líneas directas de Quejas del Consumidor: Terapeutas profesionales con licencia y terapeutas de matrimonios y familias (800) 942-5540, Trabajadores Sociales (800) 232-3162 o en Austin 719-3521; Psicólogos con Licencia (512) 305-7709; Terapeutas Pastorales (703) 385-6967.

FORMA DE INFORMACION PERSONAL Personal Information Form
 (Complete uno para cada niño) (Complete one for each child)

Fecha _____
 Date _____

Por favor complete toda la información solicitada. Complete una forma por cada persona que participará en la terapia.

Nombre First Name _____ Segundo Nombre Middle Initial _____ Apellido Last Name _____

Fecha de Nacimiento Birth Date ____/____/____ Edad Age _____ Sexo: Gender Masculino Male Femenino Female

Dirección Address _____ Ciudad City _____ Estado State _____ Código Postal Zip _____

Condado County _____ Correo Electrónico Email Address _____

Teléfono de Casa Home Phone _____ Teléfono del Trabajo Work Phone _____ Teléfono Celular Cell Phone _____

¿Qué número podemos usar para dejar mensajes y recordatorios de citas? Which number may we use to leave messages and appointment reminders?

Casa Home Trabajo Work Celular Cell

Podemos también ponernos en contacto con usted por... May we also contact you by...

Correo Electrónico Email Mensaje de Texto Text to Cell Carta Letter

Contacto de Emergencia: Emergency Contact Nombre Name _____ Número de Teléfono Phone Number _____

Si desea que su estado de cuenta sea enviado a una dirección alternativa por favor indíquenos esa dirección:

If you would like your billing statements to be sent to an alternative address please provide that address below:

Dirección Address _____ Ciudad City _____ Estado State _____ Código Postal Zip _____

Nombre(s) de su Doctor Primario /o Psiquiatra: Name(s) of Primary Care Provider and/or Psychiatrist _____

Por favor complete la siguiente información requerida por nuestros fondos de ayuda financiera:

¿Es miembro de las Fuerzas Armadas de EUA?: Are you a military:

Activo Current Service Member Veterano Veteran Miembro de la Familia Family Member No se aplica N/A

Relación con veterano o miembro de servicio: Relationship to Veteran or Service Member _____

*** POR FAVOR PROVEEN DD214 o IDENTIFICACIÓN MILITAR para calificar para nuestra programas y descuentos de "ESPERANZA PARA HÉROES" *PLEASE PROVIDE DD214 or MILITARY ID to qualify for our HOPE FOR HEROES programs and discounts**

Si usted es parte de una familia de militares, usted o un miembro de la familia... If you are part of a military family, have you or a family member been...

ha sido enviado a Irak/ Afganistán previously deployed to Iraq/Afghanistan

está en Irak/Afganistán en el momento currently deployed to Iraq/Afghanistan

Etnicidad: Ethnicity Africano- Americano African- American Anglo Anglo/Caucasian Asiático Asian Hispano/Latino Hispanic/Latino

Indio American Native American Otro Other

Ingresos Anuales: Annual Household Income \$ _____

Número de personas que viven en la casa: Number of people living in household _____

Información de Seguro Médico: Insurance Information

Nombre del Seguro Primario: Primary Insurance _____ Identificación de Miembro Member ID _____

Nombre del Titular de la Póliza: Policy Holder Name _____ Número de Grupo Group Number _____

Fecha de Nacimiento del Titular Policy Holder's Date of Birth ____/____/____

Número de Seguro Social de Titular: Policyholder Social Security# _____ ¿Es un plan de Medicare? Is this a Medicare plan? ____ (si o no)

Nombre del Seguro Secundario: Secondary Insurance _____ Identificación de Miembro Member ID _____

Nombre del Titular de la Póliza: Policy Holder Name _____ Número de Grupo Group Number _____

Fecha de Nacimiento del Titular Policy Holder's Date of Birth ____/____/____

Número de Seguro Social de Titular: Policyholder Social Security# _____ ¿Es un plan de Medicare? Is this a Medicare plan? ____ (si o no)

¿Hay alguien que no sea usted el responsable de los pagos? Will someone other than yourself be responsible for payments? Sí No

En caso afirmativo, por favor complete lo siguiente: If Yes, please complete the following:

(En esta sección se requiere para menores de edad) (This section is required for minors)

Nombre de la Organización (si es aplicable): Organization (if applicable) _____

Nombre de la Persona First Name _____ Apellido Last Name _____ Número de Teléfono Phone Number _____

Dirección Address _____ Ciudad City _____ Estado State _____ Código Postal Zip _____

La firma de la persona asegurada o responsable: La firma de la persona asegurada o responsable: Doy mi consentimiento y autorizo al Centro Samaritano para liberar la información de apoyo médico o de otro tipo necesaria para procesar mis reclamaciones de seguros y / o para coleccionar el pago de la persona / organización antes mencionado. Yo autorizo el pago de beneficios médicos al Centro Samaritano. Yo entiendo que soy responsable de todos los deducibles y copagos. Entiendo que soy responsable por el 100% de mis cargos si soy un cliente de pago privado. Entiendo todos los cargos y copagos son debido al tiempo de servicio. Entiendo que debo informar al Centro Samaritano si mi seguro es un plan de **Medicare o Medicaid** y que si no lo hago, estoy renunciando a mis derechos a usar mi plan de seguro de **Medicare o Medicaid** y yo seré responsable de todos los cargos y copagos.

Nombre Impreso: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Printed Name

Signature

Date

FORMA DE INFORMACION PERSONAL Personal Information Form

Fecha _____
Date _____

(Complete uno por cada adulto que pudiera acompañar al niño) (Complete one for each adult that might accompany child)

Por favor complete toda la información solicitada. Complete una forma por cada persona que participará en la terapia.

Nombre First Name _____ Segundo Nombre Middle Initial _____ Apellido Last Name _____

Fecha de Nacimiento Birth Date ____/____/____ Edad Age _____ Sexo: Gender Masculino Male Femenino Female

Dirección Address _____ Ciudad City _____ Estado State _____ Código Postal Zip _____

Condado County _____ Correo Electrónico Email Address _____

Teléfono de Casa Home Phone _____ Teléfono del Trabajo Work Phone _____ Teléfono Celular Cell Phone _____

¿Qué número podemos usar para dejar mensajes y recordatorios de citas? Which number may we use to leave messages and appointment reminders?

Casa Home Trabajo Work Celular Cell

Podemos también ponernos en contacto con usted por... May we also contact you by...

Correo Electrónico Email Mensaje de Texto Text to Cell Carta Letter

Contacto de Emergencia: Emergency Contact Nombre Name _____ Número de Teléfono Phone Number _____

Si desea que su estado de cuenta sea enviado a una dirección alternativa por favor indíquenos esa dirección:

If you would like your billing statements to be sent to an alternative address please provide that address below:

Dirección Address _____ Ciudad City _____ Estado State _____ Código Postal Zip _____

Nombre(s) de su Doctor Primario /o Psiquiatra: Name(s) of Primary Care Provider and/or Psychiatrist _____

Por favor complete la siguiente información requerida por nuestros fondos de ayuda financiera:

¿Es miembro de las Fuerzas Armadas de EUA?: Are you a military:

Activo Current Service Member Veterano Veteran Miembro de la Familia Family Member No se aplica N/A

Relación con veterano o miembro de servicio: Relationship to Veteran or Service Member _____

* POR FAVOR PROVEEN DD214 o IDENTIFICACIÓN MILITAR para calificar para nuestra programas y descuentos de "ESPERANZA PARA HÉROES" *PLEASE PROVIDE DD214 or MILITARY ID to qualify for our HOPE FOR HEROES programs and discounts

Si usted es parte de una familia de militares, usted o un miembro de la familia... If you are part of a military family, have you or a family member been...

ha sido enviado a Irak/ Afganistán previously deployed to Iraq/Afghanistan

está en Irak/Afganistán en el momento currently deployed to Iraq/Afghanistan

Etnicidad: Ethnicity Africano- Americano African- American Anglo Anglo/Caucasian Asiático Asian Hispano/Latino Hispanic/Latino

Indio American Native American Otro Other

Ingresos Anuales: Annual Household Income \$ _____

Número de personas que viven en la casa: Number of people living in household _____

Información de Seguro Médico: Insurance Information

Nombre del Seguro Primario: Primary Insurance _____ Identificación de Miembro Member ID _____

Nombre del Titular de la Póliza: Policy Holder Name _____ Número de Grupo Group Number _____

Fecha de Nacimiento del Titular Policy Holder's Date of Birth ____/____/____

Número de Seguro Social de Titular: Policyholder Social Security# _____ ¿Es un plan de Medicare? Is this a Medicare plan? ____ (si o no)

Nombre del Seguro Secundario: Secondary Insurance _____ Identificación de Miembro Member ID _____

Nombre del Titular de la Póliza: Policy Holder Name _____ Número de Grupo Group Number _____

Fecha de Nacimiento del Titular Policy Holder's Date of Birth ____/____/____

Número de Seguro Social de Titular: Policyholder Social Security# _____ ¿Es un plan de Medicare? Is this a Medicare plan? ____ (si o no)

¿Hay alguien que no sea usted el responsable de los pagos? Will someone other than yourself be responsible for payments? Sí No

En caso afirmativo, por favor complete lo siguiente: If Yes, please complete the following:

(En esta sección se requiere para menores de edad) (This section is required for minors)

Nombre de la Organización (si es aplicable): Organization (if applicable) _____

Nombre de la Persona First Name _____ Apellido Last Name _____ Número de Teléfono Phone Number _____

Dirección Address _____ Ciudad City _____ Estado State _____ Código Postal Zip _____

La firma de la persona asegurada o responsable: La firma de la persona asegurada o responsable: Doy mi consentimiento y autorizo al Centro Samaritano para liberar la información de apoyo médico o de otro tipo necesaria para procesar mis reclamaciones de seguros y / o para coleccionar el pago de la persona / organización antes mencionado. Yo autorizo el pago de beneficios médicos al Centro Samaritano. Yo entiendo que soy responsable de todos los deducibles y copagos. Entiendo que soy responsable por el 100% de mis cargos si soy un cliente de pago privado. Entiendo todos los cargos y copagos son debido al tiempo de servicio. Entiendo que debo informar al Centro Samaritano si mi seguro es un plan de **Medicare o Medicaid** y que si no lo hago, estoy renunciando a mis derechos a usar mi plan de seguro de **Medicare o Medicaid** y yo seré responsable de todos los cargos y copagos.

Nombre Impreso: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Printed Name

Signature

Date

FORMA DE FINANZAS

FINANCIAL WORKSHEET

SOLO PARA PERSONAS QUE NO TIENEN COBERTURA DE SEGURO MÉDICO

FOR PRIVATE PAY, REDUCED-FEE CLIENTS ONLY

Determinación del Costo por los Servicios:

Si usted no tiene seguro médico o está cubierto por el Programa de Asistencia al Empleado (EAP) y no puede pagar el costo de la terapia (\$120.00) por visita, usted puede calificar para una cuota reducida. **Por favor, complete la siguiente información y proporcionar la documentación adecuada para verificar los ingresos.**

| <u>Parte 1 Ingresos Mensuales</u> | Monthly Family/Household Income | <u>Parte 2 Gastos Excepcionales</u> | Exceptional Expenses |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| Salario básico | Gross Salary and Wages _____ | Pagos Médicos | Major Medical _____ |
| Manutención de Niños | Child Support _____ | Cuidado de niños | Child Care _____ |
| Jubilación | Retirement _____ | Cuidado de adultos | Adult Care _____ |
| Seguro Social | Social Security _____ | Otros Gastos | Other _____ |
| Ingresos de Renta | Rental-lease Income _____ | Gastos Totales | Total Expenses _____ |
| Otro Ingreso | Other Income _____ | | |
| Ingreso Total | Total Income _____ | | |

¿Número de personas que se soporta bajo este ingreso? : _____

Number of Family Members Income Supports

Reconocimiento

He sido informado de mi cuota reducida y entiendo que yo soy responsable de pagar cualquier saldo acumulado. Entiendo que esta cuota reducida es una beca que se basa en información financiera dada al Centro en el momento de la admisión. **Si en algún momento mi situación financiera cambia, voy a informar al Centro y suministraré información actualizada para ser utilizada en la determinación de un nuevo acuerdo de honorarios.** Además, entiendo que si he acumulado un saldo de crédito en el momento de la terminación del servicio, esos fondos adicionales en mi cuenta se aplicarán a reembolsar al Centro Samaritano para todos los fondos de becas que he recibido.

Yo renuncio a mi derecho a usar el seguro médico, incluyendo Medicare y Medicaid, y entiendo el Centro Samaritano no reclamará al seguro médico por los servicios proporcionados.

Nombre Impreso: _____ Firma: _____ Fecha: _____
Printed Name Signature Date

Firma del Empleado del Centro Samaritano: _____ Fecha: _____
SCCPC Staff's Signature Date

Para ser completado por el empleado del Centro

To Be Completed By Samaritan Staff

Adjusted Annual Income _____ Agreed Upon Fee _____

Copy of Income Documentation Verified and Collected by (staff initials) _____

Treating Therapist _____

Approval/signature of Executive Director or Clinical Director for all insurance or payroll subsidies:

Name _____ Title _____



PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE RECONOCIMIENTO
 PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT

Por Favor Escribe Su Nombre Client's Name Printed _____

Por favor de leer y completar UNA forma por cada pareja y / o familia.

Please read and complete ONE form for each couple and/or family.

He revisado el *Aviso de Prácticas de Privacidad* y entiendo y reconozco que:

- El *Aviso de Prácticas de Privacidad* del Centro Samaritano (SCCPC) se puede encontrar en la sala de espera donde puedo ver en cualquier momento, y puede solicitar una copia de la notificación en cualquier momento. El aviso también está publicada en el sitio web: www.samaritan-center.org
- Si tengo alguna pregunta sobre el aviso debo preguntar a mi terapeuta o el Oficial de Privacidad del Centro Samaritano (SCCPC) para una aclaración.
- El Centro Samaritano (SCCPC) puede cambiar o modificar su *Aviso de Prácticas de Privacidad* en cualquier momento y tengo el derecho de obtener un *Aviso de Prácticas de Privacidad* revisado por acceso en www.samaritan-center.org, llamando a la oficina y solicitando una copia revisada enviando por correo, o solicitando una en el momento de mi siguiente cita.

Entiendo que las leyes estatales y / o federales permiten o requieren el uso o divulgación de mi información médica sin mi consentimiento o autorización en las siguientes circunstancias:

- **Abuso Infantil:** Si tenemos razones para creer que un niño ha sido o puede ser abusado, descuidado o abusado sexualmente, tenemos que hacer un informe dentro de 48 horas al Departamento de Protección y Regulación de Texas.
- **Abuso de Adultos:** Si tenemos razones para creer que una persona mayor o discapacitada ha sido o puede ser abusado, descuidado o explotado, debemos informar de ello inmediatamente al Departamento de Protección y Regulación de Texas.
- **Amenaza Grave a la Salud o Seguridad:** Si determinamos que hay una probabilidad de daño físico inminente por usted a sí mismo o a otros, o hay una probabilidad de daño mental o emocional inmediata para usted, podemos divulgar información confidencial de salud mental correspondiente a personal médico o de aplicación de la ley.
- **Procedimientos Judiciales y Administrativos:** Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa.

Cada Participante ADULTO en Terapia debe firmar abajo (sólo se necesita una forma para cada pareja y / o familia):

Each ADULT Participant in Counseling must sign below (only one form is needed for each couple and/or family):

| | | |
|--|------------------------|---|
| _____ Participante de Terapia o Representante Legal Counseling Participant or Legal Representative | _____ Fecha Date | _____ Descripción de la Autoridad del Representante Legal Description of Legal Representative's Authority |
| _____ Participante de Terapia o Representante Legal Counseling Participant or Legal Representative | _____ Fecha Date | _____ Descripción de la Autoridad del Representante Legal Description of Legal Representative's Authority |
| _____ Participante de Terapia o Representante Legal Counseling Participant or Legal Representative | _____ Fecha Date | _____ Descripción de la Autoridad del Representante Legal Description of Legal Representative's Authority |
| _____ Participante de Terapia o Representante Legal Counseling Participant or Legal Representative | _____ Fecha Date | _____ Descripción de la Autoridad del Representante Legal Description of Legal Representative's Authority |

Si el participante en terapia es menor de edad: If counseling participant is a minor:

| | |
|--|---|
| _____ Nombre Impreso del Menor Print Minor's Name | _____ Nombre Impreso del Menor Print Minor's Name |
| _____ Nombre Impreso del Menor Print Minor's Name | _____ Nombre Impreso del Menor Print Minor's Name |
| _____ Firma del Padre, Tutor o Representante Legal Signature of Parent, Guardian or Legal Representative | _____ Fecha Date |
| _____ Firma del Empleado del Centro Samaritano SCCPC Staff's Signature | _____ Fecha Date |

Descripción de la Autoridad del Representante Legal
Description of Legal Representative's Authority



FORMA DE ACUERDO Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO
 AGREEMENT & CONSENT FOR TREATMENT FORM

Por Favor Escribe Su Nombre (Client's Name Printed) _____

Por favor de leer y completar UNA forma por cada pareja y / o familia. Please read and complete ONE form for each couple and/or family

He leído y entiendo la información contenida en el documento *Información Acerca de los Servicios del Centro*. Al firmar *Forma de Acuerdo y Consentimiento para Tratamiento*, reconozco que:

- Consiento en el tratamiento ofrecido por el Centro Samaritano (SCCPC).
- Voluntariamente acepto la terapia ofrecido por el terapeuta, cuyo nombre se lista en esta forma.
- Puedo retirarme del tratamiento en cualquier instante a menos de que el tratamiento sea ordenado por la corte.
- Tengo 18 años o mayor y no he sido declarado incompetente por una corte legal, o
- Yo soy el padre/madre o guardián/nombrado por la corte u otro representante autorizado del cliente que va a ser tratado, siempre y cuando dicho cliente tiene 17 años de edad o menos,
- En caso de ser menor de edad tengo la autorización de aceptar tratamiento bajo las condiciones descritas en el Código de Familia de Texas (Texas Family Code).
- También declaro que soy responsable financieramente al Centro por todos los servicios y tratamientos proporcionados a la persona mencionada en este consentimiento.
- He recibido una copia de mis derechos como cliente en el Estado de Texas, incluido en *Información Acerca de los Servicios del Centro*.

Además reconozco lo siguiente:

- Entiendo que la terapia es un esfuerzo conjunto entre el terapeuta y el cliente, cuyos resultados no pueden garantizarse. El progreso depende de muchos factores, incluyendo la motivación, el esfuerzo y circunstancias de la vida.
- Si mi terapeuta considera que el tratamiento no es adecuado para mis circunstancias, o que necesito ser referido a otro profesional, seré notificado de tal decisión.
- Entiendo que un tratamiento efectivo depende de que asista puntualmente todas las sesiones programadas para mi tratamiento y que yo hable de una manera franca y abierta con mi terapeuta.
- Mi terapeuta me informara de cualquier posible riesgo al solicitar la terapia y buscara la mejor manera de tratamiento.
- Entiendo que tengo derecho de que se me explique en términos simples lo que cubre cualquier prueba, procedimientos y recomendaciones. Tengo el derecho de rechazar pruebas, procedimientos o recomendaciones.
- Se me ha informado que mi terapeuta es un Personal Terapeuta Terapeuta en Formación

Reconozco que la información contenida en la Forma de Acuerdo y Consentimiento para Tratamiento se ha puesto a mi disposición, se ha explicado a mí o leído por mí y que fue presentado claramente sin lenguaje técnica. Con mi firma declaro que la información es entendida por mí y me permite hacer un consentimiento voluntario informado a este tratamiento.

Cada Participante ADULTO en Terapia debe firmar abajo (sólo se necesita una forma para cada pareja y / o familia):

Each ADULT Participant in Counseling must sign below (only one form is needed for each couple and/or family):

| | | |
|--|------------------------|---|
| _____ Participante de Terapia o Representante Legal Counseling Participant or Legal Representative | _____ Fecha Date | _____ Descripción de la Autoridad del Representante Legal Description of Legal Representative's Authority |
| _____ Participante de Terapia o Representante Legal Counseling Participant or Legal Representative | _____ Fecha Date | _____ Descripción de la Autoridad del Representante Legal Description of Legal Representative's Authority |
| _____ Participante de Terapia o Representante Legal Counseling Participant or Legal Representative | _____ Fecha Date | _____ Descripción de la Autoridad del Representante Legal Description of Legal Representative's Authority |
| _____ Participante de Terapia o Representante Legal Counseling Participant or Legal Representative | _____ Fecha Date | _____ Descripción de la Autoridad del Representante Legal Description of Legal Representative's Authority |

Si el participante en terapia es menor de edad: If counseling participant is a minor:

| | |
|--|---|
| _____ Nombre Impreso del Menor Print Minor's Name | _____ Nombre Impreso del Menor Print Minor's Name |
| _____ Nombre Impreso del Menor Print Minor's Name | _____ Nombre Impreso del Menor Print Minor's Name |
| _____ Firma del Padre, Tutor o Representante Legal Signature of Parent, Guardian or Legal Representative | _____ Fecha Date |
| _____ Firma del Empleado del Centro Samaritano SCCPC Staff's Signature | _____ Fecha Date |

Descripción de la Autoridad del Representante Legal
Description of Legal Representative's Authority

NIÑO / ADOLESCENTE CHILD/ADOLESCENT
CUESTIONARIO DE HISTORIA PERSONAL PERSONAL HISTORY QUESTIONNAIRE

Nombre de Niño/Joven: Child/Youth Name _____ Edad: Age _____ Fecha de Hoy: Today's Date ____/____/____

MÉDICO MEDICAL

Mi niño/adolescente está bajo del cuidado de un médico (Marque uno o más) My child/adolescent is currently under a doctor's care (check one or more)

Nadie Nobody Psiquiatra Psychiatrist Médico de Familia Family Doctor Especialista Specialist Otro Other _____

Mi niño/adolescente siendo tratado por... My child/adolescent is being treated for... _____

Nombre de Doctor(es): Name of Doctor(s) _____

Medicamentos Recientes Current Medications (medicamentos, incluyendo los que no requieren prescripción médica) (current Prescriptions and over-the-counter) _____

Cualquiera Alergia Conocida: Any Known Allergies _____

Fecha de la última visita de doctor: Date of Last Doctor's Visit ____/____/____ Fecha del último examen físico: Date of Last Physical ____/____/____

Estado de Salud: Status of Health Excelente Excellent Bueno Good Regular Fair Malo Poor Muy Malo Very Poor _____

Indique cambios recientes en: (marque todos que aplican) Indicate recent changes in (check all that apply)

Peso weight Apetito appetite hábito de dormir sleeping patterns Estado de humor mood

Por favor haga una lista de cualquier enfermedad **mayor**, padecimientos, danos físicos o problemas de salud que haya sufrido a través de los años: Please list any *major* illnesses, injuries, health problems you have had over the years _____

Si anteriormente su niño/adolescente ha recibido terapia o atención psiquiátrica por favor indique cuándo y con quién? If your child/adolescent has received counseling or psychiatric care, please indicate when and with whom? _____

NIVEL DE EDUCACION: EDUCATION LEVEL _____

COLEGIO QUE ASISTE: SCHOOL CURRENTLY ATTENDING _____

Actividades Extracurriculares: Extracurricular activities _____

LISTA DE SENTIMIENTOS: Por favor marque cual describe los sentimientos o emociones recientes de su niño/adolescente.

FEELINGS CHECKLIST: Please check each term below which describes your child/adolescent's current or recent feelings.

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enojo Angry | <input type="checkbox"/> Saliente Outgoing | <input type="checkbox"/> Abusado Abused | <input type="checkbox"/> Pérdida de amor Loss of Love |
| <input type="checkbox"/> Enérgico Energetic | <input type="checkbox"/> Solitaria Lonely | <input type="checkbox"/> Dificultades Para Dormir Sleep Difficulties | <input type="checkbox"/> Pérdida de control Loss of control |
| <input type="checkbox"/> Ambicioso Ambitious | <input type="checkbox"/> Irritable Irritable | <input type="checkbox"/> Ideas desconcertantes Puzzling Ideas | <input type="checkbox"/> Comer en exceso Overeating |
| <input type="checkbox"/> Triste Sad | <input type="checkbox"/> Deudos Bereaved | <input type="checkbox"/> Resentido Resentful | <input type="checkbox"/> Consumo de Droga Drug Use |
| <input type="checkbox"/> Ansioso Anxious | <input type="checkbox"/> Culpable Guilty | <input type="checkbox"/> Con Esperanza Hopeful | <input type="checkbox"/> Consumo de Alcohol Alcohol use |
| <input type="checkbox"/> Aislado Isolated | <input type="checkbox"/> Avergonzado Ashamed | <input type="checkbox"/> Celoso Jealous | <input type="checkbox"/> Inquieto Fretful |
| <input type="checkbox"/> Temeroso Fearful | <input type="checkbox"/> Fatigado Fatigued | <input type="checkbox"/> Indiferente Indifferent | <input type="checkbox"/> Pensamientos No Deseados Unwelcome Thoughts |
| <input type="checkbox"/> Deprimido Depressed | <input type="checkbox"/> Suicida Suicidal | <input type="checkbox"/> Estrés laboral Work Stress | <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito Loss of Appetite |
| <input type="checkbox"/> Feliz Happy | <input type="checkbox"/> Infeliz Unhappy | <input type="checkbox"/> Pérdida de sentido Loss of Meaning | <input type="checkbox"/> Preocupado Worried |
| <input type="checkbox"/> Violento Violent | <input type="checkbox"/> Optimista Optimistic | <input type="checkbox"/> Pérdida de la autoestima Loss of Self Respect | <input type="checkbox"/> Pánico Panic |
| <input type="checkbox"/> Sin Esperanza Hopeless | <input type="checkbox"/> Desconfiado Distrustful | <input type="checkbox"/> Alegre Cheerful | |
| <input type="checkbox"/> Confundido Confused | <input type="checkbox"/> Apático Apathetic | | |
| <input type="checkbox"/> Peligroso Dangerous | <input type="checkbox"/> Herido Hurt | | |
| <input type="checkbox"/> Inadecuado Inadequate | <input type="checkbox"/> Ninguna Sensación Numb | | |

LA FAMILY DE SU NIÑO/ADOLESCENTE: YOUR CHILD'S FAMILY

| Nombre de la Persona Person's Name | Edad o Año si Fallecido Age or Year If Deceased | Estado Civil Marital Status | Educación Education | Ocupación Occupation | Calidad de Relación Quality of Relationship | Enfermedad Mental/Física Mental/Physical Illness |
|--|--|--------------------------------|------------------------|-------------------------|--|---|
| Madre: Mother | | | | | | |
| Padre: Father | | | | | | |
| Madrasta: Step-Mother | | | | | | |
| Padrastra: Step-Father | | | | | | |
| Otros Cuidadores: Other Primary Care Giver(s) | | | | | | |
| Hermanos: Siblings | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |



Forma de Coordinación de Salud Healthcare Coordination Form

Nombre de Cliente: Client Name _____
 Fecha de Nacimiento: Birthdate ____/____/____

Cliente: La investigación indica que existe una estrecha relación entre la salud física y mental y que mejores resultados del tratamiento se lograrán si su terapeuta y su médico de atención primaria coordinan su cuidado. Muchas dolencias físicas tienen su origen en problemas psicosociales y los síntomas físicos pueden ser signos de estrés mental. Esta coordinación y la consulta es especialmente importante si usted está tomando medicamentos. Los medicamentos pueden tener efectos secundarios que podrían afectar su estado de ánimo, capacidad de concentración y participar plenamente en la terapia. Esta forma es para dar su consentimiento a consultar con su psiquiatra, médico de atención primaria, enfermera con práctica médica, u otros proveedores para asegurar que usted reciba la mejor atención posible en el Centro Samaritano. La mayoría de las compañías de seguros requieren la coordinación de la atención con toda la salud del comportamiento apropiado y proveedores médicos.

Por favor marque uno: Please check one

_____ Doy permiso para que usted pueda coordinar mi cuidado con mis otros proveedores de atención médica.
 I give permission for you to coordinate my care with my other healthcare providers.

_____ Yo no tengo un médico de atención primaria ni tampoco otro médico en este momento.
 I do not have a Primary Care Physician or see any other doctors at this time.

_____ Yo no doy permiso para consultar con otros proveedores en este momento.
 I do not give permission for consultation with other providers at this time.

Nombre del Médico: _____
Physician Name
 Número de Teléfono: _____
Telephone

Nombre de la Clínica: _____
Clinic Name
 Número de Fax: _____
Fax number

Nombre del Médico: _____
Physician Name
 Número de Teléfono: _____
Telephone

Nombre de la Clínica: _____
Clinic Name
 Número de Fax: _____
Fax number

Nombre del Médico: _____
Physician Name
 Número de Teléfono: _____
Telephone

Nombre de la Clínica: _____
Clinic Name
 Número de Fax: _____
Fax number

 Firma de Cliente (o Guardián) Client (or Guardian) Signature

 Fecha Date

 Firma de Terapeuta Therapist's Signature

 Fecha Date

 Nombre Impreso de Terapeuta Therapist's Name Printed

PARA SER COMPLETADO POR MÉDICO

PHYSICIAN/PROVIDER: You have been identified as this client's medical provider. We want to inform you that your patient was seen for outpatient psychotherapy at the Samaritan Center and has authorized us to consult with you as necessary regarding their treatment. **Please feel free to contact us if you would like additional information.**

Please acknowledge below that this client is a patient of yours and that you will be available for consult.

1. _____ We have no record of having provided recent medical care to the client.
2. _____ This is our patient and we will be available for consult if needed.

Comments/Medication:

 Physician's signature (or official representative) Date

Please Return by fax: 512-451-8729 Or mail to:
 Samaritan Center for Counseling and Pastoral Care, 8956 Research Blvd., Bldg 2, Austin, TX 78758 (www.samaritan-center.org)
 For Samaritan Center Office Use Only: Date faxed to Physician _____ Initials _____

Pagos Express y Cargos de Citas Pérdidas

Express Payments and Missed Appointment Charges

Como una cortesía a usted, tratamos de hacer llamadas de recordatorio para la mayoría de las citas; sin embargo, es su responsabilidad para recordar sus tiempos de la cita. Si usted no puede asistir a su cita, debe llamar para cancelar y / o reprogramar al menos 24 horas de anticipación. Por favor, comprenda que su cita ha sido reservada sólo para usted. Si no recibimos una notificación adecuada para llenar su tiempo asignado, no podemos darle a otra persona la misma oportunidad de recibir servicios. La falta de dar aviso de 24 horas dará lugar a un cargo por cancelación equivalente a la tarifa de la sesión. Si utiliza un seguro para pagar por el asesoramiento, la tarifa de la sesión incluye su copago y la cantidad que recibimos de su seguro o EAP. Si usted paga en privado, la tarifa de la sesión completa es lo que normalmente se paga por una sesión. En ningún caso el cargo será inferior a \$ 20. El cargo de cancelación será aplicada sin importar si recibió o no recibió una llamada de recordatorio. Si tiene alguna pregunta sobre esta política, por favor hable con su terapeuta. Gracias.

Tipo de Tarjeta: Card type ___ Visa ___ MasterCard ___ American Express ___ Discover

Número de Tarjeta: Card number _____

Fecha de Expiración (mes/año): Expiration date (month/year) _____

Código de seguridad de 3 dígitos en el lado trasero de la tarjeta: 3 Digit security code on back of card _____

Código postal de facturación: Billing zip code _____

Nombre Impreso en su Tarjeta: Name as printed on card _____

Entiendo que mi tarjeta de crédito se mantendrá en el archivo y se carga cuando no cancela una cita con 24 horas de anticipación. I understand my credit card will be kept on file and charged when I fail to cancel an appointment 24 hours in advance.

Firma del Cliente Client's Signature

Fecha Date

Opción de Pago Express Express Payment Option

El Centro Samaritano puede mantener su tarjeta de crédito en el archivo y automáticamente le carga por cada cita. Indique a continuación si usted desea este Servicio Express. The Samaritan Center can keep your credit card on file and automatically charge it for each appointment. Please indicate below if you would like this Express Service.

_____ Me gustaría que el Centro Samaritano utilice mi tarjeta de crédito cada vez que recibo tratamiento y los servicios, para mi conveniencia. I would like the Samaritan Center to run my credit card each time I receive treatment and services, for my convenience.

Firma del Cliente Client's Signature

Fecha Date