



Hill Country Christian Counseling Center, Inc.

*New Hope*

1127 East Main St., Suite 100

Kerrville, Texas 78028

Office: 830-257-3009 Fax: 888-605-9651

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

## **Formulario de Admisión – Adulto**

La información solicitada en este formulario es información sanitaria protegida (PHI) y confidencial. Por favor, complete este formulario de la mejor manera que pueda.

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código de Área: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_

Teléfono principal: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero  Viudo  Conviviente  Comprometido  
 Casado  Separado  Divorciado  Otro

Nombre del Cónyuge/ Pareja Actual (Si Aplica): \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

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

¿Como conoció de New Hope?  Búsqueda en Internet  Amigo/Conocido  Referencia

Si usted fue referido, ¿Por quién fue referido? \_\_\_\_\_

¿Qué le gustaría ver como resultado del asesoramiento? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Desea obtener una discapacidad debido a su salud mental/emocional?  Sí  No

¿Desea obtener asesoramiento por orden de la corte o por cargos criminales?  Sí  No

¿Desea obtener asesoramiento debido a la adicción al alcohol o drogas?  Sí  No

**Fuerzas Armadas:**

- En actividad       Guardia Nacional/ Reserva       Servicio Previo
- Retirado/Veterano    Dependiente       Separado por razones médicas
- Discapacidad relacionada al Servicio

Rama de servicio: \_\_\_\_\_ Fecha de servicio: \_\_\_\_\_

**Empleo:**

- Tiempo Completo       Tiempo Parcial       Desempleado
- Independiente       Estudiante       Retirado
- Discapacitado       Ama de casa

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

¿Hace cuánto tiempo está desempleado? (Si Aplica) \_\_\_\_\_

¿Hace cuánto tiempo está discapacitado? (Si Aplica) \_\_\_\_\_

**Seguro:**  Si  No

- Si posee, ¿De qué tipo?  Medicare    Medicaid    Superior    Blue Cross & Blue Shield
- Magellan    Aetna    Tricare    ComPsych
- Otro: \_\_\_\_\_

**Familiar:**

Padres: Madre      Vive (Edad) \_\_\_\_\_      Fallecida (Fecha) \_\_\_\_\_

Padre      Vive (Edad) \_\_\_\_\_      Fallecido (Fecha) \_\_\_\_\_

Yo soy el/la:  Mas Grande    Del Medio    Mas Joven    Hijo/a Único

¿Cuántos hermanos posee? (Si Aplica) \_\_\_\_\_

Nombres y Edades de sus hijos: \_\_\_\_\_

Nombres y Edades de sus hijastros: \_\_\_\_\_

¿Quiénes viven con usted? \_\_\_\_\_

Como niño, ¿Usted o alguno de sus familiares experimento violencia domestica/abusos?

- Sí    No   Si la respuesta es afirmativa, por favor detalle: \_\_\_\_\_

¿Usted o alguno de sus familiares experimenta, actualmente, violencia domestica/abusos?

- Sí    No   Si la respuesta es afirmativa, por favor detalle: \_\_\_\_\_

Religión/Denominación: \_\_\_\_\_ Iglesia: \_\_\_\_\_

## Síntomas de Salud Mental:

Por favor, marque todo lo que ha experimentado en los últimos meses.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> TDAH                               | <input type="checkbox"/> Dificultad para encontrar Sentido            | <input type="checkbox"/> Pérdida del Sentido de la Vida           |
| <input type="checkbox"/> Agresión                           | <input type="checkbox"/> Mareos                                       | <input type="checkbox"/> Pérdida del Placer                       |
| <input type="checkbox"/> Ataques de Ira                     | <input type="checkbox"/> Vergüenza                                    | <input type="checkbox"/> Pérdida de la Creencia Religiosa         |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                           | <input type="checkbox"/> Preocupación Excesiva                        | <input type="checkbox"/> Deterioro de la Memoria                  |
| <input type="checkbox"/> Inquietud                          | <input type="checkbox"/> Fatiga                                       | <input type="checkbox"/> Tensión Muscular                         |
| <input type="checkbox"/> Evasión                            | <input type="checkbox"/> Temor al Abandono                            | <input type="checkbox"/> Nauseas                                  |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos/Sofocos                | <input type="checkbox"/> Temor a la Muerte                            | <input type="checkbox"/> Obsesiones                               |
| <input type="checkbox"/> Miedo Crónico                      | <input type="checkbox"/> Temor a Perder el Control                    | <input type="checkbox"/> Mas Conversador                          |
| <input type="checkbox"/> Obsesión                           | <input type="checkbox"/> Sentirse Inútil                              | <input type="checkbox"/> Ataques de Pánico                        |
| <input type="checkbox"/> Conflictos en la Escuela           | <input type="checkbox"/> Frustración                                  | <input type="checkbox"/> Presión de Grupo                         |
| <input type="checkbox"/> Conflictos en el Trabajo           | <input type="checkbox"/> Cuestionamiento sobre la Identidad de Genero | <input type="checkbox"/> Fobias                                   |
| <input type="checkbox"/> Confusión                          | <input type="checkbox"/> Dolor  | <input type="checkbox"/> Depresión Posparto                       |
| <input type="checkbox"/> Llanto descontrolado               | <input type="checkbox"/> Culpa  | <input type="checkbox"/> Preocupación con la Pérdida              |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de Apetito                 | <input type="checkbox"/> Alucinaciones                                | <input type="checkbox"/> TEPT por Abuso                           |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del Placer                 | <input type="checkbox"/> Desesperanza                                 | <input type="checkbox"/> TEPT por Servicio en las Fuerzas Armadas |
| <input type="checkbox"/> Menos Sociable                     | <input type="checkbox"/> Excesivo estado de Alerta                    | <input type="checkbox"/> TEPT por otra causa                      |
| <input type="checkbox"/> Desilusión                         | <input type="checkbox"/> Impulsividad                                 | <input type="checkbox"/> Cuestionamiento de Orientación Sexual    |
| <input type="checkbox"/> Negación                           | <input type="checkbox"/> Desatención                                  | <input type="checkbox"/> Pensamientos Acelerados                  |
| <input type="checkbox"/> Despersonalización                 | <input type="checkbox"/> Aumento del Apetito                          | <input type="checkbox"/> Rabia o Indignación                      |
| <input type="checkbox"/> Depresión                          | <input type="checkbox"/> Aumento del Ritmo Cardíaco                   | <input type="checkbox"/> Relación con los Hijos                   |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento Autodestructivo     | <input type="checkbox"/> Temores Irracionales                         | <input type="checkbox"/> Relación con los Padres                  |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para estar solo         | <input type="checkbox"/> Irritabilidad                                | <input type="checkbox"/> Relación Conyugal                        |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para estar en grupo     | <input type="checkbox"/> Aislamiento                                  | <input type="checkbox"/> Dudas Religiosas                         |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse       | <input type="checkbox"/> Celos  | <input type="checkbox"/> Resentimiento                            |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para Conciliar el Sueño | <input type="checkbox"/> Soledad                                      | <input type="checkbox"/> Inquietud                                |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para Dormir             |   |   |

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tendencia a Actividades de Riesgo | <input type="checkbox"/> Cambio significativo en el peso | <input type="checkbox"/> Timidez                        |
| <input type="checkbox"/> Tristeza                          | <input type="checkbox"/> Problemas del Habla             | <input type="checkbox"/> Pensamiento de Auto lesionarse |
| <input type="checkbox"/> Auto-Conciencia                   | <input type="checkbox"/> Sobresalto                      | <input type="checkbox"/> Acidez                         |
| <input type="checkbox"/> Lesionarse o Herirse              | <input type="checkbox"/> Estrés                          | <input type="checkbox"/> Escalofríos o Temblores        |
| <input type="checkbox"/> Problemas Sexuales                | <input type="checkbox"/> Superstición                    | <input type="checkbox"/> Retiro                         |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar          | <input type="checkbox"/> Sudoración                      |   |

¿Cuál otro síntoma mental ha experimentado últimamente? \_\_\_\_\_

**Autolesiones:**

*En los pasados meses, ¿ha tenido deseos de morir o deseo de dormir y no despertar?*

Si  No ¿Tiene actualmente pensamientos suicidas?  Si  No

¿Ha tenido alguna vez un intento de suicidio?  Si  No

Si su respuesta es afirmativa, ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez perdió a alguien que amaba como consecuencia del suicidio?  Si  No

Si su respuesta es afirmativa, ¿Quién y cuándo? \_\_\_\_\_

**Historial Médico:**

Doctor Principal: \_\_\_\_\_ Fecha de su última visita médica: \_\_\_\_\_

Listado de enfermedades físicas actuales, síntomas: \_\_\_\_\_

Listado de medicamentos actuales (incluya dosis y prescripciones): \_\_\_\_\_

**Historial de Salud Mental:**

¿Ha experimentado problemas mentales con anterioridad?  Si  No

Si su respuesta es afirmativa, detalle: \_\_\_\_\_

¿Posee historial familiar de problemas mentales?  Si  No

¿Alguna vez recibió tratamiento de salud mental ambulatorio? (Asesoramiento, Terapia, Psiquiatría)

Si  No

Si su respuesta es afirmativa, ¿Cuándo y dónde? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido hospitalizado para recibir tratamiento mental?  Si  No

Si su respuesta es afirmativa, ¿Cuándo y dónde? \_\_\_\_\_

**Historial de uso de sustancias:**

¿Usted bebe alcohol?  Si  No

Si su respuesta es afirmativa, ¿Cuántos vasos consume en promedio?

1-3  4-6  6-9  9+  Diariamente  Semanalmente  Mensualmente

¿Utiliza sustancias ilícitas? (Drogas ilegales, Drogas recreacionales, drogas prescriptas)

Si  No

Si su respuesta es afirmativa, ¿Cuáles? \_\_\_\_\_ ¿Cuán a menudo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Utiliza Drogas por vía intravenosa?  Si  No

¿Alguna vez recibió tratamiento ambulatorio por abuso de Drogas? (Asesoramiento, Terapia, Medicación)

Si  No

Si su respuesta es afirmativa, ¿Cuándo y dónde? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez fue hospitalizado para recibir tratamiento por abuso de sustancias? (Hospital, Desintoxicación, Rehabilitación)

Si  No

Si su respuesta es afirmativa, ¿Donde y cuando? \_\_\_\_\_



Hill Country Christian Counseling Center, Inc.  
New Hope  
1127 East Main St., Suite 100  
Kerrville, Texas 78028  
Office: 830-257-3009 Fax: 888-605-9651  
www.newhopecounselingtx.org

## **Consentimiento informado para recibir nuestros servicios de tratamiento y recepción de prácticas de privacidad**

Bienvenidos al Centro de Orientación New Hope. Este documento contiene información relevante sobre nuestros servicios y políticas de empresa. Lea este documento atentamente y tome nota de cualquier pregunta que tenga para poder tratarla con su terapeuta en su primera cita. Le invitamos y animamos a usted y a sus seres queridos a preguntar todo lo que deseen saber sobre su tratamiento y su programa de aplicación, así como cualquier cosa que no hayan entendido al respecto. Este es su tratamiento y estamos aquí para ayudarle. Cuando firme este *Consentimiento informado para recibir nuestros tratamientos y recepción de prácticas de privacidad*, denominado de aquí en adelante “el documento”, representará un acuerdo entre usted y la compañía, denominada de aquí en adelante “New Hope”.

**Escriba las iniciales de su nombre en todos los espacios designados a tal efecto, y firme al final del documento.**

### **Objetivos y propósitos de la terapia**

El propósito de la terapia es ayudar a restablecer o mejorar el funcionamiento social, psicosocial o biopsicosocial de individuos, parejas y familias que han sido afectadas negativamente por el estrés social o psicosocial o por problemas de salud. La terapia ayuda al cliente a conseguir el desarrollo mental, emocional, físico, social, moral, educacional, espiritual y profesional, así como a su adaptación a lo largo de toda su vida.

Mientras que los fines de la terapia son los mismos para todos los clientes, sus objetivos están altamente individualizados. Los clientes poseen una diversidad increíble en cuanto a su origen, valores, culturas y gustos personales. Lo que para una persona puede ser importante, para otra puede ser insignificante. Los terapeutas no imponen sus propios objetivos de terapia sobre sus clientes. El papel del terapeuta es ayudar al cliente a aclarar sus objetivos para establecer la terapia y también le corresponde ayudarle a conseguirlos. La participación del cliente para establecer dichos objetivos es absolutamente vital para el éxito de la terapia. Durante la evolución de la terapia, los objetivos del cliente pueden ir cambiando.

Iniciales \_\_\_\_\_

### **Programas de tratamiento**

Cada sesión de asesoramiento en New Hope tiene una duración de 50 minutos. El seguro no nos permite presentar más de una sesión por día. Si el terapeuta lo considera necesario, la cobertura del seguro nos puede permitir realizar más de una sesión de asesoramiento a la semana.

El número de sesiones necesarias de acuerdo con su programa de tratamiento dependerá de muchos factores que serán examinados entre usted y su terapeuta.

La relación con su terapeuta es una relación profesional y terapéutica. Él trabajará con usted para desarrollar una relación basada en la confianza, la aceptación sin juicios, el respeto incondicional y positivo, la cordialidad, la empatía, la autenticidad y en una comunicación clara y abierta. Animamos a los clientes a informar a los terapeutas de sus percepciones sobre las

intervenciones terapéuticas así como de la relación establecida entre ellos, tanto de los puntos fuertes como de las áreas susceptibles de mejora.

Iniciales \_\_\_\_\_

### **Servicios y riesgos psicológicos**

La psicoterapia puede tener beneficios y riesgos. La razón de ello es porque a menudo la terapia implica hablar de aspectos desagradables de su vida, pudiendo experimentar incómodas emociones como tristeza, culpa, ira, frustración, soledad e impotencia. La psicoterapia también ha demostrado tener beneficios para las personas que pasan por ella. La terapia a menudo conduce a mejores relaciones, soluciones a problemas específicos y a significativas disminuciones en sentimientos de angustia. En definitiva, no existen garantías en cuanto a lo que usted va a experimentar.

Los clientes a menudo descubren cosas de ellos mismos que no les gustan. El éxito de la terapia depende de la calidad de los esfuerzos realizados tanto por el terapeuta como por el cliente a lo que hay que añadir la realidad de la que los clientes son responsables por el estilo de vida que han elegido, así como de los cambios que puedan resultar de la terapia. Los riesgos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Poco o ningún cambio o progreso en el problema(s); que las cosas permanezcan exactamente igual.
- Que el problema(s) continúe deteriorándose y finalmente empeore. Esto puede generar mayores obstáculos.
- Que el problema(s) empiece a mejorar pero que a su vez ocasione perturbaciones en otras áreas de la vida del cliente.
- Como parte de los servicios médicos ofrecidos, al cliente se le puede asignar un diagnóstico que le puede afectar de diversas formas: algunos diagnósticos podrían tener efectos adversos sobre su empleo o su capacidad para mantener una autorización de seguridad y otros podrían tener efectos adversos en futuros seguros de vida o de salud. Algunos clientes desarrollan angustia cuando se les asignan ciertos diagnósticos. A su vez, puede que no consigan diagnósticos que les cualifiquen para servicios o programas que han estado persiguiendo. Otros diagnósticos podrían tener efectos adversos en la capacidad de poseer, usar, o portar un arma de fuego como establecen las leyes estatales y federales. Algunos diagnósticos pueden ser o bien una ventaja o una obligación en procedimientos penales.
- Como resultado de la información compartida en las terapias, o a causa de la angustia experimentada por el individuo, otros organismos o servicios podrían involucrarse con el cliente, tales como: hospitales, servicios de protección infantil, servicios de protección de adultos, organismos de orden público, etc.

Iniciales \_\_\_\_\_

### **Pago por servicios**

La situación financiera de los clientes y las decisiones relativas a la escala de tarifas ajustables se toman desde la oficina principal de New Hope. Usted es responsable de informar a esta oficina de cualquier cambio en su situación financiera o en sus ingresos.

El precio de su primera sesión, su “evaluación inicial” es de 175 dólares estadounidenses. El precio de cualquier otra sesión posterior es de 150 dólares estadounidenses. New Hope revisará el pago total desde su cuenta haciéndose usted responsable del pago de todos los honorarios.

Si usted tiene seguro médico, los distintos planes de cobertura grupal requieren diferentes copagos. El copago se determina en base a los copagos establecidos por “Visita rutinaria” o por el “Médico de atención primaria” que figuran en su tarjeta del seguro. Usted es responsable y acepta pagar su parte del copago por los honorarios de los servicios recibidos por el terapeuta en ese

momento. Al mismo tiempo es responsable de notificar de inmediato a New Hope sobre cualquier cambio que se haya efectuado en su seguro. Si no lo hiciera, se le podría cobrar por servicios que no están cubiertos.

New Hope utiliza una compañía de facturación de seguros a terceros, y en ocasiones, existe un periodo de demora entre sus primeras visitas y el momento en el que somos informados de su copago. No le pasaremos ningún cargo en concepto de copago por las visitas realizadas con anterioridad a conocer su copago; sin embargo, le notificaremos cuál es su copago tan pronto como lo sepamos, y será responsable del pago de ahora en adelante.

Además, debería tener en cuenta que la mayoría de las compañías de seguros requieren que les proporcionemos su diagnóstico clínico. En ocasiones, tenemos que proporcionar información clínica adicional, como programas de tratamiento, notas de evolución y sumarios, o copias de registros completos (en casos excepcionales). Esta información formará parte de los archivos de la compañía de seguros. Aunque todas las compañías de seguros aseguran mantener dicha información confidencial, no tenemos control sobre lo que hacen con ella una vez que está en sus manos. En algunos casos, pueden compartir la información con un banco de datos nacional de medicamentos. Le proporcionaremos una copia de cualquier registro que presentemos si usted nos la solicita.

*Usted comprende que al hacer uso de su seguro, nos autoriza a revelar dicha información a su compañía de seguros. Trataremos de limitar esa información al mínimo necesario.*

La escala de tarifas ajustables se basa en la renta del hogar antes de impuestos y en el número de personas que habitan en dicho hogar. La escala de tarifas ajustables es aplicable tanto para adultos como para clientes menores de edad, y generalmente oscila entre 50 y 100 dólares estadounidenses por sesión. Una vez acordada la escala de tarifa ajustable, usted será responsable del pago de todos los honorarios. Al mismo tiempo será responsable de informar a la oficina principal de cualquier cambio en su renta del hogar o en el número de personas que habitan el mismo.

Iniciales \_\_\_\_\_

### **Citas y cancelaciones**

La mayoría de las citas programadas se gestionan desde la oficina principal de New Hope, a menos que su terapeuta le informe de lo contrario. Las citas se pueden realizar llamando a la oficina principal al número (830) 257-3009, de lunes a jueves entre las 9.00am y las 5:00pm. La oficina principal también gestionará las citas periódicas que deban ser parte del programa del tratamiento y que se hayan decidido entre usted y su terapeuta.

Para cancelar o reprogramar una cita deben hacerlo llamándonos con al menos 24 horas de antelación para poder dar a otros clientes la oportunidad de aprovechar dicha cita en su lugar. Pueden dejar un mensaje en el buzón de voz incluso los fines de semana. Las cancelaciones y las citas no realizadas afectan a nuestro sistema de financiación, y nuestros terapeutas no cobran en ninguno de los dos casos. Apreciamos la cortesía que tenga hacia nosotros de respetar este acuerdo.

Los clientes que repetidamente pierdan o cancelen una cita (normalmente tres citas consecutivas) pueden ser eliminados de las citas periódicas, ponerse en lista de espera, o darles de baja de los servicios.

Su terapeuta se reserva el derecho de cancelar la cita si usted apareciera con alguna enfermedad, con niños menores de edad, o por cualquier otra cuestión que pueda interferir en la sesión de asesoramiento.

Las sesiones no realizadas a causa de condiciones meteorológicas peligrosas, cancelaciones por parte del terapeuta o vacaciones no penalizarán al cliente.

Iniciales \_\_\_\_\_



## **Confidencialidad**

Los terapeutas de New Hope confían en un código ético profesional y si tiene cualquier pregunta en relación a la confidencialidad, debería hacérsola llegar a la atención del terapeuta. Podrá incluso consultar a un abogado. Usted libera y mantiene indemne al terapeuta de cualquier desviación de su derecho a la confidencialidad que puede resultar en la firma de este documento.

Las leyes federales y estatales, las normas, la ética profesional y las políticas relativas a la privacidad y a la confidencialidad vinculan las discusiones entre un terapeuta y un cliente. La mayor parte de lo que es debatido en terapia se queda entre el terapeuta y el cliente; sin embargo, se dan algunas situaciones que requieren o permiten al terapeuta o a los empleados de New Hope revelar información médica protegida (PHI) sin la autorización del cliente. Ninguna información será revelada sin el consentimiento por escrito del cliente a menos que lo disponga la ley. Los clientes tienen derecho a revelar información a medida que se sientan cómodos.

Su terapeuta puede ocasionalmente considerar de ayuda consultar a otros profesionales sobre un caso en particular. Durante la consulta, el terapeuta hará todo lo posible para evitar revelar la identidad de su cliente. El profesional consultado también está legalmente obligado a mantener la información confidencial. Normalmente, el terapeuta no le contará nada sobre estas consultas a menos que ellos crean que es necesario para su tratamiento.

Las posibles excepciones a la confidencialidad incluyen entre otras las siguientes situaciones:

- Abuso, negligencia, o explotación de un niño (de 17 años o menor), de una persona de 65 años o mayor, o cualquier paciente de cualquier centro autorizado (centro de salud mental, hospitales, residencias de mayores, centros de residencia asistida).
- Si se considera que un cliente u otra persona corre un riesgo inminente y grave de perjudicarse a sí mismo o terceros.
- Cuando hay una orden de un tribunal judicial o administrativo, una citación u otro proceso legal (tales como divorcios, casos de custodia de niños, adopciones, casos involucrados en servicios de protección para niños (CPS) o en servicios de protección para adultos (APS), casos criminales, o pleitos en los que se cuestione la salud mental de una de las partes.
- Una demanda por negligencia presentada por el cliente contra el terapeuta o la presentación de una queja ante una junta de licencias u otra autoridad reguladora estatal o federal.
- Funciones esenciales gubernamentales, afectando a ciertos miembros del servicio militar, cuestiones de actividades de inteligencia y seguridad nacional autorizadas por la ley, y la elegibilidad para ciertos programas de prestaciones del gobierno.
- Ciertos fines de aplicación de la ley.
- A los efectos de los organismos de supervisión de la salud.
- Investigaciones de cumplimiento del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, de revisión o acción de ejecución; tratamiento, pago, y operaciones en atención médica, incluyendo entre otras: comunicaciones con otras agencias y proveedores de atención sanitaria para la continuidad en la asistencia médica del cliente; comunicaciones con la agencia de referencia, consultas y desacuerdos en los precios estipulados entre terapeuta y cliente.
- Fines de salud pública.
- Reclamaciones o casos de indemnización a los trabajadores.
- Emergencias cuando los clientes no puedan dar su consentimiento.
- Cualquier incidente relacionado con el uso y la divulgación permitidos.

En los casos en que se requieran informes del tipo de Servicios de protección para niños o para adultos, no existe un criterio por parte del terapeuta para no informar sobre ello. Los informes obligatorios son requerimientos legales y el terapeuta está obligado a realizarlos, independientemente de los deseos del cliente, familia, tutor, agencia de terapias, etc.

Al firmar este documento, usted reconoce la intención del terapeuta de actuar para protegerse a sí mismo y a los demás de daños graves, y se da el consentimiento para que el terapeuta advierta a cualquier persona en la prevención de daños. Esta autorización expirará cuando se resuelva la amenaza de daño.

Iniciales \_\_\_\_\_

### **Comparecencias ante los tribunales y honorarios**

Los honorarios judiciales, civiles y penales *no* están cubiertos por seguros ni fondos de asistencia. Si usted llegara a estar involucrado en procedimientos legales que requieran la participación de su terapeuta, usted acepta pagar el tiempo profesional empleado en su asunto legal, incluso si la petición la hiciera un tercero. Los honorarios de los terapeutas de New Hope para las citaciones en los tribunales son los siguientes:

- 150 dólares estadounidenses por hora en el tribunal.
- 50 dólares estadounidenses por hora de preparación para el tribunal, tiempo de preparación del informe, y tiempo del viaje al tribunal.
- 0,556 dólares estadounidenses por milla de distancia recorrida.

Los honorarios se pagarán en su totalidad una semana antes de la audiencia o la fecha de declaración por parte de quien expide la citación, solicitando la participación en una declaración, o solicitando un informe escrito para una audiencia o tribunal específico, sin excepciones.

En caso de que el tribunal continúe o se cancele por cualquier motivo para cuando se presente el terapeuta, el honorario mínimo no reembolsable en estos casos será de 350 dólares estadounidenses por terapeuta.

Aunque la finalidad del terapeuta es proteger la confidencialidad de sus registros, puede haber ocasiones en los que la ley obligue a revelar sus registros o testimonios. En la mayoría de los procedimientos legales, usted tiene derecho a prevenir al terapeuta de proporcionar cualquier información sobre su tratamiento; sin embargo, en algunos casos, un juez puede dictaminar que el terapeuta testifique si determina que el problema lo exige, y en este caso el terapeuta debe cumplir con la orden judicial.

Iniciales \_\_\_\_\_

### **Incapacidad o fallecimiento del terapeuta**

En el caso de que un terapeuta llegara a quedarse incapacitado o falleciera, será necesario que otro terapeuta tome posesión del caso e historial del cliente. Al firmar este documento usted da su consentimiento para que otro profesional de New Hope licenciado en salud mental tome posesión de sus archivos e historial, proporcionándole copias de los mismos bajo su petición o entregándolas a un terapeuta de su elección.

Iniciales \_\_\_\_\_

### **Política de comunicaciones electrónicas**

La oficina principal de New Hope está abierta de 9am a 5pm de lunes a jueves. Aunque los terapeutas están normalmente en la oficina durante este horario, no estarán disponibles mientras tengan sesiones con otros pacientes. El personal de la oficina principal, que también está bajo contrato para mantener la confidencialidad de la información del cliente, se encarga de hacer llegar los mensajes a los terapeutas y de la mayoría de la programación de citas. Si necesita hablar con su terapeuta urgentemente, informe al personal de la oficina principal y ellos intentarán ponerse en

contacto con él lo antes posible. Si no puede esperar a que su terapeuta le vuelva a llamar, comuníquese con su médico de cabecera o vaya a la consulta de urgencias más cercana y pregunte por el psiquiatra/psicólogo de guardia.

Su terapeuta le facilitará el número de su teléfono móvil. Los mensajes de texto entre clientes y terapeutas deberían contener sólo comunicación de tipo administrativa, es decir, información relativa a programación de citas o cancelaciones. Las conversaciones que surjan o la discusión psicoterapéutica deberían realizarse a través de una llamada telefónica, nunca a través de mensajes de texto. Una llamada telefónica de 45 minutos de duración o más será registrada como una sesión y será cobrada a tal efecto.

Al firmar este documento, usted da su consentimiento a New Hope para comunicarse con usted por teléfono, mensaje de texto, correo postal y correo electrónico a través de la información de contacto que usted ha facilitado. Usted se compromete a informar inmediatamente a New Hope en el caso de que se produzca algún cambio en su información de contacto, o si decide darse de baja en cualquier forma de comunicación electrónica.

Iniciales \_\_\_\_\_

### **Consentimiento para el tratamiento**

Al firmar este documento, usted se compromete voluntariamente a recibir asesoramiento, cuidados, tratamiento o servicios de salud mental y autoriza al terapeuta a proporcionar tales cuidados, tratamiento y servicios en la manera en que sean considerados necesarios y aconsejables. Además, usted se compromete voluntariamente a permitir el uso de información limitada para fines de investigación y financiación de subvenciones destinados a New Hope. Su firma confirma que usted comprende y se compromete a participar en el programa de cuidados, tratamiento, y/o servicios y que puede finalizar dichos cuidados, tratamiento, recopilación de datos o servicios en cualquier momento. Al firmar este documento, usted reconoce que ha leído y comprendido todos los términos y la información aquí contenida. Usted tiene amplio permiso para hacer preguntas y buscar aclaraciones sobre cualquier asunto que no le quede claro o con el que no esté de acuerdo.

Nombre del cliente en letra de imprenta	Firma	Fecha
Nombre del empleado de New Hope en letra de imprenta	Firma	Fecha



Hill Country Christian Counseling Center, Inc.

*New Hope*

1127 East Main St., Suite 100

Kerrville, Texas 78028

Office: 830-257-3009 Fax: 888-605-9651

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

## **Consentimiento informado para sesiones de psicoterapia online**

La psicoterapia online se refiere a sesiones psicoterapéuticas y consultas realizadas a través de la tecnología electrónica. Este tipo de sesiones permite que los terapeutas del Centro de Orientación New Hope conecten con los clientes mediante la comunicación interactiva de datos de video/audio. Uno de los beneficios es que el cliente y el terapeuta puedan participar en los servicios sin estar físicamente en el mismo lugar. Esto puede ser ventajoso si el cliente se muda a un lugar diferente o no puede reunirse en persona para sus citas. También puede servir como una oportunidad para recibir tratamientos que de otro modo no serían accesibles para clientes que viven en zonas rurales.

**Al firmar este documento, usted comprende y está de acuerdo con las políticas y procedimientos que New Hope ha establecido en relación con la psicoterapia online y las sesiones a distancia.**

### **Proceso de las sesiones a distancia**

La decisión de realizar sesiones de psicoterapia online se toma entre el cliente y la oficina principal de New Hope, o bien entre el cliente y el terapeuta. Antes de la sesión inicial, el terapeuta se comunicará con el cliente para acordar el tipo de plataforma apropiada para la sesión (es decir, video conferencia vía Zoom, ICANotes, Doxy.me o conferencia de audio por teléfono) y confirmar el horario de la cita. Al conectarse para la sesión, el terapeuta revisará el cuestionario PHQ9-GAD7 con el cliente. Una vez revisado dicho cuestionario, la sesión puede continuar como se considere necesario.

### **Problemas tecnológicos**

Es posible que se solicite a los clientes que se descarguen una determinada aplicación o software y se aseguren de tener una buena conexión a internet de banda ancha o un dispositivo de teléfono inteligente (smart phone) con una sólida conexión para acceder a estos servicios. Los clientes son los únicos responsables de cualquier coste que se genere en la adquisición del equipo necesario, accesorios y software para participar en las sesiones de psicoterapia online.

En el caso de fallo tecnológico, los clientes deberían intentar restablecer la conexión con su terapeuta dentro del horario de la cita asignada. Si los clientes fueran incapaces de reestablecer la conexión, éstos deben ponerse en contacto con New Hope para solucionar el problema, reprogramar la cita, o coordinar un método alternativo de tratamiento.

### **Riesgos de confidencialidad**

Se espera que los clientes participen en su sesión de psicoterapia online desde un lugar seguro y confidencial que les aseguren privacidad y que minimice el ruido y las distracciones. Es importante para los clientes comunicar a sus terapeutas la confidencialidad de su ubicación en cada sesión e informar a otros individuos que estén presentes o dentro de la sesión en modo de oyentes. Los clientes deben comprender que el terapeuta tiene el derecho de considerar inapropiado continuar una sesión debido a cualquier distracción presente o a cuestiones de confidencialidad.

Las sesiones de psicoterapia online plantean riesgos singulares y específicos tanto por parte del cliente como del terapeuta. Las sesiones de psicoterapia y la comunicación pueden llegar a

deteriorarse o verse interrumpidas por fallos tecnológicos. New Hope solucionará los problemas de la mejor manera posible, pero se debe reconocer que en ocasiones existen fallos técnicos y problemas con las plataformas de videoconferencia cifradas que están fuera del control del personal del centro de asesoramiento.

### **Acceso a los servicios**

Los clientes deben entender que los servicios de psicoterapia online no serán proporcionados si el cliente se encuentra fuera del estado de Texas.

Las citas para las sesiones de psicoterapia online serán programadas de la misma forma que las sesiones presenciales, ya sea con el terapeuta o a través de la oficina principal de New Hope durante el horario laboral. Las sesiones de psicoterapia online son consideradas servicios para pacientes externos y no están destinadas a sustituir los servicios de urgencias o crisis. Si el cliente se encuentra en un estado de emergencia o crisis, debe dirigirse inmediatamente a la sala de urgencias local, llamar al 911 o bien a la línea directa de MHDD (877) 466-0660. Hay contactos de crisis adicionales disponibles en la página web de New Hope.

### **Honorarios**

Para las sesiones de psicoterapia online se aplicará la misma tarifa de honorarios que para las sesiones presenciales. La mayoría de las compañías de seguros han adaptado su cobertura para incluir las telecomunicaciones, pero es importante que los clientes se comuniquen con su compañía de seguros antes de participar en sesiones de psicoterapia electrónica para determinar si las sesiones estarán cubiertas. Si el seguro del cliente, HMO (Organización para el cuidado de la salud), pagador a terceros, u otro proveedor de atención médica contratada no cubre las sesiones de psicoterapia electrónica, el cliente es el único responsable de pagar los honorarios que se establecen para la sesión. Es deber del cliente informar de su situación financiera a la oficina principal.

---

Nombre del cliente en letra de imprenta	Firma	Fecha
---	-------	-------

---

Nombre del empleado de New Hope en letra de imprenta	Firma	Fecha
--	-------	-------



Hill Country Christian Counseling Center, Inc.

*New Hope*

1127 East Main St., Suite 100

Kerrville, Texas 78028

Office: 830-257-3009 Fax: 888-605-9651

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

**Aviso de las políticas de privacidad HIPAA**  
**(Health Insurance Portability & Accountability Act)**  
**Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico**

Este aviso le hace saber cómo en New Hope utilizamos su información protegida de salud, en lo sucesivo IPS, cómo podríamos dar a conocer su IPS a otros, y cómo puede tener acceso a ella. Por favor, lea este aviso cuidadosamente y siéntase libre de aclarar cualquier cosa que aquí se le informa y que no entienda. La privacidad de su información de salud es muy importante para nosotros y queremos hacer todo lo posible para protegerla.

Tenemos la responsabilidad jurídica bajo las leyes de los Estados Unidos y del estado de Texas de mantener la privacidad de su información de salud. Es nuestra responsabilidad darle este aviso acerca de nuestras políticas de privacidad, y de cumplir con ellas en este aviso.

Este aviso se modificó por última vez el 12 de julio de 2021, y estará en vigor hasta que sea necesario modificarlo de nuevo. Tenemos el derecho de modificar cualquiera de estas políticas de privacidad siempre que dichos cambios estén permitidos o sean exigidos por la ley.

Cualquier cambio a nuestras políticas de privacidad afectará la forma en que protegemos la privacidad o su información de salud. Esto incluye la información de salud que recibiremos sobre usted o que creamos aquí en New Hope. Estos cambios también podrían afectar la manera en que protegemos la privacidad de cualquier información sobre su salud que tuviéramos antes de estos cambios. Cuando hagamos cualquiera de estas modificaciones, también se las haremos a este aviso. Las copias vigentes están disponibles en el sitio web de New Hope y pueden solicitarse sin costo alguno para usted.

Si tiene alguna pregunta o duda sobre el material en este documento, solicítenos ayuda, la cual le daremos sin ningún costo.

**Al firmar este documento, usted está de acuerdo con las políticas y procedimientos de divulgación que New Hope ha establecido relacionadas con su información protegida de salud.**

Estos son algunos ejemplos de cómo utilizamos y divulgamos la información sobre su salud. Podemos utilizar o dar a conocer su información de salud:



**Para la persona** - para las personas (o a sus representantes personales) específicamente cuando solicitan acceso a su información protegida de salud o un informe sobre su divulgación. Cuando usted solicita acceso a su información protegida de salud, estamos obligados, en la mayoría de los casos, de dar a conocer su información. Esto también incluye a cualquier persona que nos dé una autorización por escrito para disponer de su información de salud, por cualquier motivo que usted desee. Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento que quiera. Cuando revoque una autorización, sólo afectará a su información a partir de ese momento.

**Divulgaciones que se requieren para otros** - New Hope está obligada a comunicar la información protegida de salud (IPS) de un cliente, sin la autorización del individuo, para los siguientes propósitos o situaciones:

**Las actividades de interés y beneficio público** que incluyen, pero no están limitadas a:

- **Abuso, Negligencia o Explotación** - Si hay preocupaciones sobre el abuso, la negligencia o la explotación de un niño (de 17 años o menor), una persona de 65 años o mayor, o una persona con capacidades diferentes, entonces se hará un informe obligatorio a los Servicios de Protección para Menores (CPS, por sus siglas en inglés), los Servicios de Protección para Adultos (APS, por sus siglas en inglés), una agencia policial y cualquier otra agencia federal, estatal o local correspondiente.
- **Una amenaza grave a la salud o a la seguridad** - New Hope puede divulgar la IPS que sea necesaria para impedir o atenuar una amenaza grave e inminente a una persona o al público, cuando dicha divulgación sea para alguien que sea capaz de prevenir o aminorar la amenaza (esto incluye el objetivo de la amenaza).
- **Medidas Judiciales y Administrativas** – Una orden de juzgado o tribunal administrativo, una orden judicial u otro proceso jurídico. Esto incluye, pero no se limita a: casos de custodia infantil, casos en los que participan CPS o APS, juicios en los que la salud mental de una parte está en cuestión, una demanda por negligencia la cual ha sido presentada por el cliente contra el terapeuta, y una queja que se ha presentado ante una comisión de licencias u otra autoridad oficial estatal o federal.
- **Fines policiales** – Estos incluyen, pero no se limitan a, las solicitudes que exige la ley, como órdenes judiciales, mandatos judiciales, orden de comparecencia y solicitudes administrativas.
- New Hope puede revelar la ISP a las **agencias de supervisión** de la salud para las actividades de control legalmente autorizadas, tales como auditorías e investigaciones necesarias para la supervisión del sistema de atención de la salud y los programas de beneficios del gobierno.
- En cualquier caso, en que el **Departamento de Salud y Servicios Humanos** de EE. UU. esté llevando a cabo una investigación de cumplimiento o evaluación o una acción de medidas de aplicación relacionada con la Norma de Privacidad y Seguridad de la HIPAA.

**La ley exige** - Las entidades afectadas pueden usar y dar a conocer la información protegida de salud sin autorización individual según lo requiera la ley (esto incluye por ley, reglamento u órdenes judiciales). *En los casos que es obligatorio presentar un informe, como de la CPS o la APS, el terapeuta no tiene la opción de no presentarlo. Los informes obligatorios son requisitos legales y el terapeuta está obligado a hacerlo, independientemente de los deseos del cliente, la familia, el tutor, el terapeuta, la agencia, etc.*

**Las divulgaciones que se permiten a otros** – se le permite a New Hope, pero no está obligado, a usar y divulgar la Información de Salud Personal (ISP) de un cliente, sin la autorización del individuo para los siguientes propósitos o situaciones:

**El Tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica** - New Hope puede usar y divulgar la IPS para sus propias actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También podemos dar a conocer la IPS para los tratamientos de cualquier proveedor de atención médica, los pagos de otra entidad cubierta, o las operaciones de atención médica de otra entidad cubierta que estén relacionadas con actividades de garantía de calidad o competencia o para detectar fraude y abuso, así como también las actividades de cumplimiento. Si New Hope y la entidad cubierta tienen o tuvieron una relación con el individuo y la información protegida de salud pertenece a esa relación; que incluya, pero que no está limitada a:

- **Tratamiento** - es el suministro, coordinación o gestión de la atención médica y los servicios relacionados para una persona por parte de uno o más proveedores de atención médica, incluidas las interconsultas entre proveedores en relación con un paciente y la remisión de este por parte de un proveedor a otro. Podemos comunicarnos con otras agencias y proveedores de atención médica con el fin de garantizar la continuidad de su atención médica; su médico u otro proveedor de atención médica que también le esté tratando; cualquier individuo de nuestro personal que participe en su programa de tratamiento; y la agencia de remisión.
- **Operaciones de atención médica:** consiste en cualquiera de las siguientes actividades: (a) actividades de evaluación y mejoramiento de la calidad, que incluye la gestión de casos y la coordinación de la atención médica; (b) actividades de garantía de la capacidad y servicios para mejorar la calidad, esto incluye la evaluación del rendimiento de los proveedores, la supervisión clínica, la concesión de credenciales, la acreditación, la certificación y la concesión de licencias; (c) la realización o la organización de revisiones médicas, auditorías o servicios jurídicos, que incluye los programas de detección de fraudes y abusos y de cumplimiento de la normativa; (d) las funciones específicas de los seguros, como el aseguramiento, la calificación de riesgos y el reaseguro de riesgos; (e) la planificación, el desarrollo, la supervisión, la gestión y la administración de empresas; y (f) la gestión empresarial y las actividades administrativas generales de la entidad, que incluyen, pero que no están limitadas a: el no revelar la información protegida de salud, la creación de un conjunto de datos limitados y determinadas actividades de recaudación de fondos para New Hope. Podemos comunicarnos con nuestro propio personal o con el externo en relación con las operaciones de New Hope.



- **Pago**- abarca las actividades de un proveedor de atención médica para obtener un pago o ser reembolsado por el suministro de atención médica a una persona. Podemos comunicarnos con un tercero que haya pagado o con usted mismo para recibir el pago por los servicios que le proporcionamos.

**Actividades de interés y beneficio público** – que incluyen, pero no están limitadas a:

- **Enfermedades de transmisión sexual** – las cuales incluyen el VIH y SIDA, el chancroide, la clamidia trachomatis, la Neisseria gonorrea y las infecciones por sífilis.
- **Funciones gubernamentales esenciales** -no se requiere una autorización para utilizar o divulgar la IPS para ciertas funciones gubernamentales fundamentales. Estas incluyen: asegurar la ejecución adecuada de una misión militar, llevar a cabo actividades de inteligencia y seguridad nacional autorizadas por la ley, prestar servicios de protección al Presidente, realizar las decisiones de idoneidad médica para los empleados del Departamento de Estado de los Estados Unidos, proteger la salud y la seguridad de los reclusos o empleados en una institución penitenciaria, y decidir si se cumple con los requisitos para ciertos programas de beneficios gubernamentales o llevar a cabo la inscripción en ellos.
- **Fines policiales** - New Hope puede dar a conocer la información protegida de salud a las fuerzas del orden para fines policiales bajo la siguiente circunstancia, y sujeto a condiciones específicas: para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; en respuesta a la solicitud de información de un oficial de la ley sobre una víctima o presunta víctima de un delito; para notificar a la policía de la muerte de una persona; si es que New Hope sospecha que la actividad delictiva causó la muerte; cuando New Hope cree que la IPS es evidencia de un delito que ocurrió en sus instalaciones; y por un proveedor en una urgencia médica que no haya ocurrido en las instalaciones de New Hope; cuando es necesario informar a la policía de la naturaleza de un delito, la ubicación de este o de las víctimas, y el autor del acto delictivo.
- **Compensación laboral** - New Hope puede revelar la IPS de acuerdo con la autorización de, y para cumplir con, las leyes de compensación laboral y otros programas similares que proporcionan prestaciones para las lesiones, enfermedades, reclamaciones o casos relacionados con el trabajo.

**Oportunidad para estar de acuerdo u oponerse** – Se puede obtener un permiso informal pidiéndolo directamente a la persona, o mediante circunstancias que le den claramente la oportunidad de estar de acuerdo, asentir u oponerse. Cuando la persona está discapacitada, en una situación de urgencia o no está disponible, las entidades cubiertas generalmente pueden hacer tales usos y divulgaciones, si en el ejercicio de su juicio profesional, se establece que el uso o la divulgación es para el beneficio de la persona. Nos podemos comunicar con un miembro de la familia, una persona responsable de su cuidado o su representante personal en caso de una urgencia. Si usted está presente en tal caso, le daremos la oportunidad de objetar. Si se opone, o no está presente, o es incapaz de responder, podemos utilizar nuestro criterio profesional, en vista de la urgencia, para seguir adelante y utilizar o dar a conocer su información médica para su

beneficio en ese momento. Al hacerlo, sólo utilizaremos o daremos a conocer los aspectos de su información médica que sean necesarios para responder a la urgencia.

**Un suceso en el cual el uso y la divulgación, que, de lo contrario, están permitidas** – el uso o divulgación de esta información que ocurre como resultado de, o como "un suceso", en el cual el uso o la divulgación, que, de lo contrario, está permitida, se autoriza siempre y cuando New Hope haya adoptado garantías razonables como se requiere por la Norma de Privacidad, y la información que se comparte fue limitada a un "mínimo necesario", como se requiere por la Norma antes mencionada.

*Se requiere de una autorización para la mayoría de los usos y declaraciones de las anotaciones de psicoterapia para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Las anotaciones de psicoterapia no son lo mismo que las de evolución.*

No utilizaremos su información médica para fines de mercadotecnia, desarrollo, relaciones públicas o actividades relacionadas de New Hope sin su autorización por escrito. No podemos usar o dar a conocer su información de salud de ninguna otra manera que no sea la indicada en este aviso o la que requiere la ley, a menos que usted nos dé una autorización por escrito.

*Como cliente del centro de asesoramiento New Hope, usted tiene estos derechos importantes:*

- A. Con excepciones limitadas, usted puede solicitar por escrito la inspección de su información de salud personal (ISP) que tenemos en el archivo para nuestro uso.
- B. Puede solicitarnos copias de la ISP que se menciona en la sección "A".
- C. Tiene el derecho a recibir una copia de este aviso sin costo alguno.
- D. Usted puede solicitar por escrito que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud por otros medios, y en un lugar alternativo. (Un ejemplo sería si usted solicita que nos comuniquemos con usted a un número de teléfono distinto al principal, o si su idioma principal no se habla en New Hope). Su solicitud por escrito debe indicar los medios y el lugar opcional.
- E. Puede solicitar por escrito que impongamos otras restricciones a las maneras en que utilizamos o divulgamos su información médica. Podemos rechazar alguna o todas las restricciones que haya solicitado. Si se aceptan las acataremos en todas las situaciones, excepto en aquellas que, a nuestro criterio profesional, constituyan una urgencia.
- F. Puede solicitar por escrito que modifiquemos la información en el apartado "A".
- G. Si aprobamos su modificación por escrito, haremos cambios a nuestros registros, por consiguiente. También notificaremos a cualquier otra persona que pueda haber recibido esta información, y a cualquier otra persona que usted elija.
- H. Si negamos la modificación, puede incluir en nuestros registros una declaración por escrito en la que exprese su desacuerdo con el rechazo de su solicitud.

- I. Usted puede solicitar por escrito que le demos una lista de las ocasiones en las que nosotros o nuestros socios comerciales dieron a conocer su información médica para fines distintos al tratamiento, el pago o las operaciones de New Hope. Esto puede remontarse hasta seis años antes de la fecha de la solicitud.
- J. Si cree que hemos violado alguno de sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre alguno de sus derechos en este aviso, puede presentar una queja por escrito a la siguiente persona:

Operations Manager  
 New Hope Counseling Center  
 1127 E. Main St., Suite 100  
 Kerrville, TX 78028

- K. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Servicios de Salud del Estado escriba a:

Texas Department of State Health Services  
 Mail Code 1982  
 P.O. Box 149347  
 Austin, TX 78714-9347

New Hope puede negar a un individuo el acceso a la IPS por las siguientes razones:

- Un profesional de la salud que esté autorizado ha establecido, en el ejercicio de su criterio profesional, que es razonablemente probable que el acceso solicitado ponga en peligro la vida o la seguridad física del individuo o de otra persona. El motivo de rechazo no incluye la preocupación por los daños psicológicos o emocionales (por ejemplo, la preocupación de que la persona no sea capaz de entender la información o se sienta molesta por ella).
- La solicitud se refiere a los apuntes de psicoterapia o a la información recopilada en previsión razonable de un procedimiento judicial o para su uso en el mismo.

Cliente escriba su nombre	Firma	Fecha
Empleado de New Hope escriba su nombre	Firma	Fecha