



## Instrucciones De Contacto En Caso De Crisis/Emergencia

El consejero que me han asignado es: \_\_\_\_\_

**Nuestra agencia está comprometida a ofrecer los servicios de emergencia cuando sea necesario**

### **Una Emergencia Es Definida Como:**

- Un momento en el que usted siente que hay peligro para usted o alguien más, pero en el que contactar al 911 no es apropiado.
- Un momento en el que usted no pueda cuidar de usted mismo debido a su enfermedad mental.
- Usted siente, como padre, que su hijo está en peligro de lastimarse a sí mismo o alguien más, pero usted siente que llamar al 911 no es apropiado.

En una emergencia usted debe contactar a su consejero (o a otro consejero de nuestra agencia que esté disponible) para discutir que acciones o que asistencia son necesarias para estabilizar la situación.

### **Instrucciones Para Contactar Consejero En Caso De Emergencia:**

- Llame 847-695-3680
- Dígale a la persona que contesta el teléfono que usted tiene una emergencia y necesita contactar su consejero. De el nombre del consejero.
- Si su consejero está disponible, usted será puesto contacto con el/ella. Si no está disponible, un supervisor u otro consejero que está disponible contestara su llamada.

### **Instrucciones Para Contactar Consejero En Caso De No-Emergencia:**

Llame en horas de negocio regulares, que son Lunes a Jueves de 9am-8pm, viernes 9am-5pm, Sábados solo por cita, cerrados los Domingos. Si su consejero está disponible, él/ella se pondrá en contacto con usted. Si no está disponible, a usted le será ofrecida la posibilidad de dejar un mensaje en el buzón de voz confidencial.

Por favor tenga en cuenta: Llamadas relacionadas con programación de citas, cancelaciones, o confirmaciones de citas NO son consideradas una emergencia por nuestra agencia. Por razones de confidencialidad cuando alguien de nuestra agencia lo contacte por teléfono, nuestro número de teléfono puede que se muestre como "restringido", "bloqueado", "privado" o "no disponible".

So tiene alguna pregunta acerca de estas instrucciones, por favor discútalas con su consejero.



## Consentimiento Para Compartir Información Confidencial Con Medicaid/Seguro Medico

Seguro Primario  Seguro Secundario

Compañía Aseguradora \_\_\_\_\_

Número De Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre Del Empleador: \_\_\_\_\_

Número De Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número De Póliza: \_\_\_\_\_

Número De Seguro Social: \_\_\_\_\_

Numero De ID: \_\_\_\_\_

### **POR FAVOR DELE SU TARJETA MEDICA A SU TERAPISTA PARA QUE LE SAQUEN UNA COPIA**

1. Le doy permiso a Family Service Association Of Greater Elgin Area de facturar a mi compañía aseguradora por los servicios recibidos por esta agencia.
2. Le doy permiso a Family Service Association Of Greater Elgin Area de publicar mi nombre, dirección, fecha de nacimiento, diagnostico, plan de tratamiento, fecha de servicios recibidos y tipo de servicios recibidos de esta agencia solo como lo es requerido por mi compañía aseguradora para que así se pueda procesar el pago.
3. Me ha sido explicado que tengo el derecho de revisar la información a ser publicada. Entiendo que firmar este formulario no es una condición requerida para recibir servicios de esta agencia y que yo puedo retirar my autorización en cualquier momento.
4. Entiendo que esta agencia va a enviar un diagnostico de salud mental (del actual Manual de Diagnostico Y Estadística de la APA) para la persona identificada como el paciente en el formulario de cobro al seguro medico.

Esta autorización para publicar información expira en 1 año: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Si el cliente es menor de 12 años, o tiene un guardián elegido por una corte, esta autorización debe ser firmada por el padre/madre o el guardián**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Consentimiento Para Tratamiento

Consejero Asignado: \_\_\_\_\_

Mi/nuestra firma(s) afirman que nuestro terapeuta me/nos ha descubierto la naturaleza de la valoración y el proceso de terapia a mi/nosotros en lenguaje claro y no técnico. Esta revelación incluía los riesgos y los beneficios de tratamiento, las opciones accesibles a mi/nosotros y los riesgos de ningún tratamiento. Esta revelación fue comprendida por mi/nosotros y permitió que a mi/nosotros hicieran un consentimiento tras explicación previa a este proceso de tratamiento. Yo/nosotros tenemos entendido que yo/nosotros podemos revocar este consentimiento en cualquier momento. Si el consentimiento es revocado, un Nuevo tratamiento puede ser desarrollado, o si el consentimiento por tanto cliente(s) como terapeuta no puede ser llegado, esta agencia hará un esfuerzo razonable de proveer una lista de más opciones de tratamiento apropiadas y aceptables a través de otros servicios de salud mental.

**Confirmo que estoy legalmente autorizado a dar consentimiento para los servicios descritos en este documento.**

Nombre Del Cliente \_\_\_\_\_ (Escriba El Nombre)

***Si el cliente tiene 12 años o más:***

Firma Del cliente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

***Si el cliente tiene menos de 18 años un padre o guardián debe firmar:***

Firma del padre/guardián \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Formulario De Verificación De Ingresos

**Por favor, adjunte copias de documentos que verifiquen ingresos del cliente y envíe este formulario al coordinador de ingresos después de la primera cita.**

Nombre Del Cliente: \_\_\_\_\_

Número de ID del cliente: \_\_\_\_\_

Número De Personas Viviendo en el Hogar: \_\_\_\_\_

Ingresos Mensuales De Todas Las Personas En El Hogar: \_\_\_\_\_

Ingresos Del Cliente: \$ \_\_\_\_\_

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

Firma Del Terapista: \_\_\_\_\_

Firma del Cliente/Padre/Guardian: \_\_\_\_\_

Declaración del consumidor en relación a la excepción de clasificación:



## Formulario De Reconocimiento De Pólizas

- He recibido una copia personal de Derechos del Cliente. Mis derechos han sido explicados en un modo en cual yo comprendo.
- Yo reconozco que se me ha explicado y he recibido una copia de la póliza sobre Manejo de Comportamiento.
- He leído y recibido una copia de la política de Contrato de Honorarios respecto a mis obligaciones financieras para servicios que me son proveídos a mí o a miembros de mi familia.
- He recibido uno copia personal del Plan de Emergencia.
- He recibido una copia de HIPAA/Notificación de derechos y de prácticas de privacidad de Family Service Association Of Greater Elgin Area. Entiendo que puedo contactar al oficial de privacidad designado por Family Service Association si siento que mi privacidad ha sido violada.

Acepto pagar los siguientes costos por hora por los siguientes servicios:

\$\_\_\_\_\_ Terapia      \$\_\_\_\_\_ Manejo De Caso      \$\_\_\_\_\_ Servicios Psiquiátricos

**Todos los clientes, sin importar su edad, deben firmar "Derechos del Cliente":**

Firma del cliente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

***Si el cliente tiene menos de 18 años un padre o guardián debe firmar:***

Firma del padre/guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del trabajador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Comunicación de Información Confidencial

Por medio de la presente autorizo a los trabajadores de Family Service Association of Greater Elgin Area a comunicar o intercambiar de manera escrita, oral, o de manera electrónica información de salud protegida de:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

A: Nombre/Organización: \_\_\_\_\_

**Información a ser comunicada o intercambiada: (elija todas las que apliquen)**

- Asesoramiento Comprensivo    Plan De Tratamiento    Notas De Progreso    Abuso De sustancias    Evaluación Psiquiátrica/Notas  
 Resumen De Alta    Historia Social    Información Medica    Otra: Por favor especifique: \_\_\_\_\_

**Con El Propósito De:**

- Intercambio De Información    Continuidad De Cuidado    Manejo De Caso/Consulta    Otra: Por favor especifique: \_\_\_\_\_

Esta autorización para comunicar información expira: \_\_\_\_\_ (No debe pasar de un año)

- Entiendo que la persona/organización mencionada previamente autorizada a recibir esta información tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información comunicada. Adicionalmente entiendo que si esta entidad que recibe la información no es una entidad proveedora de cuidado de salud cubierta por las regulaciones de privacidad de HIPAA, la información descrita previamente puede ser re-transmitida y no podrá ser protegida por las regulaciones HIPAA.
- Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento; sin embargo, la revocación debe ser en escrito. Entiendo que la revocación de esta autorización para comunicar información y archivos no será efectiva hasta que sea recibida por la persona autorizada para revelar esta información.
- Rehusarse a autorizar a comunicar información resultara en la siguientes consecuencias: LA INFORMACION NO SERA COMUNICADA lo que puede resultar en inhabilidad de proveer servicios efectivos de coordinación.
- Entiendo completamente que mis archivos y comunicaciones a ser reveladas a otras personas/entidades puede contener evaluación y/o abuso de sustancias y mi firma indica mi consentimiento informado.
- Entiendo que puedo inspeccionar y/o copiar información a ser comunicada por medio de una solicitud escrita. Adicionalmente, entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización para comunicar información.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente (12 años y mayores)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**NOTICE TO RECEIVING PERSON/ORGANZIATION: If you are a healthcare provider, you are subject to the HIPAA Privacy Rule related to re-disclosure of information. Under the Federal Act of July 1, 1975, Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records, that no such records, nor information from such records may be further disclosed without the specific authorization from the individual for such re-disclosure.**



# Comunicación de Información Confidencial

Por medio de la presente autorizo a los trabajadores de Family Service Association of Greater Elgin Area a comunicar o intercambiar de manera escrita, oral, o de manera electrónica información de salud protegida de:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

A: Nombre/Organización: \_\_\_\_\_

**Información a ser comunicada o intercambiada: (elija todas las que apliquen)**

- Asesoramiento Comprensivo    Plan De Tratamiento    Notas De Progreso    Abuso De sustancias    Evaluación Psiquiátrica/Notas  
 Resumen De Alta    Historia Social    Información Medica    Otra: Por favor especifique: \_\_\_\_\_

**Con El Propósito De:**

- Intercambio De Información    Continuidad De Cuidado    Manejo De Caso/Consulta    Otra: Por favor especifique: \_\_\_\_\_

Esta autorización para comunicar información expira: \_\_\_\_\_ (No debe pasar de un año)

- Entiendo que la persona/organización mencionada previamente autorizada a recibir esta información tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información comunicada. Adicionalmente entiendo que si esta entidad que recibe la información no es una entidad proveedora de cuidado de salud cubierta por las regulaciones de privacidad de HIPAA, la información descrita previamente puede ser re-transmitida y no podrá ser protegida por las regulaciones HIPAA.
- Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento; sin embargo, la revocación debe ser en escrito. Entiendo que la revocación de esta autorización para comunicar información y archivos no será efectiva hasta que sea recibida por la persona autorizada para revelar esta información.
- Rehusarse a autorizar a comunicar información resultara en la siguientes consecuencias: LA INFORMACION NO SERA COMUNICADA lo que puede resultar en inhabilidad de proveer servicios efectivos de coordinación.
- Entiendo completamente que mis archivos y comunicaciones a ser reveladas a otras personas/entidades puede contener evaluación y/o abuso de sustancias y mi firma indica mi consentimiento informado.
- Entiendo que puedo inspeccionar y/o copiar información a ser comunicada por medio de una solicitud escrita. Adicionalmente, entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización para comunicar información.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente (12 años y mayores)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**NOTICE TO RECEIVING PERSON/ORGANZIATION: If you are a healthcare provider, you are subject to the HIPAA Privacy Rule related to re-disclosure of information. Under the Federal Act of July 1, 1975, Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records, that no such records, nor information from such records may be further disclosed without the specific authorization from the individual for such re-disclosure.**