

Bienvenido a New Horizon Counseling Center

Información para el Cliente e Informado Consentimiento de Servicios

Bienvenido y gracias por elegir a New Horizon para sus servicios de consejería. La cita de hoy será de aproximadamente 50 minutos. Nosotros reconocemos que empezar el proceso de consejería puede ser una decisión grande y puede tener muchas preguntas. El propósito de este documento es de informarle de nuestras pólizas, sus derechos, y las leyes estatales y federales. Si tiene cualquier pregunta o preocupación, pregúntenos y trataremos de darle toda la información que necesite. Cuando firme este documento, representara un acuerdo entre usted y New Horizon Counseling Center (NHCC).

Nuestro Centro de Consejería

New Horizon está dedicado a proporcionar la más alta calidad de servicios a la comunidad en nuestros respectivos ámbitos de experiencia. Nuestra misión es promover un estilo de vida emocionalmente y psicológicamente positivo para nuestros clientes a través de servicios de consejería y psicoterapia.

Nuestros Consejeros

Nuestros consejeros son graduados de una universidad con un programa acreditado, mínimo con una maestría en Consejería o con un título más avanzado. Cada consejero tiene licencia por parte de su respectivo consejo del estado de Texas y aquellos que todavía están en proceso de obtener su licencia complete están bajo supervisión hasta que cumplan con un mínimo de 3000 horas supervisadas. Son cuidadosamente seleccionados basados en su conocimiento, carácter, ética, experiencia, y pasión para ayudar y están bajo supervisión para asegurar que usted reciba el mejor servicio posible.

Si tiene alguna pregunta sobre cualquier consejero o queja, pida hablar con el Director de NHCC

Si tiene cualquier queja puede contactar a la Sección de Investigación y Manejo de Quejas
(Complaints Management and Investigative Section)

PO Box 141369, Austin, Texas 78714-1369

Website: <http://www.dshs.state.tx.us/>

Telephone: 1-800-942-5540

Iniciales

Servicios Psicológicos

La psicoterapia no fácilmente descrita en pocas palabras. Varía dependiendo de las personalidades del consejero, el cliente y también en los problemas particulares que usted tenga. Hay muchos métodos que su consejero puede usar para tratar los problemas que usted espera resolver. La psicoterapia requiere de un esfuerzo grande de su parte. Usted tiene que trabajar en las cosas habladas durante las sesión y en casa para que la terapia sea lo más exitosa posible.

La psicoterapia puede tener riesgos y beneficios dado que la terapia con frecuencia se trata de hablar de los aspectos más desagradables de su vida. Usted puede sentirse triste, culpable, con frustración, solo y desamparado. Por su parte, la psicoterapia también ha demostrado tener beneficios para las personas que pasan por el proceso. La terapia con frecuencia conduce a una mejor relación, soluciones a problemas específicos, así como disminuciones significantes en los sentimientos de angustia. Sin embargo no hay garantías de cómo se vaya sentir.

Las primeras sesiones incluirán una evaluación de sus necesidades. A final de la evaluación, el consejero podrá ofrecerle algunas primeras impresiones de lo que nuestro trabajo incluye y un plan de tratamiento a seguir, si usted decide continuar con la terapia. Usted debe evaluar esta información junto con sus propias opiniones teniendo en cuenta si usted se siente cómodo trabajando con su consejero. La terapia implica un gran compromiso de tiempo, dinero y energía, así que usted debe de escoger a su consejero con mucha atención. Si usted tiene preguntas acerca de procedimientos, platique de ellos como vayan surgiendo. Si sus dudas continúan, su consejero estará encantado de ayudarle a establecer una reunión con otro profesional de salud mental para una segunda opinión.

Sesiones

Normalmente, una evaluación que durara al menos 2 sesiones se llevará a cabo. Durante este tiempo, tanto como usted y el terapeuta, decidirán si su terapeuta es la mejor persona para proporcionar los servicios que necesita para cumplir sus metas de tratamiento. Si la psicoterapia ha comenzado, por lo general programará una sesión de 50-60 minutos a la semana o de acuerdo a sus necesidades. Una vez que se programa una cita, usted tendrá que pagar por ella, a menos de que cancele su cita con 24 horas de anticipación o haga otra cita (a menos que ambos estén de acuerdo que no pudo asistir debido a circunstancias fuera de su control.)

Confidencialidad y Limitaciones

Toda comunicacion con su consejero, psicólogo, o psiquiatra es confidencial y no sera divulgado con nadie fuera de New Horizon excepto bajo ciertas circunstancias que serán explicadas más adelante, a menos que usted por adelantado de autorización por escrito. Necesitará firmar un *Liberación de información* si desea autorizar al personal de New Horizon para comunicar información a cualquier otra persona distinta de las especificadas a continuación (vea el Consentimiento para la Liberación Limitada de Información).

Nosotros mantenemos un record de su trabajo que contiene información que usted nos a proveido por escrito y tambien las notas de consejeria de su sesiones. Este registro se queda en New Horizon por un periodo de siete años a partir de su última visita, en ese entonces será destruido. **Su registro nunca dejará New Horizon.**

Es importante que usted entienda que toda la información sobre su tratamiento terapéutico se mantiene de manera confidencial. Informacion solicitada por telefono, por escrito, o en persona sobre nuestros clientes no va a hacer dada. Usted tendrá que firmar una autorización antes de que cualquier información sea proporcionada a terceros. Esta condición se aplica también en los casos en que la coordinación del tratamiento es necesaria con otro profesional de la salud (otro médico o psiquiatra). Sin embargo, hay excepciones y/o limitaciones a la confidencialidad. Las siguientes son las limitaciones a la confidencialidad:

- En casos de riesgo inmediato / amenaza de suicidio u homicidio por parte del cliente
- En los casos de abuso infantil o ancianos, sexual o negligencia
- En los casos requeridos por la ley

_____ **Iniciales**

He recibido una copia de *HIPAA Notice of Privacy Practices* (Aviso de las Prácticas de Privacidad) y entiendo completamente como será usada mi información personal médica.

_____ **Iniciales**

Contacto de Emergencia

Por lo general, estamos a su disposición de lunes a viernes de 9:00am a 7:00pm. Si no le contestamos la llamada deje un mensaje en el correo de voz con su nombre y un número de teléfono y trataremos de regresarle la llamada el mismo día, a excepción de fines de semanas y días festivos. Si es una emergencia, comuníquese con su médico o vaya la sala de emergencias más cercana y pregunte por el médico/psicólogo/psiquiatra de guardia. Si no estamos disponibles por un tiempo prolongado, le facilitaremos el nombre de un colega a contactar, si es necesario.

Honorarios Profesionales y Acuerdo de Honorarios

Las Tarifas son:

- Sesión de evaluación y diagnóstico (1ª visita) -\$115.00
- Visitas Regulares (50-60 minutos) (Individual, de Pareja y Terapia de Juego) -\$85.00
- Sesión Familiar (50-60 minutos)-\$95.00

El siguiente es un acuerdo entre NHCC y _____.

Se espera que usted pague \$_____ por cada sesión de antes de su sesión. Su Nombre (y nombre de su seguro, si aplica)

_____ **Iniciales**

Entiendo que en caso de que mi proveedor de seguros no pague ninguna de mis sesiones atendidas, Seré completamente responsable de la cantidad total facturada al proveedor de seguros

_____ **Iniciales**

Entiendo que mi cita está reservada exclusivamente para mí y si no cancelo o cambio mí cita con al menos 24 horas de anticipación, voy a ser responsable de un cargo de \$25.

_____ **Iniciales**

Entiendo que si solicito cualquier documento (copias, carta, evaluación, etc.) hay una tarifa administrativa Y debe ser pagado en su totalidad antes de recibir los documentos solicitados. Entiendo que soy responsable de los honorarios y que no está cubierto por el seguro.

_____ **Iniciales**

CONSENTIMIENTO A TRATAMIENTO

Al firmar esta Información al Cliente y Consentimiento de Servicios como el cliente o tutor de dicho cliente, reconozco que he leído, entendido y acepto los términos y condiciones contenidos en esta forma. Se me ha dado oportunidad apropiada para atender cualquier duda o solicitar aclaraciones de cualquier cosa que no sea clara. Voluntariamente acepto recibir tratamiento mental de evaluación y servicios para mí (o mi hijo(a) si dicho niño(a) es el cliente), y yo entiendo que puedo parar dicho tratamiento o servicios en cualquier momento.

_____ **Firma – Cliente**

_____ **Fecha**

_____ **Firma – Consejero**

_____ **Fecha**

DO NOT FILL BELOW LINE - STAFF ONLY

Attending Support Staff: _____

Uploaded By: _____ Date: _____

NEW HORIZON COUNSELING CENTER
Información Personal de Adulto

Nombre _____ Fecha _____

Dirección _____ Apt _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Correo Electronico _____ Podemos contactar? Sí No

Teléfono de Casa _____ Podemos contactar? Sí No

Teléfono Celular _____ Podemos contactar? Sí No

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad _____ Sexo: Hombre Mujer

Empleador _____ Ocupación _____

Numero de diferentes trabajos en 3 años: _____ Ultimo Grado/Escuela Completada _____

Seguro Social # _____ - _____ - _____

Estatus Matrimonial: Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Si casado(a), separado(a), divorciado(a) o viudo(a), por cuanto tiempo: _____

Nombre de Cónyuge/Pareja _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Tiene Hijos: Sí No ¿Cuantos (si aplica)? _____

Nombre de Hijos/Otros en Vivienda	Parentesco	Edad	¿Vive Con Usted?
_____	_____	_____	Si / No
_____	_____	_____	Si / No
_____	_____	_____	Si / No
_____	_____	_____	Si / No
_____	_____	_____	Si / No
_____	_____	_____	Si / No

Su Medico _____ Fecha de su ultimo físico ____/____/____

Quiere dar permiso a su terapeuta que comunica con su medico? Si / No _____

Esta tomado medicamentos: Sí No En el caso que sí, que tipo? _____ Inicial

Problemas de salud: _____

En Caso de Una Emergencia:

Yo autorizo que contacten _____ Parentesco _____

Numero de Teléfono _____ Numero Alterno _____

¿Cómo escucho de nosotros? Amigo/Familiar Ex o Actual Paciente Psychology Today

Nuestra Pagina Goodtherapy.com Counsel-search.com Otro: _____

NHCC ASSESMENT and HISTORY INFORMATION

Esta información les ayudara a usted y a su terapeuta para empezar a aclarar las metas de su terapia.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Sí No ¿Alguna vez ha sido atendido por un siquiatra?

Si respondió que sí, ¿a quién vio/ve? _____ Numero de Telefono _____

Quiere dar permiso a su terapeuta que comunica con su medico? Si / No Inicial: _____

Sí No ¿Alguna vez fue hospitalizado por causa mental o dependencia de sustancias químicas?

Si respondió que sí, ¿Dónde y fecha? _____

Sí No ¿Ha visto a otro terapeuta en los últimos 24 meses?

Si respondió que sí, ¿a quién vio? _____

Sí No ¿Alguna vez ha atentado contra su vida?

Si respondió que sí, ¿cuándo? _____

Brevemente relate las razones por las cual busca consejería: _____

Qué tipo de cosas ha tratado hasta ahora para tratar su situación? _____

Ponga el número que corresponda con cada cuestión a continuación: (califique las que apliquen)

NUNCA		RARAMENTE		A VECES		SEGUIDO		SIEMPRE		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

___ Abuso-físico

___ Abuse – negligencia

___ Enojo, hostilidad, irritabilidad

___ Preocupaciones de formación

___ Compulsiones

___ Custodia de los niños

___ Depresión

___ Uso de drogas ilegales

___ Problemas de juego

___ Culpa

___ Juicio, criterio

___ Problemas de memoria

___ Obsesión

___ PTSD

___ Cuestiones sexuales

___ Pensamientos suicidas

___ Pensamientos desorganizados

___ Abuse – sexual

___ Agresión, violencia

___ Ansiedad, nerviosismo

___ Co-dependencia

___ Crueldad hacia los animales

___ Indecisiones

___ Divorcio, separación

___ Problemas alimenticios

___ Duelo

___ Dolores de cabeza

___ Perdida de control

___ Menstruales, menopausia

___ Ataques de pánico/ansiedad

___ Problemas escolares

___ Problemas de sueno

___ Uso de tabaco

___ Problemas laborales

___ Abuse – emocional

___ Uso de alcohol

___ Atención, distracción

___ Confusión

___ Llanto, tristeza

___ Delirios, falsas ideas

___ Uso de drogas prescritas

___ Problemas financieros

___ Metas

___ Impulsividad

___ Matrimonio/pareja

___ Cambios de humor

___ Educación de los hijos

___ Auto-estima

___ Estrés

___ Temperamento/baja

___ tolerancia

NHCC ASSESSMENT and HISTORY INFORMATION Cont.

En los pasados 36 meses, ha muerto alguien de la familia o alguien cercano a usted?

Si No A ser si, quien? _____ Cuando? _____

Hace 36 meses o más, murió alguien de la familia o alguien cercano a usted?

Si No A ser si, quien? _____ Cuando? _____

Por favor califique a continuación basado en una escala del 1 al 10, 1 = para nada y 10 = muchísimo:

- _____ Yo estaba cerca y tenía una buena relación con mi padre.
- _____ Yo estaba cerca y tenía una buena relación con mi madre.
- _____ Yo estaba cerca y tenía una buena relación con mis hermanos/hermanas.
- _____ Tengo varios buenos amigos/amigas.
- _____ Seguido tengo pesadillas.
- _____ Tengo la tendencia de ponerme de acuerdo para evadir confrontaciones.
- _____ No me gusta estar alrededor de otras personas, quiero estar solo/sola.
- _____ Me gusto.
- _____ Tengo un interés sano en el sexo.
- _____ A veces me siento confundido/confundida con mi identidad.
- _____ Pongo las necesidades y deseos de otros antes de mi aunque no esté a gusto con ello.
- _____ Pienso que soy responsable por la manera que otros se sienten o actúan.
- _____ Bebo por lo menos 3 veces por semana.
- _____ Tengo un problema al decir que no.
- _____ Otros me pueden enojar, frustrar, decepcionar, o triste fácilmente.

Miedos o preocupaciones sobre la consejería: _____

Metas o expectativas de la terapia: _____

Síntomas actuales: _____