**Estimados Clientes/Padres/Guardianes,**

Bienvenidos a Changing Lanes Intervention Human Services (CLIHS). Nosotros apreciamos su interés en nuestros servicios y estamos emocionados por la oportunidad de trabajar cercanamente con usted y su familia para ayudarlos a cumplir sus metas.

En CLIHS contamos con un grupo de terapeutas altamente experimentados en dar consultas personalizadas y servicios de intervención para individuos diagnosticados con un Trastorno de Salud Mental. Nuestros Terapeutas y Consejeros utilizan métodos basados en la evidencia, incluyendo módulos de terapia individual y grupal, que emplean varios pasos para apoyar a nuestros clientes a sobrellevar los desafíos psicológicos y comportamientos asociados con dificultades de salud mental, abuso de sustancias, la crianza de niños, y otros temas que pueden beneficiar de recibir consejería.

La terapia personalizada que reciben nuestros clientes les da una base de herramientas que necesitan para ser exitosos a largo plazo; y con esas herramientas pueden llegar a desarrollarse de una forma más productiva en sus proyectos de vida.

Nuestro equipo laboral y proveedores de servicios están altamente entrenados y dedicados a atender las necesidades de las familias que apoyan. El primer paso para inscribirse en nuestro programa es rellenar los papeles requeridos para el (la) cliente. *Por favor, ingrese detalladamente la información de cada página del paquete de Admisión proporcionado a continuación*. Nosotros entendemos que este folleto pueda ser tardado en completar, y que algunas preguntas puedan sonar redundantes. Queremos que sepan que tener esta información detallada de nuestros clientes nos ayuda a mejor apoyar a usted y su familia. Deseamos que este proceso sea lo más fluido posible. Si en algún momento tenga preguntas, por favor siéntese en confianza de comunicarse con nosotros al: (770) 580-4116.

La información en este paquete de admisión también le informará de las pólizas y procedimientos de Changing Lanes Intervention Human Services, y le dará tiempo para recaudar datos importantes en anticipación de su cita de admisión inicial.

Una vez que haya completado el paquete y lo haya enviado, un coordinador de admisiones le va a contactar para continuar el proceso de inscripción.

Gracias, nuevamente, por su interés en los servicios que proveemos.

**Changing Lanes Intervention Human Services**

# Tabla de Contenido

**Formulario de Admisión (completar todas partes) 3-12**
**Aviso de información y prácticas de privacidad 13-17**
**Acuse de Recibo de la Póliza de Información y Prácticas de Privacidad (firmar) 18**
**Consentimiento Informado y Acuerdo de Servicio (firmar) 19**
**Límites de Confidencialidad (firmar página 21) 20-21**
**Notificaciones de Cambios (firmar) 22**
**Política de Pago (rellenar y firmar página 24) 23-24**
**Formulario de Autorización de Pago con Tarjeta (rellenar y firmar) 25**
**Pautas para Padres/Guardianes (firmar página 27) 26-27**
**Autorización para Brindar Tratamiento (rellenar y firmar) 28-29**
**Formulario HIPAA acerca de la protección de información (rellenar y firmar) 30**
**Autorización para la Divulgación de Información (rellenar y firmar) 31-32**

## ¡¡POR FAVOR, HAGA UNA COPIA Y CONSÉRVALA EN SUS REGISTROS!!

## Favor de incluir los siguientes documentos en su paquete de admisión:

**● Carta/Aviso de Alta (Si el (la) cliente recibe servicios de otro proveedor, se requiere para solicitar servicios de nuestros proveedores).**

**Fecha de Hoy:**

# Formulario de Admisión

## *Información del Cliente*

**Nombre del Cliente: _____**
**Fecha de Nacimiento:_____Sexo:_____Número de Seguridad Social:_____**
**Domicilio:_____**
**Lote/Suite/No. de Apartamento_____**
**Ciudad:_____Estado:_____ Código Postal:_____**
**Tel. de Trabajo:_____ Tel. de Casa:_____**
**Tel. Móvil:_____ Correo Electrónico:_____**
**Estado civil: Casado(a) _____ Separado(a)_____ Divorciado(a)_____ Soltero(a)_____**

## *Datos de Cobertura de Seguro*

**¿El cliente tiene una póliza de cobertura médica? Sí_____ No_____**

**SEGURO PRIMARIO:_____Nombre de titular de póliza:_____**
**Fecha de nacimiento de titular de póliza:_____Relación con cliente:_____**
**Domicilio de titular de póliza: _____**
**Ciudad:_____Estado:_____ Código Postal:_____**
**Número de Póliza:_____Número de Grupo:_____**

**SEGURO SECUNDARIO:_____Nombre de titular de póliza :_____**
**Fecha de nacimiento de titular de póliza:_____ Relación con cliente:_____**
**Domicilio de titular de póliza: _____**
**Ciudad:_____Estado:_____ Código Postal:_____**
**Número de Póliza:_____ Número de Grupo:_____**

## *Información Familiar*

**Padre/Guardián 1: Nombre completo:_____**
**Fecha de Nacimiento:_____**

**Relación con Cliente:_____ Ocupación:_____**
**Domicilio (si es diferente del cliente): _____**
**Lote/Suite/No. de Apt. _____**
**Ciudad:_____Estado:_____Código Postal_____**
**Tel. de Trabajo:_____ Tel. de Casa:_____**
**Tel. Móvil:_____ Correo Electrónico:_____**
**Estado civil: Casado(a) _____ Separado(a)_____ Divorciado(a)_____ Soltero(a)_____**

**Método preferido de comunicación: Llamada tel._____ Correo electrónico_____**
**Mensaje de texto_____**

**Padre/Guardián 2: Nombre completo:_____**
**Fecha de Nacimiento:_____**

**Relación con Cliente:_____ Ocupación:_____**
**Domicilio (si es diferente del cliente): _____**
**Lote/Suite/No. de Apt. _____**
**Ciudad:_____Estado:_____Código Postal_____**
**Tel. de Trabajo:_____ Tel. de Casa:_____**
**Tel. Móvil:_____ Correo Electrónico:_____**
**Estado civil: Casado(a) _____ Separado(a)_____ Divorciado(a)_____ Soltero(a)_____**

**Método preferido de comunicación: Llamada tel._____ Correo electrónico_____**
**Mensaje de texto_____**

**¿Es uno de los padres el tutor (la tutora) legal del cliente? Sí_____No_____ N/A_____**

**En caso afirmativo, ¿qué padre es el tutor (la tutora) legal? _____**

**Por favor, detalle cómo se comparte la custodia (e.g., ¿Dónde reside el cliente cada día de la semana?):**
**_____**
**_____**

**¿Cuál es el idioma principal que habla cada Padre/Guardián/Cliente?**

**Padre/Guardián 1_____ Padre/Guardián 2 _____**

**¿Cuál es el idioma principal que habla el cliente? _____**
**¿El cliente fue adoptado? Sí_____ No_____**
**Nombre de los hermanos: _____ Edad: _____**
**Nombre: _____ Edad: _____**
**Nombre: _____ Edad: _____**
**Nombre: _____ Edad: _____**

**¿Hay antecedentes familiares de abuso de sustancias o enfermedad mental? Sí__No__**

**Condición: _____Relación al cliente: _____**
**Condición: _____Relación al cliente: _____**
**Condición: _____Relación al cliente: _____**
**Condición: _____Relación al cliente: _____**

**¿El (la) cliente tiene alguna alergia? (Si es afirmativo, por favor enumere.)**

**Sí ____ No _____**
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

**¿Hay mascota(s) en la casa? Sí_____ No _____**
**¿Hay alguien que fume en la casa? Sí _____ No_____**

**Si es afirmativo, por favor explique:**
_____
_____
_____
_____

**Por favor, coméntanos de cualquier Creencia(s) Espiritual(es), Valor(es) Cultural(es), Prácticas o Tradiciones que usted(es) observa(n). Esta información nos ayudará con la programación de servicios y para identificar destrezas que se pueden reforzar en la terapia._____**
**_____**
**_____**
**_____**

## *Contactos de Emergencia*

**Nombre: _____Relación al cliente: _____**
**Teléfono: _____**
**Nombre: _____ Relación al cliente: _____**
**Teléfono:_____**

**Yo,_____, estoy de acuerdo y doy permiso que si ningún padre/ guardián se puede localizar, los miembros del personal de Changing Lanes Intervention Human Services pueden contactar las personas enumeradas como contactos de emergencia.**
**Si está DE ACUERDO, Firme _____**

## *Información Escolar*

**Distrito Escolar: _____**
**Nombre de escuela: _____ Grado: _____**
**Fecha de inscripción: _____**
**Fecha de la Evaluación Psicológica más reciente: _____**
**Días y horarios de asistencia escolar:_____**
**_____**

## *Historial de Tratamiento de Salud Mental*

**¿Ha estado hospitalizado por razones psiquiátricas? Sí_____ No_____**
**¿Ha recibido tratamiento (fuera de un hospital) por un psiquiatra? Sí _____ No_____**
**¿Ha recibido consejería o psicoterapia en el pasado? Sí _____ No_____**

***Servicios Relacionados – Servicios recibidos actualmente o en el pasado (e.g. Consejería,Terapia, Rehabilitación)***

**Servicio/Terapia (Tipo) 1: _____**
**¿Dónde se llevó a cabo el servicio? Escuela _____ A Domicilio_____Oficina_____**
**Centro Ambulatorio_____ Centro de Internación_____**

**¿El cliente actualmente recibe servicios de este proveedor? Sí ____ No_____**
**Si es que ya no los reciba, por favor indique cuándo se recibieron los servicios:**

**Desde Mes/Año _____ hasta Mes/Año_____**
**Si es que todavía recibe los servicios, ¿cuántas horas por semana recibe los servicios?**
**_____**

**Dirección del proveedor:_____**
**Número de teléfono: _____Número de fax:_____**
**Correo electrónico:_____**

**¿Usted autoriza a CLIHS a contactar este proveedor para obtener información si determinamos que nos pueda ayudar a brindar servicios Psicológicos para el (la) cliente? Sí ___ No___**

**¿Qué avances observó durante el tiempo que el (la) cliente haya recibido servicios del proveedor?**
**_____**
**_____**
**_____**

**Si ya no recibe servicios de este proveedor, por favor díganos por qué se salió.**
**_____**
**_____**

**Servicio/Terapia (Tipo) 2: _____**
**¿Dónde se llevó a cabo el servicio? Escuela _____ A Domicilio_____Oficina_____**
**Centro Ambulatorio_____ Centro de Internación_____**

**¿El cliente actualmente recibe servicios de este proveedor? Sí ____ No_____**
**Si es que ya no los reciba, por favor indique cuándo se recibieron los servicios:**
**Desde Mes/Año _____ hasta Mes/Año_____**
**Si es que todavía recibe los servicios, ¿cuántas horas por semana recibe los servicios?**
**_____**

**Dirección del proveedor:_____**
**Número de teléfono: _____Número de fax:_____**
**Correo electrónico:_____**

**¿Usted autoriza a CLIHS a contactar este proveedor para obtener información si determinamos que nos pueda ayudar a brindar servicios Psicológicos para el (la) cliente? Sí ___ No___**

**¿Qué avances observó durante el tiempo que el (la) cliente haya recibido servicios del proveedor?**
**_____**
**_____**
**_____**

**Si ya no recibe servicios de este proveedor, por favor díganos por qué se haya ido.**
**_____**
**_____**
**_____**

**Servicio/Terapia (Tipo) 3: _____**
**¿Dónde se llevó a cabo el servicio? Escuela _____ A Domicilio_____Oficina_____**
**Centro Ambulatorio_____ Centro de Internación_____**

**¿El cliente actualmente recibe servicios de este proveedor? Sí ____ No_____**
**Si es que ya no los reciba, por favor indique cuándo se recibieron los servicios:**

**Desde Mes/Año _____ hasta Mes/Año_____**
**Si es que todavía recibe los servicios, ¿cuántas horas por semana recibe los servicios?**
**_____**

**Dirección del proveedor:**_____
**Número de teléfono:** _____**Número de fax:**_____
**Correo electrónico:**_____

**¿Usted autoriza a CLIHS a contactar este proveedor para obtener información si determinamos que nos pueda ayudar a brindar servicios Psicológicos para el (la) cliente? ___Sí ___No**

**¿Qué avances observó durante el tiempo que el (la) cliente haya recibido servicios del proveedor?**
_____
_____
_____
_____

**Si ya no recibe servicios de este proveedor, por favor díganos por qué se salió.**
_____
_____
_____

## Historial Médico

**Médico de cabecera ("PCP"): _____**
**Número de teléfono:**_____
**Dirección:**_____
**Ciudad:**_____**Estado:**_____ **Código Postal:**_____

**¿El (la) cliente actualmente toma algún medicamento general? Sí _____ No_____**
**¿El (la) cliente actualmente toma algún medicamento Psiquiátrico? Sí _____ No_____**

**● Medicamento 1 _____ Dosis: _____**
**Horario(s) de administración : _____ Razón de uso: _____**

**● Medicamento 2 _____ Dosis: _____**
**Horario(s) de administración : _____ Razón de uso: _____**

**● Medicamento 3 _____ Dosis: _____**
**Horario(s) de administración : _____ Razón de uso: _____**

**● Medicamento 4_____ Dosis: _____**
**Horario(s) de administración : _____ Razón de uso: _____**

**● Medicamento 5_____ Dosis: _____**
**Horario(s) de administración : _____ Razón de uso: _____**

**● Medicamento 6_____ Dosis: _____**
**Horario(s) de administración : _____ Razón de uso: _____**

**● Medicamento 7_____ Dosis: _____**
**Horario(s) de administración : _____ Razón de uso: _____**

**● Medicamento 8_____ Dosis: _____**
**Horario(s) de administración : _____ Razón de uso: _____**

**● Medicamento 9 _____ Dosis: _____**
**Horario(s) de administración : _____ Razón de uso: _____**

**● Medicamento 10 _____ Dosis: _____**
**Horario(s) de administración : _____ Razón de uso: _____**

**¿El (la) cliente está al día con sus vacunas? Sí ___ No___**
**¿El (la) cliente tiene una enfermedad infecciosa actualmente? Sí _____No _____**

**Si sea afirmativa la respuesta, por favor explique qué tipo/clase de enfermedad, fecha de inicio, medicamentos tomados, y si el (la) cliente sea actualmente contagioso(a).**

_____
_____
_____

**¿El (la) cliente tuvo algún problema desde niño con su desarrollo? Sí_____ No_____**
**Si es afirmativo, por favor explique:**

_____
_____
_____
_____

**¿El (la) cliente tiene algún problema médico? Sí_____ No_____**
**Si es afirmativo, por favor enumera cualquier problema que pueda tener:**

_____
_____
_____
_____

**¿El (la) cliente ha tenido algún procedimiento médico grave en el pasado? Sí___ No____**
**Si es afirmativo, Por favor enumera cualquier procedimiento que haya tenido:_____**

_____
_____
_____

## *Historial/ Estado de Salud Mental*

**¿Para qué problema(s) está buscando ayuda? _____**

_____
_____
_____
_____

**¿El (la) cliente es/ha sido víctima de cualquier tipo de abuso físico/sexual/emocional?**
**Sí _____ No_____**

**¿El (la) cliente utiliza cualquiera de las siguientes sustancias?:**

- **Nicotina/Tabaco? Sí _____ No_____ ¿Cuánto por día?_____**

- **Alcohol? Sí _____ No_____ Si es afirmativo: Cerveza_____ Licor_____ Vino_____**
**Si es afirmativo, ¿Cuántos tragos?_____ ¿Con qué frecuencia?_____**

**● ¿Uso de drogas recreativas? Sí _____ No_____**
**Si es afirmativo, ¿Qué tipo de droga(s) usa el (la)cliente?_____**
**¿Con qué frecuencia utiliza la(s) droga(s)?_____**

**Por favor, marque todas las que correspondan:**

**☐ Estado de ánimo deprimido ☐ Hablar excesivamente ☐ Pensamientos acelerados ☐ Fácilmente distraído(a) ☐ Trabajar demasiado ☐ Comportamientos impulsivos ☐ Problemas de trabajo/la escuela ☐ Problemas financieros ☐ Tenso(a)/incapaz de relajarse ☐ Ataques de pánico ☐ Sospechar que las cosas van a empeorar ☐ Miedo irracional ☐ Miedo a las situaciones sociales ☐ Pensamientos/comportamientos repetitivos ☐ Recuerdos perturbadores ☐ Pérdida/duelo reciente ☐ Nunca se cansa ☐ Miedo de salir de la casa ☐ Preocupación excesiva ☐ Comportamiento descuidado de alto riesgo ☐ Pensamientos de muerte o suicidio ☐ Autoestima inflada ☐ Sentimientos de culpa o falta de valor ☐ Ver/escuchar cosas que no son reales ☐ Pensamientos/comportamientos violentos ☐ Pérdida o aumento de peso ☐ No dormir lo suficiente ☐ Dormir demasiado ☐ Perezoso(a) ☐ Agitado(a) ☐ Autolesiones ☐ No puede concentrarse ☐ Arrebatos de ira**

**¿Qué actividades disfruta hacer el (la) cliente?**
_____
_____
_____
_____
_____

**¿El (la) cliente alguna vez ha sido condenado por un delito? Sí_____ No_____**
**¿Si es afirmativo, estuvo en la cárcel? Sí _____ No_____**
**¿Por cuánto tiempo?: _____ ¿Está/ ha estado en un programa de libertad condicional? Sí_____ No_____**

**Escribe sobre los detalles:_____**
_____
_____
_____
_____

**¿El (la) cliente está en una relación romántica actualmente? Sí_____ No_____**
**¿Por cuánto tiempo?:_____**
**Describa la relación: _____**
**_____**
**_____**
**_____**
**_____**

**Ocupación del cónyuge o pareja: _____**
**¿Cuál es el nivel de educación más alto del cliente?: _____**
**¿El (la) cliente está empleado actualmente? Sí_____ No_____**
**¿Por cuánto tiempo?:_____**
**Si es afirmativo, ¿Cuál es su Ocupación Actual?: _____**

**¿El (la) cliente tiene hijos? Sí_____ No_____ ¿Cuántos? _____**

**Si es afirmativo, ¿Cuáles son los nombres y edades de los niños?**
**_____**
**_____**
**_____**
**_____**
**_____**

**Lugar de nacimiento del cliente:_____ ¿Dónde creció el cliente?_____ ¿El (la) cliente fue adoptado? Sí_____ No_____**
**¿Los padres del cliente están casados? Sí_____ No_____**

**¿Los padres (del cliente) se divorciaron? Sí_____ No_____**
**Si es afirmativo, ¿Cuántos años tenía cuando se separaron?_____**

**¿Cuál fué la ocupación del Padre del cliente cuando crecía? _____**
**¿Cuál fué la ocupación de la Madre del cliente cuando crecía? _____**
**¿El (la) cliente tiene hermanos? Sí_____ No_____**
**Si es afirmativo, ¿Cuántos hermanos tiene? _____**

**Por favor, enumere a continuación cualquier nota adicional que considere útil para el tratamiento:**

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

# Aviso de Información y Prácticas de Privacidad

## ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN DE SALUD SE PUEDA UTILIZAR Y DIVULGAR, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO DETENIDAMENTE

Nosotros estamos comprometidos con la protección de la confidencialidad de la información de salud de nuestros clientes, y estamos obligados por ley a proteger su privacidad. Este aviso describe de qué forma podemos utilizer su información de salud dentro de Changing Lanes Intervention Human Services y cómo la podemos compartir a entidades o personas fuera de Changing Lanes Intervention Human Services. Este aviso también describe los derechos que tiene sobre su propia información de salud. CLIHS debe cumplir con las obligaciones descritas en este aviso y entregarle una copia del aviso. *Por favor, revise el aviso detenidamente* y déjenos saber si tiene cualquier pregunta sobre su contenido.

## CÓMO USAMOS Y DIVULGAMOS SU INFORMACIÓN DE SALUD

**Nosotros estamos permitidos, y podemos ser requeridos a usar o divulgar información sobre su salud para ciertos propósitos sin su autorización. Sin embargo, algunos usos y divulgaciones de su información de salud requieren su autorización. Las siguientes son las formas que podemos usar o compartir su información médica:**

### Tratamiento

Podemos utilizar la información médica del cliente para brindarles tratamiento. Podemos divulgar su información médica a individuos o entidades que necesitan esa información para brindar servicios, incluyendo a doctores; asistentes médicos; enfermeros; médicos y estudiantes de enfermería; técnicos; terapeutas; servicios de emergencia y proveedores de transporte médico; proveedores de equipos médicos; proveedores de seguro; u otras instalaciones que puedan involucrarse en cuidar su salud. *Por ejemplo, permitiremos acceso a su doctor a su registro de tratamiento para apoyar en su tratamiento y para darle atención de seguimiento.* Además, posiblemente utilizaremos y divulgaremos su información para contactarle; para recordarle de una cita programada; para informarle de otras opciones o alternativas de tratamiento; o informarle de servicios relacionados de salud que podría asistir.

### Pago

Podemos usar y divulgar su información médica a compañías de seguro y planes de salud para recibir pagos por los servicios o suministros que se le prestan. Por ejemplo, su Plan de Salud o Proveedor de Seguro de Salud puede pedir revisar partes de su información médica antes de desembolsar el pago de su tratamiento.

## Operaciones de Atención Médica

Nosotros podemos llegar a utilizar y divulgar la información médica del cliente para dirigir nuestra organización, mejorar su cuidado, y contactarle cuando sea necesario. Por ejemplo, utilizamos su información médica para manejar su tratamiento y administrarle servicios.

Familiares u Otras personas Involucradas en su Cuidado

Al menos que usted se oponga, podemos divulgar su información médica a un familiar o amigo cercano que está involucrado con su cuidado de salud, o a alguien que ayude a pagar por sus servicios de salud. También, podemos divulgar su información médica a organizaciones que apoyan en eventos de desastres emergentes para localizar un miembro de su familia, o un amigo, si ocurriera un desastre de emergencia.

## Socios Comerciales

Nosotros podemos divulgar su información médica a nuestros proveedores de servicios externos (¨Business Associates¨- Socios Comerciales) que desempeñan funciones de parte nuestra, o que nos brindan servicios si la información sea necesaria para realizar esas funciones o servicios. Todos nuestros Socios Comerciales están obligados, bajo contrato, de proteger la privacidad de su información, y no están permitidos utilizar o divulgar cualquier detalle de su información médica afuera de los términos enumerados en nuestro contrato.

## OTROS USOS Y DIFUSIONES

La Ley Federal, estatal o local, a veces nos requiere revelar información de salud del cliente. Por ejemplo, estamos obligados a compartir información de salud del cliente a la Secretaría de la Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) para que pueda investigar quejas formales o determinar si nosotros cumplimos con los requisitos de privacidad de la ley ¨HIPAA¨ (La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico). Nosotros estamos requeridos por ley a dar información a Programas de Compensación Laboral (Workers´Compensation Programs) para casos de lesiones relacionadas con el trabajo. También, podemos reportar Actividades de Salud Pública para el propósito de procurar la salud pública. Por ejemplo, nos requieren reportar nacimientos, fallecimientos y enfermedades transmisibles al gobierno estatal. Nosotros también podemos necesitar reportar sobre reacciones adversas a los medicamentos o a los productos médicos al U.S. Food and Drug Administration (¨FDA¨). El FDA es el departamento federal de alimentos y drogas, y puede notificar a los clientes sobre productos que usan o medicamentos que toman que se deben retirar del mercado por seguridad de la salud.

## Seguridad Pública

Podemos divulgar información de la salud para el propósito de proteger a la salud pública bajo circunstancias limitadas. Podemos compartir información sobre la salud para apoyar a Oficiales de policía a identificar o localizar a una persona, enjuiciar un delito de violencia, reportar sobre muertes que hayan resultado por conducta criminal, y reportar la conducta criminal dentro de Changing Lanes Intervention Human Services. También, podemos divulgar su información de salud a Oficiales de la policía para prevenir una amenaza seria contra la salud o la seguridad de las personas.

## Actividades de Supervisión de la Salud

Podemos divulgar información de la salud a una agencia gubernamental que supervisa a CLIHS, o su personal, en actividades necesarias para que el gobierno pueda supervisar de forma apropiada el sistema de salud; algunos programas gubernamentales de administración de beneficios; y para cumplir con ciertas leyes del derecho civil.

## Procedimientos Judiciales

CLIHS puede divulgar información de salud si una corte lo ordena, casi siempre por una citación u orden judicial. Recibirá, en dado caso, aviso previo sobre la divulgación (en la mayoría de los casos), para que tenga la oportunidad de oponerse a la divulgación de su información de salud.

## La Mercadotecnia/Venta de Información

Nosotros nunca venderíamos o compartiríamos su información por propósitos de mercadotecnia sin su autorización previa por escrito. Si nos comunicamos con usted por cualquier esfuerzo de recaudar fondos, nos puede pedir que prefiere no ser contactado en el futuro para cuestiones relacionadas con la recaudación de fondos.

## Tipos de Información con Protección Adicional

Hay ciertos tipos de información de salud que tienen protecciones adicionales bajo ley federal y estatal. Por ejemplo, información de salud sobre una enfermedad transmisible como el VIH/SIDA; tratamiento por abuso de drogas y alcohol; y pruebas genéticas. Evaluaciones y tratamiento por condiciones severas de salud mental, reciben un trato diferente que otros tipos de información de salud. Para esas categorías de información, CLIHS debe obtener su autorización por escrito antes de divulgar la información en muchas circunstancias.

## Su Autorización por Escrito Para Cualquier Otro Uso o Divulgación de su Información de Salud

Si CLIHS desea utilizar o divulgar su información de salud para un propósito no expresado en este aviso, le pedirá su autorización. Si usted da su autorización por escrito a CLIHS, podrá retirarlo en cualquier momento, a no ser que ya hemos confiado en su autorización para utilizar o divulgar su información. Si alguna vez desea revocar su autorización, por favor notifique al Representante de Privacidad (Privacy Officer) por escrito.

Restricciones en Divulgaciones de PHI (información privada de salud) al Plan De Salud: CLIHS debe obedecer solicitudes de restringir la divulgación de PHI a un plan de salud si compartir la información sea para pagos u operaciones de cuidado de la salud, y pertenezca a un servicio de atención a su salud, o un servicio por la cual un individuo haya pagado el monto completo de un servicio por su propia cuenta.

## ¿CUÁLES SON SUS DERECHOS?

Derecho de Pedir Acceso a Información de Salud

Usted tiene el derecho de revisar la información de salud del cliente, y pedir una copia de la información. Por favor, recuerde que pueda haber excepciones según la ley. (La ley nos exige conservar el registro original). Los registros que se generan incluyen: archivos de salud del cliente, el registro de pagos, u otros archivos que usamos para tomar decisiones sobre el tratamiento del paciente. Para solicitar una copia de la información de salud del cliente, puede llamar o mandar un correo electrónico a la Oficial de Privacidad al contacto más abajo. Si pide una copia de su información, le cobraríamos el costo que incurrimos para copiarlo, y una tarifa para localizarlo y tenerlo listo para copiar. Nosotros le informaríamos de los costos antes de realizar los servicios. Puede siempre revisar los registros sin un costo.

Derecho de Solicitar una Enmienda de Información de Salud que Sospecha que se registró Erróneamente o que le falte por completar.

Si usted revisa la información de salud del cliente y sospecha que haya información errónea o incompleta, puede pedirnos enmendar el registro. Para pedirnos formalmente una enmienda al registro, por favor entregue una solicitud por escrito al correo electrónico abajo. Tenemos el derecho de negar su solicitud, aunque debemos corresponderle con una respuesta formal que contiene una explicación – dentro de 60 días.

## Derecho de Recibir un Listado de Ciertas Divulgaciones de su Información de Salud

Tiene derecho a solicitar un listado de muchas de las divulgaciones que hacemos sobre su información de salud. Si le gustaría un listado de ese tipo, por favor pídelo por escrito al correo electrónico abajo. El primer listado se lo otorgaríamos gratis, pero pueda que le tengamos que cobrar para entregarle listados adicionales que pida, durante el periodo de un año desde la primera solicitud. Nosotros le informaríamos antes de cualquier cobro con un estimado; y usted puede decidir modificar o quitar su solicitud en ese momento.

## Derecho de Solicitar Restricciones sobre Cómo CLIHS Puede Utilizar o Divulgar su Información De Salud para el Tratamiento, Cobranzas y Pagos, o la Administración como un Negocio de la Salud

Usted tiene el derecho de pedirnos NO usar o divulgar la información del cliente para brindar servicios de tratamiento al cliente, cobrar por la atención al caso, o llevar a cabo operaciones del sistema. Nosotros no estamos obligados a estar en acuerdo con su solicitud. En el caso de que estuviéramos de acuerdo con su solicitud, cumpliremos con el acuerdo. Si desea solicitar una restricción, escriba al Oficial de Privacidad al correo electrónico abajo, y describe su petición detalladamente.

## Derecho de Solicitar Comunicaciones Confidenciales

Tiene derecho de pedirnos comunicarse con usted de manera que considere más privada. *Por ejemplo,* puede pedir que no llamemos a su casa/móvil/trabajo, y que nada más nos comuniquemos por correó electrónico o correo tradicional. Para especificar su modo preferido de recibir mensajes de nosotros, por favor platíquelo con la persona(s) principal(es) que le brindan ciudado, o mande una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad al correo electrónico abajo para que actualice los cambios. También, puede pedir comunicarse con los proveedores de cuidado de la salud, o empleados, por privado y fuera del alcance de otros clientes. Nuestros supervisores clínicos son accesibles para apoyarle con cualquier duda que tenga.

## Derecho de Ser Notificado(a) Después de Violación De Información Privada de Salud Comunicada de Forma Insegura

Tiene el derecho y recibirá informes cuanto antes si la información privada acerca de la salud del cliente ha sido violado, y después de cualquier evento de esa índole, no más de sesenta (60) días después de que nosotros descubrimos la infracción.

## Derecho a Elegir un Representante

Si le has otorgado poder notarial o médico a otra persona, o si tiene un(a) tutor(a) legal, esa persona puede ejercer derechos por usted y tomar decisiones sobre su información médica. Nos aseguraríamos, antes cualquier decisión o de tomar una acción, de que esa persona tenga autoridad para actuar en su nombre legalmente.

## Derechos, Responsabilidades y Ética

Los clientes tienen derecho de participar activamente en su tratamiento y en la explicación del tratamiento; a rechazar el tratamiento; a la confidencialidad; a apelar una decisión; a tener acceso razonable a recibir atención; y a obtener un trato de respeto de nuestros trabajadores. Los pacientes tienen una responsabilidad de proveer información precisa, a seguir las políticas y procedimientos, y a cumplir con las obligaciones financieras.

### CAMBIOS A ESTE AVISO

De vez en cuando, podemos cambiar nuestras prácticas acerca de cómo divulgamos la información de salud de nuestros clientes, o cómo implementamos los derechos de clientes acerca de su información. Nosotros reservamos el derecho de modificar este aviso y prever los términos en un nuevo Aviso, válido para toda la información de salud que mantenemos. Si cambiamos nuestras prácticas, publicaríamos un Aviso de Prácticas de Privacidad. Puede obtener una copia del Aviso en cualquier momento, con una solicitud a nuestro Oficial de Privacidad por el contacto aquí abajo.

### Changing Lanes Intervention Human Services Admisión de Recibo de Aviso de Información y Prácticas de Privacidad

**Nombre del Cliente**: _____

He recibido una copia del Aviso de Prácticas Sobre la Privacidad de Información por Changing Lanes Intervention Human Sevices ("Notice"), que describe las maneras que se pueda compartir mi información de salud. Entiendo que Changing Lanes Intervention Human Services tiene el derecho de cambiar el Aviso (¨Notice¨) en cualquier momento. Puedo obtener una copia actual del aviso, contactando al Oficial de Privacidad al: (770) 580-4116 o al correo electrónico: info@clihumanservices.com.

**Mi firma abajo confirma que he recibido y leído una copia del Aviso de Información sobre Prácticas de Privacidad; y que entiendo su contenido y he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta sobre el Aviso.**

_____ _____
**Firma del cliente o Padre/Guardián**

_____
**Nombre de Cliente o Nombre y Título de Representante Personal**
**(e.g., Guardián, Ejecutor de Cuerpo de Herencia, Poder Notarial Para Atención Médica)**

**Fecha:**_____

## Consentimiento Informado y Acuerdo de Servicio

Yo, _____, como cliente(a) de Changing Lanes Intervention Human Services ("Client") – o si aplica – como padre o tutor(a) legal del cliente, doy mi consentimiento a Changing Lanes Intervention Human Services a brindar Servicios Psicológicos y/o de Análisis de Comportamiento al siguiente individuo, _____("Cliente(a)"), de acuerdo con las pautas éticas que propone la Junta de Certificación de Analistas de Comportamiento (Behavioral Analyst Certification Board); y la Junta de Consejeros Profesionales, Trabajadores Sociales, Terapeutas de Parejas y Familias, y Consejeros Licenciados en el cuidado de la Salud Mental (Board of Professional Licensed Counselors, Social Workers, Marriage and Family Therapists, and Mental Health Counselors).

También, entiendo que puedo retirar mi consentimiento y suspender el tratamiento por escrito en cualquier momento, y por cualquiera razón. Entiendo que cualquier información proporcionada en el proceso de inscripción, y además cualquier información obtenida durante el proceso de entrevista o durante el transcurso del tratamiento, se mantiene estrictamente confidencial de acuerdo con las pautas regulatorias de ¨HIPAA¨ (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico) y de la ley en general. Entiendo que las leyes del estado pueden requerir que la confidencialidad se rompa bajo ciertas circunstancias, específicamente si el analista de comportamiento sospecha que haya una amenaza a mi mismo(a) y/o a otras personas, o si haya sospecha de abuso de un niño.

Autorizo a Changing Lanes a proporcionar servicios por Telehealth (a distancia) y llamadas telefónicas, en conjunto con servicios de forma presencial. Consiento a recibir mensajes de textos de Changing Lanes.

**Entiendo que Changing Lanes Intervention Human Services está sujeto a estrictas normas de éticas de práctica, y que cualquier problema de preocupación que pueda surgir dentro del proceso de tratamiento que estén fuera del área de experiencia del analista de comportamiento, puede resultar en que reciba un referido a una agencia o individuo más apropiado.**

_____ _____

**Firma** **Fecha**

## Límites de la Confidencialidad

El contenido de las sesiones de terapia se considera confidencial. Tanto récords por escrito, como información verbal sobre un cliente, no se pueden compartir con otra entidad o persona sin el consentimiento por escrito del cliente o el guardián legal del cliente. Las excepciones que se notan son las siguientes:

## Deber de Advertir y Proteger

Cuando un cliente divulga intenciones o planes de hacerle daño a otra persona, el (la) profesional de salud mental está obligado(a) a advertirle a la víctima prevista y reportar esta información a autoridades legales. En casos donde el (la) cliente divulga o implica que tiene un plan de suicidarse, el (la) profesional de salud es requerido(a) por ley a notificar las autoridades legales y hacer intentos razonables para notificar a su familia.

## El Abuso de Niños y Adultos Vulnerables

Si un cliente dice o sugiere que el/ella está abusando a un niño (o adulto vulnerable), o que haya recientemente abusado a un niño (o adulto vulnerable); o si un niño corre peligro de recibir un trato de abuso, el (la) profesional de salud mental está obligado(a) a reportar esta información al servicio social y/o autoridad legal correspondiente.

## Mandato Judicial

Si nuestros registros, o los registros de subcontratistas, o testimonio del personal, son citados por orden judicial, estamos obligados a reproducir la información que se requiere o aparecer en la corte para contestar preguntas acerca del cliente.

## Exposición de los Padres a Sustancias Controladas

Profesionales del cuidado de la salud mental están obligados a reportar admisión por un padre a la exposición de sustancias controladas que pueden causar daño a la salud.

## Custodia de un Menor

Los padres o guardianes de clientes menores de edad – no emancipados – tienen el derecho de revisar los registros del cliente.

## Proveedores de Seguro

Las compañías de seguro y otros pagadores externos reciben información que solicitan acerca de los servicios que se brindan al cliente. Tipos de información que pueden solicitar incluyen (sin estar limitado a): tipos de servicios, fechas/horas de servicio, diagnosis, plan de tratamiento, descripción del deterioro, progreso de la terapia, notas sobre el caso, colección de datos durante los servicios, y resúmenes. **Estoy de acuerdo con los límites de confidencialidad enumerados arriba, y comprendo los significados y las ramificaciones.**

_____

**Firma del Cliente o Padre/Guardián**

_____ _____

**Nombre** **Fecha**

## Notificar a Changing Lanes Intervention Human Services Sobre Avisos de un Cambio

Entiendo que debo avisar a Changing Lanes Intervention Human Services de los siguientes cambios antes de mi próxima visita: Cualquier cambio de mi(s) proveedor(es) de seguro actual; cualquier beneficio de seguro que se utilice fuera de Changing Lanes Intervention Human Services. También, entiendo que la falta de notificar a Changing Lanes Intervention Human Services de lo anterior puede resultar en un rechazo del reclamo de la compañía de seguro y/u otros financiadores de pagos externos, y soy totalmente responsable por cualquier saldo pendiente de mi cuenta.

**Si mi proveedor de seguro u otro financiador externo llega a negar un pago basado en las razones enumerados arriba, entiendo que recibiré la factura de mi cuenta de Changing Lanes Intervention Human Services, y me comprometo a pagar el monto total del tiempo de terapia/servicios y cualquier balance pendiente de la cuenta del cliente.**

_____

**Nombre de Cliente o Padre/Guardián**

_____ _____

**Firma de Cliente o Padre/Guardián.** **Fecha**

## Acuerdo de Política de Pago

Yo, _____, me comprometo a pagar a Changing Lanes Intervention Human Services para todos los servicios que brindan o por citas fallidas/cancelaciones sin notificación de 24 horas previa, y estoy de acuerdo en seguir las siguientes pautas:

## Sesiones de Terapia – Pagadas por su Propia Cuenta

Usted recibirá una factura de gastos de forma quincenal o mensual por los servicios brindados al cliente por Changing Lanes Intervention Human Services. Esta factura va a incluír la porción de responsabilidad del cliente, incluyendo cualquier deducible, copagos, coseguro y otros gastos de bolsillo propio hasta que alcance su máximo de desembolso anual.

Se aceptan tarjetas de crédito o cheques para todos los pagos pendientes que se vencen en la fecha indicada en la factura. En ciertas situaciones, se puede acordar un plan de pagos a la discreción de las pautas y la administración de Changing Lanes Intervention Human Services.

## Entendiendo Estos Puntos Clave de Cancelaciones y Citas Perdidas

En Changing Lanes Intervention Human Services, intentamos de la mejor manera acomodar a nuestros clientes y familias que atendemos. Establecimos excelentes sistemas de administración, que pueden ayudar a que los servicios que brindemos funcionen sin problema. Un gran impedimento a que los servicios fluyan sin problema es cuando las sesiones de terapia se cancelan. Cuando un terapeuta cancela dentro de un periodo de 24 horas antes de una sesión (a menos que sea una emergencia), o múltiples veces aunque sea con más antelación de 24 horas, es inaceptable y es analizado por la oficina corporativa bajo términos estrictos. Cuando un cliente cancela la sesión de terapia, descompensa nuestro horario y puede resultar en que el terapeuta – a su discreción – tome la acción de parar de brindar servicios después de 3 faltas de citas/cancelaciones sin 24 horas de aviso previo. Entonces, sobre estas pautas, podríamos mandar una factura para sesiones perdidas o canceladas, que debe(n) ser pagada(s) en su totalidad antes de poder programar otra cita.

## Citas de Terapias Canceladas

Si hay un *problema ocasional* como una cita con un doctor, una emergencia, u ocasión familiar y necesita cancelar la cita de terapia, debe avisar el terapeuta, y a su contacto principal de Changing Lanes Human Intervention Services al menos 24 horas antes de la cita o puede que incurra una factura para el tiempo de la sesión completa, dado que el servicio no se puede facturar con el proveedor de seguro. Si nos da el aviso 24 horas antes, haremos nuestro mejor esfuerzo para acomodarle otra cita. Los ajustes deben realizarse y aprobarse por el departamento principal de la oficina de Changing Lanes Intervention Human Services.

En caso de *una enfermedad inesperada o una emergencia* donde no puede dar 24 horas de aviso previo, tiene la obligación de avisarnos almenos **2 horas antes** de la cita programada para evitar que se le cobre el costo de la sesión entera que no estaría cubierta por el seguro.

Si no hay un *Aviso Previo de Llegada Tardía a la Sesión.*

Cuando un cliente llega tarde a una cita programada, él o ella puede ser cobrado(a) el monto de la cita completa, aunque no se logra cubrir por cobertura de seguro aplicable. El terapeuta esperará **10 minutos** desde la hora inicial de la cita. Si el cliente no se presenta después de haber esperado los 10 minutos, se le da permiso al terapeuta de irse y/o pasar al siguiente cliente. En ese caso, el cliente se consideraría ausente/No Presente y no se reprogramaría la cita. Es posible que se le facture la sesión completa, dado que este tiempo no es facturable al seguro.

**No asistir a sesiones repentinamente, o llegar tarde frecuentemente a las sesiones programadas, *puede resultar en la suspensión de servicios.***

**He leído, comprendido, y estoy de acuerdo con las pautas de pagos que se han enumerado en la sección anterior.**

_____

**Nombre**

_____ _____

**Firma** **Fecha**

## Formulario para Autorizar y Acordar Pagos con Tarjeta de Crédito

Por favor, ingrese su información para que tengamos un número de tarjeta en el registro del cliente, aun si no tiene un Copago. Usted autoriza cargos a su tarjeta. En el caso de que se rompan los términos de los siguientes acuerdos: Cancelaciones y Citas Perdidas, Póliza de Pago, y Notificaciones de Cambios, entiendo que tendré que pagar una factura a Changing Lanes Intervention Human Services y estoy de acuerdo en pagar el monto completo por la terapia programada/servicio programado y cualquier saldo pendiente de la cuenta del cliente. Se le cobrará el monto indicado en una factura cada periodo de facturación antes de los cargos. Se le proporcionará un recibo para cada pago, y el cargo aparecerá en su estado de cuenta de la tarjeta de crédito. Está de acuerdo que no se le notificará antes del cargo, a menos que cambie la fecha o el monto como se indica en la factura. En ese caso, recibirá una notificación de nosotros al menos 10 días antes de que se cobre el pago.

Yo, _____(nombre del titular), autorizo a Changing Lanes Intervention Human Services a cobrar mi tarjeta de crédito bajo los términos del Acuerdo arriba.

### Información de Facturación

Dirección de Facturación _____Teléfono # _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____ Correo Electrónico_____

Detalles de la Tarjeta: ☐ Visa ☐ MasterCard ☐ Discover ☐ American Express

Nombre del Titular _____
Número de Tarjeta _____Fecha de vencimiento ____ /____ Código de Verificación de Tarjeta (CVV) _____ Código Postal _____

**En el caso de que se rompan los términos de los siguientes acuerdos: Cancelaciones y Citas Perdidas, Póliza de Pago, y Notificaciones de Cambios, entiendo que tendré que pagar una factura a Changing Lanes Intervention Human Services y estoy de acuerdo en tener que pagar el monto completo por la terapia programada/servicio programado y cualquier saldo pendiente de la cuenta del cliente con la tarjeta cuyos datos están arriba. Acepto y Autorizo que todos cargos se hagan con la tarjeta arriba, y doy permiso a Changing Lanes Intervention Human Services a realizar cargos con esa tarjeta. Entiendo que esta autorización permanecerá hasta que lo cancele por escrito y proporciono otra forma de pago. Estoy de acuerdo con avisar a Changing Lanes Intervention Human Services por escrito sobre cualquier cambio de información de mi cuenta al menos 14 días antes de la próxima fecha de expedición de cobros que recibiré de acuerdo con una factura. Si las fechas de pago caen en un fin de semana o día feriado, entiendo que los pagos se pueden realizar en el siguiente día. Reconozco que el origen de las transacciones de la Tarjeta de Crédito a mi cuenta deben cumplir con las disposiciones de la ley estadounidense. Certifico que soy un usuario autorizado de esta Tarjeta de Crédito y no disputaré las transacciones; siempre y cuando las transacciones corresponden a los términos indicados en este formulario de autorización.**

**Firma _____ Fecha _____**
**(Firma del Titular de la Tarjeta )**

## Pautas Para Padres/Tutores Legales

Su cooperación con las siguientes pautas se agradece muchísimo para apoyarnos a trabajar con el cliente exitosamente.

**1)** Padres/guardianes y terapeutas deben respetarse y tratarse con cortesía. La comunicación abierta entre los padres/guardianes y terapeutas es crítico para establecer un programa próspero para los clientes. Toda comunicación se debe realizar de forma cortés y de manera respetuosa. Para resolver cualquier problema o preocupación, por favor contacte al departamento de Líderes de Personal de Changing Lanes Intervention Human Services inmediatamente al: (770) 580-4116.
**2)** El (la) cliente debe vestirse y haber comido antes de que llegue el terapeuta, a menos que estas destrezas se estén trabajando como parte del programa.
**3)** Un padre/guardián o adulto responsible debe estar en la casa cuando se le esté dando terapia al cliente.
**4)** Se espera que los padres se entrenen porque su participación se requiere para el mejor tratamiento posible.
**5)** El área que se utiliza para la terapia debe tener una temperatura cómoda y ofrecer buena iluminación.
**6)** El área que se utiliza para la terapia debe ser segura y protegida tanto para el cliente como para el personal. Si el miembro del personal siente que el ambiente no cumple con patrones de seguridad y protección, el/ella se irá inmediatamente e informarán a la oficina corporativa dentro de un día hábil.
**7)** Los materiales y refuerzos utilizados para la terapia no se deben utilizar fuera de los horarios de terapia.
**8)** NO se permite que el terapeuta llevue al cliente en su automóvil.
**9)** Enfermedad: Por favor, avísele al terapeuta con la mayor antelación posible, al menos la noche antes de su terapia programada, si sabe que el (la) cliente no va a poder participar en el programa el próximo día. La enfermedad incluye, aunque no se limita, a lo siguiente: Una temperatura corporal más de 100 grados, paperas, oxiuros, enfermedades transmisibles, varicela, faringitis estreptocócica, fiebre aftosa, sarampión, piojos, vómito, diarrea, erupciones, conjuntivitis, viruela de simio, y Covid. Se les solicita a los Padres/Guardianes que usen las mismas pautas que usan para la escuela – si un(a) cliente se encuentra demasiado enfermo(a) para asistir a la escuela – también se considera muy enfermo(a) para participar en su sesión de terapia. Las terapias continuarán tan pronto que el doctor del cliente verifique que el paciente no vaya a contagiar a otras personas o que el remedio de tratamiento se termine. Si el terapeuta llega a la casa del cliente y está enfermo(a), el terapeuta no va a poder trabajar con él o ella. Se contará como una cancelación no excusada y puede que reciba una factura para cubrir la sesión, dado que no se pueda reclamar con el seguro.

**10)** Los padres/guardianes no pueden cambiar los horarios de terapia con los terapeutas. Deben comunicarse con el departamento de programación de horarios para pedir un cambio de horario. Por favor, considere que pueda que los servicios se detengan hasta que un terapeuta puede ser asignado, y su terapeuta actual y/o su supervisor puede que sean otros(as) después que el horario solicitado cambie.
**11)** El terapeuta va a llamar a la familia si van a llegar más de 5 minutos tarde. Si no llama el terapeuta después de 5 minutos de tardía, los padres/guardianes deben reportar la situación a la oficina corporativa.
**12)** Si un terapeuta cancela una sesión, los padres/guardianes deben reportar la situación a la oficina de Changing Lanes Intervention Human Services. Estas horas se pueden recuperar tan pronto que sea posible, y se le informará a la familia de cuándo las sesiones se puedan reponer.
**13)** En caso de que llueva o de inclemencias del tiempo: Por favor esuche a la radio para ver si anuncian cerraduras de la escuela en el distrito donde usted reside. Si las escuelas del distrito están cerradas es una indicación que manejar en el área presenta peligro y el terapeuta no debe reportar al trabajo ese día. Como las escuelas en el distrito se cierran en los días de inclemencias del tiempo, el horario de los días perdidos se puede recuperar a la discreción del terapeuta y la familia.
**14)** En caso de que ocurra un accidente o incidente inusual, el terapeuta y la familia deben informar a la oficina corporativa dentro de 1 día hábil (24 horas).
**15)** Se desea que los padres/guardianes compartan cualquier información con el terapeuta de manera profesional, para que ayude al terapeuta a trabajar exitosamente con el (la) cliente.
**16)** Los números de todos los terapeutas deben estar disponibles. Deben responder dentro de un periodo de 24-48 horas, y los padres/guardianes deben confirmar sus horarios disponibles para que les puedan contactar.

Yo entiendo y estoy de acuerdo con las pautas de los padres/guardianes:

_____ _____

**Firma del cliente o Padre/Guardián** **Fecha**

## Contrato de Consentimiento Para el Tratamiento.

**Nombre Completo**:_____

Está a punto de tomar un paso muy importante en su plan de bienestar mental, y está viendo a un profesional de salud mental. Como su proveedor de servicios para su salud emocional, entraremos en una relación protegida. El tratamiento puede requerir de una estrategia familiar multidimensional. A causa de esto, el consentimiento es necesario para todos quienes puedan estar presente durante las sesiones.

Le estamos brindando un cuidado y haremos nuestro mejor esfuerzo de diagnosticarle con precisión y diseñarle un plan de tratamiento integral que le permitará continuar con un desarrollo emocional normal. Esto puede incluir recomendaciones de terapia, o acerca del tema de medicamentos. Todo será parte del servicio que brinde su profesional de la salud mental. Trabajaremos también con su médico de atención primaria para asegurar la coordinación de la atención.

**(Iniciales)**_____

Usted es nuestro cliente y tiene derecho a la confidencialidad. El derecho de la confidencialidad no aplica en ciertas situaciones: Estamos obligados por ley a reportar cualquier sospecha de abuso de un(a) niño(a). Eso incluye abuso físico o sexual. También, tenemos un deber de proteger a personas que puedan estar en peligro de matarse, o que hayan hecho amenazas a matar a otra persona. Excepto en estas situaciones poco comunes, su hijo(a) tiene el derecho de privacidad en tópicos particulares, aun contra la voluntad de un padre/guardián. Por favor, respete a esta confidencialidad. Le recordamos que si haya un sospecho de daño, suicidio, u otro comportamiento peligroso, le informaremos.

Si cree o piensa que sea lo mejor para usted comunicarse con una fuente externa, solicitaremos que firme el formulario que autoriza la divulgación de su información. Para asegurar una buena atención terapéutica, se requieren citas frecuentes. A menos que se acuerde lo contrario, los clientes que no hayan recibido un servicio por 3 meses se considerarán inactivos. Van a necesitar una nueva cita de evaluación para poder restablecerle como cliente y reiniciar las terapias.

**(Iniciales)**_____

Yo,_____(cliente), por la presente busco y consiento a acudir al tratamiento que brinda Changing Lanes Intervention Human Services LLC, con la proveedora privada, Ashley Martin, LPC (Consejera Profesional Licenciada). Si asisto a terapias grupales, aun entiendo y me comprometo que la confidencialidad todavía aplica y que Changing Lanes Intervention Human Services, LLC, no es responsable si miembros del grupo rompen las pautas de la confidencialidad. Yo entiendo que desarrollar un plan de tratamiento con este proveedor y revisar regularmente nuestro trabajo hacia las metas del plan de tratamiento están en mi mejor interés. Me comprometo a desempeñar un papel proactivo en este proceso. Entiendo que no me hayan hecho promesas en cuanto a los resultados del tratamiento o sobre los procedimientos que use este profesional de salud mental.

**(Iniciales)_____**

Estoy consciente de que puedo parar de tener servicios de terapia con este profesional de salud mental en cualquier momento. Entiendo que pueda perder otros servicios o tendré que enfrentar otros problemas si paro el tratamiento. (Por ejemplo, si mi tratamiento se había ordenado por medio del juzgado, tengo que responderle a la corte.)

**(Iniciales)_____**

Estoy consciente que si intento a contactar mi proveedor por teléfono, por correo electrónico, o por otra forma de comunicación por el Internet, no se puede asegurar que la información que yo comparte vaya a estar completamente segura. En caso de que mi información sea interceptada por una fuente externa, Changing Lanes Intervention Human Services no es responsable por la violación de privacidad del cliente. Abajo, se encuentran las maneras aprobadas de contacto para dejar mensajes o para responder si nos contactan:

**Teléfono :_____**
**Correo electrónico :_____**

**(Iniciales)_____**
**Nombre del cliente (Por favor, firme):_____**

**Fecha:_____**

# Noticia de Privacidad (HIPAA – Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico/Contrato de Prácticas de Privacidad

**Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar la información médica relacionada con usted, y cómo puede tener acceso a esa información.** ***Por favor, revísalo detenídamente.***

**Nombre:_____ Fecha de Nacimiento:_____**

**Apellido:_____**

Nosotros en Changing Lanes Intervention Human Services entendemos la importancia de la privacidad, y nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información. Nosotros creamos un récord de los servicios médicos que brindamos y Podemos recibir registros de fuentes externas. Nosotros usamos estos records para brindarle servicios o facilitar que otros proveedores puedan brindarle servicios de calidad; para obtener fondos para cubrir nuestros servicios, cuales le brindamos a usted en acorde con su plan de seguro de salud; y para poder llegar a cumplir nuestros deberes profesionales y obligaciones legales de operar apropiadamente esta práctica médica. Nos obligan por ley a mantener la privacidad de información de salud protegida, a avisar a las personas sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respeto a información de salud protegida, y a notificarle a las personas después que ocurre una violación de la privacidad de salud por causa del traspaso de información de manera insegura. Este aviso describe de qué forma podemos usar o divulgar su información médica. También, describe sus derechos y nuestras obligaciones legales acerca de su información médica. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor contacte a nuestra oficina.

Se puede notificar a nuestra oficina al siguiente correo electrónico:
***info@clihumanservices.com.*** *CEO Ashley Martin* (Directora General)

**Nombre del cliente (por favor, Firme):_____**
**Fecha:_____**

## Autorización Para Divulgar Información

**Primer Nombre y Apellido del paciente**:_____

**Fecha de Nacimiento**:_____

Nosotros respetamos su información personal y deseamos que sepa sus derechos como cliente de Changing Lanes Intervention Human Services. Por favor, lea la información abajo.

**DERECHOS DEL PACIENTE**

• Usted puede revocar esta autorización (permiso de usar o divulgar información) en cualquier momento, contactando a nuestra oficina.
• Si usted hace una petición de revocar esta autorización, no incluirá información que posiblemente se haya utilizado o divulgado basado en su autorización previa.
• No se le obligará a firmar este formulario como una condición de recibir tratamiento, obtener un pago, inscribirse, o para determinar elegibilidad para beneficios.
• Tiene derecho de recibir una copia de esta autorización firmada.
• Si decide no aceptar esta solicitud, sus beneficios o servicios no se verán afectados.

## AUTORIZACIÓN DE PACIENTE

Por la presente autorizo los nombres o entidades escritos abajo a divulgar verbalmente o por escrito, información sobre cualquier información en los records médicos, legales/judiciales, educacionales, de mi salud mental y/o abuso de alcohol/drogas, diagnóstico(s) o tratamientos recomendados o recibidos por el paciente aquí identificado. Doy mi autorización para que estas agencias compartan mi información por correo, teléfono, en persona, por fax y/ o por contacto de correo electrónico. Entiendo que estos records están protegidos por leyes Federales y estatales que gobernan la confidencialidad de records de la salud mental y de abuso de sustancias, y que no se pueden divulgar sin mi consentimiento, a menos que se disponga lo contrario en el reglamento. También, entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, y que lo debo de hacer por escrito. Una solicitud para revocar esta autorización no afectará ninguna acción que se realice antes de que el proveedor haya recibido la solicitud.

Por medio de la presente autorizo a Changing Lanes Intervention Human Services a **EMITIR** mi información protegida de salud (PHI) A:
Nombre:_____
Dirección:_____Ciudad:_____
Estado:_____ Código Postal:_____
Teléfono:_____ Fax:_____
Correo electrónico:_____

Por medio de la presente autorizo a Changing Lanes Intervention Human Services a **OBTENER** información protegida de salud (PHI) De:
Nombre:_____
Dirección:_____Ciudad:_____
Estado:_____ Código Postal:_____
Teléfono:_____ Fax:_____
Correo Electrónico:_____

## ALCANCE DE LA DIVULGACIÓN DE PHI (Información de Salud Protegida):

Una divulgación de información puede incluír la siguente información verbal o por escrito: (marque todas las que correspondan)

Hoja Frontal, Historial & examen físico, Laboratorios/resultados de pruebas diagnósticas,
Información Escolar
Resumen de Alta

Resumen de Notas de Progreso y del Caso en los records del tratamiento & fecha de contacto
Evaluación psicológica/resultados de pruebas
Tenso(a)/incapaz de relajarse
Temor a salirse de la casa
Preocupación excesiva
Autoestima inflada
Ataques de Pánico
Sentirse culpable o sin valor/Pensamientos sobre la muerte o suicidio/Otros síntomas: _____

Records de medicinas
Consulta de salud conductual/psicológica
Evaluación Psicosocial/Historial familiar
Informe de Registro de Urgencias
Evaluación Psiquiátrica
Registro de Tratamiento de Abuso de Sustancias
Resultados y tratamiento de VIH/SIDA
Historial
Información necesaria para identificar, diagnosticar, el pronóstico, o el tratamiento para la salud mental, abuso de sustancias (uso de alcohol/drogas), y otra información relevante con el propósito del tratamiento.

*Todos los Enumerados Arriba*

**Firma**:_____**Fecha**:_____

*Autorizo que se obtenga toda la información de la fuente identificada anteriormente, que se considera estrictamente confidencial y que no se puede distribuir por Changing Lanes Intervention Human Services sin mi consentimiento. Entiendo que esta autorización permanecerá vigente por:*

El periodo necesario para completer todas las transacciones de las cuentas relacionadas con servicios que yo he recibido.

Un (1) año
Otro periodo de tiempo:_____

*Entiendo que, a menos se limite lo contrario por regulaciones estatales o federales, y excepto en casos que se haya tomado acción basado en mi consentimiento previo, yo puedo revocar mi autorización en cualquier momento. Si el (la) cliente es un niño menor de edad, verifico que soy su guardián legal/custodio legal de este niño(a).*

**Nombre Completo:_____ Fecha:_____**
**Firma:_____**