

**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: _____      |

## Formulario de admisión de Adultos

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Problema Principal y Plan de Tratamiento

Describe el problema por el cual está aquí hoy. \_\_\_\_\_

¿Cuándo se dio cuenta de este problema por primera vez? \_\_\_\_\_

Describe los tratamientos que ha tratado para este u otros problemas.

| Tipo de tratamiento             | ¿Cuándo? | Proveedor/Programa | Razón para el tratamiento |
|---------------------------------|----------|--------------------|---------------------------|
| Terapia psicológica             |          |                    |                           |
| Medicamento para salud mental   |          |                    |                           |
| Hospitalización psiquiátrica    |          |                    |                           |
| Tratamiento para alcohol/drogas |          |                    |                           |
| Autoayuda/grupos de apoyo       |          |                    |                           |

¿Qué tipo de servicios en la próxima lista consideraría para sus preocupaciones mientras trabaja con los proveedores de Western?

Servicios serán ofrecidos en base a la necesidad médica en colaboración con su proveedor

- Terapia Individual    
  Terapia de familia    
  Terapia de grupo    
  Servicios de medicamentos  
 Dependencia química    
  Servicios de Autismo    
  Exámenes psicológicos    
  Servicios para trauma  
 Servicios para trastorno de déficit de atención    
  Culturalmente específico    
  Otro/otra: \_\_\_\_\_

¿Qué se propone lograr con la terapia? ¿Y cómo puede saber que la terapia ha concluido?

Notas del terapeuta:

Nombre: \_\_\_\_\_

### Información de Salud Mental

¿En las últimas **dos semanas**, cuan frecuentemente ha sentido lo siguiente? Por favor marque la respuesta con un círculo.

**Nunca/Raramente    A Veces    Frecuentemente**

¿Sintió poco interés o placer en hacer cosas o actividades que antes disfrutaba? .Nunca    A Veces    Frecuente

¿Se sintió con falta de ánimo, deprimido o sin esperanza? . . . . . Nunca    A Veces    Frecuente

¿Se sintió nervioso, ansioso o con miedo? . . . . . Nunca    A Veces    Frecuente

¿No podía parar o controlar sus preocupaciones? . . . . . Nunca    A Veces    Frecuente

¿Tuvo problemas prestando atención al trabajar o completar un proyecto? . . . . . Nunca    A Veces    Frecuente

¿Sintió inquietud o retorció las manos o los pies cuando estaba sentado por mucho tiempo? . . . . . Nunca    A Veces    Frecuente

¿Chequeó, tocó, o contó cosas aun cuando sabía que no tenía que hacerlo? . . . . . Nunca    A Veces    Frecuente

¿Hizo algo una y otra vez muchas veces antes de sentir que estaba correcto? ... Nunca    A Veces    Frecuente

¿Restringsió la cantidad de comida, comió más de lo normal o vomitó su comida? Nunca    A Veces    Frecuente

¿Se preocupó por su apariencia o su peso? . . . . . Nunca    A Veces    Frecuente

¿Ha tenido pensamientos acerca de matarse o lastimarse ? . . . . .Nunca    A Veces    Frecuente

¿Ha tenido pensamientos acerca de lastimar a otra persona? . . . . .Nunca    A Veces    Frecuente

¿Ha sido amenazado o lastimado por otra persona? . . . . . Nunca    A Veces    Frecuente

¿En algún momento en su vida, ha tratado de hacerse daño o matarse? . . . . . Si    No    No sé

**En los últimos seis meses, ¿ha apostado? . . . . . Si    No**

Si contestó que sí, por favor responda a las siguientes preguntas:

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

¿Ha tenido que mentirle a la gente cuánto dinero ha apostado? . . . . . Si    No

Nombre: \_\_\_\_\_

**En el último año ha usted:**

Para mujeres: Ha bebido más de 3 bebidas diarias o 7 bebidas semanales . . . . . Nunca A Veces Frecuente  
 Para hombres: Ha bebido más de 4 bebidas diarias o 14 bebidas semanales . . . . . Nunca A Veces Frecuente

| Tipo de sustancia                        | Los últimos 12 meses |   |            |          | Uso anterior |   |            |          |
|--|----------------------|---|------------|----------|--------------|---|------------|----------|
|  | S                    | N | Frecuencia | Cantidad | S            | N | Frecuencia | Cantidad |
| Alcohol                                  |                      |   |            |          |              |   |            |          |
| Cafeína                                  |                      |   |            |          |              |   |            |          |
| Marijuana/Cannabis                       |                      |   |            |          |              |   |            |          |
| Tabaco                                   |                      |   |            |          |              |   |            |          |
| Alucinógeno                              |                      |   |            |          |              |   |            |          |
| Inhalantes                               |                      |   |            |          |              |   |            |          |
| Opiáceos (pastillas para dolor, heroína) |                      |   |            |          |              |   |            |          |
| Hipnóticos / Sedativos                   |                      |   |            |          |              |   |            |          |
| Estimulantes (metanfetas, cocaína)       |                      |   |            |          |              |   |            |          |

**Durante su vida**, ¿ha sentido lo siguiente? Marque su respuesta con un círculo:

¿Alguna persona ha expresado preocupación por su uso de alcohol o drogas? . . . . . Si No  
 ¿Su uso de alcohol o drogas ha causado problemas sociales, financieros, o de empleo? . . . . . Si No

**Durante su vida**, ¿Ha sentido por lo menos por una semana un aumento de energía con poca necesidad de dormir? . . . . . Si No

En la misma semana ha hecho cosas que otras personas considerarían arriesgadas o irresponsables con el dinero, sexo, u otras actividades. . . . . Si No

**Durante su vida**, ha tenido experiencias tan aterradoras, horribles o molestas que usted:

¿Tuvo pesadillas o pensó en cosas que no quería pensar? . . . . . Si No  
 ¿Trató de no pensar en ellas o evitó situaciones que le recordaron la experiencia? Si No  
 ¿Estuvo constantemente en guardia, atento o fácilmente sobresaltado? . . . . . Si No  
 ¿Se sintió entumecido o separado de otros, de actividades y de sus alrededores? . . . Si No

Por favor marque con una X si ha tenido experiencia con los siguientes tipos de abuso o pérdidas.

- [ ] Abuso emocional [ ] Negligencia [ ] Vivió en casa del estado [ ] Trauma de inmigración
- [ ] Abuso sexual [ ] Falta de vivienda [ ] Múltiples mudanzas de hogar [ ] Tráfico humano
- [ ] Abuso físico [ ] Víctima de crimen [ ] Violencia en el hogar [ ] Violencia de pandillas
- [ ] Pérdida de un ser querido [ ] Enfermedad de los padres [ ] Padres con problemas de adicción
- [ ] Fue testigo de una muerte [ ] Otro/otra \_\_\_\_\_

Notas del terapeuta:

Nombre: \_\_\_\_\_

**Información Médica**

Mes/año de su último examen físico: \_\_\_\_/\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna condición médica crónica? ..... Si No  
Si contesta sí por favor enumere. \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna preocupación ACTUAL de salud? ..... Si No  
Si contesta sí, por favor enumere. \_\_\_\_\_

Medicamentos recetados actualmente: [ ] Ninguno

| Medicamento | Dosis | Primera vez recetado | Recetado por: |
|-------------|-------|----------------------|---------------|
|             |       |                      |               |
|             |       |                      |               |
|             |       |                      |               |

Medicamentos actuales sin receta (incluya vitaminas, remedios herbales, etc.): \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna alergia o reacción adversa a algún medicamento? ..... Si No  
Si contesta sí, por favor enumere. \_\_\_\_\_

**Historia Familiar y de Desarrollo**

Por favor enumere las personas en su familia. Continúe al revés de la página si es necesario.

| Nombre | Relación con usted | Edad | ¿Vive con Ud.? | Calidad de la relación | Diagnóstico de salud mental |
|--------|--------------------|------|----------------|------------------------|-----------------------------|
|        |                    |      |                |                        |                             |
|        |                    |      |                |                        |                             |
|        |                    |      |                |                        |                             |
|        |                    |      |                |                        |                             |
|        |                    |      |                |                        |                             |
|        |                    |      |                |                        |                             |
|        |                    |      |                |                        |                             |
|        |                    |      |                |                        |                             |

Notas del terapeuta:

Nombre: \_\_\_\_\_

**Información sociocultural**

¿Tiene dificultad encontrando apoyo (de su familia, amigos, etc.)? ..... Si No No sé  
¿Ha tenido alguna dificultad o preocupación a causa de su raza, cultura, orientación sexual, género, identidad de género, edad, o problemas étnicos? ..... Si No No sé

Si contesta sí, por favor describa. \_\_\_\_\_

Orientación Sexual (opcional) : \_\_\_\_\_

Por favor describa su espiritualidad, religión, o punto de vista. \_\_\_\_\_

Por favor describa sus puntos fuertes, habilidades, y talentos. \_\_\_\_\_

Enumere áreas de interés o aficiones (arte, libros, actividades físicas, etc.). \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Posición \_\_\_\_\_

Tiempo en esta posición: \_\_\_\_\_ Trabajos anteriores: \_\_\_\_\_

Nivel más alto de educación que completó: \_\_\_\_\_

¿Está matriculado en una escuela o programa de entrenamiento? ..... Si No

Si contesta sí, por favor enumere \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido condenado por un delito menor o grave? ..... Si No

Si contesta sí, por favor enumere \_\_\_\_\_

¿Está actualmente involucrado en un divorcio o un proceso de custodia de menores? ..... Si No

Si contesta sí, por favor enumere \_\_\_\_\_

**Información Adicional**

Por favor describa cualquier información o preocupación adicional que piensa que su proveedor necesita saber.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Notas del terapeuta:

**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

| <b>Clinica</b>        | <b>Direccion</b>                           | <b>Telefono</b> |
|-----------------------|--|-----------------|
| 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](http://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 indispueto 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](http://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 medico 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 descontinuados.

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](http://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.





**Reconocimiento del Consentimiento de Información, Derechos & Responsabilidades,  
Política de Privacidad y Opciones Directivas Avanzadas-  
Versión 13R**

**Consentimiento de Información**

Iniciales

He leído y entendido los riesgos y beneficios relacionados al tratamiento y evaluación de Western Psychological & Counseling Services (Western). Yo acepto recibir servicios para la salud mental de Western. Cualquier pregunta relacionada a este asunto ha sido contestada.

\_\_\_\_\_

**Derechos y Responsabilidades**

Iniciales

He revisado y entendido mis derechos y responsabilidades para recibir servicios en Western. Esto incluye quejas, costos, no-asistencia / políticas de cancelación, y mis derechos. Tengo una copia de estos derechos y responsabilidades. Cualquier pregunta relacionada a este asunto ha sido contestada.

\_\_\_\_\_

**Notificación de las Políticas de Privacidad**

Iniciales

He revisado las políticas de privacidad de Western. Esto incluye privacidad y excepciones a confidencialidad. Cualquier pregunta relacionada a esta política ha sido contestada. Tengo copia de esta poliza. Entiendo que Western compartirá información con proveedores de cuidados primarios al menos que yo pida "restringir" esta información.

\_\_\_\_\_

**Financiamiento**

Iniciales

Si no cancelo con 24 horas de anticipación o no me presento a la cita, pagare \$55.00 (exempto OHP y General Fund ). Yo soy "tutor financiero," significa que me hago responsable por pagar los co-pagos, co-aseguranza, deducibles, y costos de servicios no cubiertos por un plan o EAP.

\_\_\_\_\_

**Directiva Avanzada**

Si No

Me gustaría más información acerca de cómo hacer una directiva avanzada médica.

Me gustaría más información acerca de cómo hacer una directiva avanzada mental (llamada "Declaración para el tratamiento de salud mental) - Solamente Oregon.

**Nombre completo del Cliente:**

\_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento del Cliente:** \_\_\_\_\_

**Si Padre/Tutor, nombre completo:** \_\_\_\_\_

Padre  Tutor  Otro \_\_\_\_\_

**Firma del Client o Padre/Tutor** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_