



CONSENTIMIENTO INFORMADO para Adultos

Información general

La relación terapéutica es única en el caso de que sea un acuerdo muy personal y, al mismo tiempo, contractual. Teniendo esto en cuenta, es importante que lleguemos a un entendimiento claro sobre cómo funcionará nuestra relación y lo que cada uno de nosotros puede esperar. Este consentimiento proporcionará un marco claro para nuestro trabajo conjunto. Siéntase libre de discutir cualquier de esto conmigo. Por favor, lea e indique que ha revisado esta información y está de acuerdo con ella firmando a continuación.

El proceso terapéutico

Usted ha dado un paso positivo al decidir buscar terapia. El resultado de su tratamiento depende en gran medida de su participación en este proceso, lo que puede resultar en molestias periódicas a medida que recuerda y procesa eventos y sentimientos desagradables. Nuestro compromiso es apoyarlo y hacer todo lo posible para ayudarlo a aclarar lo que desea para sí mismo.

Confidencialidad

El contenido de la sesión y todos los materiales relevantes para el tratamiento del cliente se llevarán a cabo en confianza. Limitaciones de tales privilegio de confidencialidad del cliente se explican en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

En el estado de Utah todo el mundo es un reportero obligatorio. Como profesionales, denunciaremos sospechas o confirmados de abuso o descuidar a la agencia de servicios de protección para adultos o niños.

Ocasionalmente es posible que necesitemos consultar con otros profesionales en sus áreas de especialización para proporcionar la mejor tratamiento para usted. La información sobre usted puede ser compartida en este contexto sin usar su nombre. Las compañías de seguros o agencias que ayudan a pagar los servicios tienen derecho a acceder a fechas y tipos de servicios proporcionado.

Si nos vemos accidentalmente fuera de la oficina de terapia, no te reconoceré primero. Su derecho a la privacidad y la confidencialidad es de suma importancia para mí y no quiero poner en peligro su privacidad. Sin embargo, si usted me reconoce primero, voy a estar más que feliz de hablar brevemente con usted, pero sentir que es apropiado no participar en cualesquiera largas discusiones en público o fuera de la oficina de terapia. Para evitar dilemas éticos, los miembros del personal de la agencia no haremos amigos a clientes, incluso a través de medios electrónicos.

Los registros clínicos retenidos por el Centro de Apoyo Familiar serán destruidos después de un período de siete años para adultos. Los registros de los clientes que son niños se conservarán hasta que el niño alcance la edad de 22 años.

Firma del cliente

Fecha

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE ADMISIÓN DE CLIENTES

NOMBRE DEL CLIENTE: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ Ciudad _____ Estado: _____ Código postal _____
 Teléfono: _____ (alternativo) _____ SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____
 CORREO ELECTRÓNICO(S): _____

ESTADO MARITAL: Casado soltero Viviendo juntos Divorciado Viuda Otro: _____

Empleador: _____ Teléfono: _____ CUALQUIER DISABILIDAD: _____

Raza: Caucásico Afroamericano Asiático o Nativo Americano/Alaskan Hawaiano/Isla del Pacífico

origen étnico: Hispana Otros/Multirracial Educación: Grado o grado más alto completado _____

Género: Hombre Mujer MILITARIA/VETERANA: Sí No

¿Vive actualmente en un lugar que no está destinado a la vivienda humana, un refugio seguro o en un refugio de emergencia? Sí No

A. ¿Ha estado continuamente, durante al menos 12 meses, o 4 veces por separado en los últimos 3 años? Sí No

B. *En caso que sí, ¿las ocasiones combinadas han sido iguales a al menos 12 meses? Sí No

NIVEL DE INGRESOS: \$0 - 14,999 \$15,000 - 19,999 \$20,000 - 24,999 \$25,000 - 35,000 \$36,000 - 45,999 Más de \$46,000

Estructura familiar: Número de adultos en el hogar _____ de niños en el hogar _____

Nombre(s) del niño, apellido	Género	Nacimiento	Raza	origen étnico	Discapacidades, (si las hay)

¿Quién lo refirió al FSC? _____
 (Nombre de la persona) (Nombre de la agencia/posición)

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____

Dirección (Ciudad/Estado/código postal): _____

Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____

Información del seguro:

¿Tiene seguro? Yes No En caso afirmativo, Transportista: _____

¿Tiene beneficios para la salud mental? Yes No Número de teléfono de la compañía de seguros _____

Nombre del Asegurado _____ #Póliza _____

Dirección (si es diferente de la anterior) _____

FORMULARIO DE PERMISO DE MENSAJE

Con el fin de brindarle un mejor servicio, solicitamos su ayuda para proporcionarnos sus preferencias con respecto al contacto telefónico. Por favor, indique qué medios de transmitirle un mensaje sería aceptable.

En el caso de que los empleados del Centro de Apoyo Familiar no puedan comunicarse conmigo en el número de teléfono mencionado anteriormente, les doy permiso para dejar mensajes:

En mi buzón de voz Sí No Mensaje de texto Sí No

Con mi cónyuge/pareja Sí No Correo electrónico Sí No

Con quien responda Sí No

Si es necesario, puedo ser contactado en mi trabajo # _____

Otros, por favor expliquen: _____

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD DE TARIFAS DESLIZANTES
Solo está completo si va a pagar una tarifa de deslizamiento basada en los ingresos

COSTO ACTUAL DE LA CONSEJERÍA*

\$100.00 por hora (50 minutos) para terapia individual
\$35.00 por hora (90 minutos) para terapia de grupo

\$100.00 por hora (50 minutos) para terapia familiar
**Se cobrarán cargos adicionales por tiempos de sesión extendidos.*

Sección 1: Listado de ingresos

Ingrese la cantidad de dinero recibido mensualmente por usted, su cónyuge o cualquier otro adulto que viva en su hogar. No incluya los ingresos de ningún niño menor de 18 años. **Proporcione documentación** (por ejemplo: talón de pago, W2, orden judicial de pensión alimenticia).

Ingresos ganados (por ejemplo: salarios ganados, autoempleo, comisiones): _____

Ingresos temporales (por ejemplo: compensación del trabajador, desempleo): _____

Subsidios gubernamentales (por ejemplo: seguro social, pensiones de veteranos, ingresos por discapacidad, TANF): _____

Manutención infantil o pensión alimenticia: _____

Otros ingresos (indicar la fuente): _____

Ingresos mensuales totales: _____

Sección 2: Gastos

Enumere los montos de cualquiera de los siguientes gastos incurridos y siendo pagados mensualmente por usted o cualquier miembro de su hogar. Proporcione la documentación.

Manutención infantil o pensión alimenticia pagada mensualmente (se debe proporcionar una prueba): _____

Pago mensual de hipoteca o alquiler: _____

Total, de Gastos Mensuales: _____

Sección 3: Declaraciones del solicitante

He completado esta solicitud a mi leal saber y entender que cualquier información falsa proporcionada en este documento puede resultar en un proceso por fraude en la obtención de servicios sociales.

Si durante el tiempo que estoy recibiendo servicios hay un cambio en **los** ingresos o la composición del hogar, acepto **reportar el cambio** al Centro de Apoyo Familiar donde hice la solicitud.

También entiendo que **debo volver a certificar** esta información semestralmente.

Firma del solicitante

Fecha

USO DE OFICINA SÓLO POR DEBAJO DE ESTA LÍNEA

Ingresos mensuales: _____

Gastos deducibles (30%): _____

Ingresos Ajustados: _____

Elegible: Sí No

Categoría de Ingresos: Extremadamente bajo Muy Bajo Bajo Moderado

Tarifa evaluada: _____

Firma de la verificación del miembro del personal: _____

ACUERDO DE TARIFA, PAGO Y POLIZA DE CANCELACIÓN DE VEINTICUATRO HORAS

La recaudación de tarifas es una parte importante de la capacidad del Centro de Apoyo Familiar para ofrecer servicios de consejería asequibles. Por lo tanto:

1. El pago debe darse en el momento del servicio. Acepto pagar mis tarifas de cita en el momento de cada visita y mantener mi cuenta actualizada. Para aquellos con Medicaid, no se le cobrará una tarifa de cita, pero debe pagar una tarifa de No-Show que no está cubierta por Medicaid.
2. Usted es responsable del pago de su factura y del seguimiento con el pago del seguro, si corresponde.
3. El programa de consejería del Centro de Apoyo Familiar **requiere un aviso de cancelación las 24 horas** si no puede cumplir con su cita. Si usted no da 24 horas de aviso de cancelación, se le cobrará una tarifa de **cancelación no show/late de \$25.00** de la cual usted es el único responsable. Su seguro no pagará por estas sesiones canceladas. Esta tarifa debe ser pagada **antes** de que su terapeuta pueda reprogramar con usted.
4. Si tiene dos cancelaciones y/o tardías, su nombre puede ser colocado en la lista de espera y se le darán referencias a otros posibles proveedores de tratamiento. Sin embargo, si desea continuar con los servicios, todas las tarifas deben ser pagadas en su totalidad antes de continuar con los servicios.
5. Si no realiza el pago de tres sesiones sin hacer un acuerdo de pago con el departamento de facturación, sus servicios se cancelarán.
6. Cualquier saldo de más de 120 días de vencimiento incurrirá en una tarifa adicional del 35% de su saldo vencido y será referido a cobros a menos que se haya hecho un arreglo de pago con la oficina de facturación.

Si tiene alguna pregunta, llame a nuestra oficina o hable con su terapeuta.

ACUERDO CON EL CLIENTE

Reconozco que he leído y entiendo las Pólizas de Pago y Cancelación Tardía "No Show" anteriores y **acepto** realizar pagos al FSC por los servicios profesionales proporcionados de acuerdo con las Pólizas de Pago y Cancelación Tardía.

Nombre

Firma del cliente

Fecha

FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

He leído y entiendo el Centro de Apoyo Familiar aviso de prácticas de privacidad folleto.

Mi firma a continuación indica que he leído este aviso y acepto sus términos. También entiendo que tengo derecho a obtener una copia de este aviso.

Firma del cliente

Fecha

DERECHOS DEL CLIENTE / AUDIENCIA JUSTA / POLIZA DE QUEJAS

1. Usted tiene derecho a la privacidad. Su información y registros son confidenciales. El acceso a los registros solo se concederá con permiso por escrito de usted. Sus registros se guardan en un área segura.
2. Usted tiene derecho a participar en un entorno seguro. Cualquier situación potencialmente dañina debe notificarse inmediatamente a un director de programa en el Centro de Apoyo Familiar. Las amenazas o la violencia no serán toleradas y pueden resultar en la terminación de servicios.
3. Usted tiene derecho a ser tratado de manera justa, con dignidad y respeto.
4. Usted tiene el derecho de solicitar un cambio de miembro del personal si hay otra persona del personal disponible que pueda solucionar sus problemas y su solicitud es razonable - usted debe saber que las solicitudes discriminatorias no se considerarán
5. Usted tiene derecho a estar libre de discriminación por motivos de edad, raza, color, cultura, religión, orientación sexual o Discapacidad. El Centro de Apoyo Familiar cumple con todas las leyes aplicables con respecto a la discriminación. Cualquier forma de discriminación no será tolerada.
6. Procedimiento de queja: Si usted siente que ha sido maltratado o tiene alguna queja, tiene el derecho de ser escuchado y tener su problema dirigida. Los siguientes son los pasos a seguir:
 - A. Primero se le anima a digerir el problema directamente con la persona ofensiva.
 - B. Si no puede dirigir la situación con ellos, comuníquese con el Director Clínico del Centro de Apoyo Familiar al (801)955-9110 x116.
 - C. Si aún no está satisfecho, póngase en contacto con cualquiera de las siguientes agencias:

- División de Licencias del Departamento de Servicios Humanos (DHS) (801) 538-4242 (801) 538-4553 (fax) 195 Norte 1950 Oeste Salt Lake City, UT 84116 <http://hslic.utah.gov/>
- División de Licencias Ocupacionales y Profesionales del Departamento de Comercio de Utah (801) 530-6630 o (866) 275-3675 P.O. Recuadro 146741 Salt Lake City, UT 84114-6741 <http://www.dopl.utah.gov/investigations/complaint.html>
- Para clientes de Medicaid, Optum o TANF: Servicios del Departamento de Trabajo de Utah Igualdad de Oportunidades/Cliente (801) 526-4390 o (800) 331-4341 P.O. Box 45249 Salt Lake City, UT 84145-0249 <http://jobs.utah.gov/edo/eo.asp> Relaciones

He recibido una copia de la Pólizas de Derechos y Quejas de los Clientes

Firma

Fecha