



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

## **Formulario de admisión– Menor de edad**

La información solicitada en este formulario es confidencial y es información de salud protegida (PHI).

Complete este formulario lo mejor que pueda.

**Se requieren copias de custodia o documentación de tutela (si corresponde)  
antes de atender al cliente menor de edad.**

**Nombre completo del cliente:** \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Identidad de género: \_\_\_\_\_ Origen étnico: \_\_\_\_\_

**Nombre del padre #1/Tutor:** \_\_\_\_\_ **Relación con el cliente:** \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Nombre del padre #2/Tutor:** \_\_\_\_\_ **Relación con el cliente:** \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de New Hope?  Internet  Por otra persona  Referencia

Si fue referido, ¿quién es su fuente de referencia? \_\_\_\_\_

¿Qué le gustaría al cliente ver como resultado de consejería? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿El cliente está en busca de una discapacidad debido a su salud mental / emocional?  Sí  No

¿El cliente está en busca de consejería debido a una orden judicial o cargos penales?  Sí  No

¿El cliente está en busca de consejería debido al Alcohol y/ o adicción a las drogas?  Sí  No

¿Hay una implicación judicial pendiente / prevista? (Custodia, CPS, Derechos de padres)  Sí  No

**Familia:**

Padres:  Casados  en unión libre  Nunca se casaron  Separados  Divorciados

Madre: \_\_\_\_\_  Custodia Total  Custodia Compartida  Sin derecho  Otro

Padre: \_\_\_\_\_  Custodia Total  Custodia Compartida  Sin derecho  Otro

Si es otro, explique: \_\_\_\_\_

¿Existe documentación que describa la custodia?

Sí  No **(Se requiere copia antes de los servicios)**

¿Está el cliente al cuidado de un tutor legal o custodio?  Sí  No

Si es así, nombre del tutor: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

¿Existe documentación de la tutela?  Sí  No **(Se requiere copia antes de los servicios)**

El cliente es el:  Mayor  Medio  Menor  Hijo único

¿Cuántos hermanos tiene? (Si es aplicable) \_\_\_\_ ¿Cuántas personas viven en el hogar? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los eventos más importantes en la vida del cliente? \_\_\_\_\_

¿El cliente o alguien de la familia ha experimentado abuso o negligencia alguna vez?  Sí  No

¿Actualmente el cliente está sufriendo abuso o negligencia?  Sí  No

¿Hay historial que implica la participación de CPS?  Sí  No

Si esto es correcto, por favor de explicar: \_\_\_\_\_

**Educación:**

Grado actual: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

¿El cliente está teniendo problemas en la escuela?  Sí  No

Si esto es correcto, por favor de explicar \_\_\_\_\_

¿Qué servicios (si los hay) recibe el cliente en la escuela? \_\_\_\_\_

**Empleo:**

Tiempo completo  Medio tiempo  Estudiante  Desempleado

Título de trabajo: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

**Póliza de seguro**  Sí  No

Si es así, ¿qué tipo?  Medicaid  Superior  Blue Cross & Blue Shield

Magellan  Aetna  Tricare  Ambetter

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

**¿Dependiente militar?**  Sí  No

## Síntomas de salud mental:

Por favor, marque todo lo que ha experimentado el cliente en el último mes.

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADHD                               | <input type="checkbox"/> Cansancio                        | <input type="checkbox"/> Preocupación por alguna pérdida   |
| <input type="checkbox"/> Agresión                           | <input type="checkbox"/> Miedo al abandonó                | <input type="checkbox"/> PTSD por abuso                    |
| <input type="checkbox"/> Arranques de enojo                 | <input type="checkbox"/> Miedo a morir                    | <input type="checkbox"/> PTSD por otros problemas          |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                           | <input type="checkbox"/> Miedo a perder el control        | <input type="checkbox"/> Dudas sobre la orientación sexual |
| <input type="checkbox"/> Inquietud                          | <input type="checkbox"/> Se siente inútil                 | <input type="checkbox"/> Pensamientos de carreras          |
| <input type="checkbox"/> Evasión                            | <input type="checkbox"/> Frustración                      | <input type="checkbox"/> Rabia o indignación               |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos /calores               | <input type="checkbox"/> Problemas de identidad de género | <input type="checkbox"/> Relación con los padres           |
| <input type="checkbox"/> Miedo crónico                      | <input type="checkbox"/> Duelo                            | <input type="checkbox"/> Relación con los hermanos         |
| <input type="checkbox"/> Compulsión                         | <input type="checkbox"/> Culpa                            | <input type="checkbox"/> Dudas religiosas                  |
| <input type="checkbox"/> Conflictos en la escuela           | <input type="checkbox"/> Alucinaciones                    | <input type="checkbox"/> Resentimientos                    |
| <input type="checkbox"/> Conflictos en el trabajo           | <input type="checkbox"/> Desesperación                    | <input type="checkbox"/> Inquietud                         |
| <input type="checkbox"/> Confusión                          | <input type="checkbox"/> Vigilancia extrema               | <input type="checkbox"/> Actividades de alto riesgo        |
| <input type="checkbox"/> Episodios de llanto                | <input type="checkbox"/> Impulsos                         | <input type="checkbox"/> Tristeza                          |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito                 | <input type="checkbox"/> Desatención                      | <input type="checkbox"/> Inseguridad                       |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de placer                  | <input type="checkbox"/> Aumento del apetito              | <input type="checkbox"/> Auto daño o lesión                |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de sociabilidad            | <input type="checkbox"/> Aumento del ritmo cardíaco       | <input type="checkbox"/> Problemas sexuales                |
| <input type="checkbox"/> Delirio                            | <input type="checkbox"/> Miedos irracionales              | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar          |
| <input type="checkbox"/> Negación                           | <input type="checkbox"/> Irritabilidad                    | <input type="checkbox"/> Aumento de peso                   |
| <input type="checkbox"/> Despersonalización                 | <input type="checkbox"/> Insolación                       | <input type="checkbox"/> Deficiencia del habla             |
| <input type="checkbox"/> Depresión                          | <input type="checkbox"/> Celos                            | <input type="checkbox"/> Respuesta sorpresiva              |
| <input type="checkbox"/> Comportamientos destructivos       | <input type="checkbox"/> Soledad                          | <input type="checkbox"/> Estrés                            |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para estar solo         | <input type="checkbox"/> Pérdida de sentido de la vida    | <input type="checkbox"/> Supersticioso                     |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para estar en grupo     | <input type="checkbox"/> Pérdida del placer               | <input type="checkbox"/> Sudores                           |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse       | <input type="checkbox"/> Pérdida de fe religiosa          | <input type="checkbox"/> Timidez                           |
| <input type="checkbox"/> Dificultar para dormir             | <input type="checkbox"/> Deterioro de la memoria          | <input type="checkbox"/> Pensamientos de autodestrucción   |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para permanecer dormido | <input type="checkbox"/> Tensión muscular                 | <input type="checkbox"/> Pasa hambre                       |
| <input type="checkbox"/> Dificultad de sentido común        | <input type="checkbox"/> Nauseas                          | <input type="checkbox"/> Temblores o sacudidas             |
| <input type="checkbox"/> Mareos                             | <input type="checkbox"/> Obsesiones                       | <input type="checkbox"/> retraído                          |
| <input type="checkbox"/> Vergüenza                          | <input type="checkbox"/> Habla de mas                     |  |
| <input type="checkbox"/> Preocupación excesiva              | <input type="checkbox"/> Ataques de pánico                |  |
|   | <input type="checkbox"/> Presión social                   |  |
|   | <input type="checkbox"/> Fobia                            |  |

¿Qué otros síntomas de salud mental está experimentando en este momento? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Autolesión:**

*En las últimas dos semanas, ¿Ha deseado el cliente estar muerto / deseado poder irse a dormir y no despertar?*  Sí  No *¿Han tenido pensamientos suicidio?*  Sí  No  
*¿Ha intentado suicidarse alguna vez?*  Sí  No *Si es así, ¿cuántas veces?* \_\_\_\_\_  
*¿Ha perdido a alguien que le importaba por suicidio?*  Sí  No  
*Si es así, ¿quién y cuándo?* \_\_\_\_\_

**Historial médico y de salud mental:**

Médico: \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita médica: \_\_\_\_\_  
Enumere las cirugías o enfermedades principales: \_\_\_\_\_  
Enumere las enfermedades físicas y los síntomas actuales: \_\_\_\_\_  
Enumere los medicamentos actuales (incluidas las dosis y las prescripciones del médico): \_\_\_\_\_

¿El cliente ha experimentado problemas de salud mental antes?  Sí  No  
Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_  
¿Tiene el cliente antecedente familiares de problemas de salud mental?  Sí  No  
¿El cliente ha recibido alguna vez tratamiento de salud mental como extrahospitalario? (Consejería, Terapia, Psiquiatra)  Sí  No *Si es así, ¿cuándo y dónde?* \_\_\_\_\_  
¿Alguna vez el cliente ha sido hospitalizado o recibido tratamiento de salud mental como paciente internado?  Sí  No  
Si es así, ¿cuándo y dónde? \_\_\_\_\_

**Historial de uso de sustancias:**

¿El cliente bebe alcohol?  Sí  No *Si es así, ¿cuántas bebidas consumen en promedio?*  1-3  
 4-6  6-9  9+ *cada*  Día  Semana  Mes  
¿El cliente consume sustancias ilícitas? (drogas ilegales, recreativas o recetadas)?  Sí  No  
*Si es así, ¿cuáles?* \_\_\_\_\_ *¿Con qué frecuencia?* \_\_\_\_\_  
¿El cliente usa drogas intravenosas (IV)?  Sí  No  
¿Ha recibido el cliente tratamiento extrahospitalario por abuso de sustancias? (Consejería, Terapia, Medicamentos)  Sí  No *Si es así, ¿cuándo y dónde?* \_\_\_\_\_  
¿El cliente ha recibido tratamiento por abuso de sustancias como paciente hospitalizado? (Hospital, Détox, Rehabilitación)  Sí  No *Si es así, ¿cuándo y dónde?* \_\_\_\_\_



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)

## **Autorización de los padres para el tratamiento de salud mental del menor**

### **Consentimiento de menores en general**

Un “menor” es una persona menor de 18 años que no está y nunca ha estado casada y nunca ha sido declarada adulta por un tribunal. Generalmente, los menores de edad no tienen la capacidad legal para consentir el tratamiento. Hay, sin embargo, una serie de excepciones a esta regla, que se discutirán con más detalle.

La ley de Texas otorga a todos los padres el derecho explícito de dar su consentimiento para el tratamiento terapéutico. Por lo tanto, como regla, si un menor requiere atención terapéutica, un consejero de Texas primero debe obtener el consentimiento de uno de los padres del niño.

En consecuencia, este derecho incluye el acceso a los registros terapéuticos del niño. El derecho a consentir el tratamiento lógicamente implica el derecho a acceder a la información necesaria para tomar decisiones relacionadas con el tratamiento posterior.

### **Consentimiento de los padres en casos de divorcio**

La política de New Hope establece que, a menos que esté limitado por una orden judicial, un padre designado como "tutor" (administrador o posesorio) de un niño tiene en todo momento los siguientes derechos:

- El derecho de acceso a todos los registros terapéuticos del niño The right to consult with the therapist of the child
- El derecho a ser designado en los registros del niño como una persona a ser notificada en caso de una emergencia; y
- El derecho a dar su consentimiento para el tratamiento durante una emergencia que implique un peligro inmediato para la salud y la seguridad del niño.

La ley continúa estableciendo que los “derechos y deberes de un padre están sujetos a una orden judicial que afecte los derechos y deberes”. Esto significa que el tribunal que concede el divorcio puede asignar los deberes de los tutores administradores conjuntos. El personal de New Hope solicitará ver una copia de la orden judicial para eliminar dudas.

### **Circunstancias de emergencia**

La ley de Texas no exige el consentimiento en circunstancias de emergencia en las que no es posible obtener el consentimiento del padre, o tutor. Los estatutos establecen que “no se requiere el consentimiento para la atención de emergencia de una persona si... la persona es un menor de edad que sufre lo que razonablemente parece ser una situación que pone en peligro la vida y cuyos padres, tutores o tutores apoderados o posesorios, no es presente.” Naturalmente, el personal apropiado

debe continuar con los esfuerzos para notificar a los padres y obtener el consentimiento para continuar con el tratamiento. Todo terapeuta que trate regularmente a niños debe conocer estas leyes.

### **Consentimiento del menor**

Un menor puede dar su consentimiento para su propio tratamiento conforme a la ley estatal de Texas bajo siete circunstancias generales. La lista es la siguiente:

- Un menor en servicio activo con las fuerzas armadas de los Estados Unidos puede dar su consentimiento para el tratamiento.
- Un menor que tiene 16 años de edad o más, reside aparte de sus padres o tutores y administra sus propios asuntos financieros, independientemente de la fuente de ingresos, puede dar su consentimiento para el tratamiento.
- Un menor puede dar su consentimiento para el diagnóstico y tratamiento de cualquier enfermedad infecciosa, contagiosa o transmisible de la que se pueda informar al Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas.
- Una menor soltera y embarazada puede dar su consentimiento para el tratamiento del embarazo.
- Un menor puede dar su consentimiento para un examen y tratamiento por adicción, dependencia o cualquier otra condición relacionada directamente con el uso de drogas o sustancias químicas.
- Un menor que no está casado, es el padre de un niño, tiene la custodia real de su hijo y da su consentimiento para el cuidado terapéutico del niño puede dar su consentimiento para su propio tratamiento.
- Un menor que esté cumpliendo un período de confinamiento en una instalación operada por o bajo contrato con el Departamento de Justicia Criminal de Texas puede dar su consentimiento para su propio tratamiento.

Con respecto a estas excepciones, el terapeuta puede basarse en la declaración escrita del menor que contiene los motivos por los cuales el menor tiene capacidad para consentir su propio tratamiento. Estas declaraciones permanecerán en el expediente del cliente.

### **Consentimiento menor para asesoramiento**

Un menor puede dar su consentimiento para recibir asesoramiento para un número limitado de problemas de salud mental. Esas circunstancias son:

- Prevención del suicidio;
- Adicción o dependencia química; o
- Abuso sexual, físico o emocional.

A menos que esté limitado por una orden judicial, un terapeuta que tenga motivos razonables para creer que un niño ha sido abusado sexual, física o emocionalmente; está contemplando el suicidio; o sufre de una adicción o dependencia química o de drogas está expresamente permitido por la ley para asesorar al niño sin el consentimiento de los padres del niño o, si corresponde, del tutor principal o tutor. Sin embargo, cabe señalar que aunque el niño esté

dando su consentimiento para el tratamiento, los padres o tutores se reservan el derecho de acceder a los registros terapéuticos.

Al igual que en las excepciones generales que permiten a un menor dar su consentimiento para el tratamiento, el terapeuta tiene derecho a confiar en la declaración escrita del niño que contiene los motivos por los cuales el niño tiene capacidad para dar su consentimiento al tratamiento del niño en virtud de esta sección. Sin embargo, un “padre, o, si corresponde, el curador principal o tutor, que no haya dado su consentimiento para el tratamiento de asesoramiento del niño no está obligado a compensar a un terapeuta por las sesiones de asesoramiento”.

### **Examen por abuso o negligencia**

La ley, con respecto al consentimiento y la sospecha de negligencia, es muy específica. Para evitar cualquier malentendido, la disposición real se proporciona a continuación. Sección del Código de Familia de Texas. 32.005 establece:

#### *EXAMEN SIN CONSENTIMIENTO DE ABUSO O DESCUIDO DEL NIÑO*

- (a) Salvo lo dispuesto en la subsección (c), un [terapeuta] que tenga motivos razonables para creer que la condición física o mental de un niño se ha visto afectada negativamente por abuso o negligencia puede examinar al niño sin el consentimiento del niño, los padres del niño, u otra persona autorizada para dar su consentimiento para el tratamiento en virtud de este subcapítulo.*
- (b) Un examen bajo esta sección puede incluir radiografías, análisis de sangre, fotografías y penetración de tejido necesarios para realizar esas pruebas.*
- (c) A menos que se obtenga el consentimiento según lo permita la ley, un [terapeuta] no puede examinar a un niño:
  - (1) 16 años de edad o más que se niega a dar su consentimiento; o*
  - (2) Para quienes el consentimiento está prohibido por una orden judicial.**
- (d) Un [terapeuta] que examina a un niño en virtud de esta sección no es responsable de los daños, excepto por los daños que resulten de la negligencia del [terapeuta].*

### **Divulgaciones obligatorias de información sobre el tratamiento**

En algunas situaciones, la ley o las pautas de su profesión exigen que los terapeutas divulguen información, ya sea que el terapeuta tenga o no su permiso o el de su hijo.

No se podrá mantener la confidencialidad cuando:

- Los niños clientes informan que planean causarse daño grave o la muerte, y su terapeuta cree que tienen la intención y la capacidad de llevar a cabo tal amenaza en un futuro muy cercano. Se deben tomar medidas para informar a los padres y/o tutores y/u otras personas sobre lo que el niño ha denunciado y qué tan grave es esta amenaza para tratar de prevenir que ocurra tal daño.
- Los niños clientes informan que planean causar un daño grave o la muerte a otra persona, y su terapeuta cree que tienen la intención y la capacidad de llevar a cabo tal amenaza en un futuro muy cercano. Se deben tomar medidas para informar a los padres y/o tutores y/u otras personas, y es posible que se requiera que el terapeuta informe a la persona que es el objetivo de la amenaza de daño y la aplicación de la ley.
- Los niños clientes están haciendo cosas que podrían causarles daño grave a ellos mismos o a otra persona, incluso si no tienen la intención de hacerse daño a sí mismos o a otra persona.



En estas situaciones, el terapeuta usará su juicio profesional para decidir si se debe informar a un padre o tutor.

- Los niños clientes informan, o su terapeuta se entera de otro modo, que el niño está siendo descuidado o abusado (física, sexual o emocionalmente) o que parece haber sido descuidado o abusado en el pasado. En esta situación, el terapeuta está obligado por ley a denunciar el presunto abuso a la agencia estatal de protección infantil correspondiente.
- Un tribunal ordena al terapeuta que revele información.

### **Divulgación de la información del tratamiento del menor a los padres**

La terapia es más efectiva cuando se forma una relación de confianza entre el terapeuta y el cliente. La privacidad es especialmente importante para ganar y mantener esa confianza. Como resultado, es importante que los clientes menores tengan una “zona de privacidad” donde se les permita discutir asuntos personales sin temor a que sus pensamientos y sentimientos se comuniquen de inmediato a sus padres. Esto es especialmente cierto para los adolescentes que naturalmente están desarrollando un mayor sentido de independencia y autonomía.

Es política de New Hope proporcionar a los padres información general sobre el tratamiento de su hijo, pero abstenerse de compartir información específica divulgada sin el consentimiento del niño. Esto incluye actividades y comportamientos que los padres pueden no aprobar pero que no ponen al niño en riesgo de sufrir un daño grave e inmediato. Si el comportamiento arriesgado de un niño se vuelve más serio, el terapeuta usará su juicio profesional para decidir si el niño está en peligro serio o inmediato. Si el terapeuta siente que el niño está en tal peligro, esa información se comunicará a los padres de inmediato.

Se alienta a los padres a hacer preguntas sobre los tipos de información que se pueden divulgar.

Incluso cuando se llega a un acuerdo sobre mantener la información del tratamiento de un niño de sus padres, el terapeuta puede creer que es importante que el padre sepa sobre una situación particular que está sucediendo en la vida del niño. En estas situaciones, el terapeuta alentará al niño a decirle a los padres y ayudará al niño a encontrar la mejor manera de hacerlo. Además, cuando se reúna con los padres, el terapeuta a veces puede describir los problemas del niño en términos generales, sin usar detalles, para guiar a los padres sobre cómo ayudar más al niño.

### **Acuerdo de los padres/tutores de no utilizar la información o los registros de la terapia del menor en Litigio de Custodia**

Cuando una familia está en conflicto, particularmente por separación o divorcio de los padres, es muy difícil para todos, especialmente para los niños. Aunque la responsabilidad del terapeuta para con el niño puede requerir ayudar a abordar los conflictos entre los padres del niño, su función en última instancia se limita a brindar tratamiento al niño. Los padres aceptan que en cualquier procedimiento de custodia/visitas de niños, ninguno de los padres buscará citar los registros de New Hope ni pedirá al terapeuta que testifique en el tribunal, ya sea en persona o por declaración jurada, o que proporcione cartas o documentación que exprese la opinión del terapeuta sobre la aptitud de los padres. o arreglos de custodia/visitas.

Los padres deben tener en cuenta que su acuerdo puede no impedir que un juez solicite el testimonio del terapeuta, aunque el terapeuta no lo hará a menos que se le obligue legalmente. Si se requiere que el terapeuta testifique, está éticamente obligado a no dar su opinión sobre la custodia, la



idoneidad de las visitas o la aptitud de cualquiera de los padres. Si el tribunal nombra a un evaluador de custodia, un tutor ad litem o un coordinador de crianza, el terapeuta se enorgullecerá de proporcionar la información que sea necesaria, siempre que se firmen los comunicados apropiados o se proporcione una orden judicial, pero los terapeutas no harán ninguna recomendación sobre la decisión final. s). Además, si se requiere que el terapeuta comparezca como testigo o que de otro modo realice un trabajo relacionado con cualquier proceso legal, la parte responsable de su participación acepta reembolsarle el tiempo dedicado a viajar, hablar con abogados, revisar y preparar documentación, testificar, ser asistencia y otros costos relacionados con el caso. (Dichas tarifas se describen en el Consentimiento informado para tratamiento y recepción de prácticas de privacidad de New Hope).

**Al firmar este documento, acepta las políticas y los procedimientos de divulgación, la privacidad del menor y los términos del tratamiento del niño. Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese al terapeuta de su hijo.**

---

Nombre impreso del cliente

---

Nombre impreso de los padres

Firma

Fecha

---

Nombre en letra de imprenta del personal de New Hope

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 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 hacérsela 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