

---

### Forma de Clientes de Nuevo Ingreso

The Samaritan Counseling Center es un centro de consejería sin fines de lucro, acreditado por The Solihthen Institute. Nuestra misión es proveer servicios basados en la fe de salud mental, programas educativos y consejería profesional a todas aquellas personas que lo necesitan en la región del Río (River Region) a través de una filosofía orientada en el bienestar enfatizando la mente, cuerpo y espíritu.

Por favor llene el siguiente formulario para agendar una cita de evaluación.

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre o Tutor (en caso de ser menor de 18 años): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal #: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ ¿Se puede dejar mensaje? \_\_\_\_\_

Teléfono Secundario #: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ ¿Se puede dejar mensaje? \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Me gustaría pertenecer a la lista de correos de The Samaritan Counseling Center para recibir noticias e información del centro.

Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a) Género: \_\_\_\_\_

Trabajo/Escuela: \_\_\_\_\_ Ocupación/Año Escolar: \_\_\_\_\_

Raza:  Blanco/Caucásico  Afroamericano  Asiático  Latino/Hispano  Americano (Nativo)  Multi-racial  Otro \_\_\_\_\_

Afiliación Religiosa, ¿En caso de haber? \_\_\_\_\_ Es importante para usted: \_\_\_\_\_

Lugar de la Iglesia: \_\_\_\_\_

¿Por quién fue referido? \_\_\_\_\_ ¿Referido para? \_\_\_\_\_

Si usted no fue referido, ¿cómo se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_

Consejero de Preferencia (En caso de aplicar): \_\_\_\_\_

Sexo preferente del Consejero:  Masculino  Femenino  Sin preferencia

¿Puede subir escaleras? \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono primario #: \_\_\_\_\_ Teléfono secundario #: \_\_\_\_\_

---

---

Tipo de ayuda requerida:  Individual  Pareja  Familiar

Por favor dé una breve explicación de cuál fue el motivo de buscar ayuda de consejería:

**Por favor enliste los nombres de las personas adicionales que tomarían sesiones de consejería**

Nombre del segundo cliente (en caso de aplicar) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a) Género: \_\_\_\_\_

Raza:  Blanco/Caucásico  Afroamericano  Asiático  Latino/Hispano  Nativo Americano  Multi-racial  Otro \_\_\_\_\_

Nombre Adicional (en caso de aplicar): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a) Género: \_\_\_\_\_

Raza:  Blanco/Caucásico  Afroamericano  Asiático  Latino/Hispano  Nativo Americano  Multi-racial  Otro \_\_\_\_\_

**Ingreso Familiar:** (Necesitamos esta información en caso de utilizar algún seguro o pagar alguna cuota subsidiada.)

The Samaritan Counseling Center es una organización sin fines de lucro y puede brindar consejería subsidiada, según se necesite, debido a las contribuciones de muchos de nuestros patrocinadores a nuestra Fundación Jeremías 29:11. Para lograr asegurar fondos de financiamiento, es necesario proporcionar información sobre el ingreso familiar para nuestra base de datos, que demuestra nuestra necesidad financiera. En esta sección se debe incluir todo los ingresos – ejemplo, salario, manutención de los hijos, mantenimiento, ingreso por inversiones y subsidios de casa.

**Por favor de marcar su ingreso familiar** y el número de personas que viven con usted o que dependen económicamente de usted. Esta información se dará a los patrocinadores como información agregada y no será compartida.

Número de habitantes en la casa: \_\_\_\_\_

\$0-25,999  \$26,000-\$29,999  \$30,000-\$39,999  \$40,000-\$49,999  \$50,000-\$59,999

\$60,000-\$69,999  \$70,000-\$79,999  \$80,000-\$89,999  \$90,000-\$99,999  \$100,000- o más

¿Va a utilizar algún seguro? \_\_\_\_\_

**Seguro** (La oficina necesitará una copia de ambos lados de su tarjeta del seguro. Por favor agregar la información en la siguiente página.)

**Seguro primario:** \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

ID #: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario:** \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

ID #: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

### Programa de Asistencia al Empleado (Employee Assistance Program EAP)

Me gustaría utilizar el Programa de Asistencia al Empleado (EAP) en caso de aplicar:  Si  No

Nombre de empleado/Socio: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Proveedor de EAP: \_\_\_\_\_

Relación de cliente con el Empleado/Socio: \_\_\_\_\_

**\*\*La autorización del Proveedor EAP debe ser autorizada antes de iniciar la sesión de consejería. En caso de no obtener dicha autorización, me responsabilizo del pago a The Samaritan Counseling por la sesión denegada.**

1. Me responsabilizo de obtener todas las autorizaciones y de pagar todos los cargos fuera de cobertura. Comprendo que soy responsable por los cargos no cubiertos o reembolsos por los agentes antes mencionados. Estoy de acuerdo, en caso de no realizar el pago, de asumir los costos de intereses, cargos de acciones legales (en caso de requerir y renunciar a la confidencialidad para el fin.)
2. Mi terapeuta puede sugerir opciones de consulta en diferentes situaciones (ej. sesiones por teléfono o por video); es mi responsabilidad determinar la cobertura del seguro por estas sesiones o pagar los costos por el servicio a las tarifas previamente acordadas.
3. Autorizo al equipo de The Samaritan Counseling Center a comunicarse con mi compañía de seguro con el propósito de verificar el reclamo y autorización de los servicios, incluyendo el código del diagnóstico, así también para que mi seguro proporcione mi información de cobertura a The Samaritan Counseling Center. Yo autorizo que obtengan cualquier información necesaria ya sea médica o de cualquier tipo para proceder con el reclamo.
4. Mi derecho de pago de todos los servicios se asignan a The Samaritan Counseling Center. Esta asignación cubre cualquier beneficios bajo Medicare, y otros servicios patrocinados por programas del gobierno, seguro privado y otros planes de salud. Doy mi consentimiento que este documento es un acuerdo legal entre ambas partes para obtener mis beneficios como pago a los servicios. En caso de que mi seguro no acepte la asignación de beneficios o si los pagos se hacen directamente a mí o a mi representante, Yo realizaré esos pagos a The Samaritan Counseling Center.
5. Comprendo que tengo el derecho de solicitar y recibir aviso de privacidad por parte de The Samaritan Counseling Center.

ESTE ACUERDO/CONSENTIMIENTO PERMANECERA VIGENTE HASTA QUE YO LO CANCELE POR ESCRITO.

Nombre del Cliente (Nombre Impreso): \_\_\_\_\_

Firma del Cliente (o de la persona autorizada para firmar): \_\_\_\_\_

En caso de aplicar la autorización, parentesco con el Cliente: \_\_\_\_\_

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

**Página para Adjuntar los Documentos del Seguro e Identificación con  
Fotografía**

---

**Tarjeta(s) del Seguro Primario ambos lados**

Casilla para adjuntar lado frontal

Casilla para adjuntar lado  
posterior

**Tarjeta(s) del Seguro Secundario ambos lados**

Casilla para adjuntar lado frontal

Casilla para adjuntar lado  
posterior

**Tarjeta de Identificación (ID) ambos lados**

Casilla para adjuntar lado frontal

Casilla para adjuntar lado  
posterior

---

## CONSENTIMIENTO POR SERVICIOS

### **Bienvenidos a The Samaritan Counseling Center.**

The Samaritan Counseling Center es un centro de consejería sin fines de lucro, acreditado por The Solihnten Institute. Nuestra misión es proveer servicios basados en la fe de salud mental, programas educativos y consejería profesional a todas aquellas personas que lo necesitan en la región de Río (River Region), a través de una filosofía orientada en el bienestar que se enfatiza en la mente, cuerpo y espíritu.

### **Confidencialidad**

Las políticas de confidencialidad, así como otra información de acuerdo a sus derechos de privacidad, son descritas en un documento titulado Aviso de Practicas Privdas. Es la política de The Samaritan Counseling Center de proteger la privacidad de cada cliente al máximo. Generalmente, la información o servicios brindados a usted no serán compartidos sin su consentimiento por escrito. Sin embargo, en ciertas circunstancias se requiere compartir esta información sin su consentimiento, como por ejemplo:

- a) Por orden de la ley estatal o federal debido a la sospecha o conocimiento de abuso y/o negligencia infantil o a personas de la tercera edad,
- b) Si existe un riesgo o amenaza grave de daño físico para sí mismo o para los demás,
- c) Ordenado específicamente por un tribunal de justicia.

En acuerdo con el estándar de garantía de calidad establecido por la entidad de acreditación de The Samaritan Counseling Center, The Solihnten Institute, su archivo puede ser revisado para asegurar el cumplimiento de los registros. Así mismo, el terapeuta puede discutir anónimamente su tratamiento con su supervisor para garantizar una atención de calidad. Todos los supervisores y personal de The Samaritan Counseling Center están obligados a seguir reglas de confidencialidad.

### **Póliza de Cancelación**

El horario de su cita ha sido reservado sólo para usted. El centro necesita ser notificado al menos **24 horas antes** de su cita, en caso de requerir la cancelación o para re-agendar su cita llamando al 334-262-7787 opción 1. Si usted no logra contactar nuestra oficina y cancelar la cita con **24 horas de anticipación se cobrará una cuota de \$25.00 dólares por cancelación tardía**. Contamos con un servicio de recordatorio de citas, el cual lo contactará 48 horas previas a su cita; sin embargo, este servicio es cortesía de nuestra parte y usted es responsable de realizar la cancelación al menos **con una anticipación de 24 horas**. Si usted tiene un retraso de más de 10 minutos a su cita, ésta será considerada como cita no asistida y se hará un cargo por ausencia de **\$50.00 dólares**.

### **Mensajes**

Si usted necesita contactar a su terapeuta fuera de horario de su cita, usted puede contactar a él/ella hablando directamente al número que el terapeuta le ha proporcionado, por mensaje o por su cuenta de portal o hablando a nuestra oficina al 334-262-7787. Los mensajes serán atendidos al siguiente día laboral. Por favor lea la siguiente sección para situaciones de emergencia.

### **Emergencias**

Por favor hable con su terapeuta sobre cómo manejar las emergencias. Si usted experimenta una crisis de salud mental fuera de la sesión puede llamar al 911 o puede ir al establecimiento de emergencia más cerca. Por otra parte, si usted está teniendo una crisis y le gustaría hablar con alguien por favor llame a the National Suicide Prevention Lifeline al teléfono 800-273- 8255. Este servicio está disponible las 24 horas del día, los 365 días del año.

## Cuotas y Seguro

La cuota de su sesión se revisa durante la entrevista/proceso de agendar su cita. Se espera que su tarifa de pago, co-pago, co-seguro o deducible se realice en el horario de su cita. El centro acepta efectivo, cheques, Visa, Mastercard, Discover y American Express.

The Samaritan Counseling Center acepta Medicare y muchas otras compañías de seguros ya sea dentro o fuera de red. La cobertura con cada compañía varía de acuerdo al terapeuta. Como cortesía, nuestro centro verifica la elegibilidad y beneficios; sin embargo, es su responsabilidad de dar seguimiento con su compañía de seguros para verificar la cobertura por servicios con los terapeutas asignados de acuerdo con su póliza y notificar a nuestra oficina cualquier discrepancia en el proceso de verificación.

The Samaritan Counseling Center ayuda al llenado de reclamaciones y solicitar el pago. The Samaritan Counseling Center no garantiza el pago por la compañía de seguros. Si la compañía de seguros no realiza el pago a nuestro centro dentro de 90 días, el cliente tendrá que pagar el saldo pendiente.

El Programa de Asistencia al Empleado (EAP) requiere de una autorización previa y algunas pólizas de seguros necesitan una referencia médica. Es la responsabilidad del cliente de obtener dicha autorización y referencia médica a tiempo para la cobertura.

La cuota de asistencia podrá ser proporcionada por medio de nuestro Fondo de Asistencia al Cliente Jeremías 29:11. La elegibilidad es requerida y depende de los fondos disponibles en el Fondo de Asistencia al Cliente Jeremías 29:11.

The Samaritan Counseling Center es un centro de consejería sin fines de lucro y realizar los pagos con puntualidad es importante. Las cuentas que tengan más de 90 días de atraso en pago serán enviadas al Holloway Collection Services para su cobro. Holloway Collection Services agrega un 33.33% adicional al adeudo que tenga con el Centro. Acepto los cargos por los servicios como una deuda legal y acepto pagar el monto de adeudo al Centro incluyendo cualquier costo de cobro.

## Derechos del cliente

Todos los clientes de The Samaritan Counseling Center tienen sus derechos:

### Derechos Personales

- 1) El cliente deberá ser tratado con dignidad y respeto libre de cualquier abuso ya sea verbal, físico, emocional y sexual.
- 2) El cliente tiene el derecho a que el personal tenga decisiones justas y razonables sobre su tratamiento y atención.
- 3) El cliente no deberá ser grabado, filmado o fotografiado a menos que él/ella esté de acuerdo.

### Tratamiento y derechos relacionados

- 1) El cliente deberá recibir un tratamiento rápido y adecuado y los servicios adecuados para él/ella.
- 2) El cliente podrá participar en la planificación de su tratamiento y cuidado.
- 3) No se dará un tratamiento al cliente sin un consentimiento por escrito e informado, a menos que sea una emergencia para prevenir algún daño físico a sí mismo o a otros, o que la corte lo ordene.
- 4) El cliente tiene que ser informado por escrito de cualquier costo de atención o tratamiento por el cual él/ella o algún familiar debe pagar.

### Record de Acceso y Privacidad

- 1) Véase el Aviso de Privacidad de HIPAA.

## Quejas

The Samaritan Counseling Center tiene como objetivo brindar a todos nuestros clientes una atención la salud de alta calidad que les dé esperanza y sanación. En caso de no estar satisfecho con nuestros servicios de usted o de algún familiar reciban; usted conserva el derecho de abogar por usted o por su familiar.

Para quejas sobre el terapeuta, el procedimiento es el siguiente:

Paso 1: Los clientes son alentados a hablar con el terapeuta y ver si su queja puede ser resuelto y respondido a ese nivel.

Paso 2: Si el cliente y el terapeuta no pueden lograr una solución a la queja, el cliente deberá contactar a la Directora del Centro (Rebecca Morris, Ed. S., LPC-S; 334-262-7787). Paso 3: Si el cliente y la Directora del Centro no logran resolver la queja, el cliente deberá presentar por escrito su queja con el Director Ejecutivo del Centro, Mr. Cary Kuhlmann, quien responderá la queja en un lapso no mayor a 30 días.

Para quejas administrativas o financieras, el procedimiento es el siguiente:

Paso 1: Los clientes son alentados a hablar con su terapeuta si ver si la queja puede resolverse a este nivel. Paso 2: Si el cliente y el terapeuta no pueden lograr una solución a la queja, el cliente deberá contactar a la Administradora de Oficina, Katie Nixon, at 334-262-7787. Paso 3: Si el cliente y el Gerente del Centro no logran resolver la queja, el cliente deberá presentar por escrito su queja con el Director Ejecutivo, Mr. Cary Kuhlmann, quien responderá la queja en un lapso no mayor a 30 días.

### **Término de servicios**

Los clientes tienen derecho a finalizar el tratamiento en cualquier momento. Por favor notifique a su terapeuta de su decisión de terminar la terapia. Él/Ella podrá solicitar una sesión final con usted para dar por terminada la terapia y planificar el cuidado posterior. Los servicios a través de The Samaritan Counseling Center podrán darse por terminados por varias razones, algunas de estas son:

- Hay un acuerdo mutuo entre cliente y terapeuta para terminar la terapia.
- El cliente no podrá regresar a terapia o agendar cita por 60 días.
- El terapeuta decide dar por terminada la terapia porque considera que no está siendo efectiva o porque el cliente no está comprometido con las recomendaciones del tratamiento.
- El cliente se encuentra en tratamiento residencial u hospitalario (ej. Hospitalización) y no se espera que regrese a terapia.
- Los terapeutas de The Samaritan Counseling Center podrán usar su juicio clínico para determinar si el cliente necesita ser referido a otro terapeuta o a otra organización para recibir el tratamiento adecuado.
- The Samaritan Counseling Center se reserva al derecho de terminar con el cliente que ha violado las políticas de cancelación hasta el punto que se ha visto afectado su tratamiento y/o el horario del terapeuta.

Por favor tenga en cuenta que los clientes siguen siendo responsables de realizar pagos después de que el tratamiento haya terminado, no importa las circunstancias. Los clientes son bienvenidos a regresar a su tratamiento con The Samaritan Counseling Center.

### **Consentimiento del Cliente**

Mi firma abajo indica que revisé este documento, y que estoy de acuerdo con las políticas y servicios. Acepto la responsabilidad financiera para los pagos de servicios recibidos y por pagos de cancelación tardía. Si utilicé algún tipo de seguro para pagar todo o parte de los cargos, reconozco que autorizo compartir información necesaria para procesar los reclamos del seguro a mi nombre. Reconozco que soy responsable legal y financiero por el pago completo de cargos por servicios recibidos en caso de que mi póliza no cubra el reclamo. Tengo 18 años o más o tengo la custodia legal de este menor o menores.

Nombre del Cliente (Nombre Impreso): \_\_\_\_\_

Firma del Cliente (o de persona autorizada a firmar por el cliente): \_\_\_\_\_

En caso de aplicar, relación con el cliente: \_\_\_\_\_

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

## Aviso de Prácticas Privadas

### Derechos del Cliente

Cuando se trata de la información de su salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades que le ayudarán.

- **Obtener una copia o copia digital (electrónica) de su record médico**

Usted podrá solicitar una copia digital o impresa de su registro médico y otra información que tengamos de usted. Solamente pregunte cómo realizarlo. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días posteriores a su solicitud. Es posible que esta solicitud pueda generar cargos por dicho servicio.

- **Solicitar correcciones a su record médico**

Puede solicitar que corriamos información médica que considere que está incorrecta o incompleta sobre usted. Solamente pregunte cómo realizarlo. Es posible que deneguemos su solicitud, de ser así, se le notificará por escrito dentro de los 60 días.

- **Solicitar comunicación confidencial**

Puede preguntarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (ejemplo: teléfono de casa o teléfono oficina) o por medio de correo o a una dirección diferente. Le diremos que “sí” a todas las solicitudes cuando sean razonables.

- **Preguntar que limitemos lo que compartimos o usamos**

Puede solicitar que no utilicemos o compartamos cierta información médica para su tratamiento, pago u otras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podríamos decir “no” si esto afectaría su atención. Si usted paga completamente de su bolsillo por un servicio o un artículo de atención médica, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su seguro. Podemos decir que “sí” a menos que una ley necesite que compartamos dicha información.

- **Puede obtener la lista con quien hemos compartido información**

Puede solicitar una lista en la que se incluyan las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha que solicitó, con quién la hemos compartido y por qué. Incluiremos todas las declaraciones excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y otras declaraciones (como cualquiera que nos haya solicitado). Le proporcionaremos un informe anual de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable si solicita otro informe adicional en menos de 12 meses.

- **Obtener una copia de su aviso de privacidad**

Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, aunque usted haya accedido a recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia lo más pronto posible.

- **Elegir a alguien que tome acción por usted**

Si usted le ha otorgado poder médico a alguien a través de un notario o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones de su información médica. Nos aseguraremos que esa persona tenga la autoridad y pueda decidir por usted antes de tomar cualquier medida.

- **Puede presentar su queja si considera que han violado sus derechos**

Usted puede presentar una queja si considera que sus derechos han sido violados contactando a nuestra Directora del Centro Rebecca Morris Ed.S., LPC-S at 334-262-7787. También puede presentar su queja con el U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights enviando una carta a la dirección 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o hablando al 1-877- 696-6775, o visitar [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/). No tomaremos represalias en contra de usted por presentar una queja.



## Sus Decisiones

Para cierta información médica, usted puede mencionar su decisión de lo que podemos compartir. Si usted tiene claro como desea que compartamos su información en las situaciones descritas a continuación, háganoslo saber. Favor de informarnos qué le gustaría que hiciéramos y haremos todo lo que sea posible para cumplir con su solicitud.

En estos casos, usted tiene la decisión y el derecho de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado.
- Compartamos información en situaciones de riesgo.

En estos casos, no se compartirá información a menos que nos autorice por medio de un permiso por escrito:

- Por propósitos de mercadotecnia
- La mayor parte de compartir notas de psicoterapia.
- En el caso de una recaudación de fondos, es posible que nos comuniquemos con usted para los asuntos de la recaudación de fondos, pero podría decirnos que no lo contactemos nuevamente.

Si no está dispuesto a decirnos su preferencia, por ejemplo si esta inconsciente, podríamos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para sus intereses. También podríamos compartir su información si es necesario para reducir una amenaza grave e inminente de su salud o su seguridad.

## Nuestros usos y declaraciones

Típicamente utilizamos o compartimos su información médica de diferentes maneras.

### • **Su tratamiento**

Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que le están atendiendo. *Ejemplo: Consultas internas con otros terapeutas de The Samaritan Counseling Center con respecto a las mejores prácticas para su tratamiento y atención.*

### • **Dirigir nuestra organización**

Podemos utilizar y compartir su información médica para dirigir nuestras prácticas, mejorar su atención, y contactarlo cuando sea necesario. *Ejemplo: Usamos su información médica para manejar su tratamiento y servicio.*

### • **Facturar por sus servicios**

Podemos utilizar y compartir su información médica para facturar y obtener el pago por parte de seguros y otras compañías. *Ejemplo: Le daremos información de usted a su plan de seguro para que pueda pagar por su tratamiento.*

Tenemos el permiso de compartir información de otras formas, generalmente de formas que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigación. Debemos cumplir con ciertas condiciones con la ley antes de compartir información para estos propósitos. Para más información visite:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

### • **Ayuda con situaciones de salud y seguridad pública**

Podemos compartir su información médica para ciertas situaciones como: Prevenir enfermedades, reportar sospechas de abuso, negligencia, violencia doméstica y prevención o reducción de amenazas serias de salud o seguridad de cualquier persona.

### • **Hacer investigación**

Podemos usar o compartir su información para investigación médica.

### • **Cumplir con la ley**

Compartiremos información sobre usted si la ley estatal o federal lo requiere, incluyendo el Department of Health and Human Services si necesita saber que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

### • **Trabajar con un médico forense o director de funeraria**

Podemos compartir información médica con un médico forense, director de funeraria cuando alguna persona fallece.

### • **Abordar la compensación de los trabajadores, cumplimiento de la ley, y otras solicitudes del gobierno**

Podemos usar o compartir su información médica para los reclamos para la compensación de los trabajadores, para propósitos de cumplimiento de la ley o con un oficial de cumplimiento de la ley, con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley y para funciones gubernamentales especiales tales como militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial.

### • **Responder a demandas y acciones legales**

Podemos compartir su información médica en respuesta de una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

## **Nuestras responsabilidades**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber lo más pronto posible si ocurre alguna infracción que en donde pueda verse comprometida su privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y prácticas privadas que se describen en este aviso y darle una copia.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la que se describe en este aviso a menos que usted nos lo haga saber por escrito. Si usted nos comenta que lo podemos hacer, puede cambiar su opinión en cualquier momento. Háganoslo saber por escrito si esto sucede.

## **Cambios a los términos de este Aviso**

Este aviso es válido hasta 10/1/2020. Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible con una solicitud previa, en nuestra oficina o en nuestra página web.

### **Reconozco que he recibido el Aviso de Privacidad de The Samaritan Counseling Center's**

Nombre del Cliente (Nombre Impreso): \_\_\_\_\_

Firma del Cliente (o de persona autorizada a firmar por el cliente): \_\_\_\_\_

En caso de aplicar, relación con el cliente: \_\_\_\_\_

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

---

**CONSENTIMIENTO POR EL USO DE CORREO ELECTRONICO  
Y MENSAJES DE TEXTO**

Doy mi consentimiento para tener comunicación por medio de mensajes de texto y correos electrónicos entre The Samaritan Counseling Center y mi persona, con el siguiente entendimiento:

Riesgos potenciales:

- La información transmitida puede no ser suficiente para un entendimiento de ambas partes.
- Correos electrónicos y mensajes de textos no encriptados **NO** es un tipo de comunicación que cumpla con la HIPPA. The Samaritan Counseling Center no cuenta con capacidades de encriptado para mantener los procedimientos y protocolos necesarios para una comunicación segura por medio de mensajes de textos o correo electrónico. Podría haber problemas fuera del control de The Samaritan Counseling Center que podrían causar una violación de privacidad de su información confidencial. Con su firma, usted afirma que comprende y que está de acuerdo que el Centro no puede garantizar la seguridad e información que se revise con usted por estos medios.
- Bajo ninguna circunstancias The Samaritan Counseling Center puede garantizar que cualquier correo electrónico o mensaje de texto sea confidencial.

Comprendo que las siguientes alternativas están disponibles para mí:

- Cita presencial con el terapeuta.
- Comunicación vía telefónica.
- Tener comunicación segura con su terapeuta por medio del portal para clientes.

Comprendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto que The Samaritan Counseling Center ha actuado confiando en esto.

**Con mi firma a continuación, entiendo que cualquier comunicación por correo electrónico o mensaje de texto no es segura y que The Samaritan Counseling Center no garantiza la privacidad de ningún tipo de comunicación como las mencionadas previamente.**

Nombre del Cliente (Nombre Impreso): \_\_\_\_\_

Firma del Cliente (o de persona autorizada a firmar por el Cliente): \_\_\_\_\_

En caso de aplicar, relación con el Cliente: \_\_\_\_\_

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

---

## **GUIA DEL CLIENTE PARA SERVICIOS DE VIDEO-TERAPIA (TELEHEALTH)**

“Telehealth” (Video-terapia) abarcan terapias de consejería por video y teléfono. Telehealth implica la prestación de servicios de consejería psicoterapéutico utilizando comunicación electrónica, tecnología de la información y otros medios entre un médico de salud mental contratado por The Samaritan Counseling Center. El terapeuta y un cliente que no se encuentra en la misma ubicación física. Los servicios de Video-Terapia (Telehealth) se pueden utilizar para diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o educación.

Por favor tome en cuenta que antes de comenzar con los servicios de Video-Terapia, los clientes nuevos serán examinados vía teléfono por el terapeuta para asegurar la idoneidad de esta modalidad.

The Samaritan Counseling Center está dedicado para garantizar que usted reciba la mejor atención sin mínimas interrupciones. Muchos clientes y terapeutas están utilizando los servicios de Video-Terapia durante esta crisis nacional y además para garantizar su bienestar, seguridad y continuidad de atención. Para la mayoría de los clientes, los servicios regresarán a ser en la misma ubicación (The Samaritan Counseling Center office) cuando sea posible y estén de acuerdo tanto el cliente como el terapeuta. Por favor hable con su terapeuta sobre la duración de los servicios de video-terapia.

Esta guía tiene como objetivo ayudar a nuestros clientes a participar con éxito en los servicios de Video-Terapia. Este servicio no reemplaza la comunicación con su terapeuta.

### **CONFIGURACION PARA VIDEO-TERAPIA**

- Para participar en la Video-Terapia, necesita contar con la siguiente tecnología:
  - Una conexión de internet segura con al menos 1 Mb de banda ancha.
  - Una computadora o tableta con cámara y micrófono.
- The Samaritan Counseling Center está utilizando la aplicación de Zoom para proporcionar una Video-Terapia segura y confidencial para nuestros clientes.
  - Puede investigar más sobre Zoom en: [www.zoom.us](http://www.zoom.us)
- Una vez que su cita está agendada, un miembro del personal de the Samaritan Counseling Center le enviará un enlace junto con la confirmación del nombre de su terapeuta, la hora y fecha de su cita.
  - Usted usará el mismo URL para sus sesiones a menos que su terapeuta le comente de algún cambio.
- Antes de su cita, favor de revisar su banda ancha para asegurar la compatibilidad con la plataforma.
  - Zoom necesita 1 megabyte por segundo (1mbps) banda ancha para operar.
  - Esta página de internet le puede ayudar a revisar su velocidad de conexión [www.speedtest.net](http://www.speedtest.net)
- Por favor ingrese a su sesión minutos antes del inicio de su cita para asegurar que la conexión esté funcionando correctamente.
- Tendrá que prender su cámara y micrófono.
- Favor de asegurar que su terapeuta lo pueda ver.
  - Lo ideal es sentarse en un lugar bien iluminado y que su cara se vea claramente.
  - Deberá tener la cámara en una posición correcta para que su terapeuta pueda ver su cara claramente.

### **CONFIGURACION DE CONSEJERIA POR TELEFONO**

- Su terapeuta le hablará al número asignado por usted al momento de empezar su sesión. Esté seguro de que su terapeuta tiene el número de teléfono correcto para poder contactarlo.
- Tenga su teléfono encendido y el timbre con buen volumen para que pueda escuchar la llamada.
- En caso de no recibir la llamada durante los primeros 10 minutos de su sesión, por favor contacte a él/ella directamente.

### **PRIVACIDAD**

- The Samaritan Counseling Center valora su confidencialidad. Para asegurar su privacidad en los servicios de Video-Terapia (Telehealth), su terapeuta lo contactará en un lugar donde él/ella puede garantizar la confidencialidad y falta de interrupciones. Su terapeuta podrá usar audífonos y/o algún aparato para sonido para garantizar su privacidad.
- Para garantizar su confidencialidad, configure un espacio privado donde nadie pueda escuchar su conversación. Utilizando audífonos/auriculares con micrófono podrá minimizar que otras personas escuchen su plática.
- Su terapeuta deberá ser informado por adelantado si al momento de iniciar la sesión hay alguien más en la habitación o

participará en la sesión. Su terapeuta tiene el derecho de ejercer su juicio y cancelar la sesión.

- Para garantizar la productividad de la sesión, haga el mayor esfuerzo por evitar las interrupciones. Le sugerimos estar en un lugar privado con la puerta cerrada. Lo ideal es dejar a sus mascotas en algún lugar mientras este en sesión.
- Para Video-Terapia:
  - Solo utilice una conexión de internet segura. Usar un Wi-Fi público puede ser posible que otras personas puedan tener acceso a su información durante la sesión.

### **QUE ESPERAR EN SU SESIONES DE VIDEO-TERAPIA**

- Su terapeuta está obligado de confirmar su ubicación, ya que él/ella está autorizado de atender a sus clientes en el estado que tienen la licencia.
  - Favor de revisar con su terapeuta antes de su sesión si usted podrá asistir a las sesiones aunque su ubicación sea en otro estado diferente a donde reside.
- Su terapeuta trabajará con usted para asegurar que tenga acceso a servicios de emergencia en caso de tener alguna crisis y podrá hablar ese plan con usted como parte de su tratamiento de Video-Terapia.
- SESIONES DE VIDEO-TERAPIA:
  - Cuando usted se conecte por medio del enlace que se le envió, usted podrá ingresar a la sala de espera virtual de su terapeuta. Su terapeuta podrá verlo cuando usted ingrese, pero nadie más podrá ver su información.
  - Al comenzar su sesión, su terapeuta se conectará con usted y usted deberá escucharlo(a) y verlo(a)
  - Si ésta es su primer sesión con el/la terapeuta, él/ella tendrá que ver su licencia de manejo o cualquier otra identificación para confirmar su identidad. En sesiones posteriores el podrá confirmar su identidad con solo verlo.

### **PROBLEMAS TECNICOS EN VIDEO -TERAPIA**

- ¿Su terapeuta no puede escucharlo o verlo?
  - Revisar que tenga su micrófono en altavoz y que el video este habilitado.
- ¿No se puede conectar por medio del enlace que se le envió?
  - Asegúrese que está conectado al internet y que tiene la banda ancha adecuada.
  - Revise dos veces el enlace que se le envió e intente de nuevo. Hable con su terapeuta si continúa teniendo problemas para conectarse.
- ¿Está la imagen borrosa o tiene algún retraso el video/sonido?
  - Comúnmente se actualiza en poco tiempo. En caso de no ser así, revise que la conexión de internet sea la adecuada.

### **PLAN DE RESPALDO**

- Antes de iniciar con la Video-Terapia, su terapeuta deberá establecer un plan con usted en caso que la plataforma no esté operando correctamente, o no haya una conexión con el teléfono del Centro.
- Normalmente, el plan de respaldo incluye la llamada del terapeuta a un número en específico y/o le proporcionara un nuevo enlace para la sesión de Video-Terapia.
- Si usted no se puede conectar y no ha escuchado de su terapeuta dentro de 10 minutos, usted puede hablar directamente a su terapeuta con el número proporcionado.
- En caso de no poder contactar a su terapeuta usted puede hablar a la oficina de The Samaritan Counseling Center's al 334-262-7787.

### **ACEPTAMOS PAGOS DURANTE LA VIDEO-TERAPIA**

- Su terapeuta podrá hablar con usted las tarifas de Video-Terapia y/o Consejería por Teléfono por adelantado y mantenerlo enterado de cualquier cambio en la estructura de las tarifas o en la facturación.
- Si va a utilizar una compañía de seguro, usted es responsable de confirmar la cobertura de Video-Terapia y/o Consejería por Teléfono antes de la sesión, así como cubrir los costos de las sesiones que no vienen incluidas en su plan de seguro.
- Los pagos por los servicios de Video-Terapia (Telehealth) serán cobrados al momento de la sesión con la tarjeta de crédito que está en nuestro sistema.

---

## **CONSENTIMIENTO DE SERVICIO VIDEO-TERAPIA (TELEHEALTH)**

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### **INTRODUCCION**

“**Telehealth**” (también conocida como “Video-Terapia” y “Consejería Telefónica”) implica la prestación de servicios de salud mental utilizando comunicación electrónica, tecnología de la información u otros medios entre un médico de salud mental contratado por The Samaritan Counseling Center. (“**Terapeuta**”) y un cliente que no se encuentra en la misma ubicación física.

Telehealth se puede utilizar para dar diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o educación, y puede incluir pero no se limita a:

- **Video-Terapia:** sesiones de consejería proporcionadas por video conferencia.
- **Consejería Telefónica:** sesiones de consejería proporcionada vía telefónica.
- Transmisión Electrónica de records clínicos, imágenes fotográficas, información personal de salud u otra información entre el cliente y terapeuta.
- Interacciones entre cliente y terapeuta por audio, video y/o datos de comunicación. Interactivos between a client and clinician via audio, video and/or data communications;and
- Uso de datos obtenidos de dispositivos clínicos, archivos de sonido y videos.

El proveedor de los sistemas electrónicos utilizados en la prestación de los servicios de Video-Terapia (Zoom) ha manifestado que incorpora protocolos de seguridad de software y redes estándar de la industria para proteger la privacidad y seguridad de la información médica.

### **DECLARACION DE RIESGOS Y BENEFICIOS POTENCIALES**

#### **Beneficios potenciales de los servicios de Video-Terapias**

- Puede ser más fácil y eficiente para usted tener acceso de cuidado clínico y tratamiento por parte de su terapeuta.
- Puede obtener asistencia clínica y tratamiento las veces que sea necesario y conveniente por usted y su terapeuta.
- Puede interactuar con un terapeuta fuera de una cita en el consultorio.

#### **Potencial de Riesgos de Video-Terapias**

- La información transmitida por su terapeuta no será suficiente para tomar una decisión médica por el terapeuta.
- La incapacidad del terapeuta para realizar determinadas pruebas o evaluaciones en persona puede en algunos casos impedir proporcionar un diagnóstico o tratamiento o de identificar la necesidad de atención médica o tratamiento para usted.
- Es posible que su terapeuta no pueda brindarle tratamiento médico para una condición en particular vía Video-Terapia o Consejería Telefónica. Usted deberá buscar atención alternativa.
- Puede haber ciertos retrasos en la evaluación/tratamiento debido a las fallas tecnológicas.
- Los protocolos de seguridad \*SAFEGUARDS\* podría fallar y provocar una violación a la privacidad. Si esto ocurriera, The Samaritan Counseling Center se lo notificará de inmediato.
- Dados los requisitos reglamentarios en ciertas jurisdicciones las opciones de su tratamiento podrán ser limitadas.

**Al aceptar este consentimiento para los servicios de Video-Terapia, usted reconoce y comprende lo siguiente:**

1. Comprendo que la prestación de servicios de atención médica a través de la Video-Terapia es un campo en la evolución y que el uso de Video-Terapia o Consejería Telefónica en mi tratamiento clínico y atención medica puede incluir usos de tecnología no descritos en este consentimiento.
2. Entiendo que, si bien el uso de los servicios de Video-Terapia puede proporcionarme beneficios potenciales, así como ocurre con cualquier servicio de atención médica, no se puede garantizar dichos beneficios o resultados específicos. Es posible que mi condición no mejore o sea curada, o en ciertos casos, empeore.
3. Es mi deber informar a mi terapeuta de otras interacciones en persona o electrónicas con respecto a mi atención que pudiera tener con otros médicos.
4. Comprendo que mi terapeuta puede determinar con discreción que mi condición no es adecuada para utilizar los servicios de Video-Terapia, y es posible que deba buscar atención médica o tratamiento en persona como solución alterna.
5. Es posible que tenga a mi disposición varios métodos alternativos de atención de la salud mental, y pudiera elegir uno o más en cualquier momento.
6. Entiendo que la protección de privacidad y confidencialidad que se aplican a otros servicios de atención médica también se aplican a los servicios de Video-Terapia. Mi terapeuta no puede garantizar la privacidad de mi ubicación.
7. Acepto que no grabaré mis sesiones sin autorización previa por escrito. Las instrucciones para ingresar a mi historial médico se describen para mí en las Prácticas de Privacidad del Centro.
8. Acepto y autorizo a mi terapeuta y al The Samaritan Counseling Center a compartir información sobre mi tratamiento en Video Terapia (así como se puede hacer con una sesión en persona) con otras personas para fines de tratamiento, pagos y operaciones de atención médica según lo permitido por la ley.
9. Acepto y autorizo a The Samaritan Counseling Center a brindarme ayuda técnica con la plataforma de Zoom si lo necesitara.
10. Entiendo que puedo detener o retirar mi consentimiento en cualquier momento por correo electrónico o proporcionando otra notificación por escrito a mi terapeuta con dicha instrucción, sin afectar mi derecho de obtener tratamientos o atención en un futuro. De lo contrario, este consentimiento será considerado como renovado en cada nueva cita por Video-Terapia con mi terapeuta.
11. Si mi proveedor de seguro no reembolsa la prestación de Video-Terapia, es posible que yo sea el único responsable de cubrir los costos de mi Video-Terapia o Consejería Telefónica, como se describe en el formulario “Acuerdo de pago y responsabilidades financieras”.
12. Entiendo que mi terapeuta solo puede utilizar la Video-Terapia para mi tratamiento cuando me encuentre en mi lugar de residencia y/o en el que mi terapeuta tenga la licencia para trabajar. Para tal efecto, mi terapeuta solicitará verificar mi ubicación al comienzo de las sesiones.
13. Entiendo que se me informará de la ubicación física de mi terapeuta y de cualquier otra persona presente en el lugar.
14. Entiendo la necesidad de participar en los servicios de Video-Terapia desde un lugar seguro y privado en lo mejor de lo posible según mi capacidad. Yo comunicaré cualquier limitación de privacidad a mi terapeuta al principio de las sesiones.
15. He recibido una Guía de Video-Terapia para el Cliente, que podrá ayudarme a estar preparado para la terapia y solucionar cualquier problema técnico.

**Al firmar a continuación, indico que estoy de acuerdo con lo siguiente:**

- He leído este formulario de Consentimiento para los servicios de Video-Terapia y la Guía del Cliente de Video-Terapia y comprendo los riesgos y beneficios del uso de la Video-Terapia y/o Consejería Telefónica en curso de mi tratamiento.
- Doy mi consentimiento para el uso de Video-Terapia / Consejería Telefónica en mi atención médica.
- Autorizo a mi terapeuta a usar Video-Terapia y/o Consejería Telefónica en el curso de mi diagnóstico y/o tratamiento.

**ESTE ACUERDO/CONSENTIMIENTO SERA VALIDO A MENOS QUE LO REVOQUE POR ESCRITO.**

**CONSENTIMIENTO DE CLIENTE PARA EL USO DE VIDEO TERAPIA**

Nombre del Cliente (Impreso): \_\_\_\_\_

Firma del Cliente (o de persona autorizada a firmar por el cliente): \_\_\_\_\_

En caso de aplicar, relación con el cliente: \_\_\_\_\_

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

**\*\* Descarte esta forma en caso de no haber adeudo alguno al tiempo del servicio \*\***

**Acuerdo de Autorización de Pago**

Firme y complete este formulario para autorizar a The Samaritan Counseling Center, Inc. a almacenar de forma segura la información de pago para facilitar el pago de las tarifas de las sesiones. El número de tarjeta de crédito NO es visible para el personal del Centro y los terapeutas y NO se almacena en la oficina del Centro.

Por favor no escriba o envíe por correo electrónico su información de pago al Centro. Si esta autorización está grabada en su siguiente sesión, cuando el personal o terapeuta tome la información de pago, él/ella puede guardar la información en su nombre.

Soy consciente que si alguna de mi información cambia, soy responsable de notificar a The Samaritan Counseling Center de ese cambio(s) para asegurar que tengan mi información más actualizada para comunicarse conmigo o procesar el pago adecuadamente.

**Acuerdo de Autorización**

Al firmar este documento, autorizo a la oficina principal o a mi terapeuta de The Samaritan Counseling Center de obtener la información de mi cuenta de ahorros/crédito/débito en persona, por teléfono o por Video-Terapia; y para almacenar de forma segura mi información de pago en un servidor remoto para las tarifas de sesión.

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la tarjeta (si es diferente al cliente): \_\_\_\_\_

Firma del titular: \_\_\_\_\_

Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

**\*\*Esta autorización puede ser retirada en cualquier momento a discreción del cliente o el Centro\*\***