



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 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

INTEGRATIVO

Fecha _____

Date _____

Personal Information Form

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

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 AsianEthnicity 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:

Parte 1: Ingresos Mensuales (Incluya todos los ingresos para todos los miembros en el hogar) <small>Part 1: Monthly Household Income (all sources for all members in household)</small>	Parte 2: Gastos Excepcionales Mensuales (No incluye los gastos de manutención tradicionales) <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>	
<u>Total de Ingresos:</u> <small>Total Income:</small>	<u>Total de Gastos Inusuales:</u> <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 _____



Consentimiento Para Tratamiento

Consent to Treatment Form

Al firmar abajo, yo consiento por este medio voluntariamente a ser tratado con acupuntura y / o sustancias de Materia Medica Oriental por un acupunturista con licencia en Medicina Integral en el Centro Samaritano. Yo entiendo que los acupunturistas que ejercen en el estado de Texas no son proveedores de atención primaria y que la atención primaria regularmente por un médico con licencia es una decisión importante que está fuertemente recomendado por los proveedores de esta clínica.

La acupuntura/Moxibustión (técnica que aplica calor): Yo entiendo que la acupuntura se realiza mediante la inserción de agujas a través de la piel o la moxibustión (aplicación de calor) por la aplicación de calor a la piel (o ambos) en ciertos puntos sobre o cerca de la superficie del cuerpo en un intento de tratar la disfunción corporal o enfermedades, para modificar o prevenir la percepción del dolor, y para normalizar las funciones fisiológicas del cuerpo. Yo soy consciente de que ciertos efectos secundarios adversos pueden resultar. Estos podrían incluir, pero no están limitados a: hematomas locales, menor sangrado, desmayos, dolor o malestar, el posible empeoramiento de los síntomas existentes antes del tratamiento de acupuntura, y pnemothorax. Yo entiendo que no hay garantías en cuanto a su uso y se dan efectos a mí y que yo soy libre para detener el tratamiento de acupuntura en cualquier momento.

La Moxibustión Directa: Yo entiendo que si recibo moxibustión directa como parte de la terapia, se corre el riesgo de quemarse o cicatrización de su uso. Yo entiendo que puedo negarme esta terapia.

Las Hierbas Chinas: Yo entiendo que las sustancias de la Materia Medica Oriental pueden ser recomendados para mí para tratar la disfunción o enfermedades corporales, para modificar o prevenir la percepción del dolor, y para normalizar las funciones fisiológicas del cuerpo. Yo entiendo que no estoy obligado a tomar estas sustancias, pero hay que seguir las instrucciones para la administración y la dosis si decide tomar ellos. Yo soy consciente de que ciertos efectos secundarios adversos pueden resultar de tomar estas sustancias. Estos podrían incluir, pero no se limitan a: cambios en el movimiento intestinal, dolor o malestar abdominal, y el posible empeoramiento de los síntomas existentes antes del tratamiento a base de hierbas. En caso de que yo tenga algún problema, que asocio con estas sustancias, debería suspender tomarlas y llamar a la Medicina Integrativa del Centro Samaritano tan pronto como sea posible.

Ensanchar: Yo entiendo que si recibo ventosas como parte de la terapia, existe el riesgo de quemaduras, moretones, sangrado leve, dolor o malestar, y el posible empeoramiento de los síntomas existentes antes del tratamiento. Yo entiendo que puedo negarme esta terapia.

Acupresion/Asiatica Para El Cuerpo Humano (ABT): Yo entiendo que también se puede administrar la acupresión o la ABT como parte de mi tratamiento para modificar o prevenir la percepción del dolor y para normalizar las funciones fisiológicas del cuerpo. Yo soy consciente de que ciertos efectos secundarios adversos pueden ser resultado de este tratamiento. Estos podrían incluir, pero no están limitados a: hematomas, dolores musculares o dolores, y el posible empeoramiento de los síntomas existentes antes del tratamiento. Yo entiendo que puedo interrumpir el tratamiento si es demasiado incómodo.

Electro-Acupuntura: Yo entiendo que se me puede pedir tener la electroacupuntura administrado con la acupuntura. Soy consciente de que ciertos efectos secundarios adversos pueden resultar. Estos pueden incluir, pero no se limitan a: choque eléctrico, dolor o molestia, y el posible empeoramiento de los síntomas existentes antes del tratamiento. Yo entiendo que me puedo negar este tratamiento.

Yo entiendo que puede haber otras alternativas de tratamiento, incluyendo el tratamiento ofrecido por un médico con licencia.

Yo he leído con atención y comprendo toda la información anterior y estoy plenamente consciente de lo que estoy firmando. Yo entiendo que puedo pedir a mi proveedor una explicación detallada. Yo doy mi permiso y consentimiento para el tratamiento.

Firma: _____
Signature:

Fecha: _____
Date:

Nombre Impreso: _____
Printed Name:

Fecha de Nacimiento: _____
Date of Birth:

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
- 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.

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
_____ 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

Evaluación Médica

Medical Evaluation

En el estado de Texas, la acupuntura y la medicina oriental no se considera "atención primaria de salud". Como resultado, la Medicina Integral del Centro Samaritano se requiere tener que responder a las siguientes declaraciones antes de que sea tratado. Por favor, tenga en cuenta que no se le permitirá que el tratamiento con acupuntura si su respuesta a todas estas declaraciones es "No".

In the state of Texas, acupuncture and Oriental medicine is not considered "primary health care". As a result Integrative Medicine at Samaritan Counseling Center is required to have you respond to the following statements before you are treated. Please be advised that we will not be permitted to treat you with acupuncture if your response to all of these statements is "No".

Yo he sido evaluado por un médico o dentista para la afección que se trata dentro de los últimos doce meses.

I have been evaluated by a physician or dentist for the condition being treated within the last twelve months.

Por favor circule su respuesta. **Sí** Yes **No** No

O OR

Yo he recibido una derivación de mi quiropráctico en los últimos 30 días para la acupuntura. Después de haber sido referido por un quiropráctico, si después de dos meses o 20 tratamientos, lo que ocurra primero, se produce ninguna mejora considerable en el estado que se trata, yo entiendo que se requiere el acupunturista me refería a un médico. (Es mi responsabilidad y la elección entre seguir este consejo.)

I have received a referral from my chiropractor within the last 30 days for acupuncture. After being referred by a chiropractor, if after two months or 20 treatments, whichever comes first, no substantial improvement occurs in the condition being treated, I understand that the acupuncturist is required to refer me to a physician. (It is my responsibility and choice whether to follow this advice.)

Por favor circule su respuesta. **Sí** Yes **No** No

O OR

Yo no he sido evaluado por un médico o dentista de la afección a tratar, ni he sido referido por un quiropráctico, pero busco tratamiento para los síntomas relacionados con una o más de las siguientes condiciones:

I have not been evaluated by a physician or dentist for the condition being treated, nor have I received a referral from a chiropractor, but I seek treatment for symptoms related to one or more of the following conditions:

Dolor crónico Chronic pain

Alcoholismo Alcoholism

Adicción a fumar Smoking addiction

Abuso de sustancias Substance abuse

Pérdida de peso Weight loss

Permiso para mantener la privacidad médica y compartir información médica

Permission to maintain medical privacy and share medical information

Toda la información que usted nos proporciona es estrictamente confidencial. Es nuestra política no revelar ninguna información personal o médica sobre cualquier paciente bajo nuestro cuidado sin obtener primero su permiso expreso para hacerlo. Hay, sin embargo, unos pocos casos en los que sentimos que el intercambio de información sobre su caso ayuda a proporcionar el mejor resultado clínico posible. En un esfuerzo para maximizar sus resultados clínicos, es posible que desee ponerse en contacto con su consejero, médico, dentista, o un quiropráctico y enviarles actualizaciones periódicas sobre su caso y su progreso. ¿Proporciona el permiso para que nosotros para discutir los detalles de su caso con su médico(s)?

All of the information that you provide to us is strictly confidential. It is our policy never to disclose any personal or medical information about any patients under our care without first obtaining your express permission to do so. There are, however, a few instances where we feel that sharing information about your case helps to provide the best possible clinical outcome. In an effort to maximize your clinical results, we may want to contact your counselor, physician, dentist, or chiropractor and send them periodic updates about your case and your progress. Do you grant your permission for us to discuss the details of your case with your Doctor(s)?

Por favor circule su respuesta. **Sí** Yes **No** No

Nombre del doctor, dentista o un quiropráctico _____

Name of Doctor, dentist or chiropractor

Yo he completado esta forma correcta a lo mejor de mi conocimiento. I have completed this form correctly to the best of my

knowledge.

Nombre del Paciente O Nombre del Padre/Tutor: _____

Patient Name OR Name of Parent/Guardian:

Firma: _____

Signature:

Fecha: _____

Date:

Medicina Integrativa en El Centro Samaritano

Integrative Medicine at Samaritan Counseling Center

Por favor ayúdenos a proporcionar una evaluación completa con tomarse el tiempo para rellenar este cuestionario de salud confidencial con atención. Please help us provide you with a complete evaluation by taking the time to fill out this confidential health questionnaire carefully.

Nombre Completo _____ Sexo F M Fecha de Nacimiento _____
 Full Name Sex F M Date of Birth

Dirección de Correo Electrónico: E-mail Address: _____

¿Permite contactos de correo electrónico del Centro Samaritano? Allow email contact by Samaritan Center? Sí Yes No No

¿Cómo se enteró de los servicios de Medicina Integrativa del Centro Samaritano? _____

How did you hear about the Samaritan Center's Integrative Medicine services?

Tratamientos de la medicina integrativa están en una escala móvil basada en los ingresos y el número de miembros en el hogar. Sobre la base de esta información acepto pagar la tarifa de tratamiento \$_____ por tratamiento de acupuntura. Si un tratamiento de acupuntura es olvidada, o tiene menos de 24 horas de aviso para cancelación, entiendo que se me cobrará \$ 35 para el tratamiento fallado. Iniciales del paciente: _____.

Integrative Medicine treatments are on a sliding scale based on income and number of household members. Based on this information I agree to pay the rate of \$__per acupuncture treatment. If an acupuncture treatment is missed, or less than 24 hours notice is given for a cancelation, I understand I will be charged \$35 for the missed treatment. Patient Initials: _____.

Por favor, hace una lista de sus problemas principales de salud, las causas (si las conoce) y las fechas aproximadas cuando comenzaron en orden de prioridad. Please list your main health concerns, causes (if known) and approximate dates they began in order of priority.

1. _____
2. _____
3. _____

¿Qué diagnósticos has recibido por sus preocupaciones? What diagnoses have you received for your concerns? _____

¿Estos problemas interfieren con sus actividades diarias (trabajo, el sueño, el sexo, etc.)? Do these problems interfere with your daily activities

(work, sleep, sex, etc.)? _____

¿Qué tipo de tratamientos has intentado? What kinds of treatment have you tried? _____

¿Qué ayuda? What helps? _____

¿Qué empeora el/los problema(s)? What makes the problem(s) worse? _____

¿Hay alguien en su familia con los mismos problemas / parecidos? Is there anybody in your family with the same/similar problems? _____

Historia Médica (Por favor incluya el mes / año en el que se produjo el evento o cuando se estableció el diagnóstico)

Medical History (Please include the month/year when the event occurred or when the diagnosis was established)

DIAGNÓSTICO DIAGNOSIS	YO SELF	FAMILIA FAMILY	DIAGNÓSTICO DIAGNOSIS	YO SELF	FAMILIA FAMILY
Cancer (¿Qué tipo?) (What type?)			Enfermedad Venérea Venereal Disease		
Problemas respiratorios Breathing problems			Trastornos Emocionales Emotional Disorders		
Tuberculosis Tuberculosis			Convulsiones Seizures		
Hepatitis Hepatitis			Alcoholismo Alcoholism		
Desordenes Digestivos Digestive Disorders			Anemia Anemia		
Alta Presion Sanguinea High Blood Pressure			Artritis Arthritis		
Enfermedad de Tiroides Thyroid Disease			Depresión o Ansiedad Depression or Anxiety		
Otro Other					

Traumas Significativos (incluya año) (accidentes automovilísticos, lesiones deportivas, etc.): Significant traumas (incl. year): (auto accidents, sports injuries, etc.): _____

Cirugías (incluya año.): Surgeries (incl. year): _____

Hospitalizaciones (incluya año.): Hospitalizations (incl. year): _____

Alergias: (medicamentos, productos químicos, alimentos, medio ambiente): Allergies: (drugs, chemicals, foods, environmental) _____

Proporciona una lista completa de todos los medicamentos que se toma dentro de los últimos dos meses, incluyendo vitaminas, medicamentos de venta libre, hierbas, etc: Please provide a complete list of all medications taken within the last two months, including vitamins, OTC drugs, herbs, etc: _____

¿Cuántas horas duerme en general? How many hours do you sleep in general? _____

¿A qué hora te vas a la cama normalmente? What time do you usually go to bed? _____

¿Cuánto café tomas? How much coffee do you drink? _____ Tazas al día Cups/day

¿Cocas? Colas? _____ Número al día Number/day ¿Té? Tea _____ Tazas al día Cups/day

¿Qué tipo de bebidas alcohólicas sueles tomar? What kind of alcoholic beverages do you usually drink, if any? _____

Promedio de bebidas / semana? Average # of drinks/week? _____ ¿Cuánta agua bebes al día? How much water do you drink per day? _____

¿Eres vegetariano? Sí No Sí, pero no tan estricta. ¿Come mucha comida picante? Sí No
 Are you a vegetarian? Yes No Yes, but not so strict. Do you eat a lot of spicy food? Yes No

Observaciones e información adicional (la dieta) Remarks and additional information (re: diet) _____

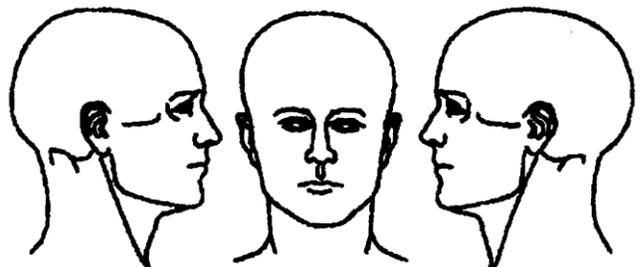
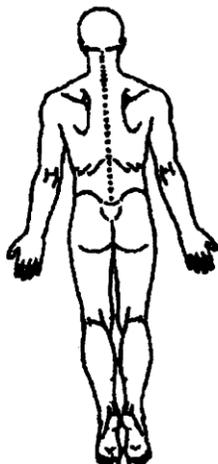
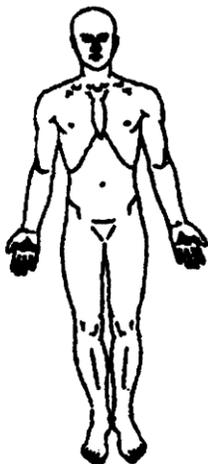
¿Si usted es un fumador, número de cigarrillos por día? If you are a smoker, # of cigarettes per day? _____

¿Cuánto tiempo ha estado fumando? How long have you been smoking? _____

¿Quieres dejarlo? Sí No (Nivel de determinación para dejar de fumar – 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
 Do you want to quit? Yes No (Level of determination to quit – 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

Indicar dolor o malestar con: Indicate pain or discomfort with:

AGUDO • **Leve X** **Sentir Hormigueo :::** **Arder Δ** **Calambre +** **Entumecido =** **Frío O**
 Sharp • Dull X Tingle ::: Burn Δ Cramp + Numb = Cold O



Por favor, marque si tiene o ha tenido (en los últimos tres meses) de cualquiera de las siguientes enfermedades o condiciones. Please check if you have or have had (in the last three months) any of the following diseases or conditions.

Musculoesquelético Musculoskeletal

- Opresión en el cuello Neck tightness Dolor de cuello Neck pain Dolor de hombro Shoulder pain
 Dolor de mano/muñeca Hand/wrist pain Dolor del codo Elbow pain Dolor de espalda Back pain Dolor de cadera Hip pain
 Dolor de rodilla Knee pain Dolor/molestias en los músculos Pain/soreness in the muscles Debilidad muscular Muscle weakness
 Trastornos de la articulación Joint disorders Temblores Tremors Frío en las manos / pies Cold hands/feet
 Hinchazón de las manos/pies Swelling of hands/feet Hernia Hernia Entumecimiento Numbness Hormigueo Tingling
 Parálisis Paralysis Torceduras en articulaciones Joint sprain Dificultad para caminar Difficulty walking
 Curvatura espinal Spinal curvature Cervical Cervical Torácica Thoracic Lumbar Lumbar Otro? Other? _____

General General

- Falta de apetito general Poor appetite Falta de sueño Poor sleep Apnea del sueño Sleep apnea Fatiga Fatigue
 Sensible al frío Sensitive to cold Sensible al calor Sensitive to heat Sudores nocturnos Night sweats Sudar con facilidad Sweat easily
 Temblores Tremors Antojos Cravings Cambios en el apetito Change in appetite Pérdida de peso Weight loss
 El aumento de peso Weight gain Moretones y sangrados fácilmente Bleed or bruise easily Desear comida caliente Desire hot food
 Desear comida fría Desire cold food Sed fuerte (fría o bebidas calientes) Strong thirst (cold or hot drinks)
 Caída súbita de energía (¿A qué hora del día?) Sudden energy drop (What time of day?) _____
 Época favorita del año? Favorite time of year? _____ Peor época del año? Worst time of year? _____

Neuropsicológico Neuro-psychological

- Lesión cerebral traumática (LCT, LCT) Traumatic Brain Injury (mTBI, TBI) Pérdida del equilibrio Loss of balance
 Falta de coordinación Lack of coordination Conmoción cerebral Concussion Mala memoria Poor memory
 Falta de concentración Poor concentration Dificultad para tomar decisiones Difficulty making decisions
 Problema del habla Speech problems Depresión Depression Ansiedad Anxiety Estrés Stress Mal genio Short temper
 Cambios de humor Mood swings Otros; Cualquier diagnóstico formal? Other; Any formal diagnoses? _____

Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz y Garganta Head, Eyes, Ears, Nose, and Throat

- Mareos Dizziness Conmociones cerebrales Concussions Migrañas Migraines Lentes/lentes de contacto Glasses/contact lens
 Tensión del ojo Eye strain Dolor en los ojos Eye pain Ceguera de color Color blindness Ceguera nocturna Night blindness
 Mala visión Poor vision Cataratas Cataracts Visión borrosa Blurry vision Dolor de oído Earaches Mala audición Poor hearing
 Zumbido en los oídos Ringing in ears Manchas delante de los ojos Spots in front of eyes Problemas de sinusitis Sinus problems
 Hemorragia nasal Nose bleeding Dolor de garganta Sore throat Rechinar los dientes Grinding teeth Dolor en la mandíbula Jaw pain
 Problemas con los dientes Teeth problems Dolor facial Facial pain Llagas en los labios/la lengua Sores on lips/tongue
 Dificultad para tragar Difficulty swallowing Otro? Other? _____

Piel y Cabello Skin & Hair

- Erupciones Rashes Ulceraciones Ulcerations Urticaria Hives Picazón Itching Eczema Eczema Granos Pimples
 Acné Acne Caspa Dandruff Piel seca Dry skin Reciente lunares Recent moles Pérdida de cabello Loss of hair
 Cambio en la textura del cabello o la piel Change in hair or skin texture Otro? Other? _____

Cardiovascular Cardiovascular

- Presión arterial alta High blood pressure Presión arterial baja Low blood pressure Dolor en el pecho Chest pain
 Palpitaciones Palpitation Desmayo Fainting Flebitis Phlebitis Ritmo cardíaco irregular Irregular heartbeat
 Rápido latido del corazón Rapid heartbeat Venas varicosas Varicose veins Otro? Other? _____

Respiratorio Respiratory

- Tos Cough Toser sangre Coughing blood Falta de aliento Shortness of Breath Sibilancias Wheezing Bronquitis Neumonía Bronchitis
 Dificultad para respirar Difficulty breathing Dolor en el pecho/opresión/congestión Chest pain/tightness/congestion
 Flema - color? Phlegm - color? _____

Gastrointestinal Gastrointestinal

- Náuseas Nausea Vómitos Vomiting Diarrea Diarrhea Estreñimiento Constipation Gas Gas Distensión Bloating
- Eructos Belching Heces negras Black stools Sangre en las heces Blood in stools Indigestión Indigestion Mal aliento Bad breath
- Dolor rectal Rectal pain Hemorroides Hemorrhoids Dolor/calambres abdominales Abdominal pain/cramps
- Problemas de la vesícula biliar Gallbladder problems Parásitos Parasites Incontinencia intestinal Bowel incontinence
- Uso crónico de laxantes: Frecuencia Chronic laxative use: Frequency _____
- Movimientos intestinales: Consistencia (Formado/Suelto?) Bowel movements: Consistency (Formed/Loose?) _____

Genitourinario Genito-urinary

- Dolor al orinar Painful urination Micción frecuente, día/noche Frequent urination, day/night Sangre en la orina Blood in urine
- Urgencia de orinar Urgency to urinate Cálculos renales Kidney stones Incapaz de contener la orina Unable to hold urine
- Babeando Dribbling Pausa de flujo Pause of flow Infección urinaria frecuente Frequent UTI Dolor genital Genital pain
- Picazón genital Genital itching Erupciones genitales Genital rashes ETS STD Otro? Other? _____

Mujer Female

- Infección vaginales frecuentes Frequent vaginal infections Pélvica infecciones Pelvic infection Endometriosis Endometriosis
- Descarga vaginal/genital Vaginal/genital discharge Fibromas Fibroids Quistes ováricos Ovarian cysts
- Períodos regulares Regular periods Coágulos Clots Dolor/calambres antes /durante los períodos Pain/cramps prior/during periods
- Bultos en los senos Breast lumps Sensibilidad en las mamas Breast tenderness Problemas de fertilidad Fertility issues
- Bochornos Hot flashes Cambios de humor relacionados con períodos Moodiness related to periods
- Histerectomía/Extirparon los ovarios Hysterectomy/ovaries removed

Primera fecha del último período de First date of last period _____ Edad del primer período Age of first period _____

Duración de período Duration of period _____ Días days, Duración de Ciclo Duration of cycle _____ Días days

de embarazos # of pregnancies _____ # de nacimientos # of births _____ # de cesárea # of C-sections _____

de abortos involuntarios # of miscarriages _____ # de abortos # of abortions _____

¿Practica el control de la natalidad? Do you practice birth control? Sí Yes No No

¿En caso afirmativo, de qué tipo y por cuánto tiempo? If yes, what type and for how long? _____

¿Si se encuentra en las píldoras anticonceptivas, que está tomando y por cuánto tiempo? If you're on birth control pills, what are you taking and for how long? _____

Hombre Male

- Problemas de próstata Prostate problems Descarga Discharge Disfunción eréctil Erectile dysfunction
- Problemas de eyaculación seminal Ejaculation problems Emisión seminal frecuentes Frequent seminal emission
- Problemas de fertilidad Fertility problems Dolor/Inflamación de los testículos Painful/swollen testicles Otro? Other? _____

Por favor, firme a continuación para confirmar que ha completado este formulario correctamente y en la medida de su conocimiento.

Please sign below to confirm you have completed this form correctly and to the best of your knowledge.

Paciente Adulto Adult Patient Padre o Tutor Parent or Guardian Cónyuge Spouse

Firma del Cliente Client's Signature

Fecha Date

Please write in any additional health concerns you would like to discuss today.

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 _____