



3519 Paesanos Parkway, Suite 105  
Shavano Park, TX 78231  
Oficina: 210-481-4265  
Fax: 210-587-2416  
info@garciasfamilywellness.com  
www.garciasfamilywellness.com

---

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONTRATO DE SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

---

Bienvenido a García's Family Wellness Clinic, LLC (GFWC), donde nuestra visión es brindar una mejor calidad de vida a través de la educación sobre salud mental y una atención excepcional. Dado que esta es su primera visita, esperamos que lo que está escrito aquí pueda responder algunas de sus preguntas mientras busca terapia. Háganos saber si desea una aclaración sobre alguno de los temas tratados en este Contrato de servicios para pacientes ambulatorios o si tiene alguna pregunta que no se aborda aquí. Cuando firma este documento, declara que comprende y se adherirá a la información contenida en este Contrato de servicios para pacientes ambulatorios.

---

### SERVICIOS DE PSICOTERAPIA

---

Brindamos servicios de psicoterapia para niños, adolescentes, adultos, parejas y familias. La primera cita sirve como cita de admisión. Querremos escuchar acerca de las dificultades que lo llevaron a programar una cita, los objetivos de la terapia e información general sobre usted y su situación de vida actual. Al final de esta primera cita, le daremos algunas recomendaciones iniciales sobre lo que creemos que ayudará. Si creemos que no podemos ayudarlo mejor, le daremos los nombres de otros profesionales que creemos que trabajarían bien con sus problemas particulares. Si no está de acuerdo con nuestras recomendaciones de tratamiento o no cree que nuestros estilos de personalidad sean adecuados para usted, háganoslo saber y haremos todo lo posible para sugerir un terapeuta diferente que pueda ser más adecuado.

Si usted y su terapeuta deciden trabajar juntos en la terapia, colaborarán en un plan de tratamiento que incorpore estrategias efectivas para ayudar con las dificultades que espera reducir en la terapia. A veces es útil más de un enfoque. Las sesiones de terapia individual, de pareja y familiar duran de 45 a 60 minutos (según los beneficios de su seguro) a menos que se acuerde lo contrario. A menudo, las sesiones se establecen para una vez por semana, pero esto varía según lo que parezca más apropiado para su situación particular.

La terapia puede ser extremadamente útil y satisfactoria, y se necesita trabajo tanto dentro como fuera de las sesiones para ser más eficaz. Requiere participación activa, honestidad y franqueza para cambiar pensamientos, reacciones emocionales y / o comportamientos. La terapia tiene beneficios y riesgos. Los posibles beneficios incluyen un aumento de los hábitos saludables, una mejor comunicación y estabilidad en las relaciones y una disminución de la angustia. Algunos riesgos potenciales incluyen un aumento de las emociones incómodas a medida que se autoexplora y cambios en la dinámica o la comunicación con personas importantes en tu vida. A veces, las parejas que acuden a terapia deciden terminar sus relaciones. Aunque la terapia tiene muchos beneficios, no hay garantía de resultados positivos o previstos. Si durante su trabajo junto con su terapeuta, el incumplimiento de las recomendaciones del tratamiento se convierte en un problema, haremos el esfuerzo de discutirlo con usted para determinar las barreras para el cumplimiento del tratamiento. A veces, el incumplimiento del tratamiento puede requerir la terminación del servicio de terapia. Lo alentamos a discutir cualquier inquietud que tenga sobre nuestro trabajo en conjunto directamente para que podamos abordarla de manera oportuna. Otros factores que pueden resultar en la terminación de la terapia incluyen, pero no se limitan a, violencia o amenazas hacia nosotros, o la negativa a pagar por los servicios después de un tiempo razonable e intentos de resolver el problema.

Decidir cuándo se completa la terapia debe ser una decisión mutua, y discutiremos cómo saber cuándo la terapia está a punto de completarse. A veces, las personas comienzan a programar con menos frecuencia para finalizar gradualmente la terapia. Otros se sienten listos para finalizar la terapia sin un período de tiempo de eliminación gradual. En ocasiones, es posible que busquemos consultas con otros terapeutas para asegurarnos de que lo estamos ayudando de la manera más eficaz. Daremos información solo en la medida necesaria y haremos todo lo posible para evitar revelar la identidad de mis clientes. El consultor también tiene el deber legal y ético de mantener la información confidencial.

---

### EVALUACIONES DE SALUD MENTAL

---

El proceso de evaluación implica la realización de una variedad de instrumentos de evaluación psicológica y entrevistas personales. El tiempo total de la evaluación puede variar y dependerá de las preguntas que pueda tener usted o el sujeto de la prueba o la fuente de referencia que hizo la referencia de la prueba. El sujeto de la prueba puede experimentar angustia emocional debido a la naturaleza personal de parte de la información solicitada por el proceso de prueba. El sujeto de la prueba puede interrumpir o descontinuar este proceso de prueba en cualquier momento. Una vez finalizado el proceso de prueba, un informe basado en los resultados de las pruebas y la información proporcionada por el sujeto de prueba y otros serán escritos.



3519 Paesanos Parkway, Suite 105  
Shavano Park, TX 78231  
Oficina: 210-481-4265  
Fax: 210-587-2416  
info@garciasfamilywellness.com  
www.garciasfamilywellness.com

Con su consentimiento por escrito al Médico que administró la prueba, este informe se entregará a la persona o agencia que lo refirió a usted o al sujeto de la prueba para este servicio y se mantendrá una copia de este informe en el registro de tratamiento del sujeto de prueba en GFWC. Se puede programar una cita con el médico que hizo la prueba para discutir los resultados de la prueba psicológica si es necesario. Las herramientas, instrumentos, cuestionarios, baterías psicológicas u otros materiales relacionados de salud mental utilizados para las pruebas / evaluaciones tienen derechos de autor de la agencia editorial correspondiente y las protecciones de derechos de autor están entre GFWC y la agencia editorial correspondiente y se utilizan para los fines de la evaluación. Adicionalmente, El paciente entiende que no solicitará estos materiales con derechos de autor y se remitirá al informe de evaluación proporcionado por el médico de GFWC para obtener los resultados de la evaluación correspondiente. GFWC brindará una consulta gratuita de 15 minutos con el paciente en persona o por teléfono para discutir sus necesidades de evaluación y nuestra capacidad para completar dicha evaluación. Estos pueden incluir evaluaciones generales de salud mental, pruebas de coeficiente intelectual, evaluaciones para la escuela, evaluaciones basadas en la escuela / universidad para adaptaciones, evaluaciones bariátricas, evaluaciones de aclaración de diagnóstico, evaluaciones de recomendación de tratamiento, evaluaciones de candidatos para el cumplimiento de la ley y evaluaciones adicionales que no se mencionan aquí. La mayoría de las evaluaciones se completan en dos días separados y, en promedio, cada cita puede durar de 3 a 4 horas.

**Límites de confidencialidad:** Como todos los registros de tratamiento, los informes y los resultados de las pruebas psicológicas son confidenciales y solo se pueden divulgar con un consentimiento por escrito que autorice dicha divulgación. Sin embargo, si el sujeto de la prueba divulga información relacionada con sospechas de amenazas de daño físico a sí mismo o a otros, ocurrencia de abuso de niños, ancianos o adultos dependientes, o si así lo ordena una orden judicial, es posible que se requiera que GFWC divulgue dicha información a las autoridades correspondientes o Partes mandadas por ley.

#### **Manejo de medicamentos psiquiátricos para niños, adolescentes y adultos**

---

Su atención psiquiátrica será proporcionada por una enfermera especializada en salud psiquiátrica certificada por la junta (PMHNP-BC) que está bajo la supervisión de un médico especialista en psiquiatría aprobado por la junta. Los medicamentos se utilizan a menudo como complementos de la psicoterapia. A veces, verá a otra persona para recibir terapia y nosotros seremos responsables de la administración de sus medicamentos. Si este es el caso, coordinaremos sus objetivos de atención médica y medicación con su terapeuta. Si estamos administrando tanto su medicación como su psicoterapia, trabajaremos juntos para encontrar la combinación óptima de medicación (si se justifica) y terapia que le ayude a cumplir sus objetivos personales.

Si se indica un medicamento, discutiremos con usted la naturaleza de su trastorno, el motivo del medicamento y la probabilidad de mejorar con y sin medicación. También explicaremos cualquier tratamiento alternativo razonable que no sean medicamentos que no se hayan probado y una explicación de por qué no se deben probar primero. Además, comprenderá los tipos de medicamentos que se recomiendan; dosis y frecuencia de administración, incluida una discusión de la dosis inicial, la dosis de mantenimiento y el rango de dosis; efecto secundario probable que se sabe que ocurre comúnmente y cualquier efecto secundario que pueda ocurrir en casos particulares, según lo determine su historial médico y psiquiátrico o condiciones médicas conocidas; y cualquier posible efecto a largo plazo que pueda ocurrir después de tomar el medicamento durante períodos prolongados o suspender el medicamento, incluyendo discinesia tardía o abstinencia. Finalmente, discutiremos el efecto de la retirada repentina del fármaco en contra de los consejos médicos.

Como muchas afecciones psiquiátricas tienen una base biológica subyacente, los medicamentos pueden ser un componente importante del tratamiento de ciertos trastornos. Creemos que un modelo biopsicosocial de tratamiento que incorpore aspectos biológicos, factores psicológicos y componentes sociales proporciona a la mayoría de los pacientes las mejores posibilidades de mejorar. Analizaremos todas estas áreas a lo largo de nuestro tratamiento y decidiremos qué intervenciones son adecuadas para usted.

Nuestra práctica habitual es realizar una evaluación exhaustiva en la entrevista inicial. Esta evaluación integral es necesaria ya sea que le proporcionemos terapia, manejo de medicamentos o ambos, ya que nos permitirá comprender mejor su historial, sus síntomas y sus razones para buscar tratamiento. Se le pedirá que traiga a su visita cualquier documentación médica conocida anterior, medicamentos actuales o notas médicas para que podamos tomar la mejor decisión para su atención. Las citas de admisión psiquiátrica variarán de 45 a 60 minutos, mientras que la atención de rutina de seguimiento para pacientes establecidos puede variar de 20 a 30 minutos. Como se trata de una visita médica con un médico



3519 Paesanos Parkway, Suite 105  
Shavano Park, TX 78231  
Oficina: 210-481-4265  
Fax: 210-587-2416  
info@garciasfamilywellness.com  
www.garciasfamilywellness.com

proveedor, se le puede solicitar que complete análisis de laboratorio como, entre otros, hemograma completo (CBC), análisis químico sanguíneo completo, velocidad de sedimentación globular (ESR), análisis de orina, B12, folato, electroencefalograma (EEG), electrocardiograma (EKG) y radiografía de tórax, glucosa sérica, nitrógeno ureico en sangre (BUN), creatinina, detección de toxicología (aleatoria y programada de forma rutinaria). Su médico le proporcionará la orden de trabajo del laboratorio durante su cita para que la haya completado en un laboratorio / clínica externo. Este laboratorio le será asignado; sin embargo, puede llevar la orden de trabajo del laboratorio al laboratorio de su elección. Los pacientes a los que se les receten sustancias controladas (por ejemplo: Adderall, Concerta, Ativan, etc.) deberán programar citas mensuales con su médico como práctica estándar.

GFWC no proporciona servicios de fuera de nuestro horario típico. Esto significa que no atendemos a pacientes después del horario típico del médico. Si necesita atención de emergencia después del horario típico con respecto a sus medicamentos para la salud mental (como efectos secundarios emergentes), visite la sala de emergencias u hospital más cercano para recibir atención inmediata o llame 911. Su firma de este Consentimiento informado reconoce que comprende que no contamos con servicios de emergencias y que cumplirá con esta política y comprende que no somos un centro de emergencia ni un centro de atención de crisis.

### **TELETERAPIA, TELEPSIQUIATRÍA, Y TELE-EVALUACIONES**

---

Los servicios de telesalud ofrecidos por GFWC pueden incluir la práctica de prestación de atención de salud psicológica, administración de medicamentos psiquiátricos, consultas, diagnósticos, tratamientos, derivación a recursos, educación y recomendaciones. Los Servicios proporcionados también pueden incluir revisión de historias clínicas, intercambio de información médica y servicios no clínicos, como educación para el paciente. La información que proporcione puede usarse para diagnóstico, terapia, seguimiento y / o educación del paciente, y puede incluir cualquier combinación de lo siguiente: (1) una revisión de registros médicos y / o resultados de pruebas a través de comunicaciones asincrónicas; (2) audio y video interactivo bidireccional en vivo; (3) audio interactivo con almacenamiento y reenvío; o (4) datos de salida de dispositivos médicos y archivos de sonido y video. Los sistemas de comunicación electrónica que utilizamos incorporarán protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de la identificación del paciente e incluirán medidas para salvaguardar los datos y garantizar su integridad contra la corrupción intencional o no intencional. Los beneficios incluyen un mejor acceso a la atención al permitirle permanecer en su hogar mientras el proveedor de GFWC brinda servicios de psicoterapia en sitios distantes / otros. Prestación, evaluación y gestión de atención de salud psicológica más eficientes. Obtener la experiencia de un especialista según corresponda. Pueden producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento debido a deficiencias o fallos de los equipos y tecnologías. En casos raros, el proveedor puede determinar que la información transmitida es de calidad inadecuada, por lo tanto, necesita una sesión de telesalud reprogramada o una derivación a un psicólogo o consejero local, según corresponda. Algunos riesgos incluyen, en casos muy raros, que los protocolos de seguridad podrían fallar, provocando una violación de la privacidad de la información médica personal. Si necesita recibir atención de seguimiento, comuníquese con su proveedor de GFWC. En caso de que no pueda comunicarse como resultado de una falla tecnológica o del equipo, comuníquese con la oficina de GFWC al 210-481-4265 o [info@garciasfamilywellness.com](mailto:info@garciasfamilywellness.com).

### **Trabajar con estudiante de escuela, asociado con licencia de posgrado y un psicólogo de posdoctorado**

---

GFWC emplea continuamente a estudiantes escolares, asociados con licencia de posgrado y psicólogos de posdoctorado. Un estudiante escolar es un estudiante escolar que puede o no tener licencia para practicar el consejería/psiquiatría bajo la supervisión directa de un consejería/psiquiatría con licencia completa que supervisa su trabajo como parte del requisito de su programa de posgrado para graduarse y obtener la licencia. Un asociado con licencia de posgrado es típicamente un consejero que se ha graduado con su maestría y tiene licencia para ejercer bajo la supervisión de un supervisor con licencia completa, este es un proceso temporal que los posgraduados deben completar para obtener una licencia independiente. Este nivel de licencia muestra que el consejero ha cumplido con los criterios educativos, se graduó y tiene la experiencia clínica fundamental para ejercer como asociado o licencia relacionada. Un psicólogo posdoctoral, generalmente es un doctor que se ha graduado con su título de doctorado y, por lo general, tiene una licencia para ejercer bajo la supervisión de un doctor con licencia completa (generalmente un psicólogo o psiquiatra), este es un proceso temporal que los psicólogos posdoctorales deben completar para obtener una licencia independiente. Este nivel de licencia muestra que el doctor ha cumplido con los criterios educativos y se ha graduado y tiene la experiencia clínica fundamental para ejercer como Psicólogo Licenciado Postdoctoral Fellow o Psicólogo Licenciado con Estado Provisional o licencia relacionada. El perfil del sitio web de su consejero/psicólogo, que se puede encontrar aquí: <https://www.garciasfamilywellness.com/ourstaff>, dictará su credencial de licencia y el estado de supervisión con la información de sus respectivos supervisores.



3519 Paesanos Parkway, Suite 105  
Shavano Park, TX 78231  
Oficina: 210-481-4265  
Fax: 210-587-2416  
info@garciasfamilywellness.com  
www.garciasfamilywellness.com

## DISPONIBILIDAD ENTRE SESIONES

Si es necesario, puede dejarle un mensaje a su terapeuta en nuestro buzón de correo de voz las 24 horas al 210-481-4265. Cuando deje un mensaje, incluya su número de teléfono, incluso si cree que ya lo tenemos, y el mejor momento para comunicarnos con usted. Hacemos todo lo posible para devolver las llamadas de manera oportuna. En el raro caso de que un mensaje se pierda o se elimine accidentalmente, si no recibe respuesta nuestra dentro de los tres días hábiles, intente llamarnos nuevamente y deje un segundo mensaje. Si no estamos disponibles durante un tiempo prolongado, como en vacaciones, su terapeuta le informará cuándo estarán disponibles nuevamente o puede llamar y hablar con el Gerente de la oficina.

Si usted o un miembro de su familia está experimentando una **emergencia o crisis médica, psicológica o psiquiátrica** **situación** y no puede esperar a que le devolvamos su llamada, diríjase a la sala de emergencias más cercana o llame al 911. GFWC no es un centro de crisis o emergencia. No se comunique con nosotros por teléfono, correo electrónico, mensajería, portal del paciente o fax en caso de emergencia, ya que es posible que no obtengamos la información rápidamente. También puede optar por llamar a la Línea Nacional de Prevención del Suicidio al 1-800-273-8255 o a nuestro número local de la Línea de Ayuda para Crisis del Condado de Bexar al 210-223-7233; Ambos números están disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana.

## TARIFAS Y SEGUROS

La terapia es un compromiso de tiempo, energía y recursos económicos. Si tiene seguro médico, es importante que verifique sus beneficios de salud mental, para que comprenda su cobertura antes de su cita. Algunas compañías de seguros requieren una precertificación / preautorización antes de la primera cita, o no cubrirán el costo de los servicios. También ofrecemos opciones de financiación flexibles a través de PayPal en caso de que requiera esos beneficios. Para obtener más información, comuníquese con nuestro Gerente de oficina al 210-481-4265.

Nuestras tarifas actuales son las siguientes:

- Sesiones de admisión de consejería ..... \$ 120.00 (\$ 150 para psicólogos)
- Sesiones de consejería despues de admision..... \$ 85.00 (\$ 115 para psicólogos)
- Sesiones de admisión de consejería con un asociado licenciado..... \$ 100.00
- Sesiones de consejería despues de admision con un asociado licenciado..... \$ 65.00
- Evaluaciones de salud mental ..... \$ 2,500 \* (programa de ahorro disponible)
- Cita de admisión de administración de medicamentos psiquiátricos ..... \$ 150.00
- Citas de medicamentos psiquiátricos despues de admision.....\$ 120.00

• \*\*Los pacientes con seguro médico recibirán una cotización verbal de los servicios.\*\*

Nos complace ayudarlo haciendo que nuestro administrador de oficina presente reclamaciones a su compañía de seguros en su nombre. Sin embargo, usted, no su compañía de seguros, es responsable del pago de la tarifa de la terapia. Las formas de pago aceptables incluyen efectivo, cheque, las principales tarjetas de crédito / débito, PayPal, PayPal. Financiamiento y el pago se espera en el momento de la programación.

GFWC verifica los beneficios del seguro como cortesía para nuestros clientes. Hay ocasiones en que el seguro cotiza incorrectamente los beneficios. En caso de una cotización incorrecta, los clientes siguen siendo responsables de la cantidad de copago / coseguro / deducible que el seguro informa después de que se presentan las reclamaciones, a menos que el paciente sea un paciente de Medicaid. Los clientes también pueden llamar a su compañía de seguros para verificar sus propios beneficios llamando al número que figura en el reverso de su tarjeta de seguro.

La mayoría de los acuerdos de seguros requieren que nos autorice a proporcionar un diagnóstico clínico y, a veces, información clínica adicional. Si lo solicita, le proporcionaremos información para enviar a su compañía de seguros. Esta información pasará a formar parte de los archivos de la compañía de seguros. Las compañías de seguros afirman mantener la información confidencial, pero debe consultar directamente con su compañía de seguros si tiene preguntas sobre sus prácticas de confidencialidad.

## Política de reprogramación, cancelación y no presentación

En García's Family Wellness Clinic (GFWC), nos esforzamos por brindar la mejor experiencia y atención al cliente para usted y su familia. Como su equipo personalizado de médicos, asignado específicamente a usted y / o su familia, hacemos



3519 Paesanos Parkway, Suite 105  
 Shavano Park, TX 78231  
 Oficina: 210-481-4265  
 Fax: 210-587-2416  
 info@garciasfamilywellness.com

el compromiso de tiempo para preparar y especializar el tratamiento solo para usted y para nadie más durante el tiempo programado. Como tal, nos hemos tomado el tiempo de nuestra propia familia y de los que nos han preocupado. En GFWC, entendemos que pueden ocurrir emergencias y pueden estar fuera de su control; sin embargo, tenga en cuenta que su médico ha creado tiempo para prepararse para llegar a tiempo y estar listo para su cita. Como tal, los pacientes nuevos y existentes deben aceptar nuestra "Política de reprogramación, cancelación y no presentación".

Esta política debe ser revisada, firmada y devuelta antes de poder iniciar o reanudar los servicios. Para programar cualquier servicio en GFWC, debe aceptar las siguientes tarifas de programación que se aplicarán si tiene una cancelación tardía o no se presenta con su proveedor. Las siguientes son las tarifas de programación para los siguientes servicios.

**Tarifas de Citas:**

- Cita de admisión de consejería ..... \$ 120.00
- Cita de seguimiento de consejería ..... \$ 85.00
- Cita de admisión para administración de medicamentos psiquiátricos ..... \$ 150.00
- Cita de seguimiento para administración de medicamentos psiquiátricos ..... \$ 120.00
- Cita para evaluaciones mentales/psicologicas.....\$170.00

La política de cancelación de GFWC requiere que los pacientes, tutores o padres llamen a GFWC al 210-481-4265 o al número de teléfono móvil de sus terapeutas asignados con 48 horas o más de anticipación para reprogramar o cancelar su cita. Los correos electrónicos y los mensajes de voz no se consideran medios apropiados para cancelar o reprogramar su cita, llame dentro del horario laboral de lunes a viernes de 8 am a 12 pm y de 1pm a 5 pm. Las citas que se cancelen con 48 horas o menos o que no se presente, o que el paciente llegue 15 minutos tarde (lo que se considerará no presentarse) incurrirá en una tarifa de programación como se muestra arriba. Como resultado, esta tarifa de programación se utiliza para compensar los servicios que se planificaron para ese día. Para programar otra cita, se aplicará nuevamente la respectiva tarifa de programación anterior.

Las citas que resulten en una cancelación tardía o en la no presentación darán lugar a una tarifa de programación, como se mencionó anteriormente, automáticamente a la tarjeta de crédito registrada o tarjeta de crédito alternativa del cliente o tutor para programar la próxima cita de seguimiento. Si no se paga la tarifa de programación, no se podrá programar una cita de seguimiento y el paciente será dado de alta de nuestra clínica, se proporcionan referencias de la comunidad a todos los pacientes; vea abajo.

\* Las tarifas de programación no se aplican a los pacientes de Medicaid que consultan a un proveedor de Medicaid acreditado \*

**Descarga automática de un paciente política:**

Esta política se aplica a los pacientes que cancelan con menos de 48 horas de anticipación o no se presentan a su cita programada, como se indicó anteriormente, para **2 citas consecutivas resultará en el alta automática de nuestra clínica**. Puede elegir programar una cita de seguimiento en una de las siguientes agencias o en cualquier otra de su elección:

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>The Center for Healthcare Services<br/>         6800 Park Ten Blvd., Suite 200-S<br/>         San Antonio, Texas 78213<br/>         Adulto: (210) 261-1250<br/>         Niños: (210) 261-3350</p> | <p>San Antonio Behavioral Healthcare Hospital<br/>         8550 Huebner Rd, San Antonio,<br/>         TX 78240<br/>         (210) 541-5300</p> | <p>Clarity Child Guidance Center<br/>         8535 Tom Slick, San Antonio, TX<br/>         78229<br/>         (210) 616-0300</p> |
|--|--|--|

**CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFIAR**

Esta sección nos da su consentimiento para tomar su fotografía para su expediente médico electrónico y solo para ese propósito. Su foto no se utilizará para ningún otro propósito y estará protegida de forma segura en nuestro sistema de registros de salud electrónicos que está encriptado y protegido por HIPAA.

**POLÍTICA DE REDES SOCIALES**

Para mantener su confidencialidad y nuestra respectiva privacidad, nuestros terapeutas no interactúan con



3519 Paesanos Parkway, Suite 105  
Shavano Park, TX 78231  
Oficina: 210-481-4265  
Fax: 210-587-2416  
info@garciasfamilywellness.com  
www.garciasfamilywellness.com

antiguos clientes en sitios web de redes sociales. No aceptamos solicitudes de amigos o contactos de clientes actuales o anteriores en ningún sitio de redes sociales, incluidos Twitter, Facebook, LinkedIn, etc. No responderemos a solicitudes de amistad o mensajes a través de estos sitios.

## **REGISTROS PROFESIONALES**

---

Tanto la ley como los estándares de nuestra profesión requieren que mantengamos registros de tratamiento adecuados. Si recibimos una solicitud de información sobre usted, debe autorizar por escrito que acepta que se divulgue la información solicitada.

## **CONFIDENCIALIDAD**

---

En general, la ley protege la confidencialidad de todas las comunicaciones entre un cliente y un médico de salud mental, y solo podemos divulgar información a otros con su permiso por escrito.

Sin embargo, existen varias excepciones, que se indican a continuación. Se proporciona más información sobre esto en su declaración de HIPAA.

En los procedimientos judiciales, si un juez ordena la divulgación de los registros, debemos hacerlo. Además, estamos obligados ética y legalmente a tomar medidas para proteger a otros de daños, incluso si tomar esta medida significa que revelamos información sobre usted. Por ejemplo, si creemos que un niño, una persona mayor o una persona discapacitada está siendo abusada o descuidada, tenemos la obligación de informar esto a la agencia estatal correspondiente. Si creemos que un cliente amenaza con dañar gravemente a otra persona o propiedad, debemos tomar medidas de protección (notificando a la víctima potencial, a la policía y / o facilitando la hospitalización de mi cliente). Si creemos que un cliente es una amenaza seria de hacerse daño a sí mismo, debemos tomar medidas de protección (organizar la hospitalización, contactar a la familia / otras personas importantes para notificarlo y / o contactar a la policía).

## **Menores**

---

Si tiene menos de 17 años de edad o menos, tenga en cuenta que la ley puede otorgar a sus padres el derecho de examinar sus registros de tratamiento. Sus padres siempre tienen derecho a la siguiente información: condición física y mental actual, diagnóstico, necesidades de tratamiento, servicios prestados y servicios necesarios. Antes de darles cualquier información, su terapeuta discutirá el asunto con usted, si es posible, y hará todo lo posible para manejar cualquier objeción que pueda tener con lo que está preparado para ser discutido.

## **SERVICIOS RELACIONADOS CON LA CORTE**

---

No proporcionamos ni realizamos evaluaciones de custodia, visitas u otros asuntos forenses. Por lo tanto, se entiende y acuerda que no podemos y no proporcionaremos ningún testimonio o informe sobre cuestiones de custodia, visitas o aptitud de un padre en cualquier asunto legal o procedimiento administrativo.

Si un abogado se comunica con nosotros con respecto a su tratamiento (ya sea a petición suya o relacionado con un asunto legal en el que está involucrado), tenga en cuenta lo siguiente:

- Cobramos un anticipo de \$ 1500 antes de cualquier preparación o asistencia a un procedimiento legal, que se cargará en la tarjeta registrada.
- Cobramos \$ 600 / hora para preparar y / o asistir a cualquier procedimiento legal y para todos los servicios relacionados con la corte, que se cargarán en la tarjeta registrada.
- Los cargos por servicios relacionados con la corte son **no** cubiertos por un seguro.
- Los servicios relacionados con la corte incluyen, entre otros: hablar con abogados, preparar documentos, viajar a la corte, deposiciones y comparecencias en la corte.
- Si el tribunal o los abogados no pagan nuestros honorarios, se le cobrará por el tiempo que dedicamos a responder a asuntos legales y puede estar sujeto a cobros si los honorarios no se pagan de manera oportuna.
- También se le cobrarán los costos en los que incurramos para responder a los abogados en su caso, incluidos, entre otros, los honorarios que se nos cobran por la consulta legal y la representación de nuestros abogados.



3519 Paesanos Parkway, Suite 105  
Shavano Park, TX 78231  
Oficina: 210-481-4265  
Fax: 210-587-2416  
info@garciasfamilywellness.com  
www.garciasfamilywellness.com

---

#### **QUEJAS**

Si tiene alguna inquietud o queja sobre su tratamiento o sobre su estado de cuenta, comuníquese con nosotros. Tomaremos sus inquietudes en serio, abiertamente y responderemos con respeto. Puede solicitar hablar con el Director, Subdirector o Gerente de oficina.

---

#### **PREGUNTAS**

Si durante el curso de su tratamiento, tiene alguna pregunta sobre la naturaleza de su tratamiento o sobre su estado de cuenta, por favor pregunte.

---

#### **UNA PALABRA FINAL**

La relación terapéutica es una asociación muy personal e individualizada. Queremos saber qué le parece útil y qué, si es que hay algo, puede interponerse en su camino. Queremos que se sienta libre de compartir con nosotros lo que podemos hacer para ayudarlo.



3519 Paesanos Parkway, Suite 105  
 Shavano Park, TX 78231  
 Oficina: 210-481-4265  
 Fax: 210-587-2416  
 info@garciasfamilywellness.com  
 www.garciasfamilywellness.com

**Aviso de prácticas de privacidad**

**TU INFORMACIÓN. TUS DERECHOS. NUESTRAS RESPONSABILIDADES.**

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. **Por favor revíselo con atención.**

| TUS DERECHOS  | TUS OPCIONES   | NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES   |
|---|--|---|
| <p>Tienes derecho a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtenga una copia de su trabajo o historia clínica electrónica</li> <li>• Corrija su historial médico en papel o electrónico</li> <li>• Solicitar confidencial comunicación</li> <li>• Pídanos que limitemos la información que compartimos</li> <li>• Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información Obtenga una copia de este aviso de privacidad</li> <li>• Elija a alguien para que actúe en su nombre</li> <li>• Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad</li> </ul> | <p>Tienes algunas opciones en el camino que usamos y compartimos información cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuénteles a sus familiares y amigos sobre tu condición</li> <li>• Proporcionar ayuda en caso de desastre</li> <li>• Incluirlo en un directorio de hospitales</li> <li>• Brindar atención de salud mental</li> <li>• Comercializar nuestros servicios y vender su información</li> <li>• Recaudar fondos</li> </ul> | <p>Podemos usar y compartir su información cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tratarle</b></li> <li>• Dirigir nuestra organización</li> <li>• Factura por sus servicios</li> <li>• Ayuda con problemas de salud y seguridad pública</li> <li>• Hacer investigación</li> <li>• <b>Consentir con ley</b></li> <li>• Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.</li> <li>• Trabajar con un médico forense o director de funeraria</li> <li>• Dirigirse a los trabajadores compensación, ley cumplimiento, y otros solicitudes gubernamentales</li> <li>• Responder a demandas y acciones legales.</li> </ul> |

**Tus derechos**

**Whe • En lo que respecta a su información médica, tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

**Obtener • una copia electrónica o impresa de su historial médico**

Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su registro médico y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.

Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

**Pídanos que corrijamos su historial médico**

- Puede pedirnos que corrijamos la información médica sobre usted que crea que es incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

**Requ • comunicaciones más confidenciales**

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono de su casa o de la oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.  
 Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

**Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos**

- Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestra



3519 Paesanos Parkway, Suite 105  
Shavano Park, TX 78231  
Oficina: 210-481-4265  
Fax: 210-587-2416  
info@garciasfamilywellness.com  
www.garciasfamilywellness.com

operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir "no" si esto afectaría su atención.

- Si paga por un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.

#### **Obtener • una lista de aquellos con quienes hemos compartido información**

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha en que lo solicitó, con quién la compartimos y por qué.  
Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses.

#### **Obtenga una copia de este aviso de privacidad**

Tú • puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir la aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel a la brevedad.

#### **Choo • ve a alguien que actúe por ti**

Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.

Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

#### **Presentar una queja si siente que se violan sus derechos**

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros utilizando la información de la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

## **Tus opciones**

---

**por • determinada información médica, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos.** Si tienes una clara

preferir • Para saber cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Cuéntanos lo que quieres

querer • que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la elección de decirnos que:

Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado.

Comparta información en una situación de socorro en casos de desastre

Incluya su información en un directorio del hospital

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir*

*tu • información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para*

*disminuir • una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*

En th •• En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé su permiso por escrito:

Fines de marketing

Venta de su información

La mayor parte del intercambio de notas de psicoterapia

En el caso de la recaudación de fondos:

- Es posible que nos comuniquemos con usted para recaudar fondos, pero puede decirnos que no lo contactemos nuevamente.

•

## **Nuestros usos y divulgaciones**

---

*¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información médica?*

Rev: 10/08/2020



3519 Paesanos Parkway, Suite 105  
Shavano Park, TX 78231  
Oficina: 210-481-4265  
Fax: 210-587-2416  
info@garciasfamilywellness.com  
www.garciasfamilywellness.com

Por lo general, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

- **Tratarle**

Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo están tratando.

*Ejemplo: un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado general de salud.*

- **Dirige nuestra organización**

Podemos usar y compartir su información médica para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

*Ejemplo: usamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.*

- **Factura por sus servicios**

Podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades.

*Ejemplo: proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.*

**¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?**

Se nos permite o exige compartir su información de otras formas, generalmente de formas que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos propósitos. Para más información, ver:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html) .

**Ayuda \*\* con problemas de salud y seguridad pública**

Nosotros C \* y compartir información médica sobre usted en determinadas situaciones, tales como:

Previnendo enfermedades

Ayudando con el retiro de productos

Informar reacciones adversas a medicamentos

Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica

- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.

**Hacer investigación**

Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

**Consentir con ley**

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea comprobar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

**Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.**

Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

**Trabajar con un médico forense o director de funeraria**

Podemos compartir información médica con un médico forense, médico forense o director de funeraria cuando una persona fallece.

**Añadir Respetar la compensación de trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales.**

Divulgación de su información médica:

Para reclamos de indemnización laboral

Para propósitos de cumplimiento de la ley o con un oficial de cumplimiento de la ley Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley

Para funciones gubernamentales especiales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

**Responder a demandas y acciones legales.**

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.



3519 Paesanos Parkway, Suite 105  
Shavano Park, TX 78231  
Oficina: 210-481-4265  
Fax: 210-587-2416  
info@garciasfamilywellness.com  
www.garciasfamilywellness.com

### **Nuestro Responsabilidades**

---

La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.

Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.

- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad que se describen en este aviso y darle una copia. No usaremos ni compartiremos su
- información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que usted nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información, ver: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html) .

### **Cambios a los términos de este aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

### **Información sobre quejas de la junta:**

#### **Consejo Ejecutivo de Salud Conductual de Texas que preside las siguientes Juntas:**

##### **Texas Behavioral Health Executive Council who presides over the following Boards:**

- Texas State Board of Examiners of Marriage and Family Therapists
- Texas State Board of Examiners of Professional Counselors
- Texas State Board of Examiners of Psychologists
- Texas State Board of Social Worker Examiners

<https://www.bhec.texas.gov/contact-us/index.html>

333 Guadalupe St, Tower 3, Room 900 | Austin, Texas 78701 (512)305-7700, 800-821-3205 24-hour

##### **Texas Board of Nursing**

[https://www.bon.texas.gov/discipline\\_and\\_complaints\\_policies\\_and\\_guidelines\\_filecomplaint.asp](https://www.bon.texas.gov/discipline_and_complaints_policies_and_guidelines_filecomplaint.asp)

333 Guadalupe, Suite 3-460 Austin, TX 78701-3944

Phone: (512) 305-7400; | Fax: (512) 305-7401

##### **Texas Medical Board**

<http://www.tmb.state.tx.us/page/place-a-complaint>

333 Guadalupe, Tower 3, Suite 610, Austin, TX 78701

1-800-201-9353



3519 Paesanos Parkway, Suite 105  
Shavano Park, TX 78231  
Oficina: 210-481-4265  
Fax: 210-587-2416  
info@garciasfamilywellness.com  
www.garciasfamilywellness.com

### Consentimiento informado para el contrato de servicios ambulatorios

Pregunte antes de firmar a continuación si tiene alguna pregunta sobre la psicoterapia o las políticas de nuestra oficina. Su firma indica que ha leído nuestro Contrato de servicios para pacientes ambulatorios y que acepta ingresar a la terapia en estas condiciones. Su firma a continuación indica que está tomando una decisión informada para dar su consentimiento para la terapia y comprender y aceptar los términos de este acuerdo.

Escriba sus iniciales aquí si eligió firmar electrónicamente debajo de \_\_\_\_\_.

**He leído y acepto los términos del contrato de servicios para pacientes ambulatorios (páginas 1 a 7).**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

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

Firma del padre/tutor (si es menor de edad): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor (si es menor de edad): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Aviso de prácticas de privacidad

**He leído la sección de aviso de privacidad (páginas 8-11).**

Escriba sus iniciales aquí si eligió firmar electrónicamente a continuación \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Firma del cliente:

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del tutor (si es menor):

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del tutor (si es menor):

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



3519 Paesanos Parkway, Suite 105  
 Shavano Park, TX 78231  
 Oficina: 210-481-4265  
 Fax: 210-587-2416  
 info@garciasfamilywellness.com  
 www.garciasfamilywellness.com

**Razón principal del cliente para la evaluación / inquietudes de asesoramiento:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Diagnóstico previo de salud mental / uso de sustancias:**

---

---

**Medicamentos psiquiátricos (nombre, dosis, frecuencia):**

---

---

---

**Historial de tratamiento de salud mental (psiquiatra y consejeros): psiquiatra o**

| consejero                      | Rango de fechas    | Razón principal del tratamiento |  |
|--------------------------------|--------------------|---------------------------------|--|
| <b>Progreso</b>                |                    |                                 |  |
| Ejemplo: Dr. Jones, psiquiatra | 05/2019-Actualidad | Depresión                       | Progreso leve con los medicamentos. Siento |
| Dra. Jane, LPC                 | 05/2019-Actualidad | Ansiedad                        | lo mismo, sin progreso.                    |

**Psiquiatra o consejero**

|                 | Rango de fechas | Razón principal del tratamiento |  |
|-----------------|-----------------|---------------------------------|--|
| <b>Progreso</b> |                 |                                 |  |
|                 |                 |                                 |  |
|                 |                 |                                 |  |
|                 |                 |                                 |  |
|                 |                 |                                 |  |





3519 Paesanos Parkway, Suite 105  
 Shavano Park, TX 78231  
 Oficina: 210-481-4265  
 Fax: 210-587-2416  
 info@garciasfamilywellness.com  
 www.garciasfamilywellness.com

**Información demográfica**

|   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| Nombre legal del cliente:   |   | Fecha:                                |
| Nombre preferido del cliente:   |   | Pronombres preferidos (Él / Su / Él): |
| Sexo legal: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F<br><small>*GFWC reconoce varios géneros / sexos, muchas compañías de seguros no lo hacen. Tenga en cuenta que su nombre y el sexo que ha incluido en su seguro deben utilizarse en los documentos relacionados con el seguro, la facturación y la correspondencia. Si su nombre y pronombres preferidos son diferentes de estos, háganoslo saber.</small> |   |                                       |
| Fecha de nacimiento:  | Correo electrónico:   |                                       |
| Nombre (s) del padre / tutor:   |   |                                       |
| Dirección (ciudad, estado, código postal):  |   |                                       |
| correo electronico adicional:   |   |                                       |
| El mejor número para comunicarnos contigo:  | ¿Podemos dejar un mensaje?<br><input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No |                                       |
| Nombre del titular de la póliza:  | Fecha de nacimiento:  |                                       |
| Relación con el cliente:  |   |                                       |

**Información de contacto de emergencia / tutor**

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Nombre:                                    | Relación con el cliente: |
| Dirección (ciudad, estado, código postal): | Número de teléfono:      |

**Información de contacto de la farmacia preferida**

|  |                           |
|--|---------------------------|
| Nombre de farmacia:                        |                           |
| Dirección (ciudad, estado, código postal): | Número de teléfono y fax: |



3519 Paesanos Parkway, Suite 105  
 Shavano Park, TX 78231  
 Oficina: 210-481-4265  
 Fax: 210-587-2416  
 info@garciasfamilywellness.com  
 www.garciasfamilywellness.com

**Información del seguro medico**

Marque aquí si no se utilizará ningún seguro medico (no continúe con la siguiente información del seguro). Nombre del seguro

**\*\*POR FAVOR PROPORCIONE UNA COPIA DE TODAS LAS TARJETAS DE SEGURO (ANTERIOR Y REVERSO) \*\***

|   |  |
|---|--|
| Nombre de aseguro medico:   | Nombre de la persona principal del aseguro medico:                 |
| Sexo legal: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Fecha de nacimiento  |
| Número de teléfono:   | Domicilio del aseguro:   |
| Identificación de miembro:  | Número de grupo:   |
| Número de teléfono del seguro:                                    | Número de fax del seguro:  |
| Empleador del asegurado:  |  |
| Relación con el cliente:  |  |
| Nombre del seguro secundario:                                     | Nombre del la persona de quien le pertenece el aseguro secundario: |
| Sexo legal: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Fecha de nacimiento  |
| Número de teléfono:   | Domicilio del aseguro medico secundario:                           |
| Identificación de miembro:  | Número de grupo:   |
| Número de teléfono del seguro:                                    | Número de fax del seguro:  |
| Empleador del asegurado:  |  |
| Relación con el cliente:  |  |



3519 Paesanos Parkway, Suite 105  
Shavano Park, TX 78231  
Oficina: 210-481-4265  
Fax: 210-587-2416  
info@garciasfamilywellness.com  
www.garciasfamilywellness.com

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE SALUD MENTAL, ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS,  
Y OTRA INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL

YO, \_\_\_\_\_ autorizo \_\_\_\_\_ Garcia's Family Wellness Clinic, LLC  
(Paciente / Padre / Tutor / Poder notarial) (Centro / Terapeuta / Consejero)

intercambiar / divulgar todos los registros o información sobre \_\_\_\_\_  
(Nombre del paciente)

Los siguientes elementos deben ser **seleccionados** para ser incluido en el uso y / o divulgación de otra información médica:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Relacionado con el VIH / SIDA<br>tratamiento | <input type="checkbox"/> Información de salud mental                               | <input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia |
| <input type="checkbox"/> Transmisión sexual<br>enfermedades           | <input type="checkbox"/> Diagnóstico, tratamiento / derivación de drogas / alcohol |  |

a \_\_\_\_\_,  
(Agencia / persona receptora) (Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal, Correo Electronico)

Con el propósito de (marque todo lo que corresponda):

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tratamiento o atención continua (salud y salud mental) y continuidad de la atención | <input type="checkbox"/> Asuntos y                                | <input type="checkbox"/> Transición del terapeuta |
| <input type="checkbox"/> arreglos financieros, de facturación y de pago                                      | <input type="checkbox"/> Consulta, asesoramiento y representación |   |
| <input type="checkbox"/> Vivienda u otros arreglos y servicios   | <input type="checkbox"/> Otro _____                               |   |

Este consentimiento es válido por 12 meses a menos que se especifique aquí: \_\_\_\_\_

Entiendo que tengo derecho a inspeccionar y copiar la información que se divulgará y puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Cualquier revocación no afectará los materiales divulgados antes de la revocación. La persona mencionada anteriormente autorizada para recibir esta información puede usar la información solo para los fines descritos anteriormente y no puede volver a divulgarla sin mi autorización por escrito.

Escriba sus iniciales aquí si eligió firmar electrónicamente a continuación \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente adulto o guardia legal / nombre del padre

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o del paciente adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

AVISO PARA EL PACIENTE Y LA AGENCIA RECEPTORA:

Según las disposiciones de la HIPAA y las leyes federales y estatales de confidencialidad sobre el abuso de sustancias y alcohol, no se puede volver a divulgar la información proporcionada de conformidad con esta divulgación, a menos que el paciente y / o el padre del paciente que sea menor de edad, específicamente autoriza dicha divulgación. Se requiere una autorización separada para las notas de psicoterapia.



3519 Paesanos Parkway, Suite 105  
 Shavano Park, TX 78231  
 Oficina: 210-481-4265  
 Fax: 210-587-2416  
 info@garciasfamilywellness.com  
 www.garciasfamilywellness.com

**TARJETA DE CRÉDITO EN ARCHIVO**

Los pagos prospectivos se deben al momento del servicio. GFWC requiere una tarjeta de crédito, débito o de gastos flexibles / HSA archivada para programar sesiones. La tarjeta de crédito registrada se puede usar para pagar copagos, coseguros, deducibles, no presentarse / cancelaciones tardías o pagos de bolsillo si no se usa ningún otro método de pago en el momento de la sesión o si una cancelación tardía o si no se presenta (en cuyo caso, se cargará nuestra tarifa completa a la tarjeta de crédito registrada el día de la sesión programada). Los clientes también pueden pagar en efectivo o con cheque en cada sesión. Su tarjeta de crédito se almacenará en un sistema de salud electrónico compatible con HIPAA y este documento se destruirá de manera segura.

|   |  |  |
|---|--|--|
| Nombre del cliente:   |  |  |
| Nombre del titular de la tarjeta:   |  |  |
| Número de tarjeta de crédito:   |  |  |
| Fecha de vencimiento:   | Código postal de de la tarjeta de crédito: | Numero de seguridad de tras de la tarjeta: |
| Escriba sus iniciales aquí si eligió firmar electrónicamente debajo de la firma _____ |  |  |
| Nombre en la tarjeta de credito:  |  | Fecha:                                     |

Entiendo que al firmar a continuación, autorizo a GFWC cobrar mi tarjeta de la manera indicada en la Política de reprogramación, cancelación y no presentación. Estos cobros pueden incluir copagos, montos de coseguro, pagos de bolsillo, deducibles, cargos por no presentación o cancelación tardía.

Firma del cliente / tutor / padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_