



## MTC Preliminary Questionnaire

### Cuestionario preliminar del MTC

By answering the following questions, you will assist our Administration Staff better serve you by ensuring one of our experienced clinicians is assigned that best matches your concerns, needs, and availability.

*Al responder las siguientes preguntas, ayudará a nuestro personal administrativo a brindarle un mejor servicio al asegurarse de que se asigne uno de nuestros médicos experimentados que mejor se adapte a sus inquietudes, necesidades y disponibilidad.*

#### 1. Why are you seeking help now?

What is happening or is different? What stressors do you have? What do you hope will be different by seeking help?

*¿Por qué estás buscando ayuda ahora?*

*¿Qué está pasando o es diferente? ¿Qué factores estresantes tienes? ¿Qué esperas que sea diferente al buscar ayuda?*

#### 2. What is your preference for a clinician?

Male / Female / Doesn't Matter

*¿Cuál es su preferencia por un médico?*

*Hombre / Mujer / No importa*

Male  
*Hombre*

Female  
*Mujer*

Doesn't Matter  
*No importa*

English Speaking  
*De habla inglesa*

Spanish Speaking  
*Habla español*

#### 3. What is your availability during the week for sessions?

Days and Times

*¿Cuál es su disponibilidad durante la semana para las sesiones?*

*Días y horarios*

Weekdays *Días entre semana*

Weekends *Fines*

After-School *Después de la escuela*

Mornings *Mañanas*

Afternoons *Tardes*

Evenings *Noches*

Mondays	<i>Lunes</i>	
Tuesdays	<i>Martes</i>	
Wednesdays	<i>Miércoles</i>	
Thursdays	<i>Jueves</i>	
Fridays	<i>Viernes</i>	
Saturdays	<i>Sábados</i>	
Sundays	<i>Domingos</i>	

#### 4. What is your preference for session location?

In Office / Virtually / Doesn't Matter

*¿Cuál es su preferencia para la ubicación de la sesión?*

*En la oficina / virtualmente / no importa*

Office  
*En la oficina*

Virtual  
*virtualmente*

Doesn't Matter  
*no importa*





Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_ Identificación del Seguro \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Para Cliente \_\_\_\_\_ expira en 2 años de la fecha de hoy \_\_\_\_\_

Por favor pone, y aplica: Psiciatra, Doctoras, Oficial de Probación, Abogados, o CPS

Nombre	Título	Contacto	Documentos	Iniciales
Mosaic Tree Counseling - personas	Seguro, Cobrador, Administrador, Trabajadores	Tel: 713.969.8964 Fax: 888.959.8664	Todo	X_____
	Emergencia Lista de Contacto (In caso de emergencia)	Tel: Tel Alt:	Emergencia	X_____
	Si aplicable – Consejera de la Escuela	Tel: Correo Electrónico:	Todo	X_____

Por mis iniciales, proporciono autorización para Maria Peters, divulgar información anterior llamado.

#### Mandando información por texto en teléfonos que son seguro y codificado(cifrada)

\*Mosaic Tree Counseling tiene permiso para textearle información limitado a ti y a las personas arriba que tiene iniciales? \_\_\_\_\_

\*Información vía este modo será limitado para proteger su Información Personal de Salud de acuerdo con HIPAA (Ley Publico 104-191, 45 CFR §§ 164.524, 164.526, CFR § 164.501).

Divulgación puede incluir los registros que tienen información sobre diagnóstico y tratamiento de drogas, alcohol, abuso de sustancias, SIDA, o trastornos psiquiátricos, pero es/no se limitan a estas áreas. A la parte que reciba esta información: esta información ha sido revelada a usted de registros cuya confidencialidad puede estar protegido por la Ley Federal. Si es así, reglamentaciones federales (42CFR, parte 2) prohibición desde y divulgación de él sin el consentimiento escrito específica de la persona a quien pertenece, o lo permitido por dicha normativa. Una autorización general para la liberación de información médica o de otra no es suficiente para ello.

\_\_\_\_\_  
Paciente /Tutor Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Paciente/Tutor Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Personal de MTC  
Representante de MTC

\_\_\_\_\_  
Firma del representante de MTC

\_\_\_\_\_  
Fecha



Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_ Identificación del Seguro \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO - ADULTO**

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi permiso y el consentimiento de, Mosaic Tree counseling, para brindar tratamiento psicoterapéutico a mi.

\_\_\_\_\_  
Paciente /Tutor Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Paciente/Tutor Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Personal de MTC  
Representante de MTC

\_\_\_\_\_  
Firma del representante de MTC

\_\_\_\_\_  
Fecha

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO - NINO**

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi permiso y el consentimiento de, Mosaic Tree Counseling, para brindar tratamiento psicoterapéutico a mi hijo, \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Paciente /Tutor Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Paciente/Tutor Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Personal de MTC  
Representante de MTC

\_\_\_\_\_  
Firma del representante de MTC

\_\_\_\_\_  
Fecha



Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_ Identificación del Seguro \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO – ESCUELA**

Le, \_\_\_\_\_, doy mi permiso y consentimiento a Mosaic Tree Counseling, proporcionar tratamiento psicoterapéutico a mi hijo, \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ escuela. Tambien yo doy permiso a Mosaic Tree Counseling a comunicar con la Consejera de la escuela y la Consejera de la escuela también puede comunicar con Mosaic Tree Counseling. Yo intiendo que otra personas en la escuela puede ver a mi hijo/hija recibiendo terapia cuando el/ella sale de la clase o esta en la oficina. Mosaic Tree Counseling trata dar terapia durante hora de la comida o durante un elective pero a veces no es posible, puede ocurar durante un materia primaria, limitado a 45 minutos por semana. Tambien voy a notificar cuando mi niño o nina no atendio escuela.

Nombre de la Escuela \_\_\_\_\_, Dirreccion de la Escuela \_\_\_\_\_

Numero de la EScuela \_\_\_\_\_, Grado de Nino/Nina \_\_\_\_\_

Consejera de la Escuela \_\_\_\_\_, Hora de la Escuela \_\_\_\_\_

Tiempo de Comida \_\_\_\_\_, Tiempo de Electiva \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Paciente /Tutor Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Paciente/Tutor Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Personal de MTC  
Representante de MTC

\_\_\_\_\_  
Firma del representante de MTC

\_\_\_\_\_  
Fecha



Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_ Identificación del Seguro \_\_\_\_\_

**Médico de atención primaria - Coordinación de la atención**

Por favor, complete esta forma para que podamos comunicar con su médico primaria. Si no desea divulgar información, por favor marque la casilla en la parte inferior y la firma.

<b>INFORMACION DEL CLIENTE</b>		
Nombre del cliente:	Fecha de Nacimiento:	Tipo de Seguro:
Numero Telefónico:	Si cliente es menor de edad, nombre del padre o tutor legal:	
Dirección del Cliente:		
<b>MEDICO DE ATENCION PRIMARIA</b>		
Médico de atención primaria:	Dirección:	Numero de teléfono:
Medicamentos:	Numero de Fax:	
<b>PROVEEDOR DE SALUD MENTAL INFORMACION</b>		
Proveedor de Salud Mental (Terapeuta):	Mosaic Tree Counseling 2600 Gessner #203 Houston, TX 77080 713.969.8964 telefono, 888.959.6775 fax	
Diagnóstico del cliente:	Comentarios/Inquietudes:	

Yo entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización como una condición para recibir los servicios de Mosaic Tree Counseling. La razón de la divulgación es facilitar la coordinación del tratamiento, que puede incluir el diagnóstico de los trastornos de salud mental. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento. Este consentimiento se vence dos años a partir de la fecha:

Doy mi autorización:

Para conocer información de salud mental para el profesional médico de mi terapeuta a mi MP y para liberar cualquier información médica a partir de MP a mi terapeuta

NO doy mi autorización para revelar ninguna información a mi MP y / o Terapeuta

Firma del Cliente/Padre o Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

For Office Use
Date faxed to PCP/Medical Provider: _____ By: _____ Notes:
<i>To the party receiving this information: This information has been disclosed to you from records whose confidentiality is protected by federal law. Federal regulations (42) CFR Part 2 prohibit you from making any further disclosure of it without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by such regulations. A general authorization for the release of information is not sufficient for this purpose.</i>



Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_ Identificación del Seguro \_\_\_\_\_

### Políticas y Procedimientos

Por favor lea este acuerdo y el signo en la final que indica que usted entiende y acepta los siguientes. Le gustaría presentarle estas políticas y procedimientos para que no haya ningún malentendido en el futuro. Por favor, ninguna pregunta si desea aclaraciones o información adicional.

1. Nuestra reunión inicial es con el fin de recopilar información, establecer objetivos y hablando de maneras que podríamos ir sobre esta reunión les. Si, por cualquier razón, no desea continuar el tratamiento conmigo, hágamelo saber dentro de siete 7 días de la reunión inicial. Me encantaría proporcionarle referencias si lo desea.

2. Realizar terapia de juego con los niños más pequeños. Los niños suelen tengan una dificultad para expresarse verbalmente, y utilizando la obra terapéutica puede mejorar su capacidad para procesar sus emociones.

3. **LLEGADA TARDÍA/NO-SHOW/CANCELACIONES.** La llegada tardía se considera de 1 a 14 minutos después de la hora programada para la cita. Esta hora se considerará como parte de la hora de su cita. La política de ausencia se considera como no llegada y/o no notificación dentro de los 15 minutos de la hora de su cita. Después de dos "ausencias", se le puede dar de baja de los servicios. Si esto ocurre, habrá un cargo de \$40 por cada ocurrencia. Si necesita cancelar o reprogramar una cita, se requiere un aviso de 24 horas. Si la cancelación no se realiza dentro de las 24 horas, puede haber un cargo de \$40. Escriba sus iniciales y complete el formulario Tarjeta de crédito en archivo en la última página. \_\_\_\_\_

4. El pago es exigible en el momento de la visita a menos que usted y yo hemos hecho otros arreglos. Acepto dinero en efectivo, cheques personales y tarjetas de crédito.

5. Usted tiene el derecho a terminar nuestra relación en cualquier momento, por cualquier razón. Por favor darme 7 siete días de antelación si decide no trabajar conmigo ya. También se reservan el derecho a terminar nuestra relación y proporcionará referencias a otros terapeutas o profesionales de la salud en este caso.

6. Los debates se mantienen confidenciales. Las únicas excepciones a esta regla son si amenaza con perjudicar a usted o alguien más, o en una respuesta a los mandatos de la Corte.

7. Se esforzará por apoyar a usted y/o familia en el viaje terapéutico mientras trabajamos hacia alcanzar los objetivos fijados. Muchos clientes alcanzar sus metas, pero yo no puedo garantizar este resultado.

8. Se trata de reconocer que he leído, comprender y aceptar las políticas y condiciones. También reconozco que puedo obtener una copia de éste en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Paciente /Tutor Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Paciente/Tutor Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_ Identificación del Seguro \_\_\_\_\_

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede tener acceso a esta información. Por favor revísalo cuidadosamente.**

**Su información de salud protegida es información oral, escrita o registrada en cualquier forma o medio que se relacione con su salud física o mental pasada, presente o futura, la provisión de atención médica o el pago pasado, presente o futuro por provisión de cuidado de la salud. Este Aviso se refiere a cómo podemos usar su información de salud protegida y sus derechos para acceder y controlarla.**

### Nuestros Usos y Divulgaciones

- Podemos utilizar su información de salud para proporcionarle atención médica.
- Podemos compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención y contactarlo. Ejemplo: Usamos su información de salud para administrar su tratamiento y servicios.
- Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud. Ejemplo: Brindamos información sobre usted a su plan de seguro médico para el reembolso

Se nos permite o se requiere que compartamos su información en ciertas situaciones tales como:

- Informar reacción adversa a medicamentos
- Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o seguridad de cualquier persona
- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo requieren, incluido el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.
- Podemos compartir información de salud con un forense o médico forense cuando una persona fallece.

Podemos compartir su información de salud:

- Para reclamaciones de compensación de trabajadores
- Para propósitos de cumplimiento de la ley o con un oficial de la ley
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales del gobierno tales como militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial
- En respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación

### Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le avisaremos con prontitud si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.



Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_ Identificación del Seguro \_\_\_\_\_

- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí a menos que usted nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

## Tus Derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtenga una copia electrónica o en papel de su registro médico

- Puede pedir ver u obtener una copia electrónica o en papel de su registro médico y otra información de salud que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 15 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Pídanos que corriamos su expediente médico

- Puede pedirnos que corriamos su información de salud que usted considera incorrecta o incompleta.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que lo contactemos de una manera específica (por ejemplo, teléfono del hogar o de la oficina) o que enviemos un 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 de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectaría su atención.
- Si paga por completo un servicio o artículo de atención médica, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito del pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos "sí" a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información con

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante seis años antes de la fecha en que pregunta, 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 ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que nos haya pedido que hagamos). Le proporcionaremos un informe anual gratis, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad: puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel con prontitud.

Elige a alguien para que actúe por ti



Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_ Identificación del Seguro \_\_\_\_\_

- Si le ha dado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier medida.

Presente una queja si siente que se han violado sus derechos

- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros por escrito al 2600 Gessner, Suite 203, Houston, TX 77080, Atn: Compliance Officer o llamándonos al 713-969-8964.
- 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, S.W. Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

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.

Fecha de vigencia agosto de 2018.

Por la presente reconozco que se me ha presentado el Aviso de prácticas de privacidad. Esto es para reconocer que he leído y entiendo el Aviso de Prácticas de Privacidad. También reconozco que puedo obtener una copia de esto en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Paciente /Tutor Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Paciente/Tutor Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Personal de MTC  
Representante de MTC

\_\_\_\_\_  
Firma del representante de MTC

\_\_\_\_\_  
Fecha



Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_ Identificación del Seguro \_\_\_\_\_

## Los Derechos y Responsabilidades del Cliente

Lo siguiente es una lista de la variedad de derechos que tienen nuestros clientes. No puede ser negado, ni suspendido de sus servicios por ejercer sus derechos.

### Derechos Humanos

Tiene derechos, beneficios, y privilegios garantizados por ley, y tiene el derecho de ser tratado con dignidad y respeto.

- Sus servicios no serán negados por causa de edad, genero, raza, creencias religiosas, estado civil, creencias personales y sociales, discapacidad mental o física, estado de HIV, o estado financiero.
- Tiene el derecho de ser libre de abuso o negligencia. Nuestro código de conducta y ética prohíbe abuso físico, abuso sexual, abuso financiero, acoso y castigo corporal.

### Sus Derechos de Tratamiento

- Tiene el derecho de tener conocimiento de los nombres y calificación de nuestros empleados.
- Tiene el derecho de recibir información que le ayudara a tomar decisiones sobre su tratamiento. Tiene el derecho de escoger sus preferencias y tomar decisiones sobre su tratamiento mental, incluyendo estar de acuerdo o negar servicios especiales.
- Tiene el derecho de tratamiento que se adapta a sus necesidades personales en un ambiente menos restrictivo.
- Tiene el derecho de participar en el plan individual de tratamiento dependiendo de sus propias necesidades.
- Tiene el derecho de escoger a alguien que tome decisiones por usted en caso que no pueda.
- Tiene el derecho de rechazar en participar en o ser entrevistado por el propósito de investigación.
- Tiene el derecho de terminar y rechazar tratamiento en cualquier momento.
- Tiene el derecho de solicitar servicios de otras agencias sociales de servicio.

### Responsabilidades del Cliente

- Tiene que ser receptivo a los servicios de terapia para que la terapia sea efectiva.
- Mantenga su información personal actualizada, e informe inmediatamente a la terapeuta sobre cambios médicos.
- Mantenga su cita y denos saber lo más pronto posible si no puede obtener su cita.
- Sea honesto y abierto con su terapeuta.
- Mantenga a su terapeuta informada de cualquier cambio con respecto a terapia.
- Siga con su plan de tratamiento, recomendado y complete sus tareas y asignaciones.

\_\_\_\_\_  
Paciente /Tutor Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Paciente/Tutor Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Personal de MTC  
Representante de MTC

\_\_\_\_\_  
Firma del representante de MTC

\_\_\_\_\_  
Fecha



Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_ Identificación del Seguro \_\_\_\_\_

## Mosaic Tree Counseling (Solamente Basada en Casa)

### Área privada

Es importante que la terapeuta y el cliente tengan un lugar privado para completar la sesión.

### La Seguridad Médica

Si el paciente o alguien en casa están enfermo, es la responsabilidad del cliente o guardián de informar a la terapeuta antes de la llegada a la cita. Entonces será la decisión de la terapeuta llevar acabo la cita o reprogramar la cita para otro día. Igualmente, si la terapeuta está enferma y hay la posibilidad de contagiar a otros, él/ella le informará al cliente o guardián antes de llegar a la cita y será a la discreción del cliente en posponer la sesión. La terapeuta reserve el derecho de cancelar la terapia en cualquier momento por el propósito de la seguridad médica. El cliente/guardián y la terapeuta tienen el derecho de reprogramar la cita si es medicamente necesario.

### Peligros Ambientales

Si la terapeuta ve cualquier peligro en casa, él/ella notificara a CPS o a las autoridades apropiadas. Esto incluye sentamiento hogar, moho, e infestación de roedor e insectos.

### La Seguridad Física

Si la terapeuta ve una situación insegura, como luces tenues en el estacionamiento, actividad ilegal, o siente que su seguridad física está en peligro, él/ella tiene el derecho de reprogramar la cita.

### Saneamiento de Terapia de Juego

Juego es conducida con niño de infancia. Niños muchas veces tienen dificultad expresarse verbalmente y usar terapia de juego les ayudara a mejorar la habilidad de procesar sus emociones. Algunos ejemplos de terapia de juego incluyen juegos de títeres, y juguetes. Todos los objetos son desinfectados después de cada uso.

### Terapia de Arte Creativa y Materiales

Todos los materiales que se utilizan para terapia de arte creativa son seguros para los niños y no tóxico de acuerdo con la edad. Algunos de los materiales incluyen pintura, pegamento, tijeras, y otros instrumentos creativos de arte. Por ejemplo, marcadores lavables sin tóxico son utilizados para las edades de 13 y menos. No materiales utilizados serán peligrosos, pero puede hacer un batidero temporal que se limpiara antes de salir. Por lo tanto, un área designada es preferible.

### Herramientas para el Manejo de Ira

En ocasiones, terapia para manejo de ira es necesario para los niños. Aunque estos son medios agresivos, si siente él/la terapeuta que sería un método efectivo, la terapeuta pedirá permiso del padre/guardián antes de llevarlo a cabo. Sera entonces la elección del padre/guardián y no será la terapeuta responsable.

### Reconocimiento

Esto es para reconocer que he leído, entendido, y estoy de acuerdo con la política y términos. Y también reconozco que puedo obtener una copia de este reconocimiento en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Paciente /Tutor Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Paciente/Tutor Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Personal de MTC

\_\_\_\_\_  
Representante de MTC

\_\_\_\_\_  
Firma del representante de MTC

\_\_\_\_\_  
Fecha



Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_ Identificación del Seguro \_\_\_\_\_

**ASOCIADO DE LPC, CONSEJERO INTERNO GRADUADO, ESTUDIANTE DE PRÁCTICA O  
CONSEJERO CRISTIANO CERTIFICADO POR LA JUNTA**

Un asociado de LPC es un consejero profesional que ha cumplido con todos los requisitos para convertirse en un LPC con licencia completa, incluida la obtención de un título de posgrado en consejería y la aprobación del examen de licencia estatal, pero aún está en proceso de completar las horas de consejería supervisada bajo la supervisión directa de un profesional con licencia. Consejero-Supervisor (LPC-S). Un LPC-S es un consejero profesional que tiene capacitación adicional y está autorizado por el estado de Texas para supervisar el trabajo de asesoramiento de LPC Associates.

Un Consejero Interno Graduado ha completado un título de posgrado en consejería de una escuela de posgrado acreditada, pero aún no ha aprobado la Junta de Examen del Estado de Texas para Consejeros Profesionales Licenciados. Un Consejero Interno Graduado trabaja con un Consejero-Supervisor Profesional Licenciado (LPC-S) que está calificado para brindar supervisión clínica en el estado de Texas.

Un estudiante de Practicum actualmente está obteniendo su título de posgrado en consejería, hacia el final de obtener este título, necesita completar horas supervisadas. Reciben supervisión intensiva del Consejero-Supervisor Profesional Licenciado (LPC-S) que está acreditado para proporcionar supervisión clínica en el estado de Texas.

Un consejero cristiano certificado por la junta tiene una maestría en consejería y una amplia capacitación en consejería cristiana. Reciben supervisión de un LPC-S.

Parte de los requisitos de supervisión incluyen la revisión y discusión de las inquietudes del cliente en un esfuerzo por mejorar las habilidades de asesoramiento del asociado de LPC, el consejero de posgrado en prácticas, el pasante de práctica o el consejero cristiano y ayudarlo a brindarle a usted o a su hijo la mejor atención posible. El supervisor con licencia es el propietario de Mosaic Tree Counseling, Maria Peters, PhD, LPC-S (licencia n.º 64866), CART, CCTP. Tiene derecho a hablar con ella sobre su terapia o la terapia de su hijo.

Al firmar este formulario, reconozco que se me ha informado que recibiré servicios de asesoramiento de un asociado de LPC, un consejero de posgrado en prácticas, un pasante de prácticas o un consejero cristiano. Además, reconozco que entiendo las calificaciones de mi consejero y el papel de un asociado de LPC, un consejero de posgrado en prácticas, un pasante de prácticas o un consejero cristiano. Soy consciente de que están bajo la supervisión profesional de Maria Peters, PhD, LPC-Supervisor, CART, CCTP. Además, reconozco que entiendo que, como parte de su capacitación, mi asesor en capacitación puede, en ocasiones, analizar información sobre nuestras sesiones con Maria Peters, PhD, LPC-S, CART, CCTP.

_____ Cliente o Guardián Nombre	_____ Cliente o Guardián Firma	_____ Fecha
_____ LPCA, GIC, Intern, or BCCC Name	_____ LPCA, GIC, Intern, or BCCC Signature	_____ Date
_____ Maria Peters PhD, LPC-S CART & CCTP LPC-S Printed Name	_____ LPC-S Signature	_____ Date



Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_ Identificación del Seguro \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELESALUD

*Una nota del propietario:*

Aquí, en Mosaic Tree Counseling, centramos la terapia en nuestros clientes. Los clientes eligen el lugar en el que se sienten más cómodos para recibir asesoramiento, ya sea en el hogar, en la escuela o en la oficina. Debido a esta pandemia de coronavirus y nuestra preocupación por la seguridad de nuestros clientes, estamos expandiendo nuestros servicios y ahora brindamos servicio de telesalud. Esto incluye asesoramiento a través de un teléfono que tiene un código de acceso y utiliza una conexión segura a Internet o videoconferencia a través de una plataforma compatible con HIPAA, llamada Zoom. No dude en comunicarse con nuestra oficina al 713.969.8964, envíenos un correo electrónico a [info@mosaictreecounseling.com](mailto:info@mosaictreecounseling.com) o visite nuestro sitio web [www.mosaictreecounseling.com](http://www.mosaictreecounseling.com).

### ¿Qué es telesalud?

La telesalud implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los profesionales de la salud mental se conecten con las personas mediante comunicaciones interactivas de video y audio. La telesalud incluye la prestación de psicoterapia, incluido el diagnóstico, la consulta, el tratamiento y la derivación a recursos, la educación y la transferencia de datos médicos y clínicos.

### ¿Qué es Zoom y cómo se usa Zoom?

Zoom es una plataforma en línea que cumple con HIPAA para que el cliente esté cara a cara con el terapeuta a través de video. Ofrece diferentes opciones para compartir contenido y hojas de trabajo con el cliente. Es fácil de usar. Una opción es hacer clic en el enlace directo que su terapeuta puede enviarle para unirse automáticamente. También tiene la opción de descargar la aplicación Zoom, que se recomienda para maximizar la conectividad. Esto requiere que inicie sesión y se registre en Zoom, que es gratis. Cuando inicie sesión en su cuenta, aparecerá un cuadro para unirse a una reunión. Cuando se une a una reunión, debe ingresar el código de nueve dígitos que le proporciona su terapeuta. Una vez que haya iniciado sesión en la sesión con su terapeuta, la barra de herramientas estará en la parte inferior y será fácil de usar. Puede silenciarse o dejar de silenciar y detener su video o reanudar su video.

### Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a la telesalud:

- 1. Confidencialidad:** Tengo derecho a mantener la privacidad de mi información médica personal (PHI) en telesalud, tal como lo hago en la terapia presencial. Haré todo lo posible por estar en un lugar tranquilo con una puerta cerrada si hay otras personas alrededor. Entiendo que usamos un sistema de videoconferencia compatible con HIPAA a través de Zoom y, a través del teléfono, usamos un código de acceso requerido y una conexión segura.
- 2. Derechos:** Entiendo que tengo derecho a retirar mi consentimiento para el uso de telesalud durante mi atención en cualquier momento sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro, y que mi terapeuta tiene derecho a aceptar o negar la terapia de telesalud en el mejor interés de mi cuidado.



Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_ Identificación del Seguro \_\_\_\_\_

3. **Beneficios:** Tengo el beneficio de tener la terapia en un lugar en el que me siento más cómodo y donde es más conveniente, sin tiempo de manejo, aún recibiendo los mismos servicios y calidad de atención. Esto crea más oportunidades para programar con mi terapeuta. Proporciona menos posibilidades de contraer el coronavirus durante esta pandemia.

4. **Riesgos:** Entiendo que existen riesgos y consecuencias de la telesalud que incluyen, entre otros, la posibilidad de problemas técnicos que están fuera de nuestro control y que la transmisión de mi información personal podría verse interrumpida o distorsionada por fallas técnicas. Entiendo que podría perder la conectividad en medio de algo importante que estoy diciendo.

5. **Responsabilidades:** Entiendo las alternativas a la terapia a través de telesalud tal como se me han explicado, y al elegir participar en telesalud, acepto participar utilizando la tecnología de terapia telefónica o videoconferencia. Entiendo que Mosaic Tree Counseling ha contratado servicios de tecnología de telesalud que cumplen con HIPAA, pero que todavía existe un riesgo inherente mínimo de que los piratas informáticos puedan comprometer la seguridad de esta tecnología. Si se descubre que ha habido una violación de seguridad, entiendo que los clientes de Mosaic Tree Counseling me notificarán de inmediato.

6. **Política de pago y cancelación:** entiendo que muchos seguros pagan por telesalud, por lo que puedo usar los beneficios de mi seguro, pero aún así necesito verificarlos. La política de cancelación continúa cobrando \$ 25 si no cancelo dentro de las 24 horas anteriores a mi cita, a menos que haya una emergencia o un evento imprevisto.

7. **Deber de advertir y procedimientos de emergencia:** reconozco que estos procedimientos siguen siendo los mismos. Mi terapeuta tiene el deber de advertir si cree que tengo un plan de suicidio u homicidio. Reconozco que mi terapeuta también debe informar la sospecha de abuso infantil.

Al firmar este documento, acepto que ciertas situaciones, incluidas las emergencias y crisis, son inapropiadas para los servicios de psicoterapia de audio / video por computadora. Si estoy en una crisis o en una emergencia, llamaré inmediatamente al 911 o buscaré ayuda en un hospital o centro de crisis en mi área.

**Consentimiento del paciente para el uso de telesalud**

\_\_\_\_\_ **ACEPTO** dar mi consentimiento informado para participar en el uso de servicios de telesalud para tratamiento bajo los términos descritos en este documento. He leído este documento y comprendo los riesgos y beneficios relacionados con el uso de servicios de telesalud. He leído y entendido la información proporcionada anteriormente con respecto a la telesalud, la he discutido con mi terapeuta y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

**O**

\_\_\_\_\_ **ME NIEGO** a dar mi consentimiento informado para participar en el uso de servicios de telesalud para el tratamiento bajo los términos descritos en este documento.

_____	_____	_____
Paciente /Tutor Nombre Impreso	Paciente/Tutor Firma	Fecha
_____	_____	_____
Personal de MTC Representante de MTC	Firma del representante de MTC	Fecha



Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_ Identificación del Seguro \_\_\_\_\_

**Para niños menores de 18 años**

**Arreglos ordenados por la corte sobre los derechos de custodia legal**

Yo, \_\_\_\_\_, con parentesco de: \_\_\_\_\_ soy el  
(ej: mamá, abuelo)  
padre biológico o legal de \_\_\_\_\_ **y tengo la custodia** legal completa de mi hijo  
para consentimiento para servicios psicológicos de consejería.

**O**

Yo, \_\_\_\_\_, con relación de: \_\_\_\_\_ he sido  
(ej: mamá, abuelo)  
**la custodia temporal** de \_\_\_\_\_ para que mi hijo dé su consentimiento para recibir  
servicios de consejería. Tenga en cuenta: **DEBE ADJUNTAR ÓRDENES TEMPORALES.**

**O**

Yo, \_\_\_\_\_, con parentesco de: \_\_\_\_\_ voy  
(ej: mamá, abuelo)  
por **separación judicial o divorcio CON ÓRDENES TEMPORALES.** Tenga en cuenta: **DEBE ADJUNTAR  
ÓRDENES TEMPORALES** que describan el consentimiento de su hijo para los servicios psicológicos de  
asesoramiento.

**O**

Yo, \_\_\_\_\_, con parentesco de: \_\_\_\_\_ voy  
(ej: mamá, abuelo)  
a través de una **separación legal o divorcio SIN ÓRDENES/ ÓRDENES TEMPORALES.** Tenga en cuenta: debe  
adjuntar la sección que describe a los padres legalmente autorizados a dar su consentimiento para que mi hijo  
reciba servicios psicológicos de asesoramiento.

_____ Paciente /Tutor Nombre Impreso	_____ Paciente/Tutor Firma	_____ Fecha
_____ Personal de MTC Representante de MTC	_____ Firma del representante de MTC	_____ Fecha



Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_ Identificación del Seguro \_\_\_\_\_

### TARJETA DE CREDITO EN ARCHIVO

Nombre en la tarjeta: \_\_\_\_\_

Tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_ MC \_\_\_\_\_ Visa \_\_\_\_\_ AmEx \_\_\_\_\_ Discover

Número de tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_

Vencimiento: \_\_\_\_\_ Código de seguridad: \_\_\_\_\_ Código postal de facturación: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Entiendo que mi tarjeta de crédito registrada se cargará la semana siguiente después de la fecha del servicio.  
Entiendo que si tengo un saldo pendiente, los servicios de terapia pueden posponerse hasta que los saldos estén al día o se establezca un plan de pago.

Firma del titular de la tarjeta: \_\_\_\_\_

---

Para uso de oficina \_\_\_\_\_

Nombre del terapeuta: \_\_\_\_\_

Cantidad: \_\_\_\_\_ Copago / Pago por cuenta propia