



Formulario Obligatorio de Información del Cliente

Fecha de la primera sesión: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Género: _____ Pronombres de género (ej: ella/él/etc.): _____

Dirección:

_____ calle _____ ciudad _____ estado _____ código postal

Correo electrónico: _____

Número de Teléfono: Móvil: _____ ¿Nos permite dejar un mensaje? Sí No
 Casa: _____ ¿Nos permite dejar un mensaje? Sí No
(Marque lo preferido) Trabajo: _____ ¿Nos permite dejar un mensaje? Sí No

Otros miembros de la familia quien pueden que asistir consejería:

Nombre: _____ **Edad:** ____ **Relación:** _____
Número de teléfono principal: _____ **Género:** _____
Nombre: _____ **Edad:** ____ **Relación:** _____
Número de teléfono principal: _____ **Género:** _____
Nombre: _____ **Edad:** ____ **Relación:** _____
Número de teléfono principal: _____ **Género:** _____
Nombre: _____ **Edad:** ____ **Relación:** _____
Número de teléfono principal: _____ **Género:** _____
Nombre: _____ **Edad:** ____ **Relación:** _____
Número de teléfono principal: _____ **Género:** _____

Otros miembros importantes de la familia o quien viven en la casa, no involucrado en la consejería:

Nombre: _____ **Edad:** ____ **Relación:** _____ **Género:** _____
Nombre: _____ **Edad:** ____ **Relación:** _____ **Género:** _____
Nombre: _____ **Edad:** ____ **Relación:** _____ **Género:** _____
Nombre: _____ **Edad:** ____ **Relación:** _____ **Género:** _____
Nombre: _____ **Edad:** ____ **Relación:** _____ **Género:** _____

Orientación Sexual: _____

¿Actualmente, está usted en una relación? Sí No

Si está en una relación, por favor describe la relación: _____

Médico Familiar: _____ **Número de Teléfono:** _____

Dirección: _____

Psiquiatra: _____ **Número de Teléfono:** _____

Dirección: _____



¿Quién le remitió usted a nosotros?

¿Permite que reconozcamos a la referencia? (no es obligatorio) Sí No

Si sí, el número de teléfono de la persona o la agencia quien le remitió: _____

¿Cuáles son las razones principales que usted eligió DFI? (marque hasta las tres que aplican mejor):

- Accesibilidad económica
- La Reputación de DFI
- Confianza en la persona quien le remitió
- Ubicación
- Otro: _____
- Servicios enfocados en la fortaleza
- El enfoque en terapia relacional
- Disponibilidad de la primera sesión
- La persona quien le habló durante la llamada de teléfono de admisión

Raza/Identidad étnica (marque todos que aplican a los miembros de la familia):

- Afroamericano
- Hispano-americano/Latino
- Asiático-americano
- Nativo-americano
- Caucásico
- Multirracial
- _____

Ingresos familiares por año:

- \$1 – \$10,000
- \$10,001 – \$20,000
- \$20,001 – \$30,000
- \$30,001 – \$40,000
- \$40,001 – \$50,000
- \$50,001 – \$60,000
- \$60,001 – \$70,000
- \$70,001+

Por favor, indique sus afiliación(es) religiosa(s), si aplica. Apunte todas, si más que una en la familia:

¿Ha participado usted en terapia o consejería en el pasado? Sí No

Si sí, me diga sobre su experiencia de terapia (positiva, negativa, mezclado, etc.): _____

¿Qué quisiera ganar usted de nuestro trabajo junto? (¿Cuáles son sus metas de terapia?)

¿Qué va bien en su familia en este momento? _____

¿Es/Ha sido usted o son/han sido otros miembros de su familia víctima de abuso (físico, sexual, emocional)?

¿Piensan usted u otros miembros de la familia en suicidarse o en homicidio? Sí No

Medicamento tomado por usted mismo y por otros miembros de la familia (nombre – medicación):



Describa todos comportamientos compulsivos/adictivos en usted mismo u otros miembros de la familia (drogas, alcohol, apostar, gastar, sexo, etc.):

Comunicación: Brevemente describa fortalezas y/o preocupaciones sobre la comunicación de su familia.

Salud física: Brevemente describa fortalezas y/o preocupaciones sobre la salud física de usted mismo o su familia. _____

Juegos/Recreo/Diversiones Juntos: Brevemente describa fortalezas y/o preocupaciones sobre juegos y recreo para usted mismo o la familia. _____

Estreses: Por favor, describa unos estreses significativos que les afectan usted mismo o su familia en este momento, o del pasado. _____

Seguridad: Por favor comparta unos problemas de seguridad como comportamiento agresivo, golpear, empujar, refrenar físicamente a otra persona, u intimidación que son una preocupación en la familia.

Recursos/Fortalezas: Por favor describa unos recursos y unas fortalezas que tienen usted mismo o su familia en sus vidas (amigos, familia, trabajo, creencias espirituales, apoyos, etc.). _____

***¿Qué cosas no está dispuesto usted o su familia hacer de manera diferente en este momento?**

¿Cómo vamos a saber cuando la terapia tiene éxito? _____

¿Qué grado de motivación tienen usted y los miembros de su familia tener éxito en terapia en este momento?

(en una escala del 1 al 10; 1 – no motivación 10 – la cosa más importante para mí en este momento):

Nombre: _____ Clasificación (1 al 10): _____

Nombre: _____ Clasificación (1 al 10): _____



Nombre: _____ Clasificación (1 al 10): _____
Nombre: _____ Clasificación (1 al 10): _____
Nombre: _____ Clasificación (1 al 10): _____
Nombre: _____ Clasificación (1 al 10): _____

¿Quién quisiera involucrar en terapia que no está aquí hoy día? _____

Si prefiere hacer terapia individual sin los miembros de su familia, su pareja, por favor comparta la razón principal para esta preferencia. _____



POR FAVOR LEER ESTE DOCUMENTO ENTERO E LOS OTROS QUE SE LE HA DADO A USTED:

Gracias por compartir esta información personal. Ansío nuestro trabajo junto. Esta información será mantenido confidencial a dentro de los límites descritos en los documentos de **Divulgación Obligatoria/Derecho a la Privacidad**. Por favor leerlos completamente. Me deje saber si se sienta incómodo firmar algún documento o si tenga unas preguntas/dudas.

PAGOS:

Yo entiendo/Nosotros entendemos que DFI ofrece pagos lo más bajos posibles en una escala proporcional (según los ingresos anuales de la familia) y Yo entiendo/Nosotros entendemos que el **pago por yo mismo o mi familia será \$ por sesión**. Haga el cheque pagable al **“Denver Family Institute.”**

Por firmar abajo, Yo acepto/Nosotros aceptamos la responsabilidad por **el pago de los servicios en el momento** que son dados. Yo acepto/Nosotros aceptamos la responsabilidad por **el pago de las sesiones canceladas menos de 24 horas antes** de la hora de la cita planificada.

Testimonio ante el tribunal, deposiciones, y preparación para el corte resultan en costos adicionales al precio de \$125 por hora.

PARTICIPACIÓN EN TERAPIA – COHERENCIA DE LAS CITAS:

Usted y su familia tienen derecho terminar o dejar terapia en cualquier momento. Mientras que participen terapia con DFI, los animamos encarecidamente a asistir todas las citas planificadas. La vida puede ser muy ocupada, y unas cosas les pueden estorbar. La terapia es una inversión en su bienestar y salud. Hacer tiempo para terapia puede ser un gran paso adelante. Me hable usted si tenga dificultades para mantener las citas.

La terapia funciona la mejor cuando asista usted las sesiones con metas, esperanzas e ideas sobre lo que quiere abordar para la sesión. Por favor, me dé comentario sobre nuestro trabajo junto. Estoy abierto a sus comentarios. Estas sesiones son suyas.

A veces en el rumbo de terapia, puede que los individuales o miembros de la familia sientan más dolor, incomodidad, o molesto mientras los asuntos están explorados. Por favor, me deje saber si le está pasando esto a usted o a unos de los miembros de su familia.

SECRETOS FAMILIARES:

Mientras estoy trabajando con parejas y familias, yo y Denver Family Institute tenemos una norma de “no secretos.” Esto significa que yo como la terapeuta no les guardaré secretos significativos sobre la familia de los demás participando en la terapia. Si tenga dudas o preguntas sobre esta norma, por favor me las pregunte. Si está trabajando conmigo como cliente individual, mantendré todo que me diga usted en confidencialidad sin permiso escrito con las excepciones de los asuntos mencionados en la divulgación obligatoria.

VIDEOS/OBSERVACIÓN:

Como sabe, DFI también es un programa de entrenamiento. Para asegurar la mejor calidad de servicios, y para servirle mejor, accede usted a permitirnos grabar por video las sesiones y las observaciones en vivo

Revisado 04/12/2016



de sus sesiones de terapia por el propósito de supervisión clínico y consulta entre compañeros. Su terapeuta siempre intentará informarle si una sesión está siendo observada, y siempre usted puede conocer esas personas si prefiere. Usted tiene el derecho negarse la grabación o la observación en vivo en situaciones especiales cuando sentir vulnerable, pero generalmente, usted debe permitirla para recibir los servicios.

PROCESO DE ENTRADA:

Sus comentarios son bienvenidos. Por favor, tome un momento para decirnos sobre el proceso de entrada en DFI.

1) Primer contacto con DFI:

- Pude hablar con alguien la primera vez que llamé.
- Dejé un mensaje y alguien me devolvió la llamada a dentro de 24 horas o un día.
- Dejé un mensaje y alguien me devolvió la llamada a dentro de 48 horas o dos días.
- Dejé un mensaje y alguien me devolvió la llamada en más que 72 horas.

2) El nombre de la persona con quien hablé: _____ y le describiría como:

- Muy de bienvenida y profesional
- De bienvenida y profesional
- Un poco de bienvenida y profesional
- No muy amable, servicial, ni profesional como esperaba.

Por firmar abajo, yo o nosotros (adultos y minors de 15 años o mayor) he/hemos leído este documento y testifico/testificamos que la información dado por yo/nosotros es la verdad a mi leal saber y entender. Aceptamos los términos y las condiciones descritos en este documento.

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Por firmar abajo, yo la terapeuta asignada, he contestado todas preguntas, repasado la divulgación obligatorio requisito por DORA, y discutido el acuerdo de pago.

Firma de Terapeuta

Fecha

Este formulario es obligatorio para todos los casos en Denver Family Institute. Los clientes son dado este formulario para llenar antes de la primera sesión. Se puede recibir este formulario por correo electrónico, o en la oficina antes de la sesión. Se recomienda 30 minutos para completar este formulario antes de la sesión. Completar el formulario no debe ser utilizado como parte del tiempo de la sesión inicial.



COPIA DEL/LA TERAPEUTA

DIVULGACIÓN OBLIGATORIA/CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS CLIENTES DE DFI

La Denver Family Therapy Clinic es un programa de entrenamiento en terapia de relación y familia autorizado por COAMFTE. Generalmente nuestra terapia centra en fortalezas, el sistema o relaciones. El enfoque puede que modificar depende de las necesidades del individuo o la familia. Los terapeutas quien proveen los servicios en DFI son estudiantes de postgrado quienes no son licenciados. Supervisión es provisto por miembros experimentados de la facultad quienes son licenciados. Su terapeuta compartirá información sobre usted y su caso con su supervisor/a(s) en DFI y otros aprendices en supervisión o consulta de pares.

Su terapeuta recibe **supervisión** de uno o más miembros de la facultad en Denver Family Institute. Por firmar este documento, usted da permiso para que su terapeuta discuta la información de su caso con supervisor/a(s) y colegas en Denver Family Institute para los propósitos profesionales y educacionales.

REGULACIÓN DE PSICOTERAPEUTAS:

La práctica de las personas licenciadas o registradas en el campo de psicoterapia es regulado por la Mental Health Licensing Section of the Division of Registrations (Sección de Licencias de Salud Mental de la División de Registros). El consejo regulador está ubicado en 1560 Broadway, Suite 1350, Denver, Colorado 80202, y su número de teléfono es (303) 894-7800. Los requisitos reguladores para los profesionales de salud mental estipulan que un Trabajador Social Clínico, un Terapeuta Licenciada en Terapia Matrimonial y Familiar y un Consejero Profesional Licenciado deben de tener una maestría de su profesión y tener al menos dos años de supervisión posgraduada. Un Psicólogo Licenciado debe de tener un doctorado de psicología y tener un año de supervisión posdoctoral. Un Trabajador Social Clínico debe de tener una maestría en trabajo social. Un Candidato Psicólogo, un Candidato Terapeuta de Matrimonio y Familia y un Candidato Consejero Profesional Licenciado deben de tener el grado de licencia necesaria y estar en proceso de finalizar la supervisión necesario para licencia. Un Consejero Certificado de Adicciones (CAC I) debe de ser un graduado de preparatoria y terminar las horas obligatorias de entrenamiento y 1,000 horas de experiencia supervisada. Un CAC II debe de completar horas obligatorias adicionales de entrenamiento y 2,000 horas de experiencia supervisada. Un CAC III debe de tener una licenciatura en salud de comportamiento y completar horas obligatorias adicionales de entrenamiento y 2,000 horas de experiencia supervisada. Un Consejero en Adicción con Licencia debe de tener una maestría clínica y cumplir con los requisitos de CAC III. Un Psicoterapeuta Registrado está en el Base de Datos del Estado y es autorizado por ley practicar psicoterapia in Colorado, pero no tiene licencia dado por el estado y no es requerido satisfacer ningunos requisitos educacionales estandarizados para obtener registro del estado.

DERECHOS DEL CLIENTE E INFORMACIÓN IMPORTANTE:

- a. Tiene usted derecho a recibir información de mí sobre mis métodos de terapia, las técnicas que utilizo yo, la duración de su terapia (si la pueda determinar), y la estructura de pago. Por favor me la pida si quisieras recibir esta información.
- b. Puede buscar otra opinión de otro terapeuta o terminar tu terapia en cualquier momento.
- c. En una relación profesional (como la nuestra), intimidad sexual entre un/a terapeuta y un/a cliente jamás es apropiada. Si intimidad sexual ocurre, debe de ser denunciado al Department of Regulatory Agencies, Mental Health Section (Departamento de Agencias Reguladoras, Sección de Salud Mental).
- d. En general, la información provisto por y al cliente en una relación profesional con un/a terapeuta es legalmente confidencial y no se permite que el/la terapeuta divulgar esta información sin el permiso del cliente. Existen varios excepciones de confidencialidad cuales incluyen: (1) Se me requiere denunciar todos posibles incidentes de maltrato/ abuso infantil o negligencia a los cuerpos policiales; (2) Se me requiere denunciar todas amenazas de inminente daño físico por un cliente a los cuerpos policiales y a la persona en peligro; (3) Se me requiere iniciar una evaluación de salud mental de un/a cliente quien es inminente peligroso a si mismo u otras personas, o quien es profundamente incapacitada como consecuencia de un trastorno mental; (4) Se me requiere denunciar todas amenazas sospechadas a la seguridad nacional a los oficiales federales; y (5) Puede que se me requiera divulgar información del tratamiento por mandato judicial.
- e. Bajo la ley de Colorado, C.R.S. §14-10-123.8, los padres tienen derecho a acceder la información sobre el tratamiento de salud mental con respecto a sus niños menores, a menos que el juez haya prohibido el acceso de esta información por los padres. Si me solicita usted la información de tratamiento, le puedo proveer un resumen del tratamiento, en cumplimiento de la ley de Colorado y las normas de HIPPA.

AVISO PARA LOS CLIENTES QUE TIENEN MEDICAID: Bajo la ley de Colorado efectiva 1/7/2015, 10 CCR 2505-10 8.061 Sección 9, en relación con el uso de otros recursos en el provisión de los beneficios de asistencia de salud, "un cliente [de

Revisado 04/12/2016



Medicaid] puede entrar en un acuerdo con un tercera parte o proveedor de servicios médicos por el que el cliente aceptar ser responsable personalmente por el pago de servicios no asegurados por Medicaid. Este acuerdo debe de describir los servicios específicos provistos por el tercer parte o proveedor, el costo aproximadamente de los servicios provistos y la forma de pago por el cliente. El acuerdo debe de ser firmado y fechado por el cliente y el tercer parte o proveedor con antelación de proveer los servicios.”

Yo entiendo que estoy eligiendo un servicio de terapia que no es un proveedor de Medicaid y que mi pago privado y forma de pago por todos servicios de terapia han sido determinados por las políticas estándares de DFI. _____ (Ponga las iniciales si aplique)

LIMITES DE LOS SERVICIOS DISPONIBLES: DFI no provee servicios de emergencia ni servicios después de hora. Si se encuentra en una **situación que pone en riesgo la vida** y no puede ponerse en contacto con su terapeuta de DFI, acepta usted tomar los pasos necesarios para mantenerse a salvo, hasta e incluyendo llamar 911 o ir a la sala de emergencias (a su costo) si es necesario.

No proveemos medicamentos, servicios psiquiátricos, ni pruebas psicológicas.

Si está involucrado en un divorcio o litigación de custodia, usted necesita entender que mi papel como terapeuta no es hacer recomendaciones al juez con respecto a custodia o asuntos paternos ni testificar en corte con respecto a opiniones sobre asuntos interesados de la litigación. Por firmar esta declaración de divulgación, accede usted que no me va a llamar como testigo en tal cosa litigación. Experiencia ha demostrado que el testimonio de terapeutas en casos de disputa doméstica hace daño a la relación clínica entre terapeuta y cliente. Solo expertos, investigadores, u evaluadores nombrados por el corte pueden hacer recomendaciones al corte sobre asuntos en litigio con respecto a responsabilidades parentales y planes parentales.

POR FAVOR NOTA: Maltrato/Abuso infantil se trata de todos maltratos/abusos infantiles de que habla en terapia o que es observado. Esto incluye contacto sexual ilegal entre dos menores de edad, o maltrato/abuso de niños fuera de su familia. Somos personas bajo mandato de reportar posible maltrato/abuso infantil.

He leído la información precedente y me ha sido presentado verbalmente. Entiendo las divulgaciones que me han sido hechos. Admito yo que he recibido una copia de esta Declaración de Divulgación.

Nombre del/la Terapeuta y Credenciales _____

Nombre del/la Supervisor/a y Credenciales _____

Escribir el nombre del/la cliente

Firma del/la cliente o el Parte Responsable

Fecha

Escribir el nombre del/la cliente

Firma del/la cliente o el Parte Responsable

Fecha

Firma del/la Terapeuta

Fecha



COPIA DEL/LA CLIENTE

DIVULGACIÓN OBLIGATORIA/CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS CLIENTES DE DFI

La Denver Family Therapy Clinic es un programa de entrenamiento en terapia de relación y familia autorizado por COAMFTE. Generalmente nuestra terapia centra en fortalezas, el sistema o relaciones. El enfoque puede que modificar depende de las necesidades del individuo o la familia. Los terapeutas quien proveen los servicios en DFI son estudiantes de postgrado quienes no son licenciados. Supervisión es provisto por miembros experimentados de la facultad quienes son licenciados. Su terapeuta compartirá información sobre usted y su caso con su supervisor/a(s) en DFI y otros aprendices en supervisión o consulta de pares.

Su terapeuta recibe **supervisión** de uno o más miembros de la facultad en Denver Family Institute. Por firmar este document, usted da permiso para que su terapeuta discuta la información de su caso con supervisor/a(s) y colegas en Denver Family Institute para los propósitos profesionales y educacionales.

REGULACIÓN DE PSICOTERAPEUTAS:

La práctica de las personas licenciadas o registradas en el campo de psicoterapia es regulado por la Mental Health Licensing Section of the Division of Registrations (Sección de Licencias de Salud Mental de la División de Registros). El consejo regulador está ubicado en 1560 Broadway, Suite 1350, Denver, Colorado 80202, y su número de teléfono es (303) 894-7800. Los requisitos reguladores para los profesionales de salud mental estipulan que un Trabajador Social Clínico, un Terapeuta Licenciada en Terapia Matrimonial y Familiar y un Consejero Profesional Licenciado deben de tener una maestría de su profesión y tener al menos dos años de supervisión posgraduada. Un Psicólogo Licenciado debe de tener un doctorado de psicología y tener un año de supervisión posdoctoral. Un Trabajador Social Clínico debe de tener una maestría en trabajo social. Un Candidato Psicólogo, un Candidato Terapeuta de Matrimonio y Familia y un Candidato Consejero Profesional Licenciado deben de tener el grado de licencia necesaria y estar en proceso de finalizar la supervisión necesario para licencia. Un Consejero Certificado de Adicciones (CAC I) debe de ser un graduado de preparatoria y terminar las horas obligatorias de entrenamiento y 1,000 horas de experiencia supervisada. Un CAC II debe de completar horas obligatorias adicionales de entrenamiento y 2,000 horas de experiencia supervisada. Un CAC III debe de tener una licenciatura en salud de comportamiento y completar horas obligatorias adicionales de entrenamiento y 2,000 horas de experiencia supervisada. Un Consejero en Adicción con Licencia debe de tener una maestría clínica y cumplir con los requisitos de CAC III. Un Psicoterapeuta Registrado está en el Base de Datos del Estado y es autorizado por ley practicar psicoterapia in Colorado, pero no tiene licencia dado por el estado y no es requerido satisfacer ningunos requisitos educacionales estandarizados para obtener registro del estado.

DERECHOS DEL CLIENTE E INFORMACIÓN IMPORTANTE:

- a. Tiene usted derecho a recibir información de mí sobre mis métodos de terapia, las técnicas que utilizo yo, la duración de su terapia (si la pueda determinar), y la estructura de pago. Por favor me la pida si quisieras recibir esta información.
- b. Puede buscar otra opinión de otro terapeuta o terminar tu terapia en cualquier momento.
- c. En una relación profesional (como la nuestra), intimidad sexual entre un/a terapeuta y un/a cliente jamás es apropiada. Si intimidad sexual ocurre, debe de ser denunciado al Department of Regulatory Agencies, Mental Health Section (Departamento de Agencias Reguladoras, Sección de Salud Mental).
- d. En general, la información provisto por y al cliente en una relación profesional con un/a terapeuta es legalmente confidencial y no se permite que el/la terapeuta divulgar esta información sin el permiso del cliente. Existen varios excepciones de confidencialidad cuales incluyen: (1) Se me requiere denunciar todos posibles incidentes de maltrato/ abuso infantil o negligencia a los cuerpos policiales; (2) Se me requiere denunciar todas amenazas de inminente daño físico por un cliente a los cuerpos policiales y a la persona en peligro; (3) Se me requiere iniciar una evaluación de salud mental de un/a cliente quien es inminente peligroso a si mismo u otras personas, o quien es profundamente incapacitada como consecuencia de un trastorno mental; (4) Se me requiere denunciar todas amenazas sospechadas a la seguridad nacional a los oficiales federales; y (5) Puede que se me requiera divulgar información del tratamiento por mandato judicial.
- e. Bajo la ley de Colorado, C.R.S. §14-10-123.8, los padres tienen derecho a acceder la información sobre el tratamiento de salud mental con respecto a sus niños menores, a menos que el juez haya prohibido el acceso de esta información por los padres. Si me solicita usted la información de tratamiento, le puedo proveer un resumen del tratamiento, en cumplimiento de la ley de Colorado y las normas de HIPPA.

Revisado 04/12/2016



LIMITES DE LOS SERVICIOS DISPONIBLES: DFI no provee servicios de emergencia ni servicios después de hora. Si se encuentra en una **situación que pone en riesgo la vida** y no puede ponerse en contacto con su terapeuta de DFI, acepta usted tomar los pasos necesarios para mantenerse a salvo, hasta e incluyendo llamar 911 o ir a la sala de emergencias (a su costo) si es necesario.

No proveemos medicamentos, servicios psiquiátricos, ni pruebas psicológicas.

Si está involucrado en un divorcio o litigación de custodia, usted necesita entender que mi papel como terapeuta no es hacer recomendaciones al juez con respecto a custodia o asuntos paternos ni testificar en corte con respecto a opiniones sobre asuntos interesados de la litigación. Por firmar esta declaración de divulgación, accede usted que no me va a llamar como testigo en tal cosa litigación. Experiencia ha demostrado que el testimonio de terapeutas en casos de disputa doméstica hace daño a la relación clínica entre terapeuta y cliente. Solo expertos, investigadores, u evaluadores nombrados por el corte pueden hacer recomendaciones al corte sobre asuntos en litigio con respecto a responsabilidades parentales y planes parentales.

POR FAVOR NOTA: Maltrato/Abuso infantil se trata de todos maltratos/abusos infantiles de que habla en terapia o que es observado. Esto incluye contacto sexual ilegal entre dos menores de edad, o maltrato/abuso de niños fuera de su familia. Somos personas bajo mandato de reportar posible maltrato/abuso infantil.

He leído la información precedente y me ha sido presentado verbalmente. Entiendo las divulgaciones que me han sido hechos. Admito yo que he recibido una copia de esta Declaración de Divulgación.

Nombre del/la Terapeuta y Credenciales _____

Nombre del/la Supervisor/a y Credenciales _____

Escribir el nombre del/la cliente

Firma del/la cliente o el Parte Responsable

Fecha

Escribir el nombre del/la cliente

Firma del/la cliente o el Parte Responsable

Fecha

Firma del/la Terapeuta

Fecha



Notificación de las Prácticas de Privacidad de Denver Family Institute

Esta notificación describe como la información médica (incluyendo salud mental) sobre usted puede que sea utilizada y divulgada y como usted puede obtener acceso a esta información.

Por favor, lea cuidadosamente.

Durante el proceso de proveerle los servicios, obtendré, recordaré, y usaré información médica y de salud mental sobre usted que es información protegido de salud. Normalmente esa información es confidencial y no será utilizada ni divulgada, salvo como es descrito abajo.

I. USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (IPS)

- A. **Usos Generales y Divulgaciones que No Requieren el Consentimiento del/la Cliente.** Yo puedo utilizar y divulgar IPS sobre usted sin su autorización en las siguientes circunstancias:
1. *Tratamiento.* Tratamiento se trata de la provisión, coordinación, o direcciones de asistencia médica y servicios relacionadas por uno y más proveedores de servicios médicos. Por ejemplo, puede que yo utilice su información para planear su curso de tratamiento y consultar con otro proveedor de servicios médicos para asegurar que se esté utilizando los métodos más apropiados para tratar a usted.
 2. *Pago.* Pago se trata de las actividades que el proveedor de servicios médicos se compromete a hacer para obtener o aportar reembolso por la provisión de cuidados. Puedo utilizar y dar su información a otras personas para cobrar el pago por el tratamiento y los servicios provisto a usted. Por ejemplo, puede que yo comparta porciones de su información con servicios de facturaciones y los personales de facturación, bufetes de recuperación, compañías de seguros, planes de seguro, y terceros pagadores que le proveen cobertura a usted. La información provista a las aseguradoras y otros terceros pagadores puede incluir información que le identifica a usted, además de sus diagnósticos, la clase de servicio, la fecha de servicio, el nombre del proveedor, y otra información sobre su condición y tratamiento.
 3. *Operaciones de Servicios Médicos.* Las operaciones de servicios médicos se trata de las actividades regulares de la dirección y actividades administrativas. Por ejemplo, yo puedo utilizar su información de salud para monitorizar a la calidad de servicio, entrenamiento y educación, análisis médica, servicios legales, actividades de auditoría, programas de cumplimiento, gestión empresarial y actividades administrativas generales.
 4. *Contactar al/la Cliente.* Puede que yo le contacto a usted para recordarle de citas y decirle sobre tratamientos u otros servicios que podrían beneficiar a usted.
 5. *Legalmente Requerida.* Divulgaré información protegida de salud cuando legalmente requerida. Esto incluye pero no es limitado a las siguientes situaciones:
 - i. Denunciar maltrato/abuso infantil o negligencia;
 - ii. Cuando la divulgación es por procesos judiciales y administrativos, por ejemplo en repuesta a una orden de un tribunal administrativo o del corte;
 - iii. Cuando hay deber por ley advertir o tomar acción sobre peligro inminente de otras personas;
 - iv. Cuando el/la cliente es un peligro a si mismo/a o a otras personas o discapacitado/a gravemente;
 - v. Cuando requerido reportar unas enfermedades contagiosas específicas y heridas específicas;
 - vi. Cuando un/a médico forense está investigando la muerte de un/a cliente; y
 - vii. A las agencias regulatorias del gobierno cuales son autorizadas por ley supervisor mis operaciones.
 6. *Delitos en sitio u observado* por Denver Family Institute. *Crimes on the premises or observed by Denver Family Institute.* Los delitos observado por yo, cuales son dirigidos a mí u ocurren en sitio de nuestra oficina, serán denunciados a los cuerpos policiales.

Revisado 04/12/2016



7. *Socios del Negocio.* Algunos trabajos de proveedores de servicios médicos son provistos por contrato con socios del negocio. Por ejemplo, unos servicios clínicos, de aseguración de calidad, legales, de auditoría, y gestión de la práctica, pueden que sean provistos por contratar con entidades externas cumplir con estos servicios.
 - i. En esas situaciones, información protegida de salud será provisto a esos contratistas como es necesario cumplir con sus trabajos contratados. En esas situaciones, los socios del negocio son requeridos ingresar en un acuerdo que mantiene la privacidad de la información protegida de salud que se les provee.
 8. *Investigación.* Se me permite utilizar o divulgar información protegida de salud por el propósito de investigación si se sigue las limitaciones de las Regulaciones Federales de Privacidad de HIPAA. I may use or disclose protected health information for research purposes if the relevant limitations of the Federal HIPAA Privacy Regulations are followed. 45CFR §164.512(i).
 9. *Clientes Involuntario/as.* Información sobre clientes quienes son siendo tratado involuntariamente será compartido con otros proveedores de tratamiento, entidades legales, e otros, como necesario proveedor el cuidado y la coordinación de gestión necesario.
 10. *Miembros de la Familia.* Menos menores específicos, clientes incompetentes, o clientes involuntarios, información protegida de salud no puede ser provisto a los miembros de la familia sin el consentimiento del cliente. En situaciones en que los miembros de la familia están presentes durante una conversación con el/la cliente, y puede ser razonablemente inferido de las circunstancias que el/la cliente no se opone, información puede ser divulgado durante esta conversación. Sin embargo, si el/la cliente se opone, información protegida de salud no será divulgada.
 11. *Emergencias.* En el caso de emergencias que constituyen una amenaza para la vida, divulgaré la información necesaria para evitar graves daños o muerte.
- B. Autorización del Cliente o Consentimiento.** Yo no puedo utilizar ni divulgar información protegida de salud en cualquiera otra manera sin una **Autorización Firmado de Información.** Cuando firmas una Autorización de Información, puede que sea revocado en el future, siempre en cuando la revocación está escrita. La revocación aplicará excepto al alcance de que ya la he dependido.
- C. Notas de Psicoterapia.** Puedo mantener por separado unas notas de psicoterapia del resto de mis anotaciones. Utilización o divulgación de estas notas ocurrirá solamente bajo estas circunstancias: (a) Usted autoriza específicamente su uso o divulgación en una autorización escrito aparte; (b) Las utilizo por su tratamiento; (c) Puedo utilizarlas para mis propios programas de entrenamiento en que estudiantes, aprendices, o profesionales en salud mental aprenden bajo supervisión para practicar o mejorar sus habilidades en consejería del grupo, colectiva, familiar o individual; (d) si toma acciones legales contra mí y me tengo que defender; y (e) algunas circunstancias limitadas definidas por ley.

II. SUS DERECHOS COMO CLIENTE

- A. Restricciones Adicionales.** Tiene usted el derecho a solicitar restricciones adicionales sobre el uso o la divulgación de su información de salud. No estoy obligado/a a acceder su solicitud, y existen algunos límites a cualquiera restricción, de cuáles serán provistos a usted bajo pedido. Para ejercer su derecho, me lo discuta.
- B. Medios Alternativos de Recibir Comunicaciones Confidenciales.** Tiene usted el derecho a solicitar que recibe comunicaciones sobre información protegida de salud por medios alternativos o locaciones alternativas. Por ejemplo, si no quiere recibir facturas u otras materiales en su casa, puede solicitar que se manda esta información a otra dirección. Para ejercer este derecho, me lo discuta.
- C. Acceso a la Información Protegida de Salud.** Tiene usted el derecho a examinar y obtener una copia de la información protegida de salud que es contenida en los registros clínicos, de facturación y otros registros utilizados tomar decisiones sobre usted. Usted debe de poner de escrito la solicitud. Puede que le cobremos los gastos relacionados. Existen algunos límites a este derecho, de cuáles serán provisto a usted a pedido, si existe una limitación.
- D. Enmienda a Su Registro.** Tiene usted el derecho a solicitar la enmienda de su información protegida de salud. Usted debe de poner de escrito la solicitud y debe de explicar por qué se debe de enmendar la información. No estamos obligados a enmendar el registro si es determinado que el

Revisado 04/12/2016



registro es acertado y completo. Existen otras excepciones, de cuáles serán provistos a usted justo con el proceso de apelación a pedido. Para ejercer este derecho, me lo discuta.

- E. **Contabilidad de Divulgaciones.** Tiene usted el derecho a recibir una contabilidad de algunas divulgaciones que he hecho sobre su información protegida de salud. Sin embargo, esa contabilidad no incluye divulgaciones que fueron hechos por el propósito de tratamiento, pago, u operaciones de atención a la salud. Además, la contabilidad no incluye las divulgaciones que fueron hechos a usted, las autorizadas por usted, ni las hechas antes del 13 de Abril, 2003. Existen otras excepciones de cuáles serán provistos a usted si solicita una contabilidad. Para ejercer este derecho, me lo discuta.
- F. **Copia del Aviso.** Tiene usted el derecho a solicitar una copia de papel de este aviso en cualquier momento.

III. **INFORMACIÓN ADICIONAL**

- A. **Ley de Privacidad.** Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información protegida de salud. Además estamos obligados a proveer a los clientes con el aviso de mis deberes legales y prácticas de privacidad con respeto a la información protegida de salud. Eso es el propósito de este aviso.
- B. **Condiciones del Aviso.** Estamos obligados a cumplir con las condiciones de este Aviso, o cualquier Aviso enmendado que puede que siga.
- C. **Cambios al Aviso.** Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y las condiciones de este Aviso en cualquier momento, y hacer efectivas las nuevas estipulaciones por todas las informaciones protegidas de salud que tenemos. Cuando cambios están hechos, el Aviso revisado será publicado en mi oficina. Las copias de este Aviso serán disponibles a pedido.
- D. **Quejas en Relación con los Derechos de Privacidad.** Si usted está preocupado/a que he violado sus derechos de privacidad, puede que usted haga una queja conmigo directamente, por escrito, utilizando la información de contacto provisto al fin de este Aviso. Además tiene usted el derecho a quejarse al United States Secretary of Health and Human Services (Secretario de Salud y Servicios Humanos de Los Estados Unidos), 200 Independence Avenue, SW, Room 515F, HHH Bldg, Washington, DC 20201. Es nuestra norma que no será retaliación por nosotros por usted haciendo tal queja.
- E. **Fecha Efectiva.** Este Aviso es efectiva el 15 de Abril, 2003.
- F. **Información Adicional.** Si usted quiera más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tenga dudas o preocupaciones, por favor, ponerse directamente en contacto con nuestro director de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico.
- G. **Contacto: Jamie Leach, LPC**
DFI Executive Director
Denver Family Institute
3600 S Yosemite St. Suite 1050
Denver, CO 80237
303-756-3340



Esta página se deja deliberadamente en blanco.

Revisado 04/12/2016

**DFI 3600 S Yosemite St. Suite 1050, Denver, CO 80237
(303)756-3340**



**AVISO DEL DERECHO AL PRIVACIDAD
Y EL FORMULARIO FIRMADO DE DIVULGACIÓN OBLIGATORIA**

Yo/Nosotros, _____ (escribe nombre con letra de molde), and

_____ (escribe otro nombre con letra de molde) he/hemos recibidos una copia del formulario del “Derecho a Privacidad” de DFI en conformidad con las regulaciones federales de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad. Yo/Nosotros he/hemos recibidos también una copia del formulario de “Divulgación Obligatoria/Consentimiento Informado” de DFI. Eso formularios también es incluido en el Formulario Obligatorio de Información del Cliente que he/hemos llenado antes de la sesión. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que es mi/nuestra responsabilidad leer este documento. Yo/Nosotros tuve/tuvimos la oportunidad hacer preguntas en relación con estos dos documentos.

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Cliente

Fecha

Yo, _____ (escribe nombre en letra de molde), les dí una copia del formulario “Derecho de Privacidad” en conformidad con las regulaciones federales de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad. Yo he repasado el documento de Divulgación Obligatoria/Consentimiento Informado con los clientes y he contestado todas las preguntas que me hicieron.

Firma del/la Terapeuta

Fecha

Los/Las terapeutas ponen este documento en el archive del cliente de DFI. La falta de dar estos documentos a los clientes después de la segunda sesión es una violación de la Política de DFI y los Estatutos de Salud Mental de Colorado.