



## FORMULARIO DE INFORMACIÓN PARA CLIENTES MENORES/ADOLESCENTES

**Padre/Tutor:** por favor complete este formulario para reflejar su punto de vista sobre el niño(a), su comportamiento, incluso si otras personas no están de acuerdo. Esta información será tratada confidencialmente y será útil para el consejero de su hijo(a). Por favor, trate de responder a cada pregunta.

**Nombre del niño(a):** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Género (Sexo de nacimiento):** \_\_\_\_\_ **Identidad de género (opcional):** \_\_\_\_\_ **Pronombres:** \_\_\_\_\_

**Persona que llena este formulario:** (nombre) \_\_\_\_\_ **Rel. al menor:** \_\_\_\_\_

**Padre/tutor principal – Nombre:** \_\_\_\_\_ **Rel. al menor:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Raza/Etnia:** \_\_\_\_\_ **Padre biológico del menor?**  Sí  No

**Dirección, Ciudad/Estado/ZIP:** \_\_\_\_\_

**Porcentaje de colocación del niño en esta dirección / con este cuidador:**  100%  50/50  menos de 50/50

**Teléfono principal:** \_\_\_\_\_  celular  casa  trabajo

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Ocupación del cuidador (título del trabajo, padre que se queda en casa, etc.):** \_\_\_\_\_

**Educación más alta completada:**  Escuela secundaria/GED  Universidad  Postgrado  Otro: \_\_\_\_\_

**¿Quién más reside en esta dirección?** \_\_\_\_\_

**Nombre del padrastro, si corresponde:** \_\_\_\_\_

**Estado civil del padre principal:**  soltero  casado  divorciado  viudo

**Padre/tutor secundario – Nombre:** \_\_\_\_\_ **Rel. al menor:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Raza/Etnia:** \_\_\_\_\_ **Padre biológico del menor?**  Sí  No

**Dirección, Ciudad/Estado/ZIP:** \_\_\_\_\_

**Porcentaje de colocación del niño en esta dirección / con este cuidador:**  100%  50/50  menos de 50/50

**Teléfono principal:** \_\_\_\_\_  celular  casa  trabajo

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Ocupación del cuidador (título del trabajo, padre que se queda en casa, etc.):** \_\_\_\_\_

**Educación más alta completada:**  Escuela secundaria/GED  Universidad  Postgrado  Otro: \_\_\_\_\_

**¿Quién más reside en esta dirección?** \_\_\_\_\_

**Nombre del padrastro, si corresponde:** \_\_\_\_\_

**Estado civil del padre secundario:**  soltero  casado  divorciado  viudo

**Otros adultos importantes en la vida del menor:** \_\_\_\_\_

**Hermanos y Hermanas (completo, medio, adoptado, acogido)** Si hay más que anotar, por favor informe al consejero.

| Nombre | Edad | Sexo | ¿Vive?<br>(Sí/No) | Año escolar<br>(Año terminado) | ¿Del matrimonio anterior?<br>(Sí/No) |
|--------|------|------|-------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
|--------|------|------|-------------------|--------------------------------|--------------------------------------|

|       |       |       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

**Describe la salud física de su hijo(a):**  Excelente  Buena  Justo  Pobre

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ ¿Cambios recientes de peso?  Perdió  Gano

Apetito:  Consistente últimamente  Reducido últimamente  Aumentó últimamente  Preocupaciones sobre el ingreso de alimentos (demasiado/muy poco)

Dormir:  Sin problemas  Tiene dificultades (describa): \_\_\_\_\_

Est. # de horas de sueño ininterrumpido por noche: \_\_\_\_\_ Pesadillas:  No  Sí

Se despierta frecuente por la noche  No  Sí Antecedentes de problemas de sueño  No  Sí En caso afirmativo ¿cuándo comenzaron los problemas? \_\_\_\_\_ Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_

Nombre de médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono del médico: \_\_\_\_\_

Clínica médica nombre/ciudad: \_\_\_\_\_

Condiciones médicas significativas: \_\_\_\_\_

Alergias, incl. estacional: \_\_\_\_\_

Actuales medicamentos, vitaminas, suplementos (nombre, dosis, frecuencia): *Si varios se separan usando barras diagonales (/)*

**¿Alguna vez su hijo ha visto a un consejero/especialista en salud mental o salud conductual?**

No  Sí (fechas, nombre de la clínica o del médico): \_\_\_\_\_

Problemas señalados: \_\_\_\_\_

**¿Tiene su hijo algún diagnóstico de salud mental actual o pasado?**

No  Sí (describa, fecha de diagnóstico): \_\_\_\_\_

**¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado o ha recibido tratamiento de salud mental para pacientes internados?**

No  Sí (fechas, hospital/centro): \_\_\_\_\_

Cuestiones abordadas: \_\_\_\_\_

**¿Tuvo un ataque de nervios/estuvo severamente alterado emocionalmente?**  No  Sí En caso afirmativo, por favor describa: \_\_\_\_\_

**¿Ha sido abusado físicamente por un cuidador, un miembro de la familia o un miembro que no es de la familia?**

No  Sí Quien y edad del niño en ese momento: \_\_\_\_\_

**¿Ha sido abusado o agredido sexualmente por uno de sus padres, un miembro de la familia o alguien que no es de la familia?**  No  Sí Quien y edad del niño en ese momento: \_\_\_\_\_

**Incidente traumático no especificado de otra manera:**  No  Sí En caso afirmativo, por favor describa brevemente: \_\_\_\_\_

**¿Alguien en la familia inmediata o extendida del niño ha experimentado algún problema de salud mental/conductual?**

No  Sí En caso afirmativo, enumere la relación y la preocupación (i.e. ansiedad, depresión, adicción) \_\_\_\_\_

**¿Alguien en la familia del niño ha luchado contra el abuso de sustancias o la adicción conductual (alcohol, drogas, juegos de azar, etc.)?**

Padre/cuidador (usted)  Otro padre/cuidador  Hermano(a)  Abuelo(a)  Otro: \_\_\_\_\_

En pocas palabras, describa el problema: \_\_\_\_\_

¿Ha cambiado su vida o la de su hijo (vida social, escolar y/o familiar) debido al consumo de alcohol/drogas/juegos de azar?

**¿Alguien en la vida de su hijo, incluido usted, ha tenido alguna vez un trastorno alimentario? Si es así, por favor especifique:** \_\_\_\_\_

**Historia del desarrollo**

¿Fue este un embarazo planificado?  Sí  No ¿Embarazos anteriores?:  Sí  No  Malparto  Mortinato  Aborto  
¿Experimentó la madre biológica alguna complicación o factor estresante durante el embarazo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Alguna complicación con embarazo/parto? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Infancia y primera infancia:**

¿Cómo fue este niño cuando era un infante (tranquilo, con cólico, fácil, predecible, etc)? \_\_\_\_\_  
¿Cuándo (edad) camino su hijo? \_\_\_\_\_ ¿Hablo? \_\_\_\_\_ ¿Aprendió a usar el sanitario? \_\_\_\_\_ ¿Retrasos?  Sí  No  
¿Cómo manejó su hijo las separaciones cuando era un bebé / niño pequeño? \_\_\_\_\_  
¿Esta o fue el niño en/a una guardería o tiene/tienen niñera? \_\_\_\_\_  
¿Estuvo el niño separado por una cantidad significativa de tiempo (aparte del cuidado diurno) de un padre/cuidador principal durante la infancia? \_\_\_\_\_  
¿Ha tenido el niño alguna participación con los Servicios de Protección Infantil o el cuidado de crianza?  No  Sí (por favor especifique): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Temperamento del menor:**

Describe el nivel de actividad:  Extremadamente activo  Bastante activo  Activo  Tranquilo/suave  Inactivo  
Describe cualquier cambio reciente en el nivel de actividad de su hijo: \_\_\_\_\_  
Califique la capacidad de atención:  Absorto  Largo (apropiado)  Medio (distráido a veces)  Corto  No puede participar  
¿Cómo responde su hijo a nuevas personas o situaciones? \_\_\_\_\_  
¿Su hijo es sensible al ruido, texturas, sonidos, etc.? \_\_\_\_\_  
¿Cómo expresa su hijo: ¿Felicidad? \_\_\_\_\_ ¿Tristeza? \_\_\_\_\_  
¿Enojo? \_\_\_\_\_ ¿Miedo/ansiedad? \_\_\_\_\_  
¿Cuáles son las fortalezas/mejores cualidades de su hijo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Historia educativa:**

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Ciudad/Distrito: \_\_\_\_\_  
Grado (actual): \_\_\_\_\_ Maestro(a): \_\_\_\_\_ Consejero Escolar: \_\_\_\_\_  
¿Su hijo recibe algún servicio de educación especial? (IEP, 504, etc)  No  Sí (por favor especifique) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cualquier preocupación de comportamiento en la escuela (¿con maestros, compañeros?)  No  Sí (por favor especifique) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Alguna vez su hijo ha sido suspendido o expulsado de la escuela?  No  Sí (por favor especifique) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Historia militar/veterana familiar:**  No  Sí (miembro de la familia, rama, años de servicio): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hay participación con el sistema legal/penal (niño, padre, cuidador)**  No  Sí (por favor proporcione fechas, razones, resultados): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Antecedentes/afiliación religiosa de la familia:**  No  Sí (Por favor, complete lo siguiente):  
Iglesia/comunidad de fe: \_\_\_\_\_ Denominación: \_\_\_\_\_  
Frecuencia de asistencia/participación:  Más de 1x/semana  1x/semana  2-3x/semana  1x/mes o menos

**Estoy preocupado por mi hijo en este momento porque:**

---

---

---

**Por favor, selección cualquiera de los siguientes problemas que le preocupan:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abuso (físico, sexual, emocional)                 | <input type="checkbox"/> Abrumadora sensación de fatalidad              | <input type="checkbox"/> Fobias, miedos   |
| <input type="checkbox"/> Académicos (calificaciones, rendimiento)          | <input type="checkbox"/> Comer, apetito, ingreso de alimentos           | <input type="checkbox"/> Mal juicio   |
| <input type="checkbox"/> Adicción en la familia o el niño                  | <input type="checkbox"/> Relaciones familiares, conflicto               | <input type="checkbox"/> Bajo rendimiento escolar                               |
| <input type="checkbox"/> Agresión (física, verbal)                         | <input type="checkbox"/> Fatiga, cansancio                              | <input type="checkbox"/> Embarazo   |
| <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol o drogas                       | <input type="checkbox"/> Olvido, problemas de memoria                   | <input type="checkbox"/> Dilación   |
| <input type="checkbox"/> Enojo   | <input type="checkbox"/> El duelo, pérdida, muerte                      | <input type="checkbox"/> Pensamientos acelerados o recurrentes                  |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad, preocupación, nerviosismo               | <input type="checkbox"/> Sentimientos de culpa o vergüenza              | <input type="checkbox"/> Violación, agresión sexual                             |
| <input type="checkbox"/> Evitación (de la escuela, las personas, etc.)     | <input type="checkbox"/> Sentimientos de desamparo, incapaz             | <input type="checkbox"/> Religión, espiritualidad                               |
| <input type="checkbox"/> Problemas de conducta                             | <input type="checkbox"/> Sentimientos de desesperanza                   | <input type="checkbox"/> Evitación escolar, rechazo                             |
| <input type="checkbox"/> Culparse, criticarse a sí mismo                   | <input type="checkbox"/> Daño a los animales, daño a otros              | <input type="checkbox"/> Autoestima, confianza en sí mismo                      |
| <input type="checkbox"/> Se queja de enfermedad con frecuencia             | <input type="checkbox"/> Pensamientos/declaraciones homicidas           | <input type="checkbox"/> Autolesión (corte, quemadura, etc.)                    |
| <input type="checkbox"/> Ajustes culturales                                | <input type="checkbox"/> Comportamientos impulsivos                     | <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas, declaraciones o comportamientos |
| <input type="checkbox"/> Dificultades con la concentración                 | <input type="checkbox"/> Aislamiento de la familia, amigos              | <input type="checkbox"/> Orientación sexual, identidad de género                |
| <input type="checkbox"/> Dificultades con la toma de decisiones            | <input type="checkbox"/> discapacidad de aprendizaje                    | <input type="checkbox"/> Comportamientos o preocupaciones sexualizadas          |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos perturbadores/intrusivos             | <input type="checkbox"/> Cuestiones médicas (pasado, actual o en curso) | <input type="checkbox"/> Ansiedad social, retraimiento, incomodidad             |
| <input type="checkbox"/> Delirios o alucinaciones                          | <input type="checkbox"/> Baja motivación                                | <input type="checkbox"/> Manejo del estrés                                      |
| <input type="checkbox"/> Depresión, estado de ánimo triste                 | <input type="checkbox"/> Pesadillas, terrores nocturnos                 | <input type="checkbox"/> llanto, llorar, llorón(a)                              |
| <input type="checkbox"/> Agitación o irritabilidad frecuentes              | <input type="checkbox"/> Pensamientos obsesivos/compulsivos             | <input type="checkbox"/> Manejo del tiempo                                      |
| <input type="checkbox"/> Cambios de humor frecuentes                       | <input type="checkbox"/> Dolor crónico                                  | <input type="checkbox"/> Trauma   |
| <input type="checkbox"/> Desapego o distanciamiento de los demás           | <input type="checkbox"/> Ataques de pánico                              | <input type="checkbox"/> Peso, imagen corporal                                  |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para escuchar y/o seguir instrucciones | <input type="checkbox"/> Paranoia                                       | <input type="checkbox"/> Sentimientos de inutilidad, falta de validez           |
|  | <input type="checkbox"/> Luchas en las relaciones entre compañeros      |   |
|  | <input type="checkbox"/> Perfeccionismo, altos estándares               |   |

**Describa brevemente cualquiera de los problemas de arriba con más detalle:**

---

---

---

**Mis esperanzas y metas para la consejería y mi hijo son:**

---

---

---

*CONFIDENCIAL: Esta información le ha sido revelada a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por la Ley Federal. Las regulaciones federales (42 CFR parte 2) le prohíben hacer cualquier divulgación adicional sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permitan dichas regulaciones.*

**SAMARITAN**  
**FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE MENORES/ADOLESCENTES**

**Padre/tutor: por favor pida a su hijo(a) que responda estas preguntas. Las respuestas ayudarán a su consejero a conocerlos.**

Mi nombre: \_\_\_\_\_ Mi edad: \_\_\_\_\_

Los nombres de mis padres: Mamá \_\_\_\_\_ Papá \_\_\_\_\_

Cualquier otra figura paterna en tu vida (padraastro, etc.): \_\_\_\_\_

¿Cómo te llevas con tus padres? \_\_\_\_\_

¿Tienes hermanos o/y hermanas? (nombres, edades) \_\_\_\_\_

¿Cómo te llevas con tus hermanos/hermanas? \_\_\_\_\_

¿Quién más vive en su casa? \_\_\_\_\_

¿A dónde vas a la escuela? \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

¿Cómo te va en la escuela? ¿Tema(s) favorito(s)? ¿Algún tema menos favorito? \_\_\_\_\_

Fuera de la escuela, ¿qué te gusta hacer? ¿Cómo pasas tu tiempo? (deportes, amigos, videojuegos, etc) \_\_\_\_\_

¿Tienes trabajo? \_\_\_\_\_ Si es así, ¿Dónde está y qué haces? \_\_\_\_\_

¿Alguien en su familia tiene un problema con el consumo de alcohol o drogas? \_\_\_\_\_

¿Has estado en consejería antes? \_\_\_\_\_ ¿Ayudó? \_\_\_\_\_

Si es así, ¿qué fue útil? \_\_\_\_\_

¿Alguien te ha lastimado alguna vez (físicamente, emocionalmente, etc.)? \_\_\_\_\_

¿Por qué vienes a consejería? \_\_\_\_\_

¿Qué preguntas tiene para mí, su consejero? \_\_\_\_\_

Si tres cosas en tu vida pudieran cambiar para mejor, ¿qué elegirías?

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

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

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

*Confidencial: Información del cliente*

Revised May 2022





**ACUERDO DE PAGO PARA SERVICIOS PROFESIONALES**  
**PARA COMPLETAR POR LA PARTE RESPONSABLE / TUTOR LEGAL / ASEGURADO**

**Información del cliente** (si es menor de edad, ingrese su información a continuación)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ *Utilizado solo para fines de seguro medico*  
Dirección principal: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono principal: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje?  Sí  No  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

**Persona responsable del pago** (si es diferente al cliente)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ *Utilizado solo para fines de seguro medico*  
Dirección principal: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono principal: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje?  Sí  No  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Relación al cliente: \_\_\_\_\_

Por favor, seleccione y ponga sus iniciales en **UNA** opción para indicar el método de pago elegido:

**SEGURO MEDICO (a través del empleador, Medicaid, Medicare):**

\_\_\_\_\_ Deseo usar mi seguro y solicitar que Samaritan facture a mi compañía de seguros por las tarifas. Soy consciente de que seré responsable de los deducibles o copagos/coaseguros requeridos por mi póliza, así como de los cargos no cubiertos por mi plan de seguro. Los copagos son requeridos en el momento de los servicios. Los estados de cuenta se envían mensualmente y se espera que se paguen por completo dentro de 30 días. Si mi compañía de seguros niega el pago de tarifas por cualquier motivo, acepto realizar el pago de las tarifas en su totalidad. Samaritan presentará reclamaciones a su compañía de seguros como una cortesía para usted, pero como el asegurado, reconozco que soy responsable de todas las tarifas incurridas por los servicios proporcionados a mí y / o mis dependientes.

**AUTOPAGO/COBRO POR SERVICIO:**

\_\_\_\_\_ Si no desea usar su seguro o Samaritan no está en su plan/red, se le facturará directamente por los servicios que se le brindan. Aceptamos crédito, efectivo o cheques.

**ORDEN JUDICIAL:**

\_\_\_\_\_ Tenga en cuenta que, si un abogado o los tribunales lo recomiendan a Samaritan para servicios, muchas veces la compañía de seguros no cubre esos cargos, por lo que le pediremos el pago completo en el momento del servicio. No se presentarán informes a los abogados o tribunales hasta que se paguen todas las tarifas en su totalidad.

**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA:**

\_\_\_\_\_ Samaritan puede ofrecer tarifas reducidas a clientes sin seguro debido a las contribuciones financieras de las iglesias, organizaciones e individuos del área. Si ha solicitado ser considerado para una tarifa reducida basada en su capacidad de pago, se adjuntará una hoja de trabajo de tarifas a este acuerdo. ***Usted está obligado a pagar esta tarifa en el momento de los servicios.***

**Tarifas para menores de edad:** En el caso de los menores, el padre que firma el acuerdo de honorarios es responsable del pago. En lo que se refiere a la custodia, es responsabilidad de los padres llegar a un acuerdo relacionado con el pago de cualquier saldo de la cuenta.

**Cambios de dirección:** Se espera que nos notifique inmediatamente de los cambios en la dirección, números de teléfono, cobertura de seguro, etc. El hecho de no notificar a Samaritan de los cambios en el seguro resultará en una expectativa de que usted pague los cargos incurridos. Las compañías de seguros generalmente no permiten la facturación atrasada.

**Tarifa de cancelación tardía y no presentación:** Si no asiste a una cita programada o no notifica a Samaritan con al menos 24 horas de anticipación para cancelar una cita programada, Samaritan tiene el derecho de cobrar una tarifa de \$ 70.00 que debe pagarse antes de ser visto nuevamente. Esto se puede pagar con tarjeta de crédito o en efectivo en la oficina. Cualquier cita futura que esté programada puede ser cancelada para permitir que otros clientes sean vistos. Tras el pago del cargo por no presentarse, puede reanudar nuevamente la programación de una cita. Puede haber algunas condiciones basadas en los tipos de pagadores en las que alguien podría ser colocado en una póliza de cita del "mismo día". La tercera vez que no se presente dará como resultado la terminación del cuidado.

**Información del seguro médico (necesaria si se utiliza el seguro como método de pago)**

**Por favor complete a continuación y traiga una copia del anverso y reverso de su(s) tarjeta(s) de seguro a la primera cita.**

**Seguro Primario:** \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de identificación: \_\_\_\_\_ # de grupo: \_\_\_\_\_

El cliente es (seleccioné uno):  Suscriptor  Cónyuge del suscriptor  Hijo del suscriptor

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

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de identificación: \_\_\_\_\_ # de grupo: \_\_\_\_\_

El cliente es (seleccioné uno):  Suscriptor  Cónyuge del suscriptor  Hijo del suscriptor

*Si hay seguro terciario o adicional, por favor informe a nuestras recepcionistas.*

**Otra información del pagador**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion al cliente: \_\_\_\_\_

Marca uno:  1. Pagaré por TODAS las sesiones  2. Pagaré por \_\_\_\_\_ sesiones  3. Pagaré una parte de cada sesión

Si seleccionó la opción 2 o 3, por favor especifique: \_\_\_\_\_

La sesión de terapia estándar es de 45 minutos. Los servicios facturables adicionales pueden incluir sesiones breves realizadas en persona, por teléfono o telesalud, sesiones con un miembro de la familia sin la presencia del cliente y sesiones con el cliente y los miembros de la familia presentes. Las sesiones de admisión inicial son de 50 minutos.

Por la presente, autorizo a Samaritan a proporcionar a la(s) compañía(s) de seguros médicos mencionada(s) arriba u otras partes nombradas responsables del pago la información solicitada y necesaria para el pago de los servicios prestados. Además, autorizo el pago directo a Samaritan por los servicios prestados. Además, soy consciente de que la falta de pago puede resultar a que se tomen medidas para cobrar/colectar mis tarifas, y que, al hacerlo, Samaritan revelará que he recibido servicios en su agencia.

\_\_\_\_\_  
**Firma de la Persona Responsable**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

¿Qué te hizo elegir Samaritan?

\_\_\_\_\_





## ORIENTACIÓN DE CONSEJERÍA PARA PACIENTES EXTERNOS

### Responsabilidades del cliente

Los horarios de citas se reservan especialmente para usted. Si no puede asistir a una cita programada, debe cancelar o reprogramar esa cita 24 horas antes de la hora programada. Para su comodidad, nuestros teléfonos son contestados 5 días por semana, durante el horario normal de oficina/horario de recepción lunes, martes, y jueves 8am-5pm, miércoles 8am-4pm, viernes 8am-2pm o después de horas, por favor deje un mensaje. Usted es responsable de llegar a tiempo para sus citas. Si no lo hace, su cita será reprogramada. Se le pueden negar más citas o se le cobrará una cuota después de haber perdido una cita sin aviso previo. Samaritan puede negarle los servicios por no asistir a sus citas.

Se espera que todos los clientes se comuniquen de manera respetuosa con todo el personal de Samaritan y se abstengan de amenazas verbales, daños físicos al personal, clientes o la propiedad de Samaritan. Armas de cualquier tipo no están permitidas en los edificios. Se espera que usted asista a todas las sesiones libre de alcohol y / o de drogas.

Por favor, discuta cualquier duda o inquietud acerca de su tratamiento con su terapeuta. Si esto no resuelve el asunto, pida hablar con el Director de la Clínica llamando al 920-866-9319.

Se espera que los padres / guardianes de menores acompañen al niño a cada cita. Por razones de seguridad, en todo momento, un adulto debe supervisar a los niños en la sala de espera.

### Derechos del cliente

#### Confidencialidad

La información compartida por los clientes durante las sesiones es confidencial, y usted (y/o su guardián legal si usted es menor de 14 años) deben dar permiso por escrito para compartir información con otros, **excepto en las siguientes circunstancias:**

- Existe una amenaza de causar daño a usted o a otros.
- Usted reporta un incidente de abuso físico, emocional o sexual o descuido de un niño, o usted reporta actividad sexual y usted es menor de 18 años.
- Los padres o guardianes legales de niños menores de 18 años de edad pueden solicitar información sobre la historia clínica del cliente.
- Usted está en los locales del Samaritan y necesita atención médica inmediata.
- Su historia clínica es ordenada por un juez a través de una orden judicial.
- Se les puede divulgar información limitada, a otros centros de salud de tratamiento terapéutico sin el consentimiento por escrito, como a un terapeuta de atención médica bajo ciertas circunstancias. Esta información puede ser dada a conocer sin consentimiento bajo DHS 51.30 (8).
- Tal vez se le pida que firme para divulgar su información. Esto puede ser revocado en cualquier momento, pero debe hacerse por escrito.

#### Servicios de emergencia

Los servicios de emergencia pueden ser obtenidos después de horas de oficina, llamando al 911, su línea local de intervención de crisis del condado, o Samaritan al 920-886-9319. Una emergencia es aquella que se considera que es de **vida o muerte** y usted siente que necesita ayuda inmediata de un terapeuta.

Por la presente, certifico que entiendo las expectativas escritas arriba y estoy de acuerdo en mantener mis responsabilidades. Además, doy fe de que se me ha ofrecido un paquete HIPAA y el folleto de derechos del cliente.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente (14 años y más)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / Guardián legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / Guardián legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



### CONSENTIMIENTO DE INFORMADO - Servicios de Tratamiento (HSS 94.03)

Samaritan es sensible a los recursos espirituales basados en la fe que algunas personas quieren usar mientras exploran la salud y el bienestar. Acogemos con beneplácito las oportunidades de integrar las creencias y prácticas espirituales de un cliente como parte del proceso terapéutico. Los terapeutas no impondrán su creencia personal a nuestros clientes, más bien si se solicita, trabajamos con el sistema de creencias de los clientes e incluimos discusión de espiritualidad / religión / fe de acuerdo a la preferencia expresada.

**BENEFICIO PROBABLE DEL TRATAMIENTO:** Si usted no cree que sus necesidades están siendo satisfechas, se le pide discutir esto con su terapeuta. Esta discusión proporcionará la oportunidad de aclarar sus metas, o considerar la posibilidad de ser referido a otro terapeuta que pueda satisfacer mejor sus necesidades.

**EFFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO / Probables Consecuencias de No Recibir Tratamiento:** El proceso de tratamiento típicamente involucra identificar y hablar sobre asuntos que son difíciles o dolorosos. No es raro sentir que las cosas empeoran antes de sentir progreso o mejora. El no recibir tratamiento incluirá la posibilidad de que continúe experimentando problemas similares o que las cosas puedan empeorar.

**PROVEEDORES DE TRATAMIENTO:** Los servicios son proporcionados por Terapeutas con maestrías Licenciados o Terapeutas-Residentes con maestrías que poseen una licencia de capacitación proporcionada por el Estado de Wisconsin. Todos los terapeutas clínicos y sus casos son revisados y supervisados por un director clínico y / o supervisor, así como un consultor psicólogo clínico. Los servicios de Alcohol y Drogas son proporcionados por terapeutas con licencias dobles y una especialidad en AODA y supervisados por un Supervisor Clínico de la AODA.

**TRATAMIENTO ALTERNATIVO:** Se discutirán modos alternativos de tratamiento durante el proceso de evaluación y / o durante el curso de la planificación del tratamiento.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA FACTURACIÓN:** Estoy de acuerdo en que la organización puede divulgar y recibir de cualquier asegurador, otros pagadores u otras personas, la información necesaria para la facturación y los propósitos relacionados. Esta información puede incluir mi identidad, diagnóstico y pronóstico, tratamiento para problemas de salud mental y / o alcohol o drogas y toda otra información contenida en mi historial en la medida en que dichos registros sean necesarios para la facturación o la recaudación de beneficios. Soy consciente de que tengo la opción de pagar por servicios en el momento de mis sesiones.

**PERIODO DE TIEMPO DEL INFORME DE CONSENTIMIENTO / DERECHO A RETIRARLO:** Su consentimiento para el tratamiento durará hasta que los objetivos del tratamiento hayan sido alcanzados satisfactoriamente, o usted o su terapeuta eligen terminar el tratamiento. Este consentimiento se renovará cada 12 meses. Usted conserva el derecho de retirar este consentimiento y de terminar el tratamiento en cualquier momento. Le pedimos que discuta esto con su terapeuta.

**NO PRESENTACION:** Tenga en cuenta que, si no asiste a una cita, Samaritan tiene el derecho de cobrarle una cuota y todas sus citas futuras ya programadas serán canceladas para tener tiempo disponible para otros clientes. Si no se presenta o si cancela más de dos citas, Samaritan puede cancelar los servicios.

Mi firma a continuación indica que mi terapeuta me ha explicado este informe de consentimiento y estoy satisfecho con mi comprensión del proceso de tratamiento y se me ha ofrecido una copia de este documento. Por la presente, voluntariamente consiento participar activamente en el tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente (14 años y más)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / Guardián legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del terapeuta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / Guardián legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



## CONSENTIMIENTO A VIDEOTERAPIA<sup>1</sup>

### Introducción

**"Servicios de VideoTerapia"** implica la prestación de servicios de atención médica mediante comunicaciones electrónicas, tecnología de la información u otros medios entre un proveedor de atención médica empleado o contratado de otro modo con SAMARITAN ("**Proveedor**") y un cliente que no se encuentra en la misma ubicación física. La videoterapia se puede utilizar para el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o educación, y puede incluir, pero no se limita a:

- Transmisión electrónica de registros clínicos, imágenes fotográficas, información de salud personal u otros datos entre un miembro y un Proveedor;
- Interacciones entre un cliente y el Proveedor a través de comunicaciones de audio, vídeo y/o datos;
- Y Uso de datos de salida de dispositivos clínicos, archivos de sonido y vídeo.

El proveedor de los sistemas electrónicos utilizados en la prestación de Servicios de Videoterapia ha representado que incorpora protocolos de seguridad de red y software estándar de la industria para proteger la privacidad y la seguridad de la información de salud.

### Posibles beneficios de la videoterapia

- Puede ser más fácil y eficiente para que usted pueda acceder a la atención clínica y al tratamiento de un proveedor.
- Usted puede obtener atención clínica y tratamiento a veces que sea conveniente para usted.
- Puede interactuar con un Proveedor sin la necesidad de una cita en la oficina.

### Posibles riesgos de la videoterapia

- La información transmitida a su Proveedor puede no ser suficiente para permitir la toma de decisiones clínicas apropiadas por parte del Proveedor.
- La incapacidad de su Proveedor para realizar ciertas pruebas o evaluaciones en persona puede en algunos casos impedir que el Proveedor proporcione un diagnóstico o tratamiento o que identifique la necesidad de atención clínica de emergencia o tratamiento para usted.
- Es posible que su proveedor no pueda proporcionar tratamiento clínico para su afección particular a través de VideoTerapia y es posible que se le solicite que busque atención alternativa.
- Los retrasos en la evaluación/tratamiento clínicos podrían ocurrir debido a fallas en la tecnología de vídeo.
- Los protocolos de seguridad o las protecciones podrían fallar causando una violación de la privacidad.
- Dados los requisitos reglamentarios en ciertas jurisdicciones, las opciones de tratamiento de su Proveedor pueden ser limitadas.

---

<sup>1</sup>Tenga en cuenta que los estados individuales pueden tener requisitos adicionales y específicos para el consentimiento a la terapia basada en videoconferencia, incluidos, entre otros, requisitos especiales relacionados con la provisión de tratamiento de salud mental y la confidencialidad de Información. Como resultado, la muestra proporcionada anteriormente está pensada únicamente como guía.

<sup>2</sup>Considere la posibilidad de definir aún más los servicios de atención médica ("incluyendo pero no limitado a") basados en los tipos de terapia proporcionada por el Centro.

Al aceptar este Consentimiento a VideoTerapia, usted reconoce su comprensión y aceptación de lo siguiente:

1. Entiendo que la prestación de servicios de atención médica a través de VideoTerapia es un campo en evolución y que el uso de VideoTerapia en mi atención clínica y tratamiento puede incluir usos de tecnología no descritos específicamente en este consentimiento.
2. Entiendo que mientras que el uso de VideoTerapia puede proporcionar beneficios potenciales para mí, como con cualquier servicio de atención clínica no se pueden garantizar tales beneficios o resultados específicos. Mi condición puede no curarse o mejorarse, y en algunos casos, puede empeorar.
3. Es mi deber informar a mi Proveedor de otras interacciones en persona o electrónicas con respecto a mi cuidado que pueda tener con otros proveedores de atención médica.
4. Entiendo que mi Proveedor puede determinar a su entera discreción que mi condición no es adecuada para el tratamiento usando VideoTerapia, y que es posible que necesite buscar atención clínica y tratamiento en persona o de una fuente alternativa.
5. Una variedad de métodos alternativos de atención médica pueden estar disponibles para mí, y que puedo elegir uno o más de estos en cualquier momento. Mi Proveedor ha explicado las alternativas a mi satisfacción.
6. Entiendo que las mismas protecciones de confidencialidad y privacidad que se aplican a mis otros servicios de atención médica también se aplican a estos servicios de VideoTerapia.
7. Acepto y autorizo a mi Proveedor y Centro a compartir información sobre el examen de VideoTerapia con otras personas con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica según lo permita la ley.
8. Entiendo que puedo retener o retirar mi consentimiento en cualquier momento enviando un correo electrónico o proporcionando otra notificación por escrito a mi Proveedor con dicha instrucción, sin afectar mi derecho a la atención o tratamiento futuro. De lo contrario, este consentimiento se considerará renovado en cada nueva consulta de VideoTerapia con mi Proveedor.

### **Consentimiento del cliente para el uso de la videoterapia**

He leído atentamente este consentimiento especial a la videoterapia, y entiendo los riesgos y beneficios del uso de VideoTerapia en el curso de mi tratamiento. Lo he discutido con mi Proveedor, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de VideoTerapia en mi atención médica.

Por la presente autorizo al Proveedor a usar VideoTerapia en el curso de mi diagnóstico y tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente (o persona autorizada para firmar para el cliente)

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

Si está autorizado, relación con el cliente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del terapeuta

\_\_\_\_\_  
Fecha



## HIPAA Formulario de consentimiento por correo electrónico

Cuando Samaritan le envía un correo electrónico, o usted le envía un correo electrónico a Samaritan, la información que se envía no está encriptada. Esto significa que existe el riesgo de que un tercero pueda acceder a la información y leerla, ya que se transmite a través de Internet. Además, una vez que usted recibe el correo electrónico, es posible que alguien pueda acceder a su cuenta de correo electrónico y leerlo.

Bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) si un paciente ha sido notificado de los riesgos del correo electrónico sin cifrar, y ese mismo paciente da su consentimiento para recibir información de salud personal por correo electrónico, un proveedor puede enviar a ese paciente información médica personal a través de correo electrónico no cifrado.

Por favor, seleccione una opción de abajo:

OPCIÓN 1 – PERMITIR CORREO ELECTRÓNICO SIN CIFRAR

Entiendo los riesgos del correo electrónico sin cifrar y por la presente doy permiso a Samaritan para enviarme información de salud personal (PHI) a través de correo electrónico sin cifrar.

OPCIÓN 2 – NO PERMITIR CORREO ELECTRÓNICO SIN CIFRAR

No deseo recibir información personal de salud a través de email.

\_\_\_\_\_  
firma del paciente o tutor

\_\_\_\_\_  
fecha

\_\_\_\_\_  
nombre escrito

\_\_\_\_\_  
nombre de cliente (si es diferente)

\_\_\_\_\_  
Por favor, escriba la dirección de su correo electrónico (**SÓLO PARA LA OPCIÓN 1**)





## Información Demográfica

Samaritan es una agencia financiada por United Way. United Way busca proporcionar servicios a las poblaciones desatendidas de nuestra comunidad. Las minorías y las personas que viven en la pobreza son menos propensas a buscar apoyo. La información que recopilamos en este formulario nos ayuda a identificar si estamos satisfaciendo las necesidades de todos los miembros de nuestra comunidad. Gracias por tomarse el tiempo para proporcionar esta información.

|  |   |   |   |                                 |                                  |                                 |   |
|--|---|---|---|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---|
| <b>Edad del cliente</b>  |   |   |   |                                 |                                  |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> 0-3   | <input type="checkbox"/> 4-5                      | <input type="checkbox"/> 6-12               | <input type="checkbox"/> 13-18            | <input type="checkbox"/> 19-21  | <input type="checkbox"/> 22-39   | <input type="checkbox"/> 40-59  | <input type="checkbox"/> 60-79 <input type="checkbox"/> 80+ |
| <b>Género del cliente</b>  |   |   |   |                                 |                                  |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> Hembra  | <input type="checkbox"/> Masculino                | <input type="checkbox"/> Otro               | <input type="checkbox"/> n/a              |                                 |                                  |                                 |   |
| <b>Raza del cliente</b>  |   |   |   |                                 |                                  |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native  | <input type="checkbox"/> Caucasian/White          | <input type="checkbox"/> Otro/Desconocido   |   |                                 |                                  |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> Black/African-American  | <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Island  | <input type="checkbox"/> n/a                |   |                                 |                                  |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> Asian   | <input type="checkbox"/> Múltiples razas          |   |   |                                 |                                  |                                 |   |
| <b>Etnicidad del cliente</b>   |   |   |   |                                 |                                  |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> Hispanic/Latinx (Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American. People of Hispanic/Latinx origin can be of any race.) |   |   | <input type="checkbox"/> Hmong            |                                 | <input type="checkbox"/> Unknown |                                 |   |
|  |   |   | <input type="checkbox"/> Other.....       |                                 | <input type="checkbox"/> n/a     |                                 |   |
| <b>Ubicación geográfica del cliente por código postal</b>  |   |   |   |                                 |                                  |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> 54911 Appleton  | <input type="checkbox"/> 54110 Brillion           | <input type="checkbox"/> 54130 Kaukauna     | <input type="checkbox"/> 54165 Seymour    |                                 |                                  |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> 54912 Appleton  | <input type="checkbox"/> 54113 Combined Locks     | <input type="checkbox"/> 54136 Kimberly     | <input type="checkbox"/> 54169 Sherwood   |                                 |                                  |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> 54913 Appleton  | <input type="checkbox"/> 54931 Dale               | <input type="checkbox"/> 54947 Larson       | <input type="checkbox"/> 54170 Shiocton   |                                 |                                  |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> 54914 Appleton  | <input type="checkbox"/> 54123 Forest Junction    | <input type="checkbox"/> 54140 Little Chute | <input type="checkbox"/> 54557 Winchester |                                 |                                  |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> 54915 Appleton  | <input type="checkbox"/> 54131 Freedom            | <input type="checkbox"/> 54952 Menasha      | <input type="checkbox"/> Other.....       |                                 |                                  |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> 54922 Bear Creek  | <input type="checkbox"/> 54942 Greenville         | <input type="checkbox"/> 54956 Neenah       |   |                                 |                                  |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> 54106 Black Creek   | <input type="checkbox"/> 54944 Hortonville/Medina | <input type="checkbox"/> 54152 Nichols      |   |                                 |                                  |                                 |   |
| <b>El cliente recibe almuerzo gratuito o reducido en la escuela. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</b>                            |   |   |   |                                 |                                  |                                 |   |
| <b>Ingreso familiar anual del cliente en año anterior (basado en el tamaño de la familia):</b>   |   |   |   |                                 |                                  |                                 |   |
| <b>1 person</b>  | <b>2 persons</b>                                  | <b>3 persons</b>                            | <b>4 persons</b>                          | <b>5 persons</b>                | <b>6 persons</b>                 | <b>7 persons</b>                | <b>8 persons</b>  |
| <input type="checkbox"/> 15,700  | <input type="checkbox"/> 17,950                   | <input type="checkbox"/> 20,150             | <input type="checkbox"/> 22,400           | <input type="checkbox"/> 24,200 | <input type="checkbox"/> 26,000  | <input type="checkbox"/> 27,800 | <input type="checkbox"/> 29,600                             |
| <input type="checkbox"/> 26,150  | <input type="checkbox"/> 29,900                   | <input type="checkbox"/> 33,600             | <input type="checkbox"/> 37,350           | <input type="checkbox"/> 40,350 | <input type="checkbox"/> 43,350  | <input type="checkbox"/> 46,300 | <input type="checkbox"/> 49,300                             |
| <input type="checkbox"/> 41,850  | <input type="checkbox"/> 47,800                   | <input type="checkbox"/> 53,800             | <input type="checkbox"/> 59,750           | <input type="checkbox"/> 64,550 | <input type="checkbox"/> 69,300  | <input type="checkbox"/> 74,100 | <input type="checkbox"/> 78,900                             |