

**HOJA DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

**Información General y de Contacto:**

Nombre legal del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre preferido: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

NSS: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número celular: \_\_\_\_\_

¿Está bien dejar mensaje de voz? Sí  No

¿Está bien mandar texto? Sí  No

E-mail: \_\_\_\_\_ Número de casa: \_\_\_\_\_

¿Está bien dejar mensaje de voz? Sí  No

Referido por: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Grado más alto/Título completado: \_\_\_\_\_

Ultima escuela asistida: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Nombres y Edades de los niños (si corresponde): \_\_\_\_\_

\*Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

*(Nombre, Relación & Teléfono) \*Al proveer esta información usted está autorizando a su terapeuta contactar a esta persona en caso de emergencia.*

Otros viviendo en su hogar: \_\_\_\_\_

*(Nombres, edades, y como están relacionados a usted)*

Nombre de su médico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Información del Seguro de Salud (si aplica):**

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Numero de ID: \_\_\_\_\_

Numero de grupo: \_\_\_\_\_ Numero de autorización: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona asegurada principal: \_\_\_\_\_ El copago: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación a la persona asegurada principal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Áreas de Preocupación:**

Por favor, describa sus razones de buscar consejería: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuándo surgió el problema? ¿Hubo algún evento que lo hizo surgir? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué es lo que espera usted de la terapia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Por favor indique y califique los temas en que le gustaría trabajar en terapia:*

**1=No es problema    2= Problema leve    3=Problema medio-severo    4=Problema severo**

\_\_ Depresión

\_\_ Conflicto familiar

\_\_ Abuso sexual

\_\_ Ansiedad

\_\_ Divorcio

\_\_ Abuso físico

\_\_ Estrés

\_\_ Adopción

\_\_ Abuso verbal/emocional

\_\_ Enojo

\_\_ Problemas de

\_\_ Evento(s) traumático(s)

\_\_ Perdida de un ser querido

comportamiento

\_\_ Pesadillas

\_\_ Problemas en escuela

\_\_ Drogas/Alcohol

\_\_ Problemas financieros

\_\_ Problemas al trabajo

\_\_ Falta de amigos

\_\_ Obsesiones/Compulsiones

\_\_ Problemas de relación

\_\_ Soledad

\_\_ Problemas Legales:

\_\_ Sexualidad/Temas sexuales

\_\_ Auto-daño

\_\_ Otro:

**Historia Clínica:**

Alergias (incluir comida/medicamentos): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicamentos que está tomando actualmente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hospitalizaciones pasadas/Cirugías/Enfermedades/Problemas de salud: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Está siendo tratado por cuestiones médicas? \_\_\_\_\_

¿Ha participado alguna vez en un programa de 12 pasos? (AA, NA, Al-Anon, etc.) Describir aquí:

¿Tiene usted una historia de apagones, convulsiones, o síntomas de abstinencia? Describir aquí:

**Historia Psiquiátrica:**

¿Alguna vez en el pasado ha recibido tratamiento de salud mental? \_\_\_\_\_

Nombre de terapeuta/psicólogo/psiquiatra    Año(s)    # de Sesiones    medicamento (si aplica)

¿Alguna vez ha sido hospitalizado por un problema psicológico? \_\_\_\_\_

Si aplica, ¿Por qué fue hospitalizado? \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ # de días: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez le han diagnosticado con una enfermedad mental? (Si es así, ¿qué?) \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha intentado de suicidarse? (Si es así, ¿cuándo?) \_\_\_\_\_

Describe las circunstancias: \_\_\_\_\_

¿Está usted teniendo actualmente algún pensamiento suicida? (Si es así, por favor describa): \_\_\_\_\_

**Historia Familiar:**

Por favor indique cuales son problemas para usted o para cualquier otro miembro de su familia:

	Usted mismo/a	Madre	Padre	Hermano/a	Abuelo/a
Depresión					
Ansiedad					
Intentos del suicidio					
Problemas con alcohol					
Problemas con drogas					
Problemas emocionales					
Enfermedad medica grave					
Comportamiento violento					

Por favor indique quien(es) estaba(n) en su hogar al crecer (durante su niñez): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describe su niñez en general: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor marque todos los problemas que ocurrieron cuando usted era menor de edad:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trastorno de aprendizaje    | <input type="checkbox"/> Obsesiones/Compulsiones   | <input type="checkbox"/> Conflicto Familiar        |
| <input type="checkbox"/> Hiperactividad/inquietud    | <input type="checkbox"/> Pesadillas                | <input type="checkbox"/> Divorcio                  |
| <input type="checkbox"/> Dificultad en concentrarse  | <input type="checkbox"/> Mojar la cama (enuresis)  | <input type="checkbox"/> Perdida de un ser querido |
| <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento | <input type="checkbox"/> Miedo de escuela/Bullying | <input type="checkbox"/> Sexualidad/Temas sexuales |
| <input type="checkbox"/> Depresión                   | <input type="checkbox"/> Abuso verbal/emocional    | <input type="checkbox"/> Evento(s) traumático(s):  |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                    | <input type="checkbox"/> Abuso físico              |  |
|  | <input type="checkbox"/> Abuso sexual              |  |

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Estilo de Vida/Hábitos:**

	<i>Cantidad usando ahora</i>	<i>Lo máximo que ha usado</i>	<i>Cuando</i>
Café (tazas/día):	_____	_____	_____
Otra Cafeína:	_____	_____	_____
Cigarrillos/Vaping:	_____	_____	_____
Alcohol:	_____	_____	_____
Drogas (especificar):	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

	<i>Tipo(s)</i>	<i>Frecuencia</i>
Ejercicio:	_____	_____
Pasatiempos:	_____	_____
Horas semanales al trabajo:	_____	

¿Tiene un amigo o familiar con quien usted puede hablar acerca de sus preocupaciones? ¿Quién?  
\_\_\_\_\_

¿Participa en alguna actividad social o comunitaria regular? Si es así, ¿qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué son algunas de sus fuerzas o calidades positivas? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué le da la mayor alegría o placer en la vida? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus miedos y sus preocupaciones principales? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus esperanzas o sueños más importantes? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## GAD-7

**Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas?**

**Nunca**

**Varios días**

**Más de la mitad de los días**

**Casi todos los días**

*(Marque con una "✓" para indicar su respuesta)*

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sentirse nervioso/a, intranquilo/a o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas	0	1	2	3
4. Dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente	0	1	2	3
6. Molestarse o ponerse irritable fácilmente	0	1	2	3
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	0	1	2	3

**(For office coding: Total Score T\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ )**

# CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas? (Marque con una "✓" para indicar su respuesta)	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING   0   +        +        +         
=Total Score:       

**Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?**

**Para nada difícil**

**Un poco difícil**

**Muy difícil**

**Extremadamente difícil**

**POLÍTICAS DE LA OFICINA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

*Este documento tiene la intención de proporcionarle información importante sobre mis prácticas, políticas y procedimientos, y para clarificar los términos de la relación terapéutica profesional entre el terapeuta y el cliente. Por favor lea este documento cuidadosamente, y escribe sus iniciales después de cada sección para indicar su entendimiento y acuerdo.*

**INFORMACIÓN SOBRE SU TERAPEUTA**

El nombre de esta práctica es “Elena Dasgupta-Tsinikas, LCSW”. Soy una trabajadora social clínica licenciada (licencia de CA # LCSW69299) y soy una proveedora independiente de psicoterapia para individuos, parejas y familias. Aunque comparto mi oficina con otros proveedores que tienen licencias independientes, yo no soy un empleado o un socio en una práctica colectiva. Opero mi consultorio privado de forma independiente como propietaria única.

\_\_\_\_\_ Iniciales

**RIESGOS Y BENEFICIOS DE TERAPIA**

Su participación en terapia puede resultar en una serie de beneficios para usted, incluso, pero no limitado a: reducción del estrés y la ansiedad, disminución de los pensamientos negativos y comportamientos de auto-sabotaje, mejores relaciones interpersonales, mayor capacidad de intimidad y aumento de autoestima. Estos beneficios también pueden requerir un esfuerzo sustancial por parte del cliente, incluso una participación activa en el proceso terapéutico, honestidad, y una buena voluntad de cambiar pensamientos y comportamientos. No hay garantía de que la terapia producirá alguno o todos los beneficios mencionados anteriormente.

Participar en terapia también puede implicar cierta incomodidad, incluso recordar y hablar sobre eventos, sentimientos y experiencias desagradables. El proceso puede evocar fuertes sentimientos de tristeza, enojo, miedo, etc. Puede haber ocasiones cuando desafiaré sus percepciones y suposiciones, y ofreceré perspectivas diferentes. Los problemas que usted presenta como mi cliente pueden causar resultados no deseados, incluso cambios en las relaciones personales. El cliente es responsable de cualquier decisión(es) sobre el estado de sus relaciones.

Durante el curso de terapia, muchos clientes encuentran que se sienten peor antes de que comiencen a sentirse mejor. Esto es generalmente un curso normal de acontecimientos. El crecimiento personal y el cambio pueden ser fáciles y rápidos a veces, pero también pueden ser lentos y frustrantes. Seguiremos trabajando juntos para alcanzar sus objetivos.

\_\_\_\_\_ Iniciales

**CONFIDENCIALIDAD**

Las discusiones entre un terapeuta y un cliente son confidenciales. Tanto la práctica ética como la ley de California protegen su confidencialidad, y ninguna información puede ser liberada sin su consentimiento/autorización firmado. Sin embargo, ciertas condiciones bajo la ley de California requieren que la confidencialidad sea violada. Un terapeuta tiene el mandato de informar a las



agencias apropiadas siempre que tiene conocimiento o sospecha razonable de que un menor de edad/niño o un anciano ha sido abusado físicamente, sexualmente, o severamente abusado emocionalmente, o que la salud del menor o anciano está en peligro debido a la falta de atención médica, alimentos, ropa, refugio o supervisión. El abuso de los ancianos también incluye abuso financiero y restricción de la libertad física. El maltrato infantil también incluye a un cliente que posea, usa, o en cualquier manera participe en la pornografía infantil.

También ha sido legalmente ordenado que si una persona tiene la intención de tomar medidas dañinas o peligrosas contra otra persona, es el deber del terapeuta advertir a la persona y/o a la familia de la persona que probablemente sufrirá los resultados de comportamientos dañinos; así como notificar a la policía.

Las comunicaciones entre terapeutas y clientes menores de 18 años también son confidenciales. Sin embargo, como padres y otros tutores que proveen autorización para el tratamiento de su hijo a menudo están involucrados en el dicho tratamiento, yo puedo ejercitar mi juicio profesional en la discusión del progreso de tratamiento de un cliente menor de edad con el padre o el cuidador, como según es apropiado.

\_\_\_\_\_ Iniciales

### **ARREGLOS FINANCIEROS**

Mi tarifa por servicio es **\$220.00** para una cita inicial (de 90 minutos) para individuos o familias. A partir de entonces, el precio para una sesión de seguimiento estándar (de 50 minutos) es **\$160.00**. Como las sesiones de terapia de parejas duran regularmente hasta 90 minutos por sesión, el precio está fijado a **\$220.00** por sesión (para citas iniciales y citas de seguimiento también). El pago debe efectuarse al comienzo de cada sesión.

Formularios, cartas, reportes, o pedidas similares que impliquen mi tiempo requerirán un cargo a ser determinado basado en el tiempo necesario para finalizar su solicitud.

También, aunque se le cobrará por su primera sesión, por favor tenga en cuenta que la cita inicial es una sesión de evaluación. Después de su evaluación, yo determinaré si sería apropiado comenzar el tratamiento conmigo o referirlo a otra terapeuta o clínica más apropiada.

\_\_\_\_\_ Iniciales

### **SEGURO DE SALUD**

Si usted decide usar su seguro de salud, es su responsabilidad comprobar sus propios beneficios. Yo voy a hacer todo lo posible para comprobar sus beneficios, sin embargo, los beneficios son a menudo citados incorrectamente por teléfono. Los beneficios no se conocerán completamente hasta que usted recibe su explicación de beneficios (EOB) por correo. En caso de que sus beneficios sean cotizados incorrectamente o su seguro no reembolsa para las sesiones, la responsabilidad financiera queda con el cliente y el cliente será facturado por el saldo.

\_\_\_\_\_ Iniciales

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA RECLAMACIONES**

Cliente o Representante Autorizado, \_\_\_\_\_, autoriza la terapeuta Elena Dasgupta-Tsinikas, LCSW, a divulgar la información necesaria al proveedor de seguros del cliente para facturar las sesiones y autorizar la continuación de las sesiones.

\_\_\_\_\_ Iniciales

**CITAS & POLÍTICA DE CANCELACIÓN**

Las sesiones de terapia generalmente ocurren semanalmente o más/menos frecuente como usted y yo estamos de acuerdo. Si usted no puede asistir a su cita programada, por favor, haga el máximo esfuerzo a notificarme lo más pronto posible. **Yo requiero un aviso de 24 horas de anticipación para cancelar una cita. Sin aviso de 24 horas, se le cobrará la tarifa complete por su cita perdida.**

\_\_\_\_\_ Iniciales

**COMUNICACIÓN**

Para contactarme entre sesiones, por favor llame y deje un mensaje en mi buzón de voz confidencial. Correo electrónico puede ser utilizado, sin embargo, por favor limita su comunicación por correo electrónico solo para cuestiones de citas/programación, como no puedo garantizar su confidencialidad a través del correo electrónico. Su llamada/correo electrónico será devuelta dentro de 24 horas. **Si usted está experimentando una emergencia que pone en peligro la vida, por favor llame 911 inmediatamente.** Por favor tenga en cuenta también: la terapia es una relación profesional, y no asocio con mis clientes a través de los medios sociales (Facebook, Instagram, etc.)

\_\_\_\_\_ Iniciales

**RELACIONES DUALES**

Terapia nunca implica sexo o cualquier otra relación dual que perjudicaría mi objetividad, mi juicio clínica, o que sería explotadora en cualquier manera. Debido al carácter confidencial de nuestro trabajo junto, es mi política que si yo fuera a verlo afuera de la oficina (en la comunidad), no reconocería nuestra relación. Esto esta diseñado para proteger su privacidad.

\_\_\_\_\_ Iniciales

**LITIGACIÓN**

Por favor sea consciente de que no participe voluntariamente en ninguna disputa de litigio o custodia. Tengo una política de no comunicarme con los abogados de mis clientes y generalmente no escribiré ni firmare cartas, reportes, informes, o declaraciones juradas para ser utilizados en los asuntos legales de un cliente. Por lo general, no proporciono archivos o testimonios a menos que soy obligada. Si soy citada u ordenada a aparecer como testigo por un tribunal de justicia en cualquier acción que involucra a un cliente, el cliente se compromete a reembolsarme mi tarifa horaria usual (\$160.00) para cualquier tiempo es necesario para la preparación, el viaje, u otro tiempo en el que me hago disponible para tal aparición.

\_\_\_\_\_ Iniciales

**CONSULTA PROFESIONAL**

Consulta profesional es un componente importante de una práctica de psicoterapia saludable. Como tal, yo participo regularmente en consultas clínicas, éticas y legales con profesionales apropiados. Por favor tenga la certeza de que durante dichas consultas, no revelo ninguna información de identificación personal acerca de mis clientes.

\_\_\_\_\_ Iniciales

**ARCHIVOS**

Las leyes y estándares éticos de mi profesión requieren que mantenga registros de tratamiento; estos registros o archivos están cerrados con llave y confidenciales. Si usted desea solicitar una copia de sus archivos, dicha solicitud debe ser hecha por escrito. Me reservo el derecho, bajo la ley de California, de proveer a mis clientes un resumen de tratamiento en lugar de archivos actuales. También me reservo el derecho, bajo ciertas circunstancias, de rehusar a producir una copia del archivo, pero puedo, si esta solicitado, proveer una copia de su archivo a otro proveedor de servicios de salud. Mantendré archivos de clientes por diez años después de la terminación de la terapia. Después de diez años, los archivos de cada cliente serán destruidos de una manera que preserva la confidencialidad del cliente.

\_\_\_\_\_ Iniciales

**TERMINACIÓN DE LA TERAPIA**

La duración de su tratamiento y el plan de su terminación eventual dependen de los detalles de su plan de tratamiento y del progreso que logre. Juntos planificaremos su terminación ya que se acerca a la realización de sus metas de tratamiento.

Por favor, tenga en cuenta que, como su terapeuta, me reservo el derecho de terminar la terapia a mi discreción. Razones para la terminación de terapia pueden incluir, pero no se limitan a: (1) falta de puntualidad en el pago de honorarios, (2) falta de cumplir o seguir las recomendaciones de tratamiento, (3) conflictos de interés, (4) falta de participación en terapia, (5) cuando las necesidades del cliente están afuera de mi alcance de competencia o práctica, o (6) progreso inadecuado en terapia. Usted también tiene el derecho de suspender o descontinuar la terapia en cualquier momento.

Cuando cualquiera de nosotros (usted o yo) decidimos terminar la terapia, generalmente recomendaré que usted participe en al menos una sesión de terminación. Esto facilita una experiencia de terminación positiva y nos da la oportunidad de reflexionar sobre el trabajo que se ha realizado. También intentare asegurar una transición fluida a otro terapeuta y le proporciono referencias para otros profesionales calificados que creo que pueden ser de ayuda para usted.

\_\_\_\_\_ Iniciales

**ACUSE DE RECIBO**

*Al firmar este formulario, yo reconozco que he revisado y entiendo completamente los términos y condiciones de este acuerdo. He discutido tales términos y condiciones con mi terapeuta y he tenido las preguntas contestadas a mi satisfacción. Acepto cumplir con los términos y condiciones de este acuerdo y doy mi consentimiento participar en psicoterapia con Elena Dasgupta-Tsinikas, LCSW. También entiendo que soy financieramente responsable a Elena Dasgupta-Tsinikas, LCSW para todos los cargos, incluyendo los cargos no pagados por mi compañía de seguro de salud o cualquier otro pagador de terceros. Además, estoy de acuerdo en mantener Elena Dasgupta-Tsinikas, LCSW libre e inofensiva de cualquier reclamación, demanda, o pleito por danos y perjuicios por cualquier lesión o complicación, salvo negligencia, que pueda resultar de dicho tratamiento.*

---

Nombre de Cliente (En letra de molde)

---

Firma del Cliente (o Representante Autorizado)

Fecha

---

Firma de la Terapeuta

Fecha

## **NOTIFICACIÓN DEL REGLAMENTO INTERNO DE PRIVACIDAD**

**I. ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE LAS FORMAS EN QUE SU INFORMACIÓN DE SALUD ES PROTEGIDA, COMO PUEDE SER USADA O REVELADA Y/O COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE ESTE DOCUMENTO.**

### **II. MANDATO LEGAL DE SE SALVAGUARDAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI).**

Yo tengo el compromiso y el requerimiento legal de mantener la privacidad de su información protegida, y de proveerle en esta notificación la información de mis obligaciones legales en relación a su información de salud protegida. El contenido de esta notificación se aplicara a toda la información, expedientes y archivos que resulten de los servicios y cuidados que usted reciba de mi práctica, incluidos los servicios que usted reciba. Esta notificación le informara sobre las diferentes formas en las cuales se podrá usar o revelar su información de salud con otras personas o entidades ajenas. Aquí también se describen sus derechos y ciertas obligaciones que tengo en relación al uso y revelación de su información de salud mental. Yo estoy requerida legalmente a cumplir con las disposiciones descritas en esta notificación. Sin embargo yo reservo el derecho de cambiar los términos de esta notificación y mis reglamentos de privacidad en cualquier momento. Todo cambio se aplicara a la información de su salud protegida que tengo hasta ese momento. Usted podrá solicitar una copia de la nueva notificación.

### **III. COMO PUEDO USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN DE SALUD**

Las siguientes categorías describen diferentes formas para usar o revelar su información. En cada una de estas categorías, yo daré una explicación y tratare de ejemplificarlas. No todas las posibilidades de uso o revelación de información se pueden particularizar en una lista. Sin embargo todas las formas en las que yo puedo usar o revelar su información estarán contenidas en alguna de estas categorías.

#### **a. Uso y revelación de información en relación a su tratamiento, pagos u operaciones administrativas no requiere su previo consentimiento por escrito.**

**i. Para el Tratamiento.** Yo puedo usar la información de su salud para proveerle su tratamiento de salud mental u otros servicios. Yo puedo compartir su información de salud con psiquiatras, terapeutas, y otros proveedores de servicios de salud que estén involucrados en sus servicios y cuidados. Por ejemplo, se puede discutir la información de su salud mental con su psiquiatra para facilitar una evaluación. Esta información le ayudara al psiquiatra a determinar si es o no necesario el medicamento en ese momento.

**ii. Para Pagos.** Yo puedo usar o revelar su información de salud para reclamar cobros por los servicios que usted recibe en mi práctica. Estos cobros pueden ser dirigidos a usted, una compañía de seguros o a una tercera parte involucrada. Por ejemplo, podría dar la información de su salud su compañía de seguro para obtener pagos por los servicios de salud mental que le provee.

**iii. Para Actividades Administrativas.** Yo puedo revelar información de su salud en orden de cumplir con las diferentes operaciones de mi práctica de psicoterapia. Por ejemplo, puedo proveer su información a cualquier asociado de negocios que me ayude con cobros de pagos, y operaciones administrativas, incluyendo contadores, abogados, consultantes, y otros, con el objeto de asegurarme de estar aplicando las leyes pertinentes en cada caso.

#### **b. Otros Usos Específicos y Revelaciones de la Información De Su Salud Que No Requieren Su Consentimiento.**

**i. Cuando Es Un Requerimiento Legal.** Yo voy a otorgar su información de salud cuando esto sea requerido por una ley federal, estatal o del condado; por ejemplo cuando por ley se requiera que reporto información de víctimas de abuso, negligencia, y/o violencia domestica a las distintas agencias del gobierno o agentes encargados de hacer cumplir la ley.

**ii. Para Prevenir Una Seria Amenaza a la Salud o Seguridad Personal.** Yo voy a usar o revelar su información de salud, cuando sea necesario para prevenir una seria amenaza a su salud o seguridad, y a la salud o seguridad personal de otras personas. En todo caso cualquier información que se revele, será otorgada solo a personas entrenadas o preparadas para prevenir situaciones de amenaza o riesgos, por ejemplo un equipo móvil de atención siquiátrica.

**iii. Riesgo en la Salud Pública.** Yo puedo revelar su información de salud para actividades que aseguren la salud pública. Estas actividades generalmente están incluidas en las siguientes situaciones: Para prevenir o controlar enfermedades, heridas, o discapacidades, Para reporte de muertes, Para reportar reacciones a medicamentos, Para notificar a personas que pueden haber sido expuestas a enfermedades o puedan haber estado en riesgo de contraer o transmitir una enfermedad o condición, Para notificar a la autoridad apropiada del gobierno si yo creo que un cliente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Yo voy a revelar su información solo cuando usted este de acuerdo, o cuando sea requerido o autorizado por la ley.

**iv. Demandas Legales y Disputas.** Si usted está envuelto en una demanda o disputa legal, yo puedo otorgar su información de salud mental en respuesta a la solicitud de una corte o una orden administrativa. También puedo otorgar información de su salud mental en respuesta a una "subpoena" (requerimiento legal de información del cuidado o tratamiento), u otro proceso legal de otra persona que se encuentre legalmente envuelta en la disputa, pero esta información solo se podrá otorgar si he efectuado los esfuerzos necesarios para comunicarme con usted (lo cual incluye un aviso por escrito) o haber obtenido una orden de protección de la información requerida.

**v. Investigación.** Bajo ciertas circunstancias, puedo usar y revelar su información de salud mental para propósitos de investigación, sin su autorización, si sigo ciertos requisitos especiales de la ley federal y estatal. En cualquier otra situación, siempre voy a hacer mi mayor esfuerzo para obtener su permiso específico, en aquellos casos en los cuales el investigador tenga acceso a su nombre, dirección u otra información que revele su identidad personal y/o se involucre en los servicios o cuidados que usted recibe conmigo.

***www.elenatherapy.com***

***3840 Woodruff Avenue, Suite 108, Long Beach, California 90808***

***Tel: (562) 270-4057***

**vi. Compensación a Trabajadores.** Yo puedo otorgar información de su salud mental, para cumplir con procedimientos legales del Estado de California que están relacionados a la compensación de trabajadores u otros programas similares. Estos programas tienen por objeto proveer beneficios por enfermedades o daños relacionados con actividades laborales.

**vii. Agentes de la Ley.** Puedo otorgar la información de su salud mental si esta es requerida por un oficial encargado del cumplimiento de la ley, en los siguientes casos: En respuesta a una orden de la corte, a un requerimiento judicial de documentos relacionados a su tratamiento, una cita legal o un proceso similar, Acerca de la víctima de un crimen bajo ciertas y limitadas circunstancias, En circunstancias de emergencia, para reportar un crimen, el lugar del crimen, o la identificación de la víctima/s; y para descripción o localización de la persona que cometió el crimen.

### **c. Ciertos usos y manejo de su información de salud en los cuales usted tiene el derecho de hacer objeciones.**

**i. Revelar información a familiares, amigos u otros.** Yo puedo otorgar cierta información de su salud a su familia u otra persona designada si le pido anteriormente y le aviso de su derecho a que no se otorgue tal información. Si usted lo objeta, ninguna información puede ser otorgada. Si usted da su consentimiento, puedo informar a su familia o designado, de su admisión, cierre de caso, transferencia, enfermedades serias, o daños personales. Además puedo informarle a su familia o al designado, de su diagnóstico, pronóstico, y efectos colaterales (si los hay), su progreso o su muerte. Yo solo otorgare aquella información que creo que es directamente relevante para que su familia o el designado, realicen actividades relacionadas con el cuidado de su salud o el pago por su tratamiento. Si usted está incapacitado o de alguna manera inhabilitado para elegir o dar su consentimiento u objeción para el otorgamiento de su información, yo me limitare a informarle a su designado que usted recibe servicios en mi práctica. Sin embargo cuando usted este recibiendo servicios por abuso de alcohol o drogas, la ley federal prohíbe cualquier otorgamiento de este tipo de información, sin su consentimiento específico. Para menores entre las edades de 12-18 años, ellos tienen el derecho de solicitar que cierta información no sea otorgada a sus padres o representantes legales.

**d. Otros Usos y Revelaciones de Información Que Requieren Su Previa Autorización Por Escrito.** Otros usos y revelaciones de información de salud que no están cubiertos por esta notificación, solo podrán otorgarse si usted lo autoriza por escrito. Si usted me da su autorización por escrito para usar o revelar la información de su salud, usted puede revocar también por escrito su autorización, en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, esto detendrá cualquier uso o revelación posterior, atendiendo a los propósitos cubiertos en su autorización escrita, excepto si al momento de usar o revelar dicha información, yo tenía su autorización. Usted debe entender que no es posible que cancelo revelaciones que se hicieron en el pasado cuando contaba con su permiso. Finalmente, yo estoy requerida a conservar mis propios archivos de los servicios de salud que usted recibió en mi práctica.

## **IV. SUS DERECHOS EN RELACIÓN A LA INFORMACIÓN DE SU SALUD**

Usted tiene los siguientes derechos en relación a la información que yo mantengo de su salud:

**a. Derecho a pedir que se establezcan límites en el uso y la revelación de su información de salud protegida.** Usted tiene derecho a pedir que se restrinja o se limite la información de su salud que yo revelo. Por ejemplo usted tiene el derecho de limitar la información que otorga a alguien que esté relacionado con su cuidado, o pago de tratamiento de su salud, como un miembro de su familia, y también en el uso interno que mi práctica haga de su información de salud protegida. Usted no puede limitar el uso y la revelación de su información, cuando es requerido por ley. Al solicitar restricciones, la solicitud tiene que ser por escrito. En su solicitud usted tiene que informarme (1) cual es la información que quiere limitar; (2) si quiere modificar el límite de mi uso o la revelación de su información personal y (3) a quien/es quiere usted que se apliquen estos límites, por ejemplo, otorgamiento de información a su esposo/a. Mientras voy a considerar sus peticiones para hacer alguna restricción, no estoy requerida a aceptar todas las peticiones.

**b. Usted tiene derecho a decidir cuál es la mejor manera de entregarle información de salud.** Usted tiene el derecho a pedir que le envío la información relacionada a su salud, por una determinada vía o a una dirección específica. Por ejemplo, usted puede solicitarme que solo nos contactemos con usted por correo o en su lugar de trabajo. Usted tiene que hacer su petición por escrito. Yo no le pediré explicaciones o razones del porqué de su petición y voy a acomodar todo pedido razonable. En su petición tiene que especificar de qué forma o en qué lugar lo puedo contactar.

**c. Derecho a revisar y obtener copias de su información de salud.** Usted tiene el derecho de revisar y copiar la información de su salud que pueda ser usada para tomar decisiones acerca de su tratamiento. Esto incluye facturas médicas, pero no incluye las notas de psicoterapia. Si usted solicita una copia de su información, yo le cobrere una cantidad de dinero por las copias, incluyendo el costo de correo u otros gastos relacionados a su petición. Todo lo anterior se maneja dentro de los límites de la ley. Yo puedo negarle su derecho a revisar o copiar sus expedientes en ciertas circunstancias muy limitadas, pero en todo caso usted recibirá por escrito explicaciones de esta negativa.

**d. Derecho a un recuento de la información otorgada.** Usted tiene derecho a obtener un recuento detallado de la información de su salud que se ha otorgado, o revelado. Esto es una lista, en la cual se recuentan particulares o entidades a los cuales les he otorgado su información de salud privada. Esta lista no incluirá un recuento de información usada o revelada para su tratamiento, el pago por sus servicios, u otras excepciones al recuento permitido por la ley. Para solicitar un recuento de información otorgada usted tiene que hacerlo por escrito. Su petición debe especificar el periodo de tiempo de la información solicitada, que no puede ser mayor de ocho años antes de la fecha de solicitud.

**e. Derecho de enmendar su información de salud.** Si usted siente que la información de su salud es incorrecta o incompleta usted puede solicitar que se enmiende esta información. Usted puede solicitar la enmienda de cualquier información mientras yo mantengo sus archivos.

## **Elena Dasgupta-Tsinikas, LCSW**

---

**f. Derecho a tener una copia de esta notificación.** Usted tiene derecho de tener una copia escrita de esta notificación. Usted debe tener una copia de esta notificación desde el primer contacto personal que usted tenga con migo. Usted puede solicitarme una copia de esta notificación en cualquier momento.

### **V. QUEJAS/RECLAMOS EN RELACIÓN A ESTE REGLAMENTO DE PRIVACIDAD**

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede quejarse con migo, como soy el oficial del reglamento de privacidad para mi propia práctica. Todos los reclamos o quejas tienen que ser por escrito.

Usted también puede enviar sus quejas por escrito al U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights por:

1. Mandar una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201;
2. Llamar a 1-877-696-6775; o,
3. Visitar [www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish/index.html](http://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish/index.html)

### **VI. FECHA EFECTIVA DE ESTE NOTIFICACIÓN**

Esta notificación entro en efectiva el 12 de febrero de 2017.

### **ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Al firmar este formulario, *yo reconozco que he revisado y recibido una copia de esta Notificación de Practicas de Privacidad.*

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**POLÍTICA DE CANCELACIÓN & AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE TARJETA DE CRÉDITO**

Una cita programada significa que este tiempo ha sido reservado especialmente para usted. Si se pierde una cita o se cancela menos de 24 horas antes de la sesión, se cobrará la tarifa completa de la sesión.

Una tarjeta de crédito será retenida para el pago en caso de una cancelación tardía o ausencia. Esto es requerido por las siguientes razones:

- Cuando una cita está reservada para usted, no está disponible para otros clientes.
- Cuando una cita está reservada por usted, su terapeuta se prepara para su cita y establece ese tiempo específico para usted.

Número de Tarjeta de Crédito: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_ Código CCV: \_\_\_\_\_

***Yo autorizo a Elena Dasgupta-Tsinikas, LCSW a cobrar la tarjeta de arriba por la tarifa complete de mi sesión (\$160.00 para sesiones individuales o familiares; \$220.00 para sesiones de parejas) en caso de una sesión cancelada o perdida.***

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

***Si usted también desea utilizar la misma tarjeta antedicha para cubrir su pago regular para las sesiones, por favor firme abajo:***

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha