



## 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 pólizas 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. Si usted es veterano, miembro del servicio activo, cónyuge, cónyuge sobreviviente o hijo de un veterano o miembro del servicio activo (incluyendo, por supuesto, hijastros y niños adoptivos), por favor, háganos saberlo. Tenemos muchos recursos y servicios de descuento para familias de militares a través de nuestro programa Esperanza para los Héroes (Hope for Heroes).

**Psicoterapia:** Las palabras “consejería” 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 consejeros profesionales con licencia, trabajadores sociales con licencia, matrimonios con licencia y terapeutas familiares. 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.

**Proceso de Terapia:** La terapia comienza con el proceso de una entrevista de 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 mantenga 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 escrito, 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*, y puede solicitar una copia. 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 regular es de \$120.00 por una sesión de 55 minutos por los servicios de terapia y \$150.00 para la sesión inicial. Si usted no tiene los recursos financieros para poder pagar la tarifa regular 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 se debe al momento de 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.

**Aseguranza y Otras Maneras de Pago:** Si usted desea usar aseguranza 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 seguros u otra organización paguen por sus costos. Usted es responsable por los saldos en su cuenta y por los deducibles y pagos personales requeridos por su compañía de seguros u otra cobertura.

**Aseguranza y Confidencialidad:** Usted debe saber que su contrato con su aseguranza 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 usted no se presenta 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 cargo no está cubierto por su aseguranza. **Si usted utiliza una aseguranza, se le cobrará una cuota de cancelación de \$50 por una cita perdida o una cancelación tarde.** Si usted está pagando de forma privada, se le cobrará la cuota que se paga normalmente para una sesión de terapia (**cargo mínimo de \$20 y máximo de \$50 por una cita perdida o una cancelación tarde**). **Si usted no llega a su cita por dos semanas en 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.

**Póliza de Correo Electrónico:** No podemos garantizar la confidencialidad de la información compartida por correo electrónico. El correo electrónico no es una forma recomendada de comunicación con un terapeuta o miembro del personal del Centro Samaritano.

**Emergencias:** Si usted tiene un problema urgente, programaremos una cita con su terapeuta o una terapeuta disponible tan pronto como sea posible. Si usted está experimentando una emergencia que pone en peligro la vida y necesita apoyo de salud mental después de las horas de oficina, por favor comuníquese con el 9-1-1 o con la Línea Directa Nacional de Suicidio al 1-800-273-8255. Si usted está experimentando una emergencia no amenazante que no puede esperar hasta el siguiente día hábil, comuníquese con el personal de guardia del Centro Samaritano al 512-656-5517 (tenga en cuenta que se trata de un teléfono inalámbrico y por lo tanto no es seguro línea). Abierto por la noche se pueden dejar mensajes en el sistema de correo de voz del Centro al 512-451-7337, 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:** Para presentar una queja contra una terapeuta, puede llenar un formulario de queja por escrito con el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas. Para más información por favor visite [www.dshs.texas.gov/plc/plc\\_complain.shtm](http://www.dshs.texas.gov/plc/plc_complain.shtm) o llama 1- 800-942-5540.

**Firma de la Persona Responsable:** He sido informado de las Pólizas y Procedimientos del Centro Samaritano:

Firma de Participante de Terapia o Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_

**FORMA DE INFORMACION PERSONAL**

Personal Information Form

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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: Gender  Masculino Male  Femenino Female

Dirección Address \_\_\_\_\_ Ciudad City \_\_\_\_\_ Estado State \_\_\_\_\_

Código Postal Zip \_\_\_\_\_ Condado County  Travis  Williamson  Hays  Otro Other \_\_\_\_\_**Etnicidad:**  Africano- Americano African- American  Anglo Anglo/Caucasian  Asiático Asian  
Ethnicity  Hispano/Latino Hispanic/Latino  Indio American Native American  Otro Other**Ingresos Anuales:** Annual Household Income \$ \_\_\_\_\_**Número de personas que viven en su casa:** Number of people living in household \_\_\_\_\_**¿Es miembro de las Fuerzas Armadas de EUA?:** Are you a military: Miembro de Servicio Activo Active 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.****Información del Contacto:**

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 ONE 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...

 Carta Letter  Correo Electrónico: Email: \_\_\_\_\_**¿A quién podemos contactar en su nombre en caso de emergencia?** Who may we contact on your behalf in case of emergency?

Nombre Name \_\_\_\_\_ Número de Teléfono Phone Number \_\_\_\_\_

Si usted 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 \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ¿Es un plan de Medicare? Is this a Medicare plan? \_\_\_\_ (sí 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ¿Es un plan de Medicare? Is this a Medicare plan? \_\_\_\_ (sí o no)

**¿Hay alguien que no sea usted que es 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 aseguranza 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



## Solicitud de Beca del Centro Samaritano Samaritan Center Scholarship Application

Nombre: Name \_\_\_\_\_

Date: Fecha \_\_\_\_\_

El Centro Samaritano se esfuerza por ofrecer servicios asequibles para todos los individuos, independientemente de su situación financiera. Con el fin de proporcionar un tratamiento asequible, ofrecemos un programa de becas para las personas con una necesidad financiera significativa. Para determinar su elegibilidad, por favor complete este formulario y devuélvalo a la oficina principal con la prueba de los ingresos del mes pasado o su declaración de impuestos más reciente. *Si se le ofrece una beca, le pediremos documentación permanente para verificar los ingresos cada seis meses o cada cuando ingresos/información de su casa cambian.*

**PORFAVOR COMPLETE TODOS LOS CAMPOS: PLEASE COMPLETE ALL FIELDS:**Servicio(s) solicitado: Service requesting:  Consejería Counseling  Acupuntura Acupuncture  Telepsiquiatría Telepsychiatry

Ingreso mensual combinado del hogar: \_\_\_\_\_ Número de personas que se soporta bajo este ingreso: \_\_\_\_\_  
Combined monthly household income: Total # dependents living in your home:

<b>Parte 1: Ingresos Mensuales (Incluya todos los ingresos para todos los miembros en el hogar)</b> <small>Part 1: Monthly Household Income (all sources for all members in household)</small>	<b>Parte 2: Gastos Excepcionales Mensuales (No incluye los gastos de manutención tradicionales)</b> <small>Part 2: Monthly Exceptional Expenses (does not include traditional living expenses)</small>
Sueldos Brutos y Salarios: <small>Gross Salary and Wages:</small>	Principales pagos de la deuda médica (si realiza pagos mensuales): <small>Major Medical Debt Payments (if making monthly payments):</small>
Manutención de Niños: <small>Child Support:</small>	Cuidado de Niños: <small>Child Care:</small>
Jubilación: <small>Retirement:</small>	Cuidado de Adultos: <small>Adult Care:</small>
Seguro Social, beneficios de veteranos, u otros beneficios: <small>Social Security, VA benefits, or other benefits:</small>	Otros Gastos: <small>Other:</small>
Ingresos de Renta: <small>Rental-Lease Income:</small>	
Otros Ingresos: <small>Other Income:</small>	
<b><u>Total de Ingresos:</u></b> <small>Total Income:</small>	<b><u>Total de Gastos Inusuales:</u></b> <small>Total Unusual Expenses:</small>

**Acknowledgement:**

He sido informado de los procedimientos de becas y entiendo que soy responsable de pagar cualquier saldo que yo acumulo. Entiendo que si estoy pagando una tarifa reducida, esto es una beca que se basa en información financiera dada al Centro. Si en algún momento mi situación financiera cambia, informaré al Centro y proveeré la información que se usará en la determinación de un nuevo acuerdo de pago. 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. Entiendo que soy financieramente responsable por el costo de citas pérdidas o cancelaciones con menos de un aviso de 24 horas. Estoy renunciando a mi derecho a usar un seguro, incluyendo Medicare y Medicaid, y entiendo que el Centro Samaritano no estará cobrando seguro por ningún servicio proporcionado.

Firma de Cliente: Client's Signature \_\_\_\_\_ Fecha: Date \_\_\_\_\_

Firma de Personal del Centro: SCCPC Staff Signature: \_\_\_\_\_ Fecha: Date \_\_\_\_\_

**Para ser completado por el empleado del Centro****To Be Completed By Staff:**

Adjusted Annual Income: \_\_\_\_\_ Agreed Upon Fee: \_\_\_\_\_

Copy of Income Documentation Verified and Collected by (staff initials): \_\_\_\_\_

Extenuating Circumstances: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Approval/signature of officer manager: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



## PÓLIZA DE CANCELACIÓN Y NO PRESENTE CANCELLATION AND NO SHOW POLICY

Si es necesario cancelar su cita programada, **requerimos que llame al menos 24 horas antes de su cita.** Su cancelación anticipada dará a otro cliente la oportunidad de recibir servicios. La falta de presentarse en la cita programada o cancelación dentro de las 24 horas se registrará como un **"Cancelación o No Presente Cargo"** y la cuota se facturará a su cuenta.

**Si usted utiliza una aseguranza, se le cobrará una cuota de cancelación de \$50 por una cita perdida o una cancelación tarde. Este cargo no está cubierto por su aseguranza. Si usted está pagando de forma privada, se le cobrará la cuota que se paga normalmente para una sesión de terapia (cargo mínimo de \$20 y máximo de \$50 por una cita perdida o una cancelación tarde).**

Si entendemos que pueden surgir situaciones, como organización sin fines de lucro, nuestra meta es prevenir que no se muestren que impiden la atención oportuna a *todos* los clientes, **por lo que la enfermedad sin documentación puede no ser una excusa válida para cancelar sin una notificación de 24 horas.**

Le agradecemos de antemano por su cooperación y comprensión.

Yo reconozco la póliza de cancelación y no presente del Centro Samaritano.

Firma del Cliente: Client's Signature \_\_\_\_\_ Fecha: Date \_\_\_\_\_

Nombre Impreso: Printed Name \_\_\_\_\_

**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 yo 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](http://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](http://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.

Yo 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
_____ <b>Firma del Padre, Tutor o Representante Legal</b> Signature of Parent, Guardian or Legal Representative	_____ Fecha Date
_____ Descripción de la Autoridad del Representante Legal Description of Legal Representative's Authority	

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





## 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*, yo reconozco que:

- Yo consiento en el tratamiento ofrecido por el Centro Samaritano (SCCPC).
- Yo voluntariamente acepto la terapia ofrecido por el terapeuta, cuyo nombre se lista en esta forma.
- Yo puedo retirarme del tratamiento en cualquier instante a menos de que el tratamiento sea ordenado por la corte.
- Yo 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, o
- En caso de ser menor de edad yo tengo la autorización de aceptar tratamiento bajo las condiciones descritas en el Código de Familia de Texas (Texas Family Code).
- También declaro que yo soy responsable financieramente al Centro por todos los servicios y tratamientos proporcionados a la persona mencionada en este consentimiento.
- Yo he recibido una copia de mis derechos como cliente en el Estado de Texas, incluido en *Información Acerca de los Servicios del Centro*.

Además yo reconozco lo siguiente:

- Yo 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.
- Yo 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.
- Yo reconozco que mi terapeuta tiene el derecho de rechazar servicios si estoy bajo de la influencia de drogas o alcohol, para incluir el uso indebido de medicamentos recetados.
- Mi terapeuta me informara de cualquier posible riesgo al solicitar la terapia y buscara la mejor manera de tratamiento.
- Yo entiendo que tengo derecho de que se me explique en términos simples lo que cubre cualquier prueba, procedimientos y recomendaciones. Yo tengo el derecho de rechazar pruebas, procedimientos o recomendaciones.
- Se me ha informado que mi terapeuta es un Personal Terapeuta Terapeuta en Formación.

Yo 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 yo 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
--	------------------------	---

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

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

## CUESTIONARIO DE HISTORIA PERSONAL

### PERSONAL HISTORY QUESTIONNAIRE

Nombre: Name \_\_\_\_\_ Edad: Age \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: Today's Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Razón por buscar terapia: Reason (s) for seeking counseling \_\_\_\_\_

¿De quién fue la idea de que usted buscara ayuda terapia? Who suggested that you seek counseling? \_\_\_\_\_

¿Qué es lo que espera lograr con terapia? What do you hope to accomplish in counseling? \_\_\_\_\_

### **HISTORIA DE TERAPIA** COUNSELING HISTORY

Presente Current  Anteriormente – cuándo y por qué? Past - when and why? \_\_\_\_\_

¿Con quién? With whom? \_\_\_\_\_

¿Si anteriormente, logró su meta? If past, did you accomplish your goals?  Sí Yes  No \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de terapia? What type of counseling?

- Individual Individual  Pareja Couples  Familia Family  Grupo Group  Abuso de Substancias Substance Abuse  
 Otra Other \_\_\_\_\_

### **ESPIRITUALIDAD:** SPIRITUALITY:

¿A quién vas por apoyo en tiempos de necesidad? Whom do you go to for support in time of need?

- Dios God  Pareja Spouse  Familia Family  Amigos Friends  Nadie Nobody  Otro Other \_\_\_\_\_

¿Qué tan importante son los valores espirituales a usted? How important are spiritual values to you?

- Mucho Very much  Un poco Somewhat  No, en absoluto Not at all

¿Utiliza oración/ meditación para ayudarse a través de las luchas de la vida? Do you use prayer/ meditation to help you through life struggles?  Sí Yes  No \_\_\_\_\_

¿Está activamente involucrado con un grupo que incrementa sus valores espirituales? Are you actively involved with a group that enhances your spiritual values?  Sí Yes  No \_\_\_\_\_

¿Se siente conectado con otros en el grupo? Do you feel connected with others in the group?  Sí Yes  No

¿Usted le gustaría usar la espiritualidad como parte de su terapia? Would you like to use spirituality as part of your therapy?

- Sí Yes  No, yo no quiero \_\_\_\_\_

### **HISTORIA MÉDICA** MEDICAL HISTORY

Mi estado de salud presente es... My current physical health is...

- Excelente Excellent  Bueno Good  Regular Fair  Malo Poor  Muy Malo Very Poor

Estoy bajo el cuidado médico... I am under the care of a doctor ...  Nadie Nobody  Psiquiatra Psychiatrist

- Médico de Familia Family Doctor  Especialista Specialist  Acupunturista Acupuncturist  Yerberero Herbalist

Otro Other \_\_\_\_\_

Estoy siendo tratado por... I am being treated for... \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor(es): Name of Doctor(s) \_\_\_\_\_

Fecha de última visita de doctor: Date of Last Doctor's Visit \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de último examen físico: Date of Last Physical \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Medicamentos:** Medications  Sí Yes  No - ¿Qué medicamentos está tomando, incluyendo los que no requieren prescripción médica y dosis? Current Prescriptions and over-the-counter: (Include doses) \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**¿Ha sido hospitalizado debido a asuntos de salud mental?** Have you ever been hospitalized for mental health issues?

- Sí Yes  No - En caso afirmativo, explique a continuación, \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha intentado suicidio? Have you ever attempted suicide?  Sí Yes  No

¿En caso afirmativo, cuántas veces? How many times? \_\_\_\_\_ ¿Y cuándo? And when? \_\_\_\_\_



**Yo he notado cambios negativos en las siguientes áreas (marque todas las que correspondan):**

I have recently noticed increased negative changes in the following areas (check all that apply):

**1. En mi vida diaria:** *In my everyday life*

- Dormir *Sleeping*    Concentración *Concentration*    Apetito *Appetite*    Uso de alcohol o drogas *Alcohol or drug abuse*  
 Nivel de Energía *Energy level*    Ansiedad *Anxiety*    Depresión *Depression*    Estrés *Stress*    Optimismo *Optimism*  
 Deseo Sexo *Sex drive*    Relaciones Personales *Relationships*    Enojo *Anger*    Estado de Humor *Moods*  
 Pensamientos Negativos *Negative Thoughts*    Dudas sobre sí mismos *self-doubts*  
 Cuestiones de Fe Sintiendo *Faith issues*    Desconectado de los demás *feeling disconnected from others*  
 Otra *Other* \_\_\_\_\_

**2. En el Trabajo:** *At work :*

- Rendimiento *Performance*    Concentración *Concentration*    Asistencia *Attendance*    Frustración Fácilmente *Easily Frustrated*  
 Conflictos con compañeros de trabajo *Co-worker Conflicts*    Enojarse *Getting angry*    Bajo Presión *Under Pressure*  
 Distracción *Distraction*    Conflictos con Supervisores *Supervisor Conflicts*    Cometiendo Más Errores *Making More Mistakes*  
 Otra *Other* \_\_\_\_\_

**3. Observaciones de parte de otras personas acerca de mi comportamiento: (explique)** *Others' Expressed Concerns:* \_\_\_\_\_**Trabajo:** *Employment*

- Empleado / Autónomo *Employed / Self-employed*    No Empleado *Not Employed*    Buscando Empleo *Seeking Work*  
 Ama de Casa *Homemaker*    Jubilado *Retired*    Discapacitado *Disabled*    Estudiante *Student*  
 Otro *Other* \_\_\_\_\_

¿Si estas empleado, donde trabaja? *Company* \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo ha trabajado allí? *How long?* \_\_\_\_\_¿Estas satisfecho con su trabajo? *Are you satisfied?*  Sí *Yes*  No \_\_\_\_\_**Educación:** *Education* (Circule el último año completado) (circle last year completed) 4 5 6 7 8 9 10 11 12Universidad / Colegio Técnico: *College/Tech* 1 2 3 4 Postgrado: *Graduate* 1 2 3Título(s): *Degree(s)* \_\_\_\_\_ Otro *Other* \_\_\_\_\_**HISTORIA DE RELACIONES PERSONALES Y FAMILIARES** *RELATIONSHIP AND FAMILY HISTORY*

(Elegir más de uno si es necesario) (choose more than one if necessary)

- Soltero/a (nunca casado/a) *Single (never married)*    Comprometido(a) *Engaged*    Relación *Committed Relationship*  
 Casado/a, cuánto tiempo? *Married, how long?* \_\_\_\_\_  
 Separado(a), cuánto tiempo? *Separated how long?* \_\_\_\_\_  
 Divorciado(a), cuánto tiempo? *Divorced, how long?* \_\_\_\_\_  
 Viudo(a) *Widowed*    Otro *Other* \_\_\_\_\_

¿Cuántos años de noviazgo/relación presente antes casarse/vivir juntos? \_\_\_\_\_

*Length of current relationship before marriage/Living together*¿Si casado anteriormente, cuántas veces? *How many previous marriages?* \_\_\_\_\_ Fechas Aproximadas *Dates* \_\_\_\_\_Dé la edad y el sexo de sus hijos: *Give age and gender of your children* \_\_\_\_\_¿Cuántos niños bajo su cuidado? *How many are under your care?* \_\_\_\_\_ Custodia: *Custody:*  Completo *Full*  Compartido *Shared*¿Tiene algún problema de custodia pendientes? *Do you have any custody issues pending?* \_\_\_\_\_¿Tiene algún conflicto con un ex-pareja? *Do you have any conflicts with an ex-spouse/Partner?*  Sí *Yes*  No \_\_\_\_\_¿Cuántos hijos adultos tiene usted? *How many adult children do you have?* \_\_\_\_\_¿Qué tipo de relación tiene con sus hijos? *What kind of relationship do you have with you children?* \_\_\_\_\_



## Forma de Coordinación de Salud Healthcare Coordination Form

Nombre de Cliente: Client Name \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: Birthdate \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Cliente:** Estudios indican 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, call 512-451-7337 if questions, 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 \_\_\_\_\_