

(confidencial cliente femenino)

TEXAS WESLEYAN UNIVERSITY CENTRO DE CONSEJERÍA DE COMUNIDAD

**PERSONALES HISTORIA**

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre de pila \_\_\_\_\_ El Apellido \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ estatal \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ ¿Quién te sugirió consejería? \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia - Nombre completo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ afinidad \_\_\_\_\_

Género: masculino (circulo) Hembra Transgénero M-H Transgénero H-M Otro	Race: Undefined (circulo) indio americano / Nativo de Alaska Asiático Negra / afroamericano Nativo hawaiano / Isleño del pacífico Hispano / latino multirracial Blanco / caucásico	Religion: Ninguno (circulo) protestante Católico Judío Mormón Ortodoxo musulmán hindú Budista Ateo / Agnóstico Cristiano Otro	Marital Status: Undefined (circulo) Casado Soltero Viudo Divorciado Apartado Ley común Viviendo juntos Compañero Comprometido
---	---	--	--

**Programación / reprogramació**  
**SOLO por teléfon**  
**NO EMAILS**  
**(Horas: lunes- jueves, 9-7**  
**sábado, 9-3)**

El mejor día y hora para su cita.: M @\_\_\_\_\_ Tu @\_\_\_\_\_ W @\_\_\_\_\_ Th @\_\_\_\_\_ Sat @\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*  
➔NO realizamos "servicios forenses" (custodia de los hijos, reclamaciones por discapacidad, evaluaciones con fines legales, evaluaciones psicológicas / psiquiátricas) y NO PODEMOS proporcionar opiniones, informes, evaluaciones o recomendaciones forenses de acuerdo a Rule 465.18, Texas Administrative Code, Title 22. ⬅

He leído / entiendo sobre "servicios forenses". \_\_\_\_\_ Iniciales;; Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
\*\*\*\*\*

Describe brevemente la preocupación que le trae a la consejería.: \_\_\_\_\_

Describe brevemente qué cambio desea ver como resultado de la asesoría: \_\_\_\_\_

Por favor, ponga una X en la escala a continuación para indicar la gravedad del problema:

0 _____	1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____	6 _____	7 _____	8 _____	9 _____	10 _____
No hay problema			moderarse		Grave			severamente		Muy severo

¿Experiencia previa en asesoramiento? Cuándo, dónde, por qué razón. ¿Está / estuvo tomando \*\* algún (s) medicamento (s), por favor escriba \*\*?

Personal History form completed by: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Signature)

**\*Counselor Use Only:** Established per session fee: \_\_\_\_\_ Initial: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(confidencial cliente femenino)

TEXAS WESLEYAN UNIVERSITY CENTRO DE CONSEJERÍA DE COMUNIDAD

**ESCALA DE CUOTA DESLIZANTE**

**POR FAVOR LEE**

Las finanzas no deben ser un factor de estrés para recibir servicios de asesoramiento. La incapacidad de pago no descalifica a nadie para recibir asesoramiento.

**Para estudiantes, ex alumnos, profesores o personal de Texas Wesleyan, la asesoría no tiene costo.**

Para estimar la tarifa: encuentre el rango de ingresos anuales (A), encuentre el tamaño del hogar (B) Cantidad del CÍRCULO por debajo del tamaño del hogar (B)

*\* Si esta cantidad no es razonable, complete la parte inferior de la página \* (Su consejero trabajará con usted para crear una estructura de tarifas razonable)*

(A) Ingresos anuales	Tamaño del hogar (B) (Número de personas que viven en el hogar.)								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
\$0-15,000	10	10	10	10	10	10	10	10	10
\$16,000-25,000	15	15	15	14	13	12	11	10	10
\$26,000-30,000	20	20	20	18	16	15	12	10	10
\$31,000-40,000	25	25	25	22	20	17	15	10	10
\$41,000-50,000	30	30	30	25	20	17	15	10	10
\$51,000-60,000	35	35	35	30	25	20	15	10	10
\$61,000-70,000	40	40	40	35	30	25	20	10	10
\$71,000+	50	50	50	45	40	35	20	10	10

\*\*\*\*\*

(Complete **SOLAMENTE** si necesita una reducción de tarifa)

**→ SOLICITUD DE REDUCCION DE TARIFA ←**

(Debe estar firmado por el Director)

Me gustaría solicitar una consideración para la reducción de tarifas y actualmente puedo pagar \$\_\_\_\_ por sección.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(nombre del cliente) (Firma del cliente) (Fecha)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Clinical Director Signature) (Date)

**ACUERDO DE SERVICIO DE CONSEJERÍA (p. 1)**

***Si el cliente principal es menor de edad O si hay menores presentes en CUALQUIER sesión, el padre / tutor / tutor debe leer, iniciar y firmar ESTE formulario Y los requisitos para el consentimiento de los padres del menor.***

***Si los clientes principales son una pareja adulta, AMBOS participantes deben leer, inicializar y firmar ESTE formulario.***

**EL PROCESO DE ASESORAMIENTO**

La asesoría brinda una oportunidad para el autoexamen y un cambio positivo que brinda beneficios en la reducción de sentimientos estresantes, mejores relaciones y soluciones a los problemas..

***Yo(Nosotros) hemos leído y entendido los beneficios de "El Proceso de Asesoramiento". \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ iniciales***

**NOMBRAMIENTOS - CANCELACIONES, NO SHOWS, RESCHEDULING**

Las sesiones durarán entre **45 y 50 minutos** y son voluntarias, a menos que tengan el mandato de recibir asesoramiento. **Si llega tarde a su cita, la sesión continuará a tiempo.** Si encuentra restricciones de tiempo, establezca la cita para la siguiente hora si esa hora está abierta. Para suspender el asesoramiento o cambiar los consejeros estudiantiles, hable sobre esto con su consejero.

**SE REQUIERE UN AVISO DE CANCELACIÓN DE 24 HORAS Y REPARACIÓN EN 48 HORAS**

Haga esto para que su próxima cita disponible sea en su horario habitual. Si pierde una cita programada y no se vuelve a programar dentro de las 48 horas, se cerrará su archivo. Como cortesía, su consejero puede llamar y dejar un mensaje al número que usted proporciona para llamar y reprogramar. El centro no comunicará información clínica por correo electrónico o teléfono celular. La programación se realiza SOLAMENTE por teléfono de la clínica.

***Yo (Nosotros) hemos leído y entendido las "Citas: cancelación, no presentación y reprogramación" y el "aviso de cancelación de 24 horas y reprogramación dentro de las 48 horas requeridas" y nos comunicaremos con el centro únicamente por teléfono. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ iniciales***

**GRABACIÓN DIGITAL / OBSERVACIÓN EN VIVO**

Los consejeros estudiantiles son supervisados por consejeros profesionales con licencia y supervisores aprobados por la junta de licencias y están bajo revisión por pares para proporcionar comentarios valiosos para mejorar las habilidades de consejería. Todas las sesiones en el centro están grabadas digitalmente en un servidor seguro y protegidas por contraseña. Algunas sesiones también se pueden observar en vivo detrás de un espejo de una sola vía.

***Yo (Nosotros) hemos leído y entendido la política sobre "grabación digital, observación en vivo y consentimiento para la grabación digital y / o observación en vivo durante mis (nuestras) sesiones de asesoramiento. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ iniciales***

**▶ AL CUMPLIMIENTO DE LA CONSEJERÍA, SU ARCHIVO SERÁ CERRADO Y TODAS LAS SESIONES GRABADAS DIGITALMENTE SERÁN BORRADAS ◀**

**ACUERDO DE SERVICIO DE CONSEJERÍA (p. 2)**

**CONFIDENCIALIDAD Y REGISTROS DE CONSEJERÍA**

Los consejeros y / o supervisores estudiantiles pueden intercambiar cualquier / toda la información obtenida con el personal de asesoramiento. Todas las grabaciones digitales son confidenciales de acuerdo con la ley del estado de Texas y las pautas éticas de los consejos de concesión de licencias de asesoramiento de Texas: la Junta de Examinadores de Consejeros Profesionales del Estado de Texas y la Junta de Examinadores de Terapeutas de Matrimonios y Familias del Estado de Texas, la Asociación Americana para Terapia de Matrimonios y Familias y la Asesoría Americana Asociación. Todo el material grabado digitalmente se almacena en un servidor seguro y protegido por contraseña. **Bajo la ley HIPAA, la divulgación de registros de asesoría está permitida por la ley sin su autorización o consentimiento cuando CUALQUIERA de las siguientes condiciones existe:**

- 1.) *Sospecha razonable de abuso / negligencia de niños / ancianos reportables a los Servicios de Protección de Niños / Adultos;*
- 2.) *Cuando **presente** un peligro / amenaza grave para usted u otras personas (homicidio / suicidio), debe informar a cualquier persona que sea razonablemente capaz de prevenir o disminuir el peligro / amenaza;*
- 3.) *Si sus registros están bajo subpeona por un tribunal de justicia.*

**Yo (Nosotros) hemos leído y entendido la política de confidencialidad y asesoramiento archivos.** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_(iniciales)

**Yo (Nosotros) también entendemos que si solicito mis registros, ninguno será transmitido electrónicamente o por fax. Después de obtener el consentimiento por escrito, recogeré físicamente mis registros en el Centro de Asesoría Comunitaria de la Universidad Wesleyana de Texas dentro de los quince (15) días de mi solicitud durante las horas normales de oficina.** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_(iniciales)

**Yo (Nosotros) doy mi consentimiento para que me llamen a mi teléfono celular, o mi consejero me envía un mensaje de texto para recordarme mi cita. Entiendo que no se transmitirá información clínica a través de estos dispositivos..** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_(iniciales)

**INVESTIGACIÓN**

Información de evaluación que puede ser utilizada en proyectos de investigación actuales o futuros. La participación en esta investigación es voluntaria y puede retirar su consentimiento, lo que de ninguna manera afectará nuestro servicio para usted. Publicaciones resultantes de esta investigación **no contendrá ninguna información de identificación y su confidencialidad se mantendrá estrictamente.**

**Yo (Nosotros) hemos leído y entendido la declaración de investigación y doy mi consentimiento para que nuestra (nuestra) información personal sea utilizada con fines de investigación.** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_(iniciales)

**Yo (Nosotros) hemos leído y entendido este Acuerdo de Servicio de Consejería completo. (Parejas - tanto imprimir como firmar nombre)**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Escriba el nombre de un cliente adulto y su cónyuge**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**(Firma de cliente adulto / cónyuge y pareja)**

\* Si el cliente(s) es menor de edad, escriba el nombre de menor importancia(s)\*

\* **Padre / tutor / tutor debe firmar** \*

\_\_\_\_\_  
**(Print Student Counselor/ Counselor Name)**

\_\_\_\_\_  
**(Student Counselor/Counselor Signature)**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**(Fetcha)**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**(Fetcha)**

**For Office Use Only:** Student counselor must acknowledge having discussed verbally and in-person with client(s) each major section of this CSA. Please write your initials AFTER discussing this document with your client(s) and answering any questions he/she/they may have. **Counseling Counseling Process:** \_\_\_\_\_ (initial) **Appointments/Cancellation Policies:** \_\_\_\_\_ (initial) **Digital Recording:** \_\_\_\_\_ (initial) **Confidentiality Statement, including exceptions:** \_\_\_\_\_ (initial) **Research Policies:** \_\_\_\_\_ (initial)

# Declaración de privacidad HIPAA

El centro de consejería del Texas Wesleyan Universidad Comunidad: Aviso de privacidad

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN PROFESIONAL DE LA SALUD PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALA CUIDADOSAMENTE.**

El centro de consejería comunidad Texas Wesleyan University y sus entidades afiliadas (colectivamente "Texas Wesleyan comunidad Counseling Center de la Universidad") utilizan información médica sobre usted para tratamiento, para obtener el pago para el tratamiento, para evaluar la calidad de la atención que reciba y para otros fines administrativos y operacionales. Su información de salud está contenida en un expediente médico que es la propiedad física y la responsabilidad de Texas Wesleyan comunidad Counseling Center de la Universidad. El centro de consejería Texas Wesleyan Universidad comunidad se requiere por ley a mantener la privacidad de información médica sobre usted y proveerle esta notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica ("Aviso de prácticas de privacidad" o "Aviso"). Debemos respetar los términos y condiciones de este aviso actualmente en efecto. El centro de consejería Texas Wesleyan Universidad comunidad se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso, nuestras prácticas de privacidad, y establecer las nuevas disposiciones efectivas para todos protegida información médica que mantenemos. Puede comunicarse con la ubicación de Texas Wesleyan Universidad comunidad consejería o director Texas Wesleyan Universidad comunidad consejería del centro de privacidad en la dirección o teléfono que se enumeran a continuación para obtener un aviso revisado de prácticas de privacidad.

**Los derechos de su información de salud:** Tiene los siguientes derechos con respecto a información médica sobre usted.

*Derecho a la copia del aviso de prácticas de privacidad. Usted tiene el derecho a una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Póngase en contacto con la situación de Texas Wesleyan Universidad comunidad consejería o director Texas Wesleyan Universidad comunidad consejería del centro de privacidad en la dirección o teléfono que se enumeran a continuación para obtener una copia.*

*Derecho a inspeccionar y copiar. Usted tiene el derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información médica sobre usted que mantenemos. **Su petición debe ser por escrito.** Se puede recoger dichos documentos durante las horas normales de trabajo en el centro de consejería Texas Wesleyan Universidad Comunidad **no más de quince días después de su petición.***

*Derecho a enmendar. Si usted cree información médica que mantenemos es inexacta o incompleta, usted tiene derecho a solicitar que nosotros enmendemos la información. Usted puede solicitar una enmienda mientras mantenemos la información. Podemos pedir que presentar por escrito y son una razón que respalde la solicitud. En algunos casos, podemos denegar su solicitud. Si su solicitud es denegada, explicamos nuestras razones por escrito. Usted puede enviar una declaración explicando por qué no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar su solicitud de enmienda. Compartiremos su declaración cuando revelamos información médica sobre usted que mantenemos en ciertos grupos de registros.*

*Derecho a una contabilidad de accesos. Usted tiene derecho a solicitar un contable o un listado detallado de ciertas divulgaciones de información médica acerca de usted. El período de tiempo cubierto por la contabilidad se limita a seis años antes de la fecha de su solicitud. Su petición debe ser por escrito. Si usted solicita una contabilidad más a menudo que una vez cada doce 12 meses, podríamos cobrarle una cuota para cubrir los costos de preparación de la contabilidad.*

*Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o Divulgamos sobre usted. Su petición debe ser por escrito. No estamos obligados a aceptar su petición. Sin embargo, debemos acordamos no revelar su información médica a su plan de salud si la divulgación es para operaciones de pago o atención de la salud y se relaciona con un elemento de salud o servicio que usted pagó por total fuera del bolsillo. Si estamos de acuerdo a su solicitud, nos conformaremos*

con él a menos que la información sea necesaria para el tratamiento de emergencia. Nosotros le notificaremos si no está de acuerdo con una restricción solicitada.

*Derecho de revocar la autorización.* Usted tiene el derecho a revocar su autorización para usar o divulgar información de salud, excepto en la medida en que se han tomado medidas en dependencia de su autorización. Su petición debe ser por escrito

*Derecho a solicitar un método alternativo de comunicación.* Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos de salud mental de una cierta manera o en cierto lugar. Su petición debe ser por escrito. Acomodaremos todas las peticiones razonables.

*Derecho a la notificación de incumplimiento.* Usted tiene derecho a ser notificado si sus archivos son afectados por una violación de la información sin garantía sanitaria.

*Quejas:* Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede quejarse Texas Wesleyan comunidad Counseling Center de la Universidad y el Secretario del Departamento de salud y servicios humanos. Puede presentar una queja a continuación. No se ser represalias contra para archivar una queja.

*Individuos involucrados en su cuidado o pago de su atención.* Podemos revelar a un miembro de la familia, otro pariente, cercano amigo personal o cualquier otra persona que usted identifique, información médica directamente relevante a la participación de esa persona en su cuidado o pago relacionadas con su cuidado con su permiso sólo.

*Requerido por la Ley.* Podemos usar y revelar su información médica según lo requerido por ley federal, estatal o local. Por ejemplo, podemos divulgar información de salud para los siguientes propósitos: (1) para procedimientos judiciales o administrativos en virtud de autoridad legal; (2) para reportar información relacionada con las víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica; y (3) para ayudar a las autoridades en sus deberes de cumplimiento de la ley.

*Salud pública.* Salud pública se puede usar o divulgar información médica sobre usted para actividades de salud pública como asistencia a las autoridades de salud pública u otras autoridades legales para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades o para otras actividades de supervisión de salud.

*Supervisión.* Supervisión de la salud. Podemos utilizar o revelar su información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades de supervisión autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones e inspecciones.

*Investigación.* Podemos utilizar o revelar su información médica a investigadores si una Junta de revisión institucional o junta de privacidad ha revisado y aprobado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información médica.

*Salud y seguridad.* Podemos utilizar o divulgar información médica acerca de usted para evitar una amenaza seria para su salud o seguridad o cualquier otra persona en virtud de la legislación aplicable.

*Funciones de gobierno.* Podemos utilizar o revelar su información médica para funciones gubernamentales especializadas, tales como la protección de funcionarios públicos, seguridad nacional y actividades de inteligencia o informes a distintas ramas de las fuerzas armadas.

*Instituciones correccionales.* Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos usar o revelación de información de salud sobre usted. Dicha información de salud será revelada al institución correccional o al oficial cuando sea necesario para que la institución le provea atención médica y para proteger la salud y la seguridad de los demás de la ley.

*Afiliado la entidad cubierta.* Somos parte de una entidad cubierta afiliada con otras entidades que están bajo propiedad común o control. La entidad se trata como una única entidad a efectos de usar y revelar información médica sobre usted.

**Usos o divulgaciones de su información de salud basada en su autorización por escrito**

*Notas de psicoterapia.* Debemos obtener su autorización por escrito para más usos y divulgaciones de notas de psicoterapia.

*De marketing.* Debemos obtener su autorización por escrito para usar y divulgar información médica sobre usted para propósitos de mercadotecnia más.

*Otros usos.* Otros usos y divulgaciones de información médica acerca de usted, no descrito anteriormente, se hará sólo con su autorización por escrito. Usted puede revocar su autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que hemos actuado al amparo de la autorización.

*Otras leyes aplicables.* Este aviso se proporciona a usted como un requisito de la Health Insurance Portability y Accountability Act ("HIPAA"). Hay otras leyes que pueden aplicarse y limitar nuestra capacidad para utilizar y divulgar información médica sobre usted más allá de lo que nos permite hacer bajo HIPAA.

*Leyes estatales.* Cumplimos con las leyes de su estado si le proporcionará mayores derechos sobre su información de salud o se prevén más restricciones en el uso o divulgación de su información médica.

*Confidencialidad de registros de pacientes de abuso de drogas y de Alcohol.*

La confidencialidad de los registros paciente abuso alcohol y drogas por nosotros está protegida por leyes federales y regulaciones. Por lo general, no decimos a una persona fuera de nuestro programa de tratamiento de alcohol y drogas que participe en el programa, o revelar cualquier información identificándolo como un abusador de alcohol o drogas, a menos que:

- (1) Usted da su consentimiento por escrito;
- (2) El acceso es permitido por una orden judicial; o
- (3) La divulgación se hace personal médico en una emergencia médica o personal calificado para investigación, auditoría o evaluación del programa.

Violación de la Ley Federal y regulaciones por el programa es un crimen. Sospechas de violación pueden presentarse a las autoridades competentes conforme a las regulaciones federales. Regulaciones y leyes federales no protegen cualquier información sobre un delito cometido por un paciente en el programa o contra cualquier persona que trabaja para el programa o sobre cualquier amenaza de cometer tal delito. Las leyes federales y reglamentos no protegen información sobre caso de abuso infantil o negligencia de ser registrados bajo la ley estatal para apropiarse de estado o las autoridades locales. Para obtener más información, consulte 42 U.S.C 290dd-3 and 42 U.S.C. 290ee-3 federal las leyes y 42 C.F.R Part 2 de las regulaciones federales.

Información de contacto: Si usted tiene alguna pregunta, peticiones o inquietudes acerca de sus derechos de información de salud de Texas Wesleyan University Centro de consejería o nuestro uso y divulgación de información médica, póngase en contacto con: Director de privacidad, Scott Methvin, M.Ed., The Texas Wesleyan University Community Counseling Center, 3110 E. Rosedale, Fort Worth, TX 76105.

*Preparado para los clientes de Texas Wesleyan Universidad comunidad consejería del centro, efectivas 01 de agosto de 2014.*

**Su firma abajo es sólo reconocimiento que ha recibido este aviso de privacidad:**

**Firma del cliente o tutor adulto:** \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Fecha de hoy)

**IF MENOR ES EL**  
**CLIENTE PRINCIPAL,**  
**NOMBRE EN IMPRENTA:** \_\_\_\_\_ **FdN:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_