



## Family Christian Counseling Center

1300 E. Missouri, Phoenix AZ 85014

(602) 325-1233

www.familycccp.org

### FORMULARIO DE INSCRIPCION PARA CLIENTES ADULTOS

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Domicilio Principal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Está bien mandar el recibo/información sobre el tratamiento a esta dirección? Sí No

por favor mandar dirección alternativa: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Se puede dejar mensaje?  Sí  No

Celular: \_\_\_\_\_

Se puede dejar mensaje?  Sí  No

Otro Teléfono: \_\_\_\_\_

Se puede dejar mensaje?  Sí  No

Estado Civil:  Soltero  Casado  Comprometido  Divorciado

Separado  Viudo  Otro

Contacto de Emergencia: Nombre \_\_\_\_\_ Relación con usted: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Otro Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico Principal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Referido por:  Doctor  Amigo  Otro: \_\_\_\_\_

Doy mi permiso para recibir mensajes por:  Email  Texto  Teléfono

Me gustaría recibir el boletín electrónico trimestral de FCCCP.  Sí  No

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Family Christian Counseling Center

1300 E. Missouri, Phoenix AZ 85014

(602) 325-1233

www.familycccp.org

---

## Políticas de la Oficina y Consentimiento para el Tratamiento

Bienvenido al Centro de Consejería Familiar Cristiano de Phoenix. Este documento contiene información importante acerca de nuestros servicios profesionales y prácticas comerciales, y se usará como un contrato de terapia.

### Acerca del Propósito y el Proceso de Terapia

Es importante que usted sepa que la terapia tiene riesgos y beneficios. Esta a menudo requiere recordar eventos desagradables y lidiar con temas preocupantes. Consecuentemente las personas experimentan sentimientos incómodos como tristeza o soledad. Sin embargo, la terapia ha mostrado que es beneficiosa para aquellos que la reciben. Aunque no hay garantías del resultado de esta, a menudo las personas reportan significantes reducciones en los sentimientos de angustia, resolución satisfactoria de problemas específicos y una mejoría en sus relaciones, así como en su calidad de vida en general.

### Detalles de la Terapia

Todos los terapeutas del Centro de Consejería Familiar Cristiano de Phoenix tienen licencia del Consejo de Examinadores de la Salud del Comportamiento en el Estado de Arizona como Consejeros Profesionales Asociados Autorizados, Terapeutas Asociados Autorizados para matrimonios y familia, Consejeros Profesionales Autorizados o Terapeutas Autorizados para matrimonios y familia. Cada terapeuta posee una maestría en Consejería con varias especialidades que incluyen el tratamiento de Trauma Temprano Complejo/Trastorno Reactivo del Apego. Los terapeutas están bien entrenados y utilizan diversas modalidades como La Terapia del Juego, Bandeja de Arena, Terapia de Interacción Padre-Niño, el Modelo Neurosecuencial Terapeuta, Terapia Filial, Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR en inglés), Theraplay y la Terapia Enfocada en Emociones (EFT en inglés) como parte de la “terapia de conversación”.

### Políticas de Cancelación

**Se requiere de 24 horas para cambiar citas. Cancelación de menos de 24 horas incurrirá en cargos del 75% de los honorarios por servicios. Inasistencia y citas falladas incurrirán en un cobro del 100% de los honorarios por servicios.**

### Obligación de advertir o proteger:

Basados en la jurisprudencia, los terapeutas están obligados por la ley de por lo menos advertirle a alguien responsable si un paciente o cliente hace una amenaza a cualquier individuo(s). La advertencia será limitada a quienes absolutamente necesitan saberlo y será diseñada para proveer solamente la información necesaria para proteger a la víctima(s) potencial.



## Family Christian Counseling Center

1300 E. Missouri, Phoenix AZ 85014

(602) 325-1233

www.familycccp.org

### Reporte de sospecha de abuso infantil

Los terapeutas que se encuentran sirviendo a niños y adolescentes están obligados por la ley a reportar cualquier sospecha de abuso infantil físico, sexual, y/o negligencia cometida sobre el menor por otros medios accidentales o por los que no han sido explicado en el historial médico disponible. El proveedor de salud mental deberá reportar inmediatamente cualquier sospecha de abuso ya sea a un oficial de la policía o a los Servicios Protectores de Niños del Departamento de Seguridad Económica.

### Pagos y Honorarios:

- Los pagos se efectuarán al comienzo de cada sesión (en efectivo, cheque o tarjeta de crédito).
- Los honorarios oscilan entre los \$110 y los \$155 dependiendo del terapeuta.
- Algunos terapeutas prefieren empezar con una sesión de admisión de 75 minutos la cual será prorrateada.
- **Las sesiones son de 45-50 minutos (hora clínica).** Sesiones más largas pueden ser arregladas y serán prorrateadas.

### Otros cargos:

Llamadas telefónicas .....	\$100/hora (prorrateada)
Consulta telefónica con otros profesionales, requerida por el cliente..... p. ej. Psiquiatra, doctor, etc.)	\$100/hora (prorrateada)
Otros servicios (cartas, formas completas, reportes escritos.....	\$100/hora (prorrateada)
Legal: llamadas al abogado, reportes, preparación del testimonio y comparencias ante el Tribunal.....	\$200/hora
Preparación de copias de los Records del Cliente.....	\$50/hora
Cargos por cheques devueltos.....	\$35.00

Los pagos se harán al Centro de Consejería Familiar Cristiano de Phoenix (FCCCP).

Yo (nombre) \_\_\_\_\_ he leído y entendido las políticas de inasistencia y cancelación del Centro de Consejería Familiar Cristiano de Phoenix. En caso de incumplimiento de mi parte, prometo pagar mi saldo junto con los costos de cobranza.

Por lo consiguiente acuerdo pagar los costos correspondientes por: (marque una de las de abajo):

- \_\_\_\_\_ Visita de Admisión  
 \_\_\_\_\_ Tarifa Normal  
 \_\_\_\_\_ Tarifa de Grupo  
 \_\_\_\_\_ Cobros por Inasistencia/Cancelación (menos de 24 horas)



## Family Christian Counseling Center

1300 E. Missouri, Phoenix AZ 85014

(602) 325-1233

www.familycccp.org

---

### **Disponibilidad del Terapeuta y Procedimientos de Emergencia**

- Consultas telefónicas hechas entre visitas a la oficina son bienvenidas. Sin embargo, trataremos de mantener esas pláticas breves debido a que creemos que temas importantes se tratan mejor dentro de las sesiones programadas.
- Usted podrá dejar un mensaje para cualquier terapeuta a cualquier hora en un mensaje confidencial de voz al: (602) 325-1233. En los fines de semana y días festivos, los mensajes son revisados con menor frecuencia.
- **Nuestra oficina no es un número de emergencias.** En caso de una crisis mental, por favor llame a la **Línea de Crisis de 24 horas EMPACT al 480-784-1500.** Usted puede dejar un mensaje en nuestro buzón de voz con respecto a la situación y nosotros le devolveremos su llamada lo más pronto posible. Nosotros no revisamos nuestros mensajes después de las 7 pm.
- **En caso de una emergencia médica o una que envuelva una amenaza contra su seguridad o la de otros, por favor llame al 911 pidiendo asistencia de emergencia.**

### **CONFIDENCIALIDAD:**

En la mayoría de los casos (ver "Excepciones a la Confidencialidad" abajo) las comunicaciones entre el cliente y el terapeuta se llevarán a cabo de manera estrictamente confidencial - a menos que le proporcione a su terapeuta permiso por escrito para divulgar información sobre su tratamiento. **Si participa en parejas o terapia familiar, el terapeuta no divulgará información confidencial sobre el tratamiento a un tercero (que no sea un tercer pagador) a menos que todos los participantes del tratamiento (18 años o más) proporcionen una autorización por escrito para divulgar dicha información.**

### **Excepciones a la Confidencialidad**

Los terapeutas están legalmente obligados a informar todos los casos, conocidos o sospechosos de abuso infantil, abuso de adultos dependientes y maltrato a personas mayores. También se requiere que los terapeutas rompan la confidencialidad del cliente cuando se ha determinado que este presenta un serio peligro de violencia física a otra persona. Un terapeuta puede romper la confidencialidad cuando exista la probabilidad de que un cliente sea peligroso para sí mismo.

**Consultas:** Los terapeutas del Centro de Consejería Familiar Cristiano de Phoenix participan en la supervisión de sus clientes con su supervisora clínica, Deborah Pettitt (602-325-1233). Todos los consejeros asociados con licencia son requeridos por el Consejo de Salud del Comportamiento de Arizona para participar en la supervisión. De vez en cuando consultamos con otros profesionales en lo relacionado a nuestros clientes; sin embargo, su identidad sigue siendo totalmente anónima, y la confidencialidad se mantiene por completo.

### **E - Mails, Teléfonos Celulares, Computadoras y Faxes:**

Las personas pueden optar por ponerse en contacto conmigo por correo electrónico, fax o teléfono celular. Al hacerlo, están de acuerdo con el entendimiento de que el correo electrónico, el fax y el teléfono celular no están garantizados como métodos de comunicación confidenciales, y que están, por elección, renunciando a sus derechos de confidencialidad.



## Family Christian Counseling Center

1300 E. Missouri, Phoenix AZ 85014

(602) 325-1233

www.familycccp.org

### **Mantenimiento de registros**

Todos los individuos que reciben servicios de salud mental son clientes del Centro de Consejería Familiar Cristiano de Phoenix. Todos los registros serán guardados por el Centro de Consejería Familiar Cristiano de Phoenix. De acuerdo a las Normas Profesionales sus registros se guardarán durante tres (3) años después del último contacto con usted y, o bien el registro completo o un resumen del mismo se mantendrán durante nueve (9) años. Los registros relacionados con niños se guardarán durante tres (3) años después de que estos cumplan los 18 años. El contenido de estos registros debe incluir los datos personales, fecha de servicio, tipos de servicios, honorarios, informes y otros datos de apoyo que sean apropiados (APA, 1993).

En el caso de que el Centro de Consejería Familiar Cristiano de Phoenix se cerrara, los pacientes serán informados noventa (90) días antes de dicha terminación, y una solicitud será enviada a los pacientes en cuanto a donde desean que sus registros médicos sean enviados con el propósito de la continuidad de su atención. Si se trata de un paciente inactivo, el aviso será enviado a la última dirección registrada, para informar al paciente en cuanto a la futura ubicación de sus registros médicos y que el paciente pueda tener acceso a ellos. Si los registros no son reclamados después de los lineamientos de tiempo anteriores, serán destruidos. Si la práctica profesional se vende y los registros no permanecen en la misma ubicación física, el paciente será informado como se mencionó anteriormente y sus registros serán transferidos según la petición del paciente (ARS-32-3211A). El Centro responderá a las solicitudes de registros médicos catorce (14) días a partir de cuándo estas solicitudes de pacientes activos fueran hechas. Si la solicitud es para un registro inactivo, estas solicitudes pueden tomar más tiempo, debido al tiempo que se podría tomar para recuperar los registros del lugar donde están almacenados. Los pacientes tienen el derecho de acceso a sus registros de acuerdo a las Normas Profesionales Estatales y Federales. Usted tendrá que proporcionar a la oficina una solicitud por escrito de sus registros médicos.

### **Consentimiento para el Tratamiento**

Su firma abajo indica que usted ha tenido la oportunidad de leer y revisar la información contenida en este documento y que las preguntas respecto a su cuidado han sido respondidas satisfactoriamente. Además, indica su voluntad de cumplir con los términos y su compromiso a participar en el tratamiento. Se proporcionará una copia de este documento a petición del cliente.

**Firma del cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Sólo Para Uso de la Oficina – verificación de que el cliente ha leído y entendido el documento de consentimiento informado.

Representante Autorizado: Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## Family Christian Counseling Center

1300 E. Missouri, Phoenix AZ 85014

(602) 325-1233

www.familycccp.org

---

### Derechos del Cliente

#### **El Centro de Consejería Familiar Cristiano garantiza que:**

El cliente tenga los derechos siguientes:

- 1) Ser tratado con dignidad, respeto y consideración;
- 2) No ser discriminado por motivos de raza, origen nacional, religión, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, estado civil, diagnóstico o fuente de pago;
- 3) Recibir tratamiento que:
  - a) Apoye y respete la individualidad del cliente, sus opciones, fortalezas y habilidades;
  - b) Apoye la libertad personal del cliente y sólo restrinja la libertad personal del cliente de acuerdo a una orden judicial; por consenso general del cliente; o según lo permitido en este Capítulo; y
  - c) se proporcione en el ambiente menos restrictivo que satisfaga las necesidades de tratamiento del cliente;
- 4) De no ser obstaculizado o impedido de ejercer sus derechos civiles a menos que este haya sido juzgado incompetente o un tribunal de jurisdicción competente ha encontrado que el cliente no es capaz de ejercer cierto derecho o una categoría de derechos;
- 5) De presentar quejas a miembros del personal del Centro y quejas a entidades externas y otros individuos sin restricciones o represalias;
- 6) De tener sus quejas consideradas por el Centro de Consejería Familiar Cristiano de una manera justa, oportuna e imparcial;
- 7) De buscar, hablar, y ser asistido por un defensor elegido por él, a sus propias expensas;
- 8) De recibir la asistencia de un miembro de la familia, representante designado, u otro individuo para comprender, proteger o ejercer sus derechos;
- 9) De tener su información y registros guardados de forma confidencial y divulgados exclusivamente como está establecido en R9-20-211 (A) (3) y (B);
- 10) A la privacidad en el tratamiento, incluyendo el derecho de que no le tomen las huellas digitales, ser fotografiado, o grabado sin el consentimiento general, excepto:
  - a) Para ser fotografiado con fines de identificación y administrativas, según lo dispuesto por A.R.S. § 36-507 (2);
  - b) Para un tratamiento que reciba el cliente de acuerdo con A.R.S. Título 36, Capítulo 37;
  - c) Para las grabaciones de vídeo que se usen con fines de seguridad que se guarden sólo temporalmente; o
  - d) Tal como se establece en R9-20-602 (A) (5);
- 11) De revisar, previa solicitud por escrito, sus propios registros durante las horas de operación del Centro o en un tiempo acordado por el director de la clínica, excepto como se describe en R9-20-211 (A) (6);



## Family Christian Counseling Center

1300 E. Missouri, Phoenix AZ 85014

(602) 325-1233

[www.familycccp.org](http://www.familycccp.org)

---

- 12) De revisar sus propios derechos en el Centro;
- 13) De ser informado de todos los cargos que se deban pagar y de las políticas de reembolso del Centro y procedimientos antes de recibir un Servicio de Salud del Comportamiento, a excepción de un servicio proporcionado a un cliente que experimenta una situación de crisis;
- 14) De recibir una explicación verbal de la condición del cliente y un tratamiento propuesto, incluyendo los resultados deseados, la naturaleza del tratamiento propuesto, los procedimientos implicados en el tratamiento propuesto, los riesgos o efectos secundarios del tratamiento propuesto y las alternativas al tratamiento propuesto;
- 15) De que le ofrezcan o refieran para el tratamiento especificado en su plan de tratamiento;
- 16) De recibir una referencia a otro profesional si el centro es incapaz de proporcionar un servicio de salud mental que el cliente solicite o que se indica en su plan de tratamiento;
- 17) De dar un consentimiento general y, en su caso, el consentimiento informado para el tratamiento, rechazar el tratamiento o retirar el consentimiento general o informado para el tratamiento, a menos que el tratamiento sea ordenado por un tribunal de acuerdo con A.R.S. Título 36, Capítulo 5, que sea necesario para salvar la vida o la salud física del cliente, o que se proporcione de acuerdo con A.R.S. § 36-512;
- 18) De estar libre de:
  - a) Abuso;
  - b) Abandono;
  - c) Explotación;
  - d) Coacción;
  - e) Manipulación;
  - f) Represalias por presentar una queja;
  - g) Ser dado de alta o transferido, o amenazado de ser dado de alta o transferido, por razones ajenas a las necesidades de su tratamiento, con excepción de lo establecido en un acuerdo de pago firmado por el cliente o de los padres del cliente, guardián, custodio o agente;
  - h) Tratamiento que consista en la negación de:
    - i) Alimentos,
    - ii) La oportunidad de dormir, o
    - iii) La oportunidad de utilizar el inodoro; y
    - iv) encierro y aislamiento, de cualquier forma, que se utilice como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia;
- 19) De participar o, si aplica, para que sus padres, guardián, custodio o agente participen en las decisiones de tratamiento y en el desarrollo, examen periódico y revisión del plan de tratamiento escrito del cliente;
- 20) De tener el control de sus propias finanzas, salvo lo dispuesto por A.R.S. § 36-507 (5);
- 21) De participar o negarse a participar en la investigación o tratamiento experimental;



## **Family Christian Counseling Center**

1300 E. Missouri, Phoenix AZ 85014

(602) 325-1233

[www.familycccp.org](http://www.familycccp.org)

---

- 22) De dar un consentimiento informado por escrito, de negarse a dar su consentimiento informado, o retirar el consentimiento informado para participar en la investigación o en un tratamiento que no es un tratamiento reconocido profesionalmente;
- 23) De recibir Servicios de Salud del Comportamiento en una instalación libre de humo, aunque sea permitido fumar en las afueras de la instalación.

**He leído y entendido los Derechos del Cliente mencionados arriba.**

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Cliente**

\_\_\_\_\_

**Fecha**



## Family Christian Counseling Center

1300 E. Missouri, Phoenix AZ 85014

(602) 325-1233

www.familycccp.org

### Por Favor Lea Cuidadosamente

**ESTE AVISO LE PROPORCIONA INFORMACIÓN ACERCA DE CÓMO SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI) PUEDE SER USADA Y DIVULGADA POR ESTE PROVEEDOR, ASÍ COMO SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI. SU PHI INCLUYE INFORMACIÓN QUE SE RELACIONA CON SU SALUD EN EL PASADO, PRESENTE O FUTURO, EL TRATAMIENTO, O EL PAGO DE SERVICIOS DE SALUD.**

#### 1. OBLIGACION LEGAL DE SALVAGUARDAR SU INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD (PHI).

**La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPPA) requiere de mí que:**

- Mantenga su información médica en privado.
- Le dé este aviso el cual describe mis obligaciones legales, prácticas de confidencialidad y sus derechos respecto a su información médica.
- Siga los términos de este aviso.

**Tengo el derecho de:**

- Cambiar mis prácticas de confidencialidad, así como los términos de este aviso en cualquier momento, proveyendo que los cambios sean permitidos por la ley.

**Aviso de Cambio de Prácticas de Confidencialidad:**

- Antes de que un cambio importante se haga en mis prácticas de privacidad, cambiaré este aviso y haré el nuevo aviso disponible a solicitud.

#### 2. USO Y DIVULGACION DE SU PHI

En la siguiente sección se describen diferentes maneras en que su PHI puede ser utilizado o divulgado. Para esto, necesitaré su autorización previa; para otros, no será necesario. No voy a divulgar su PHI para cualquier propósito que no se enumere a continuación sin su autorización por escrito. Si usted decide firmar una autorización para revelar su PHI, después podrá revocar dicha autorización por escrito para detener cualquier uso y revelación en el futuro (si todavía no he tomado alguna acción dependiendo de dicha autorización).

**Usos y Divulgaciones Relacionadas con los Tratamientos, Pagos u Operaciones de Atención Médica No Requieren de Su Consentimiento Previo Por Escrito.** Puedo utilizar y divulgar su PHI sin su consentimiento por las siguientes razones:

- **PARA TRATAMIENTO:** Puedo divulgar su PHI a otros proveedores de atención médica con licencia que le proporcionan servicios de atención de salud o están involucrados en su cuidado. Por ejemplo, si usted está siendo tratado por un psiquiatra, puedo divulgarle su PHI con el fin de coordinar su atención.
- **PARA EL PAGO:** Puedo utilizar y divulgar su PHI para facturar y cobrar pagos por el tratamiento y servicios que yo le he proporcionado. También puedo dar su PHI a mis colegas de trabajo, tales como mi compañía de facturación, servicios de facturación integrales, y otros que procesan mis reclamos de atención médica.
- **PARA OPERACIONES DE SALUD:** se me permite usar y divulgar su PHI para operar mi práctica.



## Family Christian Counseling Center

1300 E. Missouri, Phoenix AZ 85014

(602) 325-1233

www.familycccp.org

### **USOS Y DIVULGACIONES ADICIONALES que no requieren de su consentimiento**

- **Cuando la divulgación es requerida por las leyes federales, estatales o locales, procedimientos administrativos o judiciales, o por la aplicación de la ley.** Por ejemplo, podré divulgar a los oficiales correspondientes cuando una ley me obligue a reportar información a las agencias gubernamentales y a las fuerzas del orden sobre las víctimas de abuso o negligencia; o cuando sea ordenado en un procedimiento judicial o administrativo.
- **Para actividades de salud pública.** Como es requerido por la ley, yo podré revelar su PHI a salubridad pública o autoridades legales encargadas de prevenir, controlar o responder a una enfermedad, lesión, invalidez y/o muerte incluyendo el abuso y abandono infantil.
- **Para actividades de supervisión de la salud.** Por ejemplo, tal vez tenga que reportar información para ayudar al gobierno cuando se lleve a cabo una investigación o inspección de un proveedor de la salud o una organización.
- **Para evitar el daño.** Para evitar una seria amenaza a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad de los demás.
- **Para fines de compensación de trabajadores.** Podré proporcionar PHI con el fin de cumplir con las leyes de compensación de trabajadores.
- **Recordatorios de citas y beneficios o servicios relacionados con la salud.** Podré utilizar PHI para proporcionar recordatorios de citas o darle información sobre alternativas de tratamiento u otros servicios de atención médica o beneficios que ofrezco.

### **3. SUS DERECHOS INDIVIDUALES CONCERNIENTES A SU PHI**

- a. **El Derecho a Elegir Cómo Puedo Enviarle su PHI.** Usted tiene el derecho de pedir que yo le envíe información a una dirección alternativa o por medios alternativos (por ejemplo, correo electrónico en lugar de correo ordinario). Estaré de acuerdo con su solicitud, siempre y cuando sea razonable para mí hacerlo.
- b. **El Derecho a Ver y Obtener Copias de su PHI.** En la mayoría de los casos usted tiene el derecho de obtener copias de su PHI, pero debe hacer la solicitud por escrito. Sin embargo, ciertos tipos de PHI no estarán disponibles para inspección y copia. Esto incluye las notas de psicoterapia o PHI recopiladas en relación con un procedimiento legal. Le responderé en un plazo de 10 días luego de recibir su solicitud por escrito. En ciertas situaciones, es posible que le niegue su solicitud. Si lo hago, voy a decirle, por escrito, mis razones por la denegación y le explicaré su derecho de revisarla. En lugar de proporcionar la PHI solicitada, puedo proporcionarle un resumen o explicación de su PHI, siempre y cuando usted esté de acuerdo con eso y con el costo por adelantado.
- c. **El Derecho a Obtener una Lista de las Divulgaciones que he hecho.** Usted tiene el derecho a obtener una lista de instancias en las que he divulgado su PHI. La lista no incluirá usos o divulgaciones a los que ya usted ha consentido, como los nombrados para las operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud directamente a usted o a su familia. La lista tampoco incluirá usos y divulgaciones hechas para propósitos de seguridad nacional, al personal de correcciones o fuerzas del orden, o revelaciones hechas antes del 1 de junio, 2008.



## Family Christian Counseling Center

1300 E. Missouri, Phoenix AZ 85014

(602) 325-1233

[www.familycccp.org](http://www.familycccp.org)

- d. ***El derecho a pedir que yo limite cómo utilizar y divulgar su PHI.*** Voy a considerar su solicitud, pero no estoy legalmente obligado a aceptarla. Si acepto su petición, pondré los límites por escrito y los cumpliré, excepto en situaciones de emergencia. Usted no podrá limitar los usos y divulgaciones que "legalmente" soy requerido o tengo permitido hacer.
- e. ***El derecho de corregir o actualizar su PHI.*** Si usted cree que hay un error en su PHI o que hay una pieza de información importante que falta, usted tiene el derecho de solicitar que corrija la información existente o que añada la información que falta. Debe proporcionar la solicitud y el motivo de la solicitud por escrito. Le responderé dentro de los 30 días después de recibir su solicitud para corregir o actualizar su PHI. Yo podré denegar su solicitud por escrito si la PHI es (a) correcta y completa, (b) no fue creada por mí, (c) no tiene permiso de ser divulgada, y/o (d) no es parte de mis archivos. Mi rechazo por escrito, expondrá las razones de la denegación y explicará su derecho a presentar una declaración escrita de su desacuerdo con la negativa. Si no presenta una, usted tiene el derecho de solicitar que su petición y mi negativa se adjunten a todas las futuras divulgaciones de su PHI. Si apruebo su solicitud, voy a hacer el cambio a su PHI, le diré que lo he hecho y lo diré a otros que necesiten saber sobre el cambio a su PHI.

**4. PERSONA A CONTACTAR PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE ESTE AVISO O PARA QUEJARSE DE MIS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.** Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso o cualquier queja sobre mis prácticas de privacidad, o le gustaría saber cómo presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, por favor, póngase en contacto con su proveedor, el Centro de Consejería Familiar Cristiano de Phoenix. No habrá ninguna represalia por presentar una queja.

**5. FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ESTA NOTIFICACION.** Este aviso entró en vigor el 1 de noviembre 2010

**\*\* Por favor, firme la página de consentimiento adjunta. Usted podrá quedarse con estas tres páginas para sus archivos. \*\***



## Family Christian Counseling Center

1300 E. Missouri, Phoenix AZ 85014

(602) 325-1233

www.familycccp.org

---

### **AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, PÁGINA DE FIRMAS CONSENTIMIENTO PARA USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)**

Este formulario documenta su consentimiento con las leyes HIPAA con respecto a su Información de Salud Protegida (PHI). Esta información es necesaria para proporcionar tratamiento, para organizar el pago por los servicios, y para actividades comerciales ("Operaciones de Atención Médica").

Al firmar este formulario, usted está de acuerdo para permitir que el Centro de Consejería Familiar Cristiano de Phoenix pueda utilizar esta información y compartirla con otros para fines relacionados con el tratamiento. Si este aviso cambia, se le notificará en nuestra próxima sesión. Usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento después de firmar.

**Por este medio reconozco que he revisado y recibido una copia de la "Notificación de Prácticas de Privacidad" para la práctica de la psicoterapia del Centro de Consejería Familiar Cristiano de Phoenix.**

Escriba su Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Escriba su Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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



## Family Christian Counseling Center

1300 E. Missouri, Phoenix AZ 85014

(602) 325-1233

www.familycccp.org

---

### **Permiso para Terapia Asistida con Animales (AAT)**

\_\_\_\_\_ tiene permiso para visitar con perros de terapia aprobados en el Centro de Consejería Familiar Cristiano de Phoenix (FCCCP).

- Los perros de terapia en FCCCP han pasado la inspección de la Delta Society, un registrador de animales de terapia reconocido internacionalmente.
- Los perros de terapia serán cepillados y limpiados con regularidad cuando visiten con los clientes.
- Los perros de terapia, recibirán atención veterinaria regular, y estarán al día con sus vacunas.
- Se seguirán los protocolos de seguridad generalmente reconocidos para limitar la transmisión de gérmenes a través del perro.

### **Confidencialidad - (consulte la nota de HIPPA para obtener información adicional):**

- La ley requiere que usted informe de sospechas o evidencias de maltrato infantil o de la intención expresada por los niños/padres para hacerse daño a sí mismos o a otros.
- Las personas pueden optar por ponerse en contacto conmigo por correo electrónico, fax o teléfono celular. Al hacerlo, están de acuerdo con el entendimiento de que el correo electrónico, el fax y el teléfono celular no están garantizados como métodos de comunicación confidenciales.

### **Disponibilidad de los Terapeutas/Emergencias:**

- Para localizar a cualquiera de los terapeutas por teléfono, puede dejar mensaje al **(602) 325-1233**.
- Si su niño está teniendo una crisis o una emergencia clínica, **por favor llame al 911 o a la EMPACT crisis line al 480-784-1500. Esta crisis line está disponible 24 horas al día, 7 días a la semana.** Por favor deje un mensaje para su terapeuta también.
- Si su niño está viendo a un Psiquiatra recomendamos que usted lo contacte cuando haya una emergencia.

### **Consentimiento para el Tratamiento**

- Su firma abajo indica que usted ha tenido la oportunidad de leer la información contenida en este documento y que sus preguntas respecto al cuidado de su niño han sido respondidas satisfactoriamente.
- También indica que usted entiende y da permiso para que su terapeuta busque supervisión clínica o consulte acerca de asuntos del cliente cuando sea necesario (manteniendo la anonimidad de este).
- Se proporcionará una copia de este documento si la solicita.

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Cliente



## Family Christian Counseling Center

1300 E. Missouri, Phoenix AZ 85014

(602) 325-1233

www.familycccp.org

**CUESTIONARIO DE ADMISIÓN - Nombre:** \_\_\_\_\_

¿Que lo trajo a terapia hoy? _____
¿Que desea cambiar o alcanzar como resultado de esta terapia? _____
_____
¿Ha estado en terapia antes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si dijo que sí, por favor diga cuando y donde: _____
_____
¿Fue una experiencia positiva? Yes No. ¿Qué le gustó o no le gusto de ella? _____
_____

Notas del Terapeuta

<b>Reflexionando sobre los últimos 6 meses, por favor marque lo que aplique:</b>	
Con frecuencia triste o deprimido	Sintiéndose inquieto y nervioso
Con preocupaciones abrumadoras	Sueño inquieto e insuficiente
Dificultad durmiéndose o al dormir	Tensión muscular
Incapaz de concentrarse	
Irritable y/o de mal humor	Cambios de ánimo
Cambio significativo en peso	Menor necesidad de dormir (necesitando solo 3-4 horas)
Con bajo nivel de energía/fatiga	Se siente mas platicador de lo normal
Fuertes sentimientos de culpa o vergüenza	Gastando/comprando excesivamente
Incapaz de relajarse	Exceso en los juegos de azar
Falta de apetito/aumento del apetito	Se distrae fácilmente por cosas sin importancia
Pérdida de interés en actividades/hobbies	Toma demasiados riesgos
Se siente sin esperanzas	
Se siente inútil	
Dificultad motivándose	Tiene pensamientos preocupantes acerca del pasado





## Family Christian Counseling Center

1300 E. Missouri, Phoenix AZ 85014

(602) 325-1233

www.familycccp.org

¿Usa drogas ilícitas? Sí No - Si dijo que Sí, ¿Qué tan seguido y cuáles usa? \_\_\_\_\_

Ha tratado de reducir el uso de alcohol/drogas? Sí No

¿Le ha pedido alguien que reduzca su consumo de alcohol? Sí No

Ha estado alguna vez hospitalizado debido a alguna condición emocional/mental?  Sí  No

¿Ha experimentado o sido testigo de algún evento traumático? (*violencia de sus padres, violencia doméstica, violencia en su comunidad, desastre natural, daño o muerte de un ser querido, etc.*)  Sí  No

¿Tiene usted un historial de violencia doméstica?  Sí  No

¿Tiene usted un historial de abuso verbal, emocional o físico?  Sí  No

¿Tiene usted un historial de abuso o agresión sexual?  Sí  No

Notas del Terapeuta

### SISTEMAS DE APOYO

¿Tiene uno o dos amigos que considere cercanos en los cuales pueda confiar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene una religión o práctica espiritual que considere como un apoyo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Pertenece a algún grupo social o participa en pasatiempos con personas que usted disfruta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Hay un miembro de su familia en el que usted confíe y pueda acudir en tiempos emocionales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

### HISTORIAL FAMILIAR

¿Ha experimentado usted o alguien en su familia, algo de lo siguiente? Si es así, tenga en cuenta su relación con ellos. Por favor incluya la familia extendida, como abuelos, tíos/tías, hermanos, y así sucesivamente.

Ha experimentado usted o alguien en su familia:	Indique si fue usted, o que familiar(es):
Ansiedad	
Depresión	
Desorden bipolar	



## Family Christian Counseling Center

1300 E. Missouri, Phoenix AZ 85014

(602) 325-1233

www.familycccp.org

Desorden de aprendizaje (ADHD, dislexia, etc).	
Ilícito uso de drogas	
Abuso del alcohol	
Esqu Coastofrenia	
Enojo	
Desorden alimenticio	
Fobias	
Hospitalización debido a la condición de su Salud Mental	
Intento de suicidio o suicidio cometido	

Notas del Terapeuta

**Por favor marque cualquiera de las áreas siguientes que le gustaría discutir durante la terapia:**

Familia	Carrera/educación
Ser padre	Fase en su vida
Hijos	Estrés
Relaciones	Autoafirmación
Uso de Alcohol o Drogas	Problemas de salud
Abuso verbal	Experiencias de su niñez
Abuso físico	Pérdida o muerte
Abuso emocional	Espiritualidad
Abuso sexual	Autoestima
Finanzas	Problemas Legales



## Family Christian Counseling Center

1300 E. Missouri, Phoenix AZ 85014

(602) 325-1233

www.familycccp.org

---

¿Hay algo más que le gustaría que yo supiera?

---

---

---

Firma del Terapeuta: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Mis Puntos Fuertes son: \_\_\_\_\_

---

---

Mis Debilidades son \_\_\_\_\_

---

Las 3 METAS que tengo para mi terapia son:

1. \_\_\_\_\_

---

---

2. \_\_\_\_\_

---

---

3. \_\_\_\_\_

---

---

Sabré que estoy mejor cuando:

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

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

