

FAMILY SUPPORT & TREATMENT CENTER

Información del Admisión

Nombre de Cliente: _____ Fecha de hoy _____

Numero de Telefono (Hogar): _____ Celular: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Religión: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____
Raza: _____ Estado Marital: _____

Trabajo: _____ Teléfono: _____

Contacto en caso de emergencia: _____
(Nombre) (Teléfono) (Relación)

Niños que viven en la casa:

Nombre: (apunte el nombre completo)*	Sexo	Edad	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Apunte el grado más alto cumplido para la persona(s) que buscan terapia.

¿Quién le refirió? _____

(Nombre de la person)

(Nombre de la agencia/posición)

Información de Seguros

¿Tiene Medicaid o Medicare? Si ___ No ___ (Si lo tiene, por favor contacto personal)

¿Tiene segura medical? Si ___ No ___

¿Tiene ventajas para la terapia? Si ___ No ___

Nombre de la compania de seguro? _____

Numero de teléfono para los seguros _____

Nombre del asegurado _____

Dirección (si es diferente del anterior) _____

Póliza # _____ Seguro Social # _____

Trabajo _____ Fecha de nacimiento de asegurado _____

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL

NOMBRE: _____

FECHA DE HOY: _____

CUMPLEAÑOS: _____

¿Que tipo de terapia busca usted? Favor de poner un circulo alrededor de low que se aplican.

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| 1. Terapia individual | 2. Terapia de pareja |
| 3. Terapia familiar | 4. Terapia de grupo |

¿Ha recibido terapia anteriormente?

No _____ Si _____

¿Ahorita toma medicamento?

No _____ Si _____

¿Con Quién? _____

¿Cuáles? _____

¿Cuano? _____

¿Para qué? _____

¿Para que esta buscando terapia?

Por favor, utilice la escala para indicar su nivel de preocupación por este problema. (Solo los que aplican)

ESCALA: 1 2 3 4
 preocupación baja cierta preocupación mucho preocupación preocupación alta

- | | |
|------------------------------------|-------|
| 1) drugos/alcohol | _____ |
| 2) ansiedad | _____ |
| 3) muerte/pena/pérdida | _____ |
| 4) depresión | _____ |
| 5) problemas de comer | _____ |
| 6) abuso emocional | _____ |
| 7) relaciones familiares | _____ |
| 8) asuntos marital | _____ |
| 9) problemas de la familia pasados | _____ |
| 10) abuso física | _____ |
| 11) relaciones romantic | _____ |
| 12) autoesteme | _____ |
| 13) abuso sexual | _____ |
| 14) sexualidad | _____ |
| 15) estrés | _____ |
| 16) otro (favor lista) | _____ |

FAVOR DE MARCAR TODOS LOS TIEMPOS EN QUE ESTÉ LIBRE PARA VENIR A UNA CITA

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00 AM					
9:00 AM					
10:00 AM					
11:00 AM					
12:00 PM					
1:00 PM					
2:00 PM					
3:00 PM					
4:00 PM					
5:00 PM					



Estes tiempos tienen disponibilidad limitado



Estes tiempos no son disponible

Nota: Citas con disponibilidad limitado tiene un mas lejos lista de espera (3+ meses) La mas tiempos que marca disponible a vener, the mas pronto podemos darle un cita. Favor pidanos si tiene preguntas de horario.

PERMISO DE DEJAR UN MENSAJE

Yo _____, le doy permiso al Family Support & Treatment Center para dejar un mensaje:

Hogar:	Preferencia: 1° 2° 3° 4°	maquina de contestar Si / No	¿con cualquier persona que conteste ? Si / No
Celular:	1° 2° 3° 4°	maquina de contestar Si / No	¿con cualquier persona que conteste ? Si / No
Trabajo:	1° 2° 3° 4°	maquina de contestar Si / No	
Esposa (si aplicable):	1° 2° 3° 4°	Nombre:	Numero:

NO CONTACTA CON: Nombre: _____ Relación: _____

¿Hay un orden de alejamiento en vigor? Si / No

Recordatorio Semanal (con respect a su cita)

- Si, quiero una LLAMADA de recordatorio semanal
- Si, quiero una TEXTO de recordatorio semanal
- No quiero una recordatorio semanal

Firme

Fecha

Boletín electrónico Mensual: ¿Quiere recibir nuestro boletín electronic mensual? Si / No

Si lo quiere, que es su correo electrónico? _____

FAMILY SUPPORT & TREATMENT CENTER

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Por la presente yo, _____, consiento a reciba terapia individual, familiar, y/o de grupo para asuntos personales y/o familiares.

Entiendo que mis relaciones con Family Support & Treatment Center son confidenciales, y que **NINGUNA INFORMACIÓN SERA REVELADA NI CEDIDA SIN MI PERMISO ESCRITO, con excepción de lo declarado en el formulario de Responsabilidad y Confidencialidad.** Entiendo que si participo en terapia de grupo, el grupo será conducido por un terapeuta licenciado y/o estudiante graduado, bajo la supervisión de un terapeuta licenciado. Además, podrá haber un líder asistente en el grupo que sea estudiante en el campo de la terapia. Si hubiera dudas en cuanto al tratamiento que recibo puedo consultar con mi terapeuta y/o el director clínico de la agencia. Acuerdo en contestar un cuestionario de seguimiento, en cuanto a la calidad de la terapia recibida, al finalizar el tratamiento.

En el improbable caso que se requiera equipo de grabación u observación, recibiré notificación **ANTICIPADA**, y se obtendrá mi autorización. Asimismo, seré notificado/a de cualquier cambio propuesto en la terapia.

Entiendo que el tratamiento en el Family Support & Treatment Center es libre de discriminación de raza, religión, sexo, edad, o incapacidad.

Firma

Fecha

Testigo

FAMILY SUPPORT & TREATMENT CENTER

PEDIDO DE TERAPIA Y FORMA PARA LA RESPONSABILIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Yo pido servicios del Family Support & Treatment Center. Entiendo que toda la información obtenida sobre mi y/o mis hijos o cualquier cosa que le doy al personal de la agencia, sea escrita o de boca, será confidencial, con los siguientes excepciones:

- 1) Yo firmo un comunicado especificando a quien y por cuánto tiempo se debe revelar información.
- 2) Una orden judicial.
- 3) En caso de emergencia cuando parece que yo estoy en peligro, sea de mí mismo o a otros.
- 4) En casos de abuso de niños mandados por la ley.
- 5) Como nos mande la persona o agencia que paga para su cuenta para que podamos recibir pago.
- 6) Como es delineado en la "Noticia de Prácticas Privadas".

Considero inofensivo el Family Support & Treatment Center por sus responsabilidades legales declaradas arriba de cumplir con las leyes. Toda la información en esta hoja ha sido explicada claramente por un miembro del personal y admito que la entiendo y cumpliré con todo apuntado.

Firme

Fecha

Testigo

FAMILY SUPPORT & TREATMENT CENTER

PÓLITICA DE LAS CUENTAS Y PROCEDIMIENTO

El Family Support & Treatment Center le agradece para la oportunidad de servirle. Esperamos que usted siente que los servicios proporcionados son de beneficio para usted. Para proveer servicios terapéuticos de alta calidad, tenemos las siguientes políticas de negocios y procedimiento.

La terapia individual y/o de familia en el Family Support & Treatment Center facturados por sesión. El costo de una sesión es diferente dependiendo de la fuente de financiamiento. Las tasas son las siguientes:

Auto Pago: \$85.00

Segurancía: \$93.96 (Parte de cliente de este importe se determina por seguro específico plan).

Obispo pagar: \$80.00 (Parte de cliente de este importe se determina por el Obispo).

Si tiene una fuente de financiamiento que no es arriba, es su responsabilidad a contactar Ruth Mitsuda en el departamento de cuentas a determinar el costo de una sesión. Bajo circunstancias limitadas, el cliente a veces puede calificar para una beca. Las becas se determinan en cuantas personas viven en la casa, el dinero que gane el cliente, y otras circunstancias limitadas que sean determinadas por el Director Ejecutivo y el Director Clínico.

Solicitado informes/letras escritas se facturará a \$17,50 por cuarto de hora: cargo por servicio es debida en el momento de la recepción. No nos facturará a partes secundarias para este servicio.

Todos los clientes tienen que hacer un "intake" de negocios con la oficina de negocios antes de la primera cita de terapia. En ese tiempo, el cliente le dará a la oficina de negocios información financiera. Puede ser que sea necesario presentar formas o prueba de información financiera. Si el cliente retiene o provee información incorrecta, va a resultar que el cliente tendrá la responsabilidad completa de pagar. El cliente tiene la responsabilidad de notificar a la oficina de negocios con cualquier cambio de información financiera. También, **el cliente tiene la responsabilidad para pagar cualquier cantidad que no nos pague el seguro o el otro método señalado de pagar.** Este incluye denegación de su compañía de segurancía basado en sus políticas de diagnósticos. No le podemos dar una cita con un terapeuta sin tener un método de pagar.

Si el cliente usa el seguro medical, es la responsabilidad del cliente para verificar y comprender sus beneficios de la salud mental. Le acordamos que a veces estos beneficios son diferentes de los beneficios estándares de su seguro.

El cliente tiene que pagar su porción del pago, por ejemplo, auto-pago o copagos, antes de tener su cita. **Si la cuenta del cliente resulta sin pagar, el cliente tiene que hacer un plan con la oficina de negocios para pagarla. Si el cliente falta hacerlo, el tratamiento terapéutico sera terminado.** Para los individuos que quieren regresar a la terapia el tratamiento puede ser adelantado hasta que el cliente tenga un plan de pagar. Esto también cuenta para las personas para quienes el cliente es responsable financieramente.

Si no es posible venir a una cita de terapia, es necesario llamar para cancelar la cita. Si las circunstancias y el horario le permiten, usted puede hacer otra cita para esa semana con la recepcionista. Después de faltar dos citas sin nos contacto y/o faltar a mantener a 75% tasa de asistencia mensual, tenemos la derecha a dar su cita a otra persona. Usted será notificado antes de que esto ocurra. Si usted quiere, puede llamar para poner su nombre en la lista de espera hasta que tenemos otra cita disponible.

Esperamos que usted sienta un ambiente de apoyo y ayuda aquí en el Family Support & Treatment Center. Esperamos la oportunidad de trabajar con usted. Favor de llamar Ruth Mitsuda o el recepcionista a (801)229-1181 con cualquier duda o pregunta que tenga.

Certificación de la Política de las Cuentas y Procedimiento

Yo he leído y me han dado una copia personal de la *Política de las Cuentas y Procedimiento*. Yo entiendo las expectativas y reglas que tiene y yo conformaré con ellas. Cualquiera duda o pregunta que tengo me ha sido explicada claramente.

Firme

Fecha

FAMILY SUPPORT & TREATMENT CENTER

1255 North 1200 West, Orem, Utah 84057

Phone: (801)229-1181 Fax: (801)229-2787

DERECHOS DE CLIENTE

Tiene el derecho a:

1. **Privacidad de Su Información:** Tiene el derecho a tener sus registros, actuales y cerrados, confidencial en el Centro. Información de cliente, si recibieron por vía oral o por escrito, no va a ser revelado sin su permiso escrito, excepto como se indica en la Forma Para La Responsabilidad.
2. **Razones por Terminación Involuntario y Criterio por Readmisión:** Si el agencia determine su terminación del programa, tiene el derecho a ser notificado, vía oral o por escrito, de los razones de su terminación. También, tiene el derecho a recibir información, vía oral o por escrito, por el criterio por readmisión dentro la programa.
3. **La Libertad de los Posibles Daños:** Tiene el derecho a libertad de los posibles daños o actos de violencia a usted, miembros de su familia, y otras personas que puedan acompañarle en el Centro.
4. **Responsabilidades de Consumidor:** Tiene el derecho a ser informado de sus responsabilidades como un cliente del agencia según lo previsto en el Política de las Cuentas forma que se haya registrado. En adición a sus obligaciones financieros, tiene el derecho a ser informado de sus otros responsabilidades, incluyendo: 75% asistencia a mantener sus cita de tratamiento; tratar a los demás con dignidad y respeto, y abstenerse de portar armas. Algunos otros responsabilidades será se proporcionará verbalmente o por escrito.
5. **Tarifas por Servicios y Otros Costos:** Tiene el derecho a información con respecto a sus responsabilidades de pago, verbalmente o por escrito. Co-pays se deben en el momento de servicio. Tiene el derecho a solicitud de duplicados de facturas para el pago de servicio, sin embargo, si solicita de duplicados de facturas mas que uno vez en dentro de un período de 12 meses, se le puede cobrar una cuota. Se le notificará en el momento de su solicitud sea procesada, y va a dar un oportunidad a retirar o modificar su solicitud.
6. **Quejas y Reclamaciones:** Tiene el derecho a presentar una queja con el Family Support & Treatment Center (su proveedor de servicios o supervisor) en caso de que esté satisfecho con los servicios o siente que sus derechos han sido violados. También, puede quejar al Director of the Office of Civil Rights of the U.S. Department of Health and Human Services. El Clinical Coordinator proveerá con el dirección del Director. Si desea

mas información acerca de sus derechos de privacidad, comuníquese con el Clinical Coordinator. Si desea presentar una queja o están preocupados de que sus derechos han sido violados, comuníquese con el Clinical Coordinator al dirección o numero de telefono listado en el folleto de HIPAA. No represalias o la reducción de servicios dará como resultado si presenta una queja.

7. **Libertad de Discriminación:** Tiene el derecho de ser libertad de discriminación con respecto a raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad o religión.
8. **Dignidad:** Tiene el derecho a ser tratado con dignidad y respeto en acuerdo con la misión de la agencia.
9. **Fugando:** En acuerdo con el Utah Clean Air Act, 28-32-2, tiene el derecho a recibir servicios en un medio ambiente limpio de aire. Fumar de los empleados, usted, o otros, caso de que decidan hacerlo, está obligado a hacer por lo menos 25 pies de cualquier "puerta de entrada, salida, ventana abierta, o salida de aire del edificio."
10. **Solicitud de Comunicación Confidencial:** Tiene un derecho a solicitar comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o locaciones alternativos como recibiendo correo a un dirrección aparte de su casa.
11. **Plan de Tratamiento Individualizado:** Tiene un derecho a un plan de tratamiento individualizado desarrollado con su cooperación y dentro de 30 días de comenzar el tratamiento. Tiene el derecho a examinar y obtener una copia del información contenida en su registro de salud que es usado a tomar decisiones acerca de su tratamiento. Pueda solicitar acceso por completando un Access Request Form disponible de el Cínical Coordinator. Si usted solicita copias o un resumen de su expediente, se puede cobrar una libre para el costo de las copias, enviar, o otros servicios. La cuota se determinará en el momento de procesar su solicitud. Bajo circunstancias limitadas, podemos negarle el acceso a una parte de sus registros. Si su solicitud es negarado, recibirá un respuesta por escrito y pueda solicitar que el negación será revisado. Debe ser notada que los notas de progreso son un área protegida de la salud mental conjunto de registros y estan publicado al discreción de su terapeuta.
12. **Modificación del Registro de Salud:** Tiene el derecho a solicitar que información sobre usted que hemos creado y usamos a tomar decisiones ser correctado. El solicitud debe ser usando el Amendment Request Form disponible del Clinical Coordinator. Compliramos con su solicitud a menos que creamos que el información ja es completa y exacta.
13. **Solicitud de Restricción en Ciertos Usos de Información:** Tiene el derecha a solicitar una restricción en ciertos usos y revelaciones de su información por tratamiento, pago u operaciones de atención. The Family Support & Treatment Center considerará todos solicitudes, pero no somos requeridos a dar una restricción: A solicitar una restricción,

pida alguno miembro del personal por una Request for Restriction Form, y devuelva al Clinical Coordinator.

14. **Contabilidad de las Revelaciones Hechas Sin su Consentimiento:** Tiene el derecho a recibir un contabilidad de las revelaciones hechas de su información de salud que hacemos sin su consentimiento o autorización. Puedo solicitar un contabilidad por medio de completando el Accounting Request Form disponible del Clinical Coordinator. Su solicitud debe especificar el periodo del tiempo deseado por el contabilidad. No puede incluir alguno tiempo antes del 14 de Abril, 2003 o mas que seis años previa del compleción del solicitud. Si solicita mas que uno contabilidad en período de 12 meses, se le puede cobrar una cuota por los contables adicionales. Será notificado de la cuota en el momento del solicitud y se le dará un oportunidad a retirarse o modificarse su solicitud.

Firmo del Participante

Fecha

Testigo

Fecha

FAMILY SUPPORT & TREATMENT CENTER

Aviso sobre las Prácticas de Privacidad

En favor de mi y/o mis hijos, yo, _____
he recibido una copia del "Aviso sobre las Prácticas de Privacidad" del from Family Support & Treatment Center.

Firme

Fecha

FAMILY SUPPORT & TREATMENT CENTER

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Nombre: _____

Composición de Hogar (Lista cada persona quien viva en morada)

	Nombre de Miembro de Familia	Edad	Sexo	Relación	Adoptado/Acogida
1)	_____	_____	_____	_____	_____
2)	_____	_____	_____	_____	_____
3)	_____	_____	_____	_____	_____
4)	_____	_____	_____	_____	_____
5)	_____	_____	_____	_____	_____
6)	_____	_____	_____	_____	_____
7)	_____	_____	_____	_____	_____

(Lista más miembros en la parte de atrás de este forma)

- 1) Total numero viviendo en casa. _____
- 2) Nombre de persona en programa: _____
- 3) ¿Alguien en casa del edad 65 o más? _____
- 4) Favor indicar el origen étnico:

- | | |
|---|--------------------------------|
| _____ Indígena Americano/Nativo de Alaska
& Negro o África-Americano | _____ Asiático |
| _____ Indígena Americano / Nativo de Alaska
& Blanco | _____ Asiático & Blanco |
| _____ Indígena Americano/Nativo de Alaska | _____ Hispano |
| _____ Nativo de Hawaii/ otras islas del pacífico | _____ Negro / África-Americano |
| _____ Negro o África-Americano & Blanco | _____ Asiático /Pacific Isleño |
| _____ otro multirracial | _____ Blanco |

5) Favor indicar origen etnico: Non-Hispanic _____ Hispanic _____

6) ¿Es de un solo mujer jefe de hogar? _____

7) ¿Hay alguien en el hogar fisicamente o mentalmente discapacitados, o alguien aprendizaje discapacitados? _____

8) Bruto anual de ingreso (incluya el ingreso de todos los adultos). _____

--Uso de Oficina Solamente--

$$\frac{\text{Income}}{\text{Household Size}} \times \text{Household Size} = \text{Income Level}$$

Very Low (30% of Median)
 Low (50% of Median)
 Moderate (80% of Median)
 Based on family size:

FAMILY SUPPORT & TREATMENT CENTER
PEDIDO DE TERAPIA Y
FORMA PARA LA RESPONSABILIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Yo pido servicios del Family Support & Treatment Center. Entiendo que toda la información obtenida sobre mí o cualquier cosa que le doy al personal de la agencia, sea escrita o de boca, será confidencial, con los siguientes excepciones:

- 1) Yo firmo un comunicado especificando a quien y por cuánto tiempo se debe revelar información.
- 2) Una orden judicial.
- 3) En caso de emergencia cuando parece que yo estoy en peligro, sea de mí mismo u a otros.
- 4) En casos de abuso de niños mandados por la ley.
- 5) Como nos mande la persona o agencia que paga para su cuenta para que podamos recibir pago.
- 6) Como es delineado en la “Noticia de Prácticas Privadas”.

Considero inofensivo el Family Support & Treatment Center por sus responsabilidades legales declaradas arriba de cumplir con las leyes. Toda la información en esta hoja ha sido explicada claramente por un miembro del personal y admito que la entiendo y cumpliré con todo apuntado.

Firma

Fecha

Testigo