



Estamos agradecidos de que confíe en Family Counseling Service para servirle a usted y su familia creemos que es importante que los nuevos clientes comprendan nuestros reglamentos de programación antes de comenzar los servicios. Lea y coloque sus iniciales en cada reglamentos a continuación y firme en la parte inferior.

Debido a los largos tiempos de espera de los clientes para las citas iniciales y de seguimiento, FCS ha implementado los siguientes reglamentos para mejorar la atención a los clientes.

Por favor inicie en cada póliza para indicar que está de acuerdo.

Inicial _____ Intakes (Primera Cita): Los clientes que no notifiquen con 48 horas de anticipación la cancelación de su cita o "no se presenten" en su cita de Intake serán referidos a otro proveedor.

Inicial _____ Cita de seguimiento: FCS requiere un aviso de 48 horas para cancelar y reprogramar una cita por teléfono. Los clientes que no notifiquen con 48 horas de anticipación y los clientes que "no se presentaron" deberán venir a la oficina para programar su próxima cita. Los clientes que en repetidas ocasiones no brinden un aviso de 48 horas o "no se presenten" pueden ser referidos a otro proveedor.

Inicial _____ Citas múltiples: FCS no programa más de una cita a la vez. Puede hablar con su terapeuta sobre sus necesidades de programación y lo acomodaremos lo mejor que podamos. En la mayoría de los casos, los clientes son atendidos cada dos semanas. Además, utilizamos una lista de cancelación para ofrecer a los clientes citas más oportunas, cuando sea necesario. (Requerir notificación de cancelación de 48 horas nos permite usar la lista de cancelación de manera efectiva.)

Firma de Cliente

Fecha

Firma de Cliente

Fecha

FAMILY COUNSELING SERVICE

Email: appointments@fcscb.org

Corpus Christi oficina:

3833 S. Staples, Suite S203
Corpus Christi, TX 78411
361-852-9665
361-852-2794 fax

Kingsville oficina:

603 E Kleberg
Kingsville, TX 78411
361-852-9665
361-592-7843 fax

Apreciamos la confianza que usted ha mostrado en escoger esta oficina para sus necesidades de terapia. Estamos dedicados a proporcionar el mejor cuidado posible.

Family Counseling Service es una agencia sin fines lucrativos. Probablemente, usted pagara un honorario que es considerablemente menos que el costo que la agencia contrae para proporcionar ese servicio. Podemos poner la diferencia por la asignación de United Way, por becas de fundaciones, y por contribuciones de individuos.

Para ayudar en este honorario subvencionado y proporciona a usted con una escala que desliza, Family Counseling Service (servicios de aconsejar la familia) aceptará su seguro de enfermedad. Por favor pregunte a la secretaria por instrucciones para asistir en archivar sus documentos. Usted puede usar Visa, MasterCard, American Express o Discover para pagar.

Cada esfuerzo será hecho para fijar una cita de terapia a un tiempo que es conveniente para usted. Las horas de oficina de la agencia son:

Corpus Christi: 8:30 a.m. hasta las 8:00 p.m. de lunes a jueves.
8:30 a.m. hasta las 5:00 p.m. el viernes.
Kingsville: 8:30 a.m. hasta las 5:30 p.m. de lunes a viernes.

Su cita esta reservado para su uso exclusivo. Para recibir beneficio repleto de su terapia, es importante que usted llegue a tiempo para su cita o si no puede cumplir con la cita, debe cancelar temprano. Esto lo hace posible darle su tiempo de terapia a un cliente que puede estar esperando una cita. Debe llamar a cancelar su cita temprano o sera cargado honorarios. Sus sesiones durarán aproximadamente 50 minutos.

Si usted encuentra nuestros servicios insatisfactorios en cualquier manera, le puede pedir a la secretaria una copia del procedimiento de quejas de la agencia.

Family Counseling Service está disponible ayudar a personas sin discriminación a raza, color, origen nacionalidad, religión, sexo, edad, o por incapacidad. Family Counseling Service puede proporcionar servicios de lenguaje en señas y asistencia en comunicar para personas con impedimiento del discurso si se necesita. Los servicios pueden ser discontinuados si un cliente está drogado o intoxicado, usa lenguaje abusivo o se conducta abusivo, o rechaza participar en metas de tratamiento.

Los servicios de la terapia son voluntarios. Usted puede negar cualquier servicio ofrecido. Mientras Family Counseling Service no tiene consecuencias legales por servicios negados, (pero) si esta por mandamieto de la corte o de su empleado, la agencia que lo refiere puede tener consecuencias.

Pedimos que todas personas que servimos (y/o su guardián legal) tomen parte en las decisiones con respecto a metas de tratamiento y servicios proporcionados. Su terapeuta le preguntara acerca de sus metas de terapia y escribirá éstos en un "plan del tratamiento" y le pedira a usted que firme que esta en acuerdo.

Si la persona cual servimos es muy agresivo, amezador, suicida, destruye propiedad, rechaza irse o es bastante borracho, la agencia puede llamar a 911 por asistencia de la policia. No se usa restricción manual.

Los servicios son confidenciales menos tal como esta delienado en la hoja azul conectada. Si tiene cualquier pregunta, por favor solicite una conferencia.

Firma de Cliente

Fecha

Firma de Cliente o Guardián

Fecha

Su terapeuta es: _____

Family Counseling Service
Información del cliente

Información del cliente adulto o padre/tutor:										Fecha: _____		
Apellido			Primer Nombre			Dirección			Ciudad / Estado / Postal			
_____			_____			_____			_____			
Telefono (Casa)			Telefono (Cellular)			Telefono (Trabajo)			¿Podemos llamar y dejar mensaje?		Si	No
_____			_____			_____			_____		_____	_____
Fecha de Nacimiento		Edad	Género	Educación	Religión			Compañía de Seguro				
_____		_____	_____	_____	_____			_____				
Correo electrónico _____ <i>(Los recordatorios de citas se enviarán por correo electrónico, si se proporcionan.)</i>							¿En que oficina prefiere ser visto?					
_____							Corpus Christi		Kingsville			
Empleo		Nombre de Empleado				¿Asesoramiento previo?		¿Referido por quien?				
_____		_____				_____		_____				
Etnicidad:		Caucasio	Africano	India Americano	Asiático	Hispano	Otro	Estado Civil:		Soltero	Separado	Casado
_____				<i>(Marque uno)</i>							<i>(Marque uno)</i>	
¿Qué idioma prefiere? _____							Ingreso anual del hogar: _____ <i>(Por favor enumere los ingresos)</i>					
_____							_____					
¿Está buscando servicios porque eres víctima de un crimen?					Si	No						
Razón de buscar terapia: 												
Hijo/Hija(s) y otras personas que vivan en el hogar:										¿Buscará servicios para esta persona?		
Nombre			Fecha de Nacimiento			Género						
_____			_____			_____			Si No			
_____			_____			_____			Si No			
_____			_____			_____			Si No			
_____			_____			_____			Si No			
Persona de contacto de emergencia: _____							Telefono: _____					
Información de pareja:												

Apellido			Primer Nombre			Dirección			Ciudad / Estado / Postal			
_____			_____			_____			_____			
Telefono (Casa)			Telefono (Cellular)			Telefono (Trabajo)			Podemos llamar y dejar mensaje?		Si	No
_____			_____			_____			_____		_____	_____
Fecha de Nacimiento		Edad	Género	Educación	Religión			Compañía de Seguro				
_____		_____	_____	_____	_____			_____				
Correo electrónico _____ <i>(Los recordatorios de citas se enviarán por correo electrónico, si se proporcionan.)</i>							¿Qué idioma prefiere? _____					
_____							_____					
Empleo		Nombre de Empleado				¿Asesoramiento previo?		¿Referido por quien?				
_____		_____				_____		_____				
Etnicidad:		Caucasio	Africano	India Americano	Asiático	Hispano	Otro	Estado Civil:		Soltero	Separado	Casado
_____				<i>(Check One)</i>							<i>(Marque uno)</i>	
Sólo para uso de oficina												
Cuota: _____			Fecha de la primera cita: _____					Terapeuta: _____				



Corpus Christi Office
3833 S. Staples, Suite S203
Corpus Christi, TX 78411
361-852-9665
361-852-2794 Fax

Kingsville Office:
603 E Kleberg
Kingsville, TX 78363
361-852-9665 or 361-334-1139
361-592-7843 Fax

Nombre del cliente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre del terapeuta: _____

Consentimiento informado para servicios de salud mental a distancia

La siguiente información es proporcionada a los clientes que están buscando tener servicios de salud mental a distancia. Este documento cubre sus derechos, riesgos y beneficios asociados con recibir dichos servicios, las pólizas de Family Counseling Service, y su autorización. Por favor lea este documento cuidadosamente, note cualquier pregunta que quiera discutir, y firme al final del documento.

Definición de servicios de salud mental a distancia:

Servicios de salud mental a distancia significa dar servicios del cuidado de la salud de una forma remota y por medios asistidos por la tecnología. Esto incluye diferentes tipos de servicios y varias formas de tecnología. La tecnología incluye, pero no está limitada, video, internet, teléfono inteligente, tableta, computadora de escritorio, u otras formas electrónicas. El método usado por Family Counseling Service es video y/o teléfono.

Limitaciones de servicios de salud mental a distancia:

Mientras los servicios de salud mental a distancia ofrecen varias ventajas como la conveniencia y flexibilidad, es una forma alternativa de terapia que puede involucrar desventajas y limitaciones. Por ejemplo, puede haber una interrupción del servicio (se puede cortar la llamada o el servicio de video). Esto puede ser frustrante e interrumpe el flujo normal de la interacción personal.

Primeramente, hay un riesgo de malentendidos entre cliente y terapeuta cuando la comunicación carece señales visuales o auditivas. La terapia en la oficina disminuye la probabilidad de interrupciones. Sin embargo, hay maneras de disminuir interrupciones y maximizar la privacidad y la efectividad. Su terapeuta tomara precauciones para asegurar que la tecnología sea segura y con un ambiente privado para sus sesiones de terapia.

La salud mental a distancia no es apropiada para todos los clientes. Su terapeuta determinara si el problema que está siendo tratado es apropiado para sesiones de salud mental a distancia y puede ser que necesite ser referido a otro proveedor si se determina que no es ético continuar con dichos servicios.

Responsabilidades del cliente para los servicios de terapia de salud mental a distancia:

Las sesiones virtuales solo pueden ser conducidas cuando el cliente se encuentra en el estado de Texas. Las sesiones virtuales deberán ser conducidas en una conexión Wi-Fi para tener la mejor señal para minimizar interrupciones.

Family Counseling Service recomienda fuertemente que usted solo se comunique a través de un dispositivo que usted sepa que es tecnológicamente seguro (ej. tiene firewall, antivirus instalado, está protegido con una contraseña, y no esta utilizando el internet por medio de una red pública de internet, etc.)

Asegúrese que usted ha revisado la póliza de su compañía de trabajo antes de utilizar una computadora de trabajo para usos personales.



Corpus Christi Office

3833 S. Staples, Suite S203
Corpus Christi, TX 78411
361-852-9665
361-852-2794 Fax

Kingsville Office:

603 E Kleberg
Kingsville, TX 78363
361-852-9665 or 361-334-1139
361-592-7843 Fax

Como el cliente, usted es responsable de encontrar un lugar privado y tranquilo donde las sesiones serán conducidas. **Las sesiones no se deben conducir si otras personas están presentes en ese lugar, o cuando usted está manejando su vehículo.**

Identidad y ubicación:

Su terapeuta requiere verificar su identidad y ubicación al comienzo de cada sesión.

En caso de falla tecnológica:

Durante una cita de salud mental a distancia hay un potencial de fallas tecnológicas. Dificultades con el equipo, software, hardware, y/o servicios suministrados por un tercer partido pueden resultar en interrupciones del servicio. Si algo ocurre para prevenir o interrumpir una cita programada debido a complicaciones técnicas y la sesión no puede ser completada vía video conferencia, por favor llame a su terapeuta al 361-852-9665. Por favor asegúrese que usted tiene su teléfono con usted y que el terapeuta tenga su número de teléfono. Su terapeuta podría reprogramar su cita si hay problemas con la conexión.

Video interactivo, archivos electrónicos médicos:

Family Counseling Service utiliza doxy.me para video interactivo, el cual incluye una encriptación de 128-bit AES. Doxy.me archivara la historia de sus sesiones, incluyendo la fecha, la hora, y la duración de sus sesiones. EHR Your Way, complaciente con HIPAA, es un programa basado en la red de internet donde su archivo médico electrónico será guardado. Su archivo será guardado por Family Counseling Service 6 años después de su última sesión de terapia (Para adultos) o 6 años después de cumplir 18 años para clientes que son menores de edad.

Administration de Plan de emergencia:

En el evento de una emergencia de salud mental, MHID tiene una línea para crisis en el condado de Nueces (888-767-4493) o Coastal Plains Community Center para residentes del condado de Kleberg (800-841-6467), y para residentes del condado de San Patricio (361-446-6567) pueden ser contactados por el cliente o el terapeuta. En el evento de una emergencia de vida o muerte, el cliente o el terapeuta contactaran los servicios de emergencia del 9-1-1.

Por favor escriba la información de la persona que desea que sea contactada en caso de emergencia:

Persona de contacto de emergencia: _____

Relación: _____ Numero de telefono: _____

Estoy de acuerdo y tomo responsabilidad total de la seguridad de cualquier comunicación o tratamiento en mi propia computadora o dispositivo electrónico y con mi propia ubicación física. También entiendo que soy responsable de usar esta tecnología en una ubicación segura y privada para que otros no escuchen mis conversaciones.



Family
Counseling
SERVICE

Corpus Christi Office

3833 S. Staples, Suite S203
Corpus Christi, TX 78411
361-852-9665
361-852-2794 Fax

Kingsville Office:

603 E Kleberg
Kingsville, TX 78363
361-852-9665 or 361-334-1139
361-592-7843 Fax

Yo entiendo que toda la información divulgada en las sesiones de terapia y los archivos escritos que pertenecen a estas sesiones son confidenciales y no serán reveladas a nadie sin mi permiso escrito, excepto cuando la divulgación es requerida por ley.

Consentimiento para tratamiento de salud mental a distancia:

Yo, voluntariamente, estoy de acuerdo con recibir servicios de terapia en línea para la evaluación, cuidado continuo, tratamiento, u otros servicios y autorizo Family Counseling Service de proveer ese cuidado, tratamiento o servicios. Entiendo y estoy de acuerdo que participare en la planificación de mi cuidado, tratamiento o servicios y que yo puedo retirar mi consentimiento para esos cuidados, tratamientos, o servicios que reciba de Family Counseling Service cuando quiera. Al firmar este consentimiento informado, yo, el cliente abajo firmante, reconozco que he leído y entendido todos los términos y la información contenida en este documento.

Consentimiento informado para servicios de salud mental a distancia

Paciente/Nombre del cliente	Firma	Fecha
-----------------------------	-------	-------

Paciente/Nombre del cliente	Firma	Fecha
-----------------------------	-------	-------

Padres/Nombre del guardián legal	Firma	Fecha
----------------------------------	-------	-------

Por favor imprima, firme y envíe por fax o email a Family Counseling Service:

appointments@fscsb.org

Fax:

361-852-2794 (Clientes de Corpus Christi)

361-592-7843 (Clientes de Kingsville)

FAMILY COUNSELING SERVICE

Yo/nosotros _____ entendemos que el precio a Family Counseling Service por una hora de terapia es \$140 por cada sesión de cincuenta minutos.

Causa de el subsidio de United Way y fundaciones privadas, mi honorario sera _____.

Si estoy usando mi seguro, yo entiendo que soy responsable por el deducible, si no se completa por otras maneras. Tambien soy responsable por el costo del honorario que el seguro no cobre. A ningun tiempo sera esto mas que mi honorario subsidio de la agencia basado en una escala de desliza.

Yo entiendo que soy obligado a pagar por cual quier cita que no atiendo o que es cancelada menos de 48 horas antes de la hora de la cita.

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Cliente

Fecha

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

Yo reconozco que he recibido una copia del Aviso de Privacidad de Practica. Family Counseling Service administrara mi/nuestros documentos de paciente en una manera confidencial y en conformidad con el Acto de Seguro de Salud Portatilabilidad y Responsabilidad. Una autorizacion separada se debe ejecutar para la liberacion de Informacion Protegida de Salud que no es rutinaria.

Firma _____

Fecha _____

Firma _____

Fecha _____

Solamente Para Uso de la Oficina

Atentamos obtener reconocimiento escrito que recibio Aviso de Privacidad de Practicas, pero reconocimiento no se pudo obtener porque:

- () El individuo rechazo firmar
- () Sucedio una situacion de emergencia que nos prevenio obtener reconocimiento
- () Otro (Favor de explicar)

Family Counseling Service Información y Cuotas de Testimonio Judicial

3833 S. Staples, Suite S203, Corpus Christi, TX 78411
Phone: (361) 852-9665 Fax: (361) 852-2794

603 E Kleberg, Kingsville, TX 78363
Phone: (361) 592-6058 Fax: (361) 592-7843

Family Counseling Service se especializa en la prestación de servicios de terapia para los clientes. Como una agencia no especializamos en la prestación de testimonio judicial o involucrarse en acuerdos de custodia o evaluaciones para el hogar.

Si razonablemente espera que su terapia se traducirá en cuestiones relacionadas con la corte, es muy recomendable que busque un terapeuta familiarizado y cómodo con el trabajo de testificar en la corte. Por favor, hable con su terapeuta.

Si le pregunta a un terapeuta con el servicio de orientación familiar a declarar o sea citada por el abogado del cliente para aparecer en la corte y se requiere que el terapeuta para cancelar o bloquear de tiempo, entonces la carga es de \$ 150.00 por hora. Se requerirá un retenedor de \$ 300.00 por testimonio de la corte antes de comenzar cualquier trabajo de corte. Cualquier cargo posterior una vez transcurrido el retén \$ 300.00 serán facturados al cliente o el abogado del cliente. Si el terapeuta es notificado(a) dentro de las 24 horas anteriores a la fecha en que la corte se ha pospuesto o retrasado la Agencia podrá renunciar al cargo para cualquier hora que puedan llenar. Si se requiere que el terapeuta viaje, todos los gastos correrán a cargo del cliente o del abogado del cliente.

Si se solicita el terapeuta para dar opiniones o resúmenes de los recursos judiciales profesionales escritos a continuaciones, las tarifas normales se aplicarán para la escritura de cartas o disposición de registros. Dicha solicitud debe ser por escrito en el forma *Solicitud del Cliente Para Sus Registros*.

Cartas

\$20.00 - Carta con sólo fechas de las visitas

\$50.00- Carta con fechas de las visitas, los objetivos del tratamiento, el progreso (o falta de).

\$65.00 – Carta con las fechas de visita, los objetivos del tratamiento, el progreso (o falta de), revisión de archivos y recomendaciones. (Por ejemplo: Evaluación Bariátrica)

Liberación de Registros

\$30.00 – Solo un cliente: revisión de archivos y copia de las notas de evaluación y progreso (\$.50 por cada página adicional más allá de 5 hojas.)

\$40.00 – Registro para más de un cliente: revisión del archivo y eliminar la información que pertenece a otra persona en la evaluación, notas de progreso, etc... no incluidos en la autorización firmada del cliente. (\$.50 por cada página adicional más allá de 5 hojas.) *Nota: Cada persona tiene que firmar una liberación individual o tener a sus padres/tutor firmar la autorización para liberar información.*

Las consultas con su abogado o abogado de la oposición, llamadas o correos electrónicos relacionados con su caso o conflicto, así como la preparación para la corte se facturarán a \$ 100.00 por hora basándose en incrementos trimestrales.

Si usted tiene preguntas relacionadas con testimonio de la corte por favor, consulte con su terapeuta.

(Firma de Cliente/Representante Autorizado legalmente)

(Fecha de Hoy)

(Nombre en letra molde)

(Relación al cliente)

FAMILY COUNSELING SERVICE

Lisa de Comprobacion del Cliente Primera Parte

Padres: Si su hijo se verá responda las preguntas de usted mismo. (Habrá una forma separada para su hijo.)

Nombre: _____

Fecha: _____

Por Favor Marque

1. ¿Ha tenido asesoramiento anterior?	Si	No			
2. ¿Vives solo(a)?	Si	No			
3. ¿Ha cambiado de trabajo / escuela en los últimos dos años?	Si	No			
4. ¿Está teniendo problemas financieros?	Si	No			
5. ¿Estás aquí con respecto a cuestiones legales?	Si	No			
6. ¿Le gusta ir al trabajo / escuela?	Si	No			
7. ¿Tiene preocupaciones sexuales?	Si	No			
8. ¿Ha usted o otros estado preocupados por su consumo de alcohol o drogas?	Si	No			
9. ¿Alguno de los miembros de su familia tienen problemas de alcohol o drogas?	Si	No			
10. ¿Usted se priva de comer o se hace vomitar?	Si	No			
11. ¿Siente que usted está en peligro?	Si	No			
12. ¿Tiene pensamientos de hacerle daño a los demás?	Si	No			
13. ¿Le resulta difícil hablar de problemas personales con otras personas?	Si	No			
14. ¿Ha perdido la esperanza de que su problema (s) se pueda solucionar?	Si	No			
15. ¿Tiene la motivación para trabajar en sus problemas?	Si	No			
16. ¿Tiene fe en un poder superior?	Si	No			
<p>Por favor marque la casilla para cada pregunta para indicar la cantidad (o la frecuencia) que le han molestado los siguientes problemas en las últimas 2 semanas.</p>	Nunca De ningun modo	Ligero Rara, menos de un día o dos	Leve Varios días	Moderado Más de la mitad de los días	Severo Casi todos los días
1. ¿Duerme menos de lo habitual, pero todavía tiene mucha energía?					
2. ¿Comenzando más proyectos de lo normal o hacer las cosas más arriesgadas de lo habitual?					
3. ¿Dolores inexplicables y dolores de cabeza (por ejemplo, la espalda, articulaciones, abdomen, piernas)?					
4. ¿Oír cosas que otras personas no podían escuchar, como voces, incluso cuando no había nadie alrededor?					
5. ¿La sensación de que alguien pudiera escuchar sus pensamientos, o que podía oír lo que otra persona estaba pensando?					
6. ¿Problemas de memoria?					
7. ¿Pensamientos desagradables, impulsos o imágenes que entran en repetidas ocasiones a su mente?					
8. ¿Sentirse impulsada a realizar ciertos comportamientos o actos mentales una y otra vez?					
9. ¿Sensación de indiferencia o distante de sí mismo, su cuerpo, su alrededores, o sus recuerdos?					
10. ¿Bebiendo 4 bebidas de cualquier tipo de alcohol en un solo día?					
11. ¿Fumar cigarrillos, un puro o una pipa, o el uso de tabaco, tabaco de mascar o cualquier otra forma de nicotina?					
12. El uso de cualquiera de los siguientes medicamentos por su cuenta, es decir, sin la prescripción de un médico, en cantidades mayores o más largo que prescrito: analgésicos (como Vicodin), estimulantes (como Ritalin o Adderall), sedantes o tranquilizantes (como pastillas para dormir o Valium), o drogas como la marihuana, cocaína o crack, drogas de diseño (como el éxtasis), alucinógenos como el LSD, heroína, inhalantes o solventes, o metanfetamina?					

FAMILY COUNSELING SERVICE

Lista de Verificación Para el Cliente -Parte Dos

Padres: Si su hijo será visto, puede omitir este cuestionario.

Nombre: _____

Fecha: _____

GAD-7

Durante las últimas dos semanas , ¿con que frecuencia ha sentido molestias por los siguiente problemas?	Nunca	Varios días	Mas de la mitad losde días	Casi todos los días	
1. Sentirse nervioso/a, intranquilo/a o con los nervios de punta	0	1	2	3	
2. No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación	0	1	2	3	
3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas	0	1	2	3	
4. Dificultad para relajarse	0	1	2	3	
5. Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente	0	1	2	3	
6. Molestarse o ponerse irritable fácilmente	0	1	2	3	
7. Sentir miedo como si algo terrible	0	1	2	3	Puntaje Total:
Total					

Si usted marco cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?	Para nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Sumamente Difícil
--	-------------------	-----------------	-------------	-------------------

PHQ-9

Durante las últimas dos semanas , ¿que tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas?	Para nada	Varios Dias	Mas de la mitad losde días	Casi todo los días	
1. Poco interes o placer en hacer las cosas	0	1	2	3	
2. Se ha sentido decaido/a, deprimido/a, o sin esperanzas	0	1	2	3	
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido/a, o ha dormido demariado	0	1	2	3	
4. Se ha sentido/a o con poca energia	0	1	2	3	
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3	
6. Se ha sentido mal con usted mismo/a- o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo/a o con su familia	0	1	2	3	
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3	
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario- ha estado tan inquieto/a o agitado/a, que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3	
9. Ha pensado que estaría mejor muerto o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3	Puntaje Total:
Total					

Si usted marco cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?	Para nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Sumamente Difícil
--	-------------------	-----------------	-------------	-------------------

FAMILY COUNSELING SERVICE

Corpus Christi oficina:
3833 S Staples, S203
Corpus Christi, TX 78411

Kingsville oficina:
603 E Kleberg
Kingsville, TX 78363

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE MENORES

Family Counseling Service se dedica a servir a las familias. Siempre que sea posible, es beneficioso para ambos padres participar en la terapia: por lo tanto, solicitamos que ambos padres expresen su consentimiento para que su hijo participe en la terapia.

Cuando hay una disputa de custodia activa o actual. Family Counseling Service tiene la obligación de que ambos padres firmen el consentimiento para los servicios. Family Counseling Service también debe obtener una copia del acuerdo de custodia legal o orden judicial más reciente.

Inicie la declaración que mejor describa su situación:

____ (iniciales de los padres) Entiendo que FCS solicita que ambos padres firmen el consentimiento para los servicios y haré todo lo posible para cumplir con esta solicitud. Entiendo que es mi responsabilidad comunicarme con los padres de mi hijo sobre este tema.

____ (iniciales de los padres) Entiendo que FCS solicita que ambos padres firmen un consentimiento para los servicios, sin embargo, no puedo cumplir con esta solicitud por la siguiente razón:

____ (iniciales de los padres) Hay una disputa de custodia actual que involucra a mi hijo y yo asumiré la responsabilidad de comunicarme con los padres de mi hijo con respecto al consentimiento para los servicios. Entiendo que a mi hijo no se le permitirá participar en los servicios de terapia si ambos padres no firman el consentimiento para los servicios.

____ (iniciales de los padres) Entiendo que FCS requiere que ambos padres firmen el consentimiento para los servicios; sin embargo, no puedo cumplir con este requisito por las siguientes razones:

____ (iniciales de los padres) Existe un acuerdo de custodia legal actual o una orden judicial para mi hijo. **Entiendo que debo entregar una copia de este acuerdo antes de programar una cita.** También entiendo que a mi hijo no se le permitirá participar en los servicios de terapia si no proporciono una copia de este acuerdo de custodia.

____ (iniciales de los padres) Entiendo que Family Counseling Services requiere una copia del acuerdo de custodia legal actual, sin embargo, no puedo cumplir con este requisito por la siguiente razón:

____ (Firma del cliente / representante legalmente autorizado) (Fecha de hoy) (Nombre en letra de imprenta)

____ (Firma del cliente / representante legalmente autorizado) (Fecha de hoy) (Nombre en letra de imprenta)

Nombre o Nombres de Niños

FAMILY COUNSELING SERVICE Historial del Desarrollo del Niño(a)/ Adolescente

Nombre del niño: _____ Edad: _____ Fecha: _____

1. Información de su médico primario		
Nombre:	Teléfono:	
Dirección:		
¿Gustaría coordinar su cuidado con el medico de su hijo? Sí No		
¿En el caso que si, estaría dispuesto a firmar una autorización para liberar información? Sí No		
2. Información del Psiquiatra (si es aplicable)		
Nombre:	Teléfono:	
Dirección:		
¿Gustaría coordinar su cuidado con el psiquiatra de su hijo? Sí No		
¿En el caso que si, estaría dispuesto a firmar una autorización para liberar información? Sí No		
3. ¿Cómo describiría, en general el estado de animo de su hijo? (Elija uno)		
Positivo(feliz, alegre, optimista, esperanzado) Negativo(deprimido, irritable, enojado, hostil) Mezclado pero más positive que negativo Mezclado pero más negativo que positivo		
3. ¿Experimento la madre biológica algún problema físico o emocional durante el embarazo? En caso que sí, especifique:	Si	No
4. ¿Consumió la madre biológica alguna bebida alcohólica o abuso alguna droga durante el embarazo? En caso que sí, especifique:	Si	No
5. ¿Existe alguna historia de abuso físico, sexual o emocional? En caso que sí, especifique:	Si	No
6. ¿Existe alguna historia de separación o de acontecimientos traumáticos prolongados? En caso que sí, especifique:	Si	No
7. ¿Ha sido su hijo diagnosticado con un trastorno mental?? En caso que sí, especifique:	Si	No
8. ¿Está el niño que actualmente recibiendo servicios especiales en la escuela? En caso que sí, especifique:	Si	No
9. ¿Su hijo alguna vez fracasado una clase o ha sido retenido(a) por razones académicas?	Si	No
10. ¿Su hijo ha tenido el asesoramiento anterior?	Si	No
11. ¿Su hijo tiene fe en un poder superior? Si es así, indique la preferencia religiosa:	Si	No

Si su hijo está tomando medicamentos, proporcione la mayor cantidad de información posible.

Medicamento	Dosis	¿Con qué frecuencia su hijo tome este medicamento?	Médico que receto este medicamento	Uso para

DSM-5 Nivel 1 Padre/Guardián Clasificación de Síntomas Medida- Niños Edad 6-17

Nombre del niño: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino Fecha: _____

Relación con el Niño: _____

Instrucciones (*al padre o guardián del niño*): Las siguientes preguntas preguntan sobre cosas que podrían haber molestado a su hijo. Para cada pregunta, encierre en un círculo el número que mejor describe la cantidad (o la frecuencia) que su hijo ha sido molestado por cada problema durante las **últimas DOS (2) SEMANAS**.

			Nunca De ningún modo	Ligero Raro, menos de un día o dos	Leve Varios días	Moderado Más de la mitad de los días	Severo Casi todos los días	Highest Domain Score (clinician)
Durante las últimas DOS (2) semanas , cuanto (o con qué frecuencia) su hijo ha...								
I.	1.	Quejado de dolores de estómago, dolores de cabeza o otros dolores y molestias?	0	1	2	3	4	
	2.	Dijo que él/ella estaba preocupado por su/su salud o acerca de enfermarse?	0	1	2	3	4	
II.	3.	Tiende problemas para dormir-es decir, problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o despertarse demasiado temprano?	0	1	2	3	4	
III.	4.	Tiende problemas prestando atención cuando él/ella estaba en clase o haciendo su/sus deberes o leer un libro o jugar un juego?	0	1	2	3	4	
IV.	5.	Había menos divirtiéndose haciendo las cosas que él/ella utiliza para?	0	1	2	3	4	
	6.	Parecía triste o deprimido por varias horas?	0	1	2	3	4	
V. & VI.	7.	Parecía más irritada o se molesta fácilmente de lo habitual?						
	8.	Parecía enojado o perdido su/su temperamento?	0	1	2	3	4	
VII.	9.	Comienzo iniciadas más proyectos de lo habitual o hacía cosas más arriesgadas de lo habitual?						
	10.	Dormio menos de lo habitual para él/ella, pero todavía tenía un montón de energía	0	1	2	3	4	
VIII.	11.	Dijo que él/ella se sentía nerviosa, ansiedad o miedo?	0	1	2	3	4	
	12.	No han sido capaces de dejar de preocuparse?	0	1	2	3	4	
	13.	Dijo que él/ella no podía hacer las cosas que él/ella quería o debería haber hecho, porque lo hacen/sentirse nerviosa?	0	1	2	3	4	
IX.	14.	Dijo que él/ella escuchó voces, cuando no había nadie allí, hablando de él/ella o decirle a él/ella lo que debe hacer o decir cosas malas a él/ella?	0	1	2	3	4	
	15.	Dicho que él/ella tenía una visión cuando él/ella estaba completamente despierto, es decir, vio algo o alguien que nadie más podía ver?	0	1	2	3	4	
X.	16.	Dicho que él/ella tenía pensamientos que seguían llegando a su/su mente que él/ella haría algo malo o que algo malo le pasaría a él/ella o para otra persona?	0	1	2	3	4	
	17.	Dijo que él/ella sentía la necesidad de comprobar en ciertas cosas una y otra vez, como si una puerta estaba cerrada o si la estufa se apagó?	0	1	2	3	4	
	18.	Parecía que preocuparse mucho acerca de las cosas que él / ella tocado estar sucio o que tienen gérmenes o ser envenenado?	0	1	2	3	4	
	19.	Dicho que él / ella tenía que hacer las cosas de cierta manera, como contar o decir cosas especiales en voz alta, con el fin de evitar que algo malo suceda?	0	1	2	3	4	

DSM-5 Nivel 1 Padre/Guardián Clasificación de Síntomas Medida- Niños Edad 6-17

Nombre del niño: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino Fecha: _____

Relación con el Niño: _____

		En los últimos dos (2) semanas , tiene a su hijo ...			
XI.	20.	Tenía una bebida alcohólica (cerveza, vino, licor, etc.)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
	21.	Fumado un cigarrillo, un puro o una pipa, tabaco o usado o tabaco de mascar?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
	22.	Medicamentos que se utilizan como la marihuana, cocaína o crack, drogas de diseño (como el éxtasis), alucinógenos (como el LSD), heroína, inhalantes o solventes (como el pegamento), o metanfetamina (como la velocidad)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
	23.	Se utiliza un medicamento sin receta médica (por ejemplo, los analgésicos como Vicodin, [estimulantes como Ritalin o Adderall], [sedantes o tranquilizantes como el Valium o pastillas para dormir], o esteroides)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
XII.	24.	En los últimos dos (2) semanas , ha él/ella habló sobre el deseo de matarse /o sobre el deseo de suicidarse?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
	25.	Ha él/ella alguna vez trató de suicidarse ella misma?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé

FAMILY COUNSELING SERVICE

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS CLIENTES

- Family Counseling Service es una agencia sin fines de lucro.
- Si su servicio requiere una tarifa, puede ser subsidiado a través de United Way, subvenciones de la fundación y contribuciones.
- Puede usar Visa, MasterCard , American Express, o Discover pagar.
- Family Counseling Service aceptará un seguro médico grupal.
- El horario habitual de la agencia es de 8:30 a.m. a 8 p.m. Lunes a Jueves, y de 8:30 a.m. a 5 p.m. el Viernes.
- Un procedimiento de queja está disponible. Ver secretaria para más información.
- Los servicios están disponibles para personas sin distinción de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, edad o discapacidad.
- El lenguaje de señas y otros servicios para necesidades especiales se brindan a pedido.
- Los servicios pueden suspenderse si un cliente está bajo la influencia de drogas o alcohol y / o usa lenguaje ó comportamiento amenazante.
- Todos los servicios de asesoramiento en FCS son voluntarios. Sin embargo, si lo exige un tribunal o la ley, la agencia que hizo la referencia puede tener consecuencias por la solicitud.
- Se pedirá a las personas atendidas, padres y / o tutores legales de niños menores que participen y firmen las metas del tratamiento.
- Los servicios son confidenciales con las excepciones que se describen en los formularios de "Información para Los Clientes Sobre La Confidencialidad".
- Solicite una conferencia si tiene preguntas sobre esta información.

Firma de Cliente: _____

Fecha: _____

Firma de Cliente: _____

Fecha: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR
LA INFORMACIÓN MÉDICA DE MENATL SOBRE USTED
Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN

POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE

Comprensión De La Información De Su Expediente De Salud Mental:

Cada vez que visita a un proveedor de atención médica mental, el proveedor hace un registro de su visita. Normalmente, este documento contiene su historial de síntomas actuales, diagnóstico y plan de tratamiento. Esta información, a menudo denominada su historial de salud mental.

- * Base de la planificación de su atención y tratamiento.
- * Medios de comunicación entre los profesionales que contribuyen a su cuidado.
- * Documento legal que describe la atención que recibió.
- * Medios por los cuales usted o un tercero pagador pueden verificar que realmente recibió los servicios facturados.
- * Una herramienta para evaluar la idoneidad y la calidad de la atención que recibió.
- * Una herramienta para mejorar la calidad de la atención de salud mental y lograr mejores resultados.

Comprender qué hay en sus registros de salud mental y cómo se usa esta información lo ayudará a

- * garantizar su precisión y integridad
- * Comprenda quién, qué, dónde, por qué y cómo otros pueden acceder a su registro
- * Tomar decisiones informadas sobre la autorización de divulgación a otros.
- * comprender mejor los derechos de información sobre salud mental que se detallan a continuación.

No usaremos ni divulgaremos su información de salud mental sin su autorización, excepto como se describe en este aviso o lo requiera por ley.

Usos y Divulgaciones: Con el consentimiento reglamentario otorgado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos, podemos usar o divulgar su información de salud mental para tratamiento, pago y operaciones.

Tratamiento: Su terapeuta registrará información en su expediente sobre los problemas que desea discutir y el plan de tratamiento que desarrollen juntos para abordar estos problemas. Él / ella documentará las acciones tomadas y las obstrucciones de cada sesión para determinar si está progresando o no hacia sus metas.

Pago: Su información de salud mental puede usarse para solicitar el pago de su plan de salud. Por ejemplo, su plan de salud mental puede solicitar y recibir información sobre las fechas de los servicios, los servicios prestados y la condición de salud mental que se está tratando.

Operaciones de Atención Médica: Su información de salud mental (que ha sido desidentificada) puede usarse según sea necesario para respaldar las actividades diarias y la gestión de FCS. Por ejemplo, la información sobre los servicios que recibió se puede utilizar para evaluar la atención y los resultados en su caso y la competencia del consejero / defensor. Usaremos esta información en un esfuerzo por mejorar continuamente la calidad y efectividad de nuestros servicios.

Usos y Divulgaciones Que No Sean Para Tratamiento, Pagos o Operaciones De Atención Médica:

Aplicación de la ley: Podemos rechazar información de salud mental para los fines que exija la ley o en respuesta a una citación judicial válida.

Informes de salud pública: su información de salud mental puede ser divulgada a las autoridades legales o de salud pública encargadas de prevenir o controlar enfermedades o lesiones o discapacidad

Compensación para trabajadores: Podemos divulgar información médica en la medida en que lo autorice y en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación para trabajadores o otros programas similares establecidos por la ley.

Institución correccional: Si es un recluso de una institución correccional, podemos divulgar a la institución o agencia la información de salud mental necesaria para su salud mental y la salud y seguridad de otras personas.

Agencias de supervisión de la salud y autoridades de salud pública: si un miembro de nuestro equipo de trabajo o una asociación comercial cree de buena fe que hemos participado en una conducta ilegal o que hemos violado los estándares profesionales o clínicos y que potencialmente ponemos en peligro a uno o más pacientes, trabajadores o el público , pueden divulgar su información de salud mental a agencias de supervisión de la salud y / o autoridades de salud pública como el Departamento de Salud.

El Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos (DHHS): Según los estándares de privacidad, debemos divulgar su información de salud mental al DHHS según sea necesario para que ellos determinen nuestro cumplimiento con esos estándares.

Otros usos y divulgaciones requieren su autorización: La divulgación de su información de salud mental o su uso para cualquier propósito distinto de los enumerados anteriormente requiere su autorización específica por escrito. Puede presentar una revocación por escrito de la autorización. Sin embargo, su decisión de revocar la autorización no afectará ni deshará ningún uso o divulgación de información que se haya producido antes de que nos notificara su decisión.

Continuidad de la atención: Es posible que nos comuniquemos con usted para recordarle una cita, o es posible que usted o su hijo reciban una excusa para la escuela o el trabajo por el tiempo perdido debido a una cita. Es posible que nos comuniquemos con usted después de que se hayan completado los servicios con respecto a su satisfacción con nuestros servicios.

Derechos individuales:

Tiene seguro bajo los estándares federales de privacidad. Éstos incluyen:

- * El derecho a solicitar una reubicación sobre el uso y divulgación de su información protegida de salud mental, no estamos obligados a aceptar las restricciones. Sin embargo, si es aceptado, cumpliremos con las restricciones.
- * El derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su condición y tratamiento de salud mental.
- * El derecho a inspeccionar y copiar su información protegida de salud mental.
- * El derecho a enmendar o enviar correcciones a su información protegida de salud mental. Las modificaciones a su información pueden ser limitadas; el Oficial de Privacidad le notificará de cualquier cambio que no se pueda realizar y por qué. Si se corrige su información, nos esforzaremos por identificar a cualquier parte que haya recibido la información incorrecta y proporcionarle la información corregida.
- * El derecho a recibir un informe de cómo y a quién se ha divulgado su información protegida de salud mental. Comuníquese con el Oficial de Privacidad para que pueda completar una solicitud por escrito y espere 60 días.
- * El derecho a recibir una copia impresa de este aviso.

Limitaciones al acceso individual:

El acceso a su información protegida de salud mental puede estar limitado o restringido en las siguientes circunstancias:

- * Notas de psicoterapia.
- * Información compilada en anticipación o para uso en una acción o procedimiento judicial o administrativo civil.
- * La información que se obtuvo de alguien que no sea un proveedor de atención médica bajo la promesa de confidencialidad y divulgación de la información probablemente revelaría la fuente.

Si su acceso a su información es limitado o restringido, es posible que el comité de privacidad revise la denegación.

Los deberes de Family Counseling Service:

La ley nos exige mantener la privacidad de su información protegida de salud mental y proporcionarle este aviso de prácticas de privacidad.

También estamos obligados a cumplir con las políticas y prácticas de privacidad que se describen en este aviso.

Estamos obligados a capacitar a nuestro personal con respecto a la privacidad y la confidencialidad e implementar un reglamento de sanciones para dictar a aquellos que violen la privacidad / confidencialidad o nuestras obligaciones con respecto a ellos.

Derecho a revisar las prácticas de privacidad:

Según lo permita la ley, nos reservamos el derecho de modificar nuestros reglamentos y practicas de privacidad. Estos cambios en nuestros reglamentos y prácticas pueden ser requeridos por cambios en las leyes y regulaciones federales y estatales. Cualquiera sea el motivo de esta revisión, le

proporcionaremos un aviso revisado en su próxima visita al consultorio. Los reglamentos y prácticas revisadas se aplicarán a toda la información de salud mental protegida que mantenemos.

Solicitudes para inspeccionar información protegida sobre salud mental:

Según lo permitido por la regulación federal, requerimos que las solicitudes para inspeccionar o copiar información de salud mental protegida se presenten por escrito. Puede obtener un formulario para solicitar acceso a sus registros comunicándose con Maria Graciano Directora de Programas Clínicos, Oficial de Privacidad de Family Counseling Service.

Quejas:

Si desea enviar un comentario o una queja sobre nuestras prácticas de privacidad, puede hacerlo enviando una carta que describa sus preocupaciones a:

Maria Graciano, MS, LPC-S, RPT-S
Family Counseling Service
3833 S. Staples, Suite S-203
Corpus Christi TX, 78411
(361)852-9665

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, debe informarnos sobre el asunto enviando una carta que describa la causa de su preocupaciones a la misma dirección. No se le sancionará ni se le tomarán represalias por presentar una queja.

La persona mencionada anteriormente también es la persona con la que puede comunicarse para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad.

Fecha Efectiva:

Este aviso entra en vigencia a partir del 14 de Abril del 2003.

Firma de Cliente: _____

Fecha: _____

Firma de Cliente: _____

Fecha: _____

3833 S Staples, S203
Corpus Christi, TX 78411
361-852-9665

603 E Kleberg
Kingsville, TX 78363
361-592-6058

Family Counseling Service

Información para clientes respecto a confidencialidad

PROGRAMA DE TERAPIA

Nuestra agencia pone mucho valor en la confidencialidad de la información que nuestros clientes comparten con nosotros. Esta pagina ha sido preparada para clarificar nuestras responsabilidades legales y eticas con respecto a este asunto importante.

Información personal que usted comparte con nosotros puede ser apuntada como parte de sus datos. Sin embargo, haremos un esfuerzo para no apuntar información que pueda ser muy delicada o avergonzoso para el cliente. Las unicas personas que tienen acceso a nuestros datos son miembros de la agencia que estan incluidos en proveer de servicios para el cliente, personaje que trabaja en la oficina, companies de seguro que monitorean servicios del trastorno mental, y profesionales autorizados en la misma responsabilidad de confidencialidad que evaluan y revisan nuestros datos para asegurar la cualidad de nuestros servicios.

Permiso para compartir información con otras personas

Si por alguna razón se encuentre la necesidad para compartir información en sus datos con una persona que no esta empleada en nuestra agencia (por ejemplo, su medico u otro terapeuta) el cliente será consultado primero y se le pedira su firma autorizandonos para compartir la información. Debido a la clase de informacion delicada que algunos documentos contienen, pueda desear discutir y considerar muy cuidadosamente las implicaciones relacionadas en compartir esta informacion y cuales datos quiere compartir antes de dar autorizacion. La forma que es firmada por el cliente indica cual información será compartida y la temporada especifica que puede ser compartida. El cliente puede revocar su permiso a cualquier tiempo, solamente tiene que darnos un aviso escrito con su firma.

Excepciones Con Respecto A Confidencialidad

Hay varios casos importantes cuando información confidencial puede ser compartida sin el permiso del cliente. En primer lugar, si el cliente es referido a nuestra agencia por la corte (por mandamiento judicial) se puede suponer que la corte requiere un informe o evaluación. En este caso el cliente debe discutir con nosotros que información quiere darnos. Tambien puede discutir que información debemos incluir en el informe antes de darnos material confidencial.

Segundo, si el cliente esta envuelto en una litigación de antes cualquier clase e informa a la corte de servicios recibidos en nuestra agencia (y su salud mental es un asunto entes la corte) el cliente podrá perder, el derecho de mantener sus datos confidenciales. Quizas prefiera consultar con su abogado antes de revelar que servicios ha recibido en nuestra agencia.

Tercero, si usted amenaza hacerse daño a usted mismo o a otra persona y hay razón para creer que las amenazas son graves, estamos obligados por ley tomar cualquier medio para proteger las personas. Quizás tengamos que compartir información sin el permiso del cliente.

Cuarto, si hay razón para creer que el cliente está abusando o descuidando de sus niños o adultos vulnerables, estamos obligados por la ley dar los datos a la agencia estatal. Esta ley está diseñada para proteger a los niños y nuestra obligación para informar es muy clara.

Quizá haya otras circunstancias donde usted decide ceder sus derechos de tener sus datos protegidos. Si se encuentra con problemas legales, le recomendamos que consulte con su abogado antes de informar a otros de los servicios que recibió en nuestra agencia.

En resumen, continuaremos en nuestro esfuerzo de proteger su informacion personal. Sin embargo, segun lo observado arriba, hay ciertos casos cuando estamos obligados por ley compartir esa informacion con otros. Si tiene preguntas acerca de la confidencialidad, por favor discuta esto con nosotros.

Firma de Cliente: _____

Fecha: _____

Firma de Cliente: _____

Fecha: _____