

FORMA DE INFORMACION DEL ADULTO
WESTERN PSYCHOLOGICAL AND COUNSELING SERVICES, P.C.

Nombre: _____ Fecha: _____
Dirección: _____ Sexo: H M Edad: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Fecha de nacimiento: _____

Directorio Telefónico

Favor de completar la información siguiente y ordena del 1 a 3 el teléfono al
cuál prefiere ser contactado.

NUMEROS TELEFONICOS

	¿Esta bien dejar recado?		Ordena del 1 al 3 su preferencia
	Si	No	
CASA: () _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRABAJO: () _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CELULAR: () _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estado Civil

Soltero/a Divorciado/a (____ años) Unión libre (____ años)
 Casado/a (____ años) Separado/a (____ años) Viudo/a (____ años)

Nombre de esposo/a o conyugue: _____
Si WPCS no puede comunicarse con usted, ¿Está bien contactar su esposo/a o conyugue?
Si No Si su respuesta es sí, el número de teléfono: () _____

Quien Contactar en Caso de Emergencia

Nombre: _____
Teléfono: () _____ : _____

Datos del Médico

Nombre del médico: _____
Dirección: _____
Número del teléfono: () _____
Número de fax: () _____

¿Quién le recomendó a esta oficina? _____

Notas de Terapeuta:
Inicial: _____

FORMA DE INFORMACIÓN DEL ADULTO

Nombre: _____

Fecha: _____

PROBLEMAS Y PREOCUPACIONES

Describe el problema por el cual está aquí hoy: _____

Favor de marcar todos los comportamientos y síntomas que considera problemáticos:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Distruido | <input type="checkbox"/> Cambio de apetito | <input type="checkbox"/> Sospechoso/paranoia |
| <input type="checkbox"/> Hiperactivo | <input type="checkbox"/> Falta de motivación | <input type="checkbox"/> Pensamientos acelerados |
| <input type="checkbox"/> Impulsivo | <input type="checkbox"/> Deseo de estar solo | <input type="checkbox"/> Energía excesiva |
| <input type="checkbox"/> Aburrido | <input type="checkbox"/> Ansiedad/Preocupación | <input type="checkbox"/> Cambios de humor |
| <input type="checkbox"/> Falta de memoria/confusión | <input type="checkbox"/> Ataques de pánico | <input type="checkbox"/> Problemas de sueño |
| <input type="checkbox"/> Cambios de humor estacional | <input type="checkbox"/> Miedo estar fuera de casa | <input type="checkbox"/> Pesadillas |
| <input type="checkbox"/> Tristeza/depresión | <input type="checkbox"/> Antisocial | <input type="checkbox"/> Problemas de alimentación |
| <input type="checkbox"/> Perdida de placer/interés | <input type="checkbox"/> Pensamientos obsesivos | <input type="checkbox"/> Problemas de apuesta |
| <input type="checkbox"/> Falta de esperanza | <input type="checkbox"/> Comportamiento compulsivo | <input type="checkbox"/> Adicción al internet |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos de muerte | <input type="checkbox"/> Agresión/peleas | <input type="checkbox"/> Problemas con pornografía |
| <input type="checkbox"/> Hacerse daño | <input type="checkbox"/> Discusiones fuertes y frecuentes | <input type="checkbox"/> Problemas de la crianza de los hijos |
| <input type="checkbox"/> Episodios de llanto | <input type="checkbox"/> Ira/irritabilidad | <input type="checkbox"/> Problemas sexuales |
| <input type="checkbox"/> Soledad | <input type="checkbox"/> Pensar en homicidio | <input type="checkbox"/> Problemas de pareja |
| <input type="checkbox"/> Baja autoestima | <input type="checkbox"/> Escena retrospectiva | <input type="checkbox"/> Problemas con su trabajo/colegio |
| <input type="checkbox"/> Culpa/vergüenza | <input type="checkbox"/> Escucha voces | <input type="checkbox"/> Uso de alcohol/drogas |
| <input type="checkbox"/> Cansancio | <input type="checkbox"/> Alucinaciones visuales | <input type="checkbox"/> Recuerdos recurrentes, inquietantes |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

¿Los problemas están afectando algunas de las siguientes opciones?

- | | | | |
|--|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cumplir los deberes diarios | <input type="checkbox"/> Autoestima | <input type="checkbox"/> Relaciones personales | <input type="checkbox"/> Higiene |
| <input type="checkbox"/> Trabajo/Colegio | <input type="checkbox"/> Asuntos del hogar | <input type="checkbox"/> Asuntos legales | <input type="checkbox"/> Finanzas |
| <input type="checkbox"/> Actividades recreacionales | <input type="checkbox"/> Actividad sexual | <input type="checkbox"/> Salud | |

Sí No ¿Ha tenido pensamientos, hecho declaraciones o ha intentado lastimarse a sí mismo?
Si su respuesta es sí, por favor explique: _____

Sí No ¿Ha tenido pensamientos, hecho declaraciones o ha intentado lastimar a otra persona?
Si su respuesta es sí, por favor explique: _____

Sí No ¿Ha sido lastimado psicológicamente o amenazado por alguien en los últimos días?
Si su respuesta es sí, por favor explique: _____

Sí No ¿Ha apostado en los últimos seis meses? Si su respuesta es sí, por favor indique lo siguiente:

Sí No ¿Ha sentido la necesidad de apostar más y más dinero?

Sí No ¿Alguna vez ha tenido que mentir a la gente importante sobre la cantidad que apostó?

Notas del Terapeuta:
Inicial: _____

Nombre: _____

HISTORIAL FAMILIAR & DESARROLLO MENTAL

Parentesco	Nombre	Edad	Calidad de Relación	Problemas de Salud Mental en Familia	Nombre del Familiar
Madre				Hiperactividad	
Padre				Abuso sexual	
Madrastra				Depresión	
Padrastro				Trastorno bipolar	
Hermanos/as				Suicidio	
				Ansiedad	
				Ataques de pánico	
				Obsesivo-Compulsivo	
Espos/a				Ira/abusivo	
Hijos/as				Esquizofrenia	
				Trastorno alimentario	
				Abuso de alcohol	
				Abuso de drogas	

- Padres legalmente casados o viviendo juntos
- Padres temporalmente separados
- Padres divorciados o permanentemente separados

- Madre vuelta a casa: Cuantas veces: ____
- Padre vuelto a casa: Cuantas veces: ____

Favor de marcar si ha experimentado alguno de los siguientes tipos de trauma o pérdida:

- Abuso emocional
- Abuso sexual
- Abuso físico
- Adicción en los padres
- Embarazo adolescente
- Descuido
- Violencia en casa
- Víctima de algún crimen
- Enfermedad de los padres
- Ha puesto un niño en adopción
- Vivió en una casa hogar
- Múltiples mudanzas en la familia
- Falta de casa
- Pérdida de un/a ser querido/a
- Problemas económicos

Notas del Terapeuta:
Inicial: _____

PREVIO TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL

Sí	No	Tipo de Tratamiento	¿Cuándo?	Proveedor/Programa	Razón al Tomar este Tratamiento
		Terapia psicológica			
		Medicamento para la salud mental			
		Hospitalización Psiquiátrica			
		Tratamiento para alcohol/drogas			
		Autoayuda/grupos de apoyo			

Nombre: _____

HISTORIA DEL USO DE SUSTANCIA

Tipo de Sustancia	Uso (últimos 6 meses)				Uso en el pasado (mas allá de 6 meses)			
	S	N	Frecuencia	Cantidad	S	N	Frecuencia	Cantidad
Tabaco								
Cafeína								
Alcohol								
Marijuana								
Cocaína/crack								
Éxtasis								
Heroína								
Inhalantes								
Metanfetaminas								
Pastillas para el dolor								
PCP/LSD								
Esteroides								
Tranquilizantes								

Sí No ¿Ha tenido síntomas de abstinencia cuando trata de dejar de usar sustancias? Si su respuesta es sí, por favor explique: _____

Sí No ¿Ha tenido problemas con el trabajo, amistades, relaciones, salud, la ley, etc. por consecuencia de uso de estas sustancias? Si su respuesta es sí, por favor explique: _____

Notas del Terapeuta:
Inicial: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Fecha del último examen físico: _____

¿Ha experimentado alguna de las siguientes condiciones médicas durante su vida?

- | | | | |
|---|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Dolores estomacales |
| <input type="checkbox"/> Dolores crónicos | <input type="checkbox"/> Cirugía | <input type="checkbox"/> Graves accidentes | <input type="checkbox"/> Heridas en la cabeza |
| <input type="checkbox"/> Mareos/Desmayos | <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas de visión |
| <input type="checkbox"/> Altas fiebres | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Sordera | <input type="checkbox"/> Aborto involuntario |
| <input type="checkbox"/> Infecciones por transmisión sexual | <input type="checkbox"/> Abortos | <input type="checkbox"/> Insomnio | |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | | |

Por favor indique cualquier otro problema de salud RECIENTE: _____

Medicamentos Prescritos Actualmente: Ninguno

Medicación	Dosis	Primera Fecha de la receta medica	Quien recetó

Medicamentos corrientes en mostrador (incluyendo vitaminas, remedios herbales, etc.):

Alergias y/o reacciones a medicamentos: Ninguno Si su respuesta es sí, por favor explique: _____

Nombre: _____

INFORMACIÓN PERSONAL, SOCIAL Y CULTURAL

Por favor describa el apoyo social (marque todos los que apliquen):

- Familia Amigos Estudiantes Vecinos
 Compañeros del trabajo Grupo de apoyo
 Grupo de la comunidad Centro religioso (¿Cuál? _____)

¿A cuál grupo étnico/cultural pertenece? _____

Si ha experimentado dificultades relacionadas con problemas étnicos/culturales, por favor explique:

¿Qué tan importantes son los asuntos espirituales? Nada Poco Algo Mucho

Sí No ¿Le gustaría incluir creencias espirituales/religiosas en la terapia?

Por favor describa sus habilidades, talentos y destrezas:

Describa cualquier otra área de interés o pasatiempo especial (arte, libros, deporte, etc.):

Notas del Terapeuta:
Inicial: _____

INFORMACIÓN MISCELÁNEA

Empleo:

Empleador: _____ Posición: _____

Cuanto tiempo ha tenido la posición: _____ Cuales son sus deberes: _____

Qué nivel de estrés tiene esta posición: Bajo Medio Alto

Otros trabajos que ha tenido:

Educación:

Sí No ¿Actualmente asiste a la escuela?

¿Graduado de la secundaria? O ¿GED? En qué año: _____

Grado asociado Año: _____ Área principal de estudio: _____

Licenciatura Año: _____ Área principal de estudio: _____

Posgrado Año: _____ Área principal de estudio: _____

Servicio Militar:

Sí No ¿Ha estado/o actualmente en el servicio militar? (Si su respuesta es no, continúe a la próxima sección)

Rama: _____ Fecha de descarga: _____ Tipo de descarga: _____ Categoría: _____

Sí No ¿Estuvo en combate?

Información Legal:

Sí No ¿Ha sido culpable de algún delito menor o un delito grave? Si su respuesta es sí, por favor explique:

Sí No ¿Está usted involucrado en un divorcio o en un procedimiento de custodia del niño recientemente?
Si su respuesta es sí, por favor explique: _____

Consentimiento de información, Derechos & Responsabilidades Y Notificaciones de Practicas de Privacidad

Versión 13R

Western Psychological & Counseling Services, Inc. Es un grupo de clínicos de salud del comportamiento, incluye trabajadores sociales, consejeros profesionales, psicólogos, enfermeras(os) psiquiátricos, psiquiatras y clínicos con nivel de maestría. Por igual tenemos consejeros de dependencia química. Manejadores de caso, entrenador de destreza que están a su disposición.

Nuestras localidades son

Clinica	Direccion	Telefono
Beaverton	9670 SW Beaverton-Hillsdale Hwy	503-626-9494
Bethany(Cornell West)	1500 NW Bethany Blvd, Suite 320	503-567-3260
Gladstone	870/880/890 SE 80nd Drive	503-659-5515
Gresham	1700 NW Civic Drive, Suite 310	503-666-8832
Hillsboro	21210 NW Mauzey Rd	503-439-9531
Portland (SE)	12636 SE Stark St Plaza 125 Bld J	503-253-4600
Salmon Creek	2103 NE 129th Street, Suite 101	360-574-9303
Tigard	7455 SW Beveland St	503-624-2600
Vancouver	7507 NE 51st Street	360-906-1190
Western Conexiones	3500 NE Martin Luther King Blvd, Suite 200	503-327-8205

Este paquete contiene el consentimiento de información, nuestro aviso de prácticas privadas, una descripción de los avances directivos y una copia que detallan sus derechos y responsabilidades

Información de Consentimiento

Nuestra Filosofía

Nosotros creemos en dar el tratamiento basado en soluciones. Creemos que usted debe ser tratado como una persona entera. Colaboramos con otros cuando se nos es permitido y autorizado. Esto incluye el manejo de su comportamiento, doctor primario y otros clínicos autorizados, como hospitales, escuelas. Individualizamos todos los tratamientos para encontrar el que mejor encaje con lo que tú necesitas. Nosotros hacemos revisión del plan de tratamiento y sus resultados. Creemos en un cuidado que no es restringido y con un costo efectivo.

Cada clínico es diferente, si tú quieres saber más de ellos y solicitar servicios. Puedes ver su perfil en nuestro sitio web (www.westernpsych.com) o contactar a nuestras oficinas para más información.

Opción de tratamiento y Necesidad Medica

Western Ofrece tratamiento individual, terapia en familia, terapia en grupos y manejo de la medicina psiquiátrica. Manejadores de caso, entrenadores de destreza que llegarían a formar parte de su plan de tratamiento.

Los servicios que use por su seguro deben ser "necesidad medica". Esto significa que

- 1) Usted tiene una condición cubierta por su seguro (ej. diagnostico)
- 2) Necesita demostrar que está mejorando en su condición (como en otros factores) Su plan de salud, explica en términos generales lo que puede cubrir y lo que no. La mayoría de los planes de seguro médico, llegan a cubrir un amplio espectro de condiciones mentales.

Un empleado se puede beneficiar de un programa al empleado llamado "EAP" este es para ayudar a lidiar con los problemas que se llegan a presentar y que tienen un impacto en su rendimiento de trabajo, salud y bien estar. El "EAP" no requiere un diagnostico. El beneficio es de tiempo limitado, pero con varias sesiones. Si necesita asistencia al respecto, su clínico puede hablarle más sobre sus opciones.

Proceso de tratamiento

Los servicios en Western comienzan con una evaluación. Su clínico hablara con usted sobre su situación actual, le preguntara su historial y hará recomendaciones de servicios. Ud. entonces podrá desarrollar un plan de tratamiento que resuma el servicio y los resultados que espera.

Las sesiones individuales duran de 40-45 minutos. Estas pueden ser semanales o cada otra semana. La frecuencia de las citas puede disminuir conforme pasa el tiempo. Su clínico hablara sobre lo que es más conveniente para usted, también tenemos la opción de hacer la terapia en grupo.

Si usted y su clínico creen que usted se beneficiaria de tomar medicamentos psiquiátricos, su clínico puede darle información sobre proveedores que se encuentran afuera de Western o referirlo(a) directamente a su médico primario.

Riesgos y Beneficios

Generalmente los servicios de de salud mental son efectivos para tratar la mayoría de las condiciones de estados mentales emocionales. Hemos hecho una revisión de resultados en los cuales hemos encontrado que la mayoría de la gente se beneficia de la terapia y de los medicamentos. Muy poca gente llega a tener señales de empeoramiento. El mejorar su salud mental requiere de atender a sus citas y de seguir todas las recomendaciones.

Cuando se genera un plan de tratamiento con su Ud. Se hablara sobre los riesgos y beneficios. Por consiguiente si a usted se le llega a referir a un proveedor de medicamentos psiquiátricos, la clínica hablara con Ud. Sobre los riesgos y beneficios de el uso de estos medicamentos.

Menores y Custodia

El papel de Western es ayudar a la gente que tiene problemas de salud mental. No hacemos evaluaciones para custodias, no determinamos si los padres son aptos o no, no haremos recomendaciones entre un padre y otro. En cuanto a la pelea de custodia, nosotros no seremos testigos en corte. A menos de que seamos obligados por la ley.

Para niños con padres divorciados, esperamos que ambos sean civilizados y que ambos estén de acuerdo con el servicio, ambos decidirán quien es quien hará la cita y quien traerá a él niños y el clínico no serán intermediarios entre la comunicación de los padres.

Ambos padres tienen acceso al archivo medico de el niño, sin tomar en cuenta la custodia parental, al menos de que esta haya sido revocada por la ley.

Los niños se benefician de la privacidad, no compartiremos detalles de lo que se dice durante el tratamiento. Compartiremos el progreso del tratamiento y solo notificaremos a los padres si el niño corre algún riesgo de hacerse daño a sí mismo o alguien más. Involucramos a los padres durante el tratamiento de los niños.

Consentimiento a Menores

Western da tratamiento sin el consentimiento de los padres a niños de 14 años o más en el estado de Oregón y de 13 años o más en el estado de Washington. Por la ley de Oregón se requiere que los padres estén al tanto de el tratamiento antes de que este termine, es nuestra póliza noticiar a los padres en la tercera cita, a menos de que haya razones clínicas por las cuales no pueden ser incluidos. Estas razones incluyen, el haber sido abusado sexualmente, o que el padre no tenga derecho.

En el estado de Washington, si un menor de edad firma el consentimiento el tiene la decisión de tomar si se habla con los padres o no. Es importante tener en cuenta que los padres tienen el derecho de acceso al historial, siempre y cuando este sea un menor de edad y mientras los derechos de padre no hayan sido revocados.

Derechos y Responsabilidades

Derechos

Reconocemos y seguimos los derechos escritos.

Ser tratado con dignidad y respeto

3

Relación a su plan de tratamiento

Seleccionar el tipo de servicios que están disponibles

Recibir servicios constantes

Participar periódicamente en la revisión de los servicios de apoyo

Recibir una copia escrita de su plan de tratamiento a seguir

Obtener el conocimiento de todos los servicios disponibles, incluyendo los resultados del plan y las posibilidades de riesgo.

Los servicios están integrados en un ambiente de comunidad y condiciones donde tu libertad no sea restringida y así dar el mayor nivel de independencia.

El derecho de consentimiento y confidencialidad para revelar información va en acuerdo con la legislatura de Oregón **ORS 107.154, ORS 179.505, ORS 192.515, ORS 192.507, 42 CFR Parte 2 y 45 CFR Parte 205.50.**

Antes de comenzar los servicios debe darnos por escrito el consentimiento de información. A excepción de que esto sea un caso de emergencia o de otra manera permitido por la ley.

Niños menores de edad, pueden entregar el consentimiento de información solo si son menores de 18 años, si están legalmente casados, o si el derecho de padre ha sido revocado por la corte.

Tenemos derecho a inspeccionar su registro personal en acuerdo con **ORS179.505**

No debe de participar en algún tipo de experimento

Tiene derecho a recibir una notificación para concluir tratamiento o transferencia de servicios, a menos de que este sea por riesgo a su bienestar.

Debe ser libre de abuso y negligencia y de reportar cualquier incidente de abuso y negligencia sin tener miedo a represalias.

Tiene libertad de expresión religiosa

Es libre de reclusión con excepción de las regulaciones en **OAR 309-032-1540(9)**

Debe estar informado sobre el comienzo de los servicios y así periódicamente en un futuro

Deber ser informado sobre las pólizas y regalamientos en relación a los servicios proveídos, a los honorarios de servicio, a tener la custodia parental o representación legal de una tercera persona

Debe incluir a sus familiares para mejorar nuestro plan de tratamiento

Debe practicar el reglamento establecido por **ORS 109.610 hasta 109.697** en caso de que el individuo sea un menor de edad.

Si el individuo esta bajo la autoridad de DHS, se necesita seguir el reglamento establecido en **ORS 426.385**

Debe de seguir los reglamentos sin miedo a tener represarías

Directrices anticipadas y Declaración al tratamiento de Salud Mental

Cada adulto en Oregon y en Washington tiene derecho a tomar decisiones sobre su tratamiento médico. Esto incluye aceptar o rechazar servicios médicos. En caso de que sea física o mentalmente indispuesto a tomar alguna decisión. A esto se le conoce como "Directiva Anticipada"

Usted puede pedir que su clínico contacte a el departamento de Decisiones a la Salud de el estado de Oregon al 503-241-0744, también puede checar el sitio web del estado de Oregon (oregon.gov) y por igual a la Asociación Medica de el estado de Washington.

Quejas y Reclamos

Si usted no está satisfecho con los servicios que le fueron proporcionados en Western. Usted tiene derecho a quejarse informalmente con un clínico o con un personal de oficina. También puede contactar al Vicepresidente de Operaciones. Su número es 503-828-8718. Consiguiente puede mandarle una carta o completar la forma de "Comentarios y Quejas" que se encuentran disponibles en todas las clínicas o en el sitio web (www.westernpsych.com) y la manda a la siguiente dirección PO BOX 82819, Portland, OR 97282. El responde a todo tipo de quejas entre la semana.

Responsabilidades

Hay responsabilidades que debe seguir mientras recibe tratamiento en Western. Estas incluyen las siguientes:

Cobertura: Debe traer su tarjeta médica en cada cita. Si no tiene beneficios médicos se cancelaran sus citas. Podemos darle opciones de pudo en efectivo o darle opciones de servicios minoritarios o gratuitos en otros lugares.

Si no se presenta y Cancelaciones: Requerimos que nos notifique 24hrs para cualquier cancelación o cambio de fecha en su cita. Si habla fuera de las horas de servicio, puede dejar un mensaje en el buzón confidencial de voz.

Cuando usted llama y cancela con anticipación, nosotros podemos dar servicio a alguien que lo necesita, si no se presente perdemos la oportunidad de brindar nuestra ayuda a alguien más.

Como resultado habrá un cargo de \$55 dólares por no presentarse o cancelar en menos de 24hrs. Este cargo no se cubre con su seguro médico y tiene que pagarlo antes de que comience su cita.

Esto no es aplicable a las personas que se encuentran bajo la cobertura del plan de Oregón o el Fondo General. En este caso si vemos que usted no demuestra ningún progreso en su tratamiento, nosotros terminaremos con los servicios.

Nosotros consideramos que si 1) Han pasado más de 60 días 2) No tiene una cita ya hecha 3) Si no sabemos nada de usted. Daremos por entendido que ha terminado con su tratamiento y cerraremos su caso. En cualquier momento nos puede llamar para comenzar su tratamiento de nuevo.

Por cortesía Western ofrece recordatorios de llamadas automáticas. Mas es su responsabilidad mantener y recordar sus citas.

Crisis y Emergencias

Llame al 911 si tiene urgencia médica. Si se encuentra en una crisis y es durante el horario de oficina por favor llame directamente a la clínica en donde recibe los servicios.

Si es fuera de los horarios de oficina y se encuentra en crisis, usted puede llama al 503-727-3764. Aquí siempre habrá clínicos disponibles para atenderlo. Este número es exclusivamente por si se encuentra en peligro o corre el riesgo de lastimar a alguien más.

Oregón y Washington tienen una línea de servicio donde podrá conversar con nuestros colegas sobre su estado actual, el número de Oregón es 1-800-698-2392, el número de Washington es 1-877-500-9276.

En relación

Para proteger la salud de todos. Western no permite el uso de tabaco ni cigarros en ninguna de sus clínicas. Por consiguiente mucho menos el uso de armas.

Responsabilidad Financiera

Como una cortesía Western verificara sus beneficios médicos o su servicio de EAP. Esto no garantiza pago. Es su responsabilidad entender su cobertura médica, incluyendo deducibles y co-pagos. Es su responsabilidad el hacernos saber si su seguro medico a cambiado o si sus beneficios son diferentes.

Western mandara los recibos de pago a su seguro o EAP. Usted es responsable por pagar su deducible, co-pago y servicios que no estén cubiertos por su seguro medico. Estos pagos deben hacerse antes de su cita o los servicios serán discontinuados.

La persona responsable deberá firma el "Reconocimiento de Pago" y se hará responsable por todos los cargos.

Si determinamos que su cuenta tiene un balance negativo. Le mandaremos un recibo y tendrá 30 días para pagarlo. Si el cargo no ha sido pagado su será sometida a una agencia de colecciones. Usted será responsable por cada pago incluyendo pagos legales o de la corte.

Los cheques deben ser hechos a nombre de "Western Psychological & Counseling Services, P.C" o por igual a "WPCS" hay un cargo de \$21 dólares por cada cheque que el banco rechace.

Notificación de Practicas Privadas

Sobre Nosotros

Aquí se explica como protegemos su información. Este solo puede ser usado por Western, incluyendo a nuestro personal de oficina y colegas. Enseguida se describe como puede tener acceso a su información y a sus derechos.

Por ley estamos obligados a:

- 1) Mantener su información confidencial
- 2) Darle esta notificación de nuestras regulaciones legales e información de salud
- 3) Cumplir lo que se dice en esta notificación

Si usted tiene preguntas sobre esto puede contactarnos a:

Privacy Office

Western Psychological & Counseling Services (Western)

P.O. Box 82819

Portland, OR 97282

Número de Teléfono: 503-828-8718

Información Protegida y su Uso

Podemos revelar su información de tratamiento por las siguientes razones.

Autorización Escrita. Usted debe completar un formulario en donde nos autoriza proporcionar información a alguna persona u organización.

7

Tratamiento. Proporcionaremos su información de tratamiento u otros servicios. Hablaremos con usted sobre servicios alternativos que sean para su beneficio o interés. Usaremos su información para coordinar tratamiento con su médico primario, para la supervisión interna o para consultar sobre su caso dentro de Western.

Pagos. Proporcionaremos su información para recibir pago de su seguro medico, por todos los servicios que se han dado.

Operaciones de atención Médica. Esto incluye proporcionar su información de plan de tratamiento para la administración y planeo interno. Por ejemplo, la usaremos para evaluar la calidad y la efectividad de nuestros terapeutas. También proporcionaremos información para resolver cualquier tipo de quejas.

Proporcionar información a personas cercanas, amigos u otros. Daremos información sobre usted, siempre y cuando esté presente y de acuerdo a revelar su información personal.

Organizaciones de Salud Pública. Proporcionaremos su información por las siguientes razones

- 1) Reportar información para prevenir y controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- 2) Reportaremos información acerca de los productos y servicios bajo la jurisdicción de la Administración de Alimentos y drogas de EE.UU.
- 3) Avisaremos si usted ha sido expuesto a alguna enfermedad contagiosa o algún otro tipo de condición.
- 4) Reportaremos información a su empleador como requiere la ley, en casos relacionados a enfermedades o lesiones en el trabajo.

Abuso y Negligencia. Si por alguna razón creemos que usted ha sido víctima de abuso o de negligencia, daremos información a las autoridades. Esto incluye a niños, ancianos y a personas de trastorno mental. Esto esta muy definido en las leyes estatales.

Supervisión de la Salud. Hay organización que es responsable de velar el cumplimiento de las reglas gubernamentales. Nosotros proporcionaremos la información necesaria para acatar con los requerimientos.

Procesos Judiciales y Administrativos. Se proporcionara información por medio de una orden administrativa o una orden de la corte judicial.

Oficiales de la Ley. Proporcionar información a oficiales de la ley es requerido y permitido para cumplir una orden de la corte, jurado, o una citación judicial. Esto incluye pero no está limitada a: identificar o localizar a una persona perdida, a localizar fugitivos, sospechosos y hacer un reporte de algún crimen cometido en nuestra propiedad.

Descendientes. Proporcionaremos información al médico forense autorizado por la ley. Proporcionaremos información requerida para ayudar a resolver e investigar alguna muerte o investigación abierta.

Salud y Seguridad. Proporcionaremos información para proteger la salud y la seguridad de alguien más.

Funciones Gubernamentales. Proporcionaremos información requerida por ley a unidades del Gobierno, como a la Fuerza Armada de EE.UU., el Departamento de Estado. Siempre y cuando estas sean solicitadas.

Compensación al trabajador. Es importante para nosotros coordinar su tratamiento con su médico primario. Ambas leyes, la Federal y la Estatal, hacen que los clínicos ejerzan la coordinación de tratamiento. Solo se comparte información básica; como diagnósticos, planes de tratamientos, recetas de medicina. Usted está en libertad de autorizar la información que quiere que proporcionemos.

Requerimiento de la Ley. Se proporcionara su información cuando sea requerida por cualquier otra ley que no ha sido mencionada anteriormente.

Uso de Obtener y Divulgar Información Altamente Confidencial. Las leyes federales de Oregón y Washington, imponen leyes específicas de privacidad en cuanto a información de "Alto Nivel Confidencial" esto incluye el abuso de alcohol y drogas, pruebas genéticas, exámenes de HIV/AIDS. Para proporcionar esta información usted nos tiene que dar su consentimiento.

Coordinación con Atención Primaria. Ambas leyes federales y estatales nos hacen ejercer la coordinación de tratamiento. Proporcionaremos información básica, como diagnostico de tratamiento, recetas medicas. Usted nos puede retirar la autorización para dar información en cualquier momento.

Derechos para proteger su información. Si tiene alguna duda acerca de nuestras prácticas de privacidad. Debe contactar a nuestra oficina de privacidad. Puede por igual mandar una queja al Director de el Departamento de Salud. El oficial privado puede proporcionarte con la información y dirección del Director. Nosotros no tomaremos ningún tipo de represalias contra usted

Derecho a solicitar restricciones. Usted puede autorizar la restricción de el uso de su información, incluyendo su plan de tratamiento, pagos...etc. Necesita llenar un formulario y mandarlo a nuestra oficina de privacidad.

Derecho a solicitar comunicación confidencial. Usted puede solicitar por escrito la mejor forma para que usted reciba su información de salud.

Derecho a retirar la autorización. Usted nos puede mandar el formulario que se encuentra en el sitio web (www.westernpsych.services.com) y contactar la oficina de privacidad para remover todo tipo de autorización. Si en caso de que la información ya haya sido solicitada, no se puede pedir de nuevo.

Derecho a tener copia de su archivo medico. Usted puede pedir la información a

Medical Records

P.O. Box 82819

Portland, OR 97282

Si quiere copias el costo es de \$10 dólares. También se le cobrara por el costo de la estampilla y si usted requiere que se le entregue todo completo y más detallado, el cargo total es de \$150 dólares por hora.

Derecho de Enmienda. Para obtener su historial necesita llenar el formulario "Amendment Request Form" y una vez que este en nuestro poder nosotros le mandaremos su información.

Derecho a recibir informes de divulgación. Usted puede pedir cualquier tipo de información que haya sido proporcionada en los últimos 6 años y después de Abril 14, 2003. Si usted solicita un informe más de una vez en el periodo de 12 meses, nosotros cobraremos \$10 dólares por cada página de su informe de estado.

Derecho a recibir una copia de esta Notificación. Esta es una copia de nuestra notificación legal. Usted puede pedir una copia directamente a nuestra oficina de privacidad o a Medical Records, como se describe arriba.

Derecho a ser notificado en caso de incumplimiento. Es nuestra responsabilidad hacerle saber lo más pronto posible si su información está comprometida o si hubo algún incumplimiento de seguridad.

Fecha de Vigencia. Esta notificación ha sido vigente desde Abril 14,2003 y fue enmendada en Marzo 1, 2014.

Cambios de aviso. Nosotros tenemos derecho a cambiar los términos de esta notificación en cualquier momento. Si este aviso cambia nosotros proporcionaremos la nueva notificación en las aéreas de espera en las oficinas de Western. También puede obtenerla por medio de nuestra oficina de privacidad.