

Inspired Mind Counseling

Madeleine Burkhart, LMFT

954 Risa Road

Lafayette, CA 94549

925-528-1363

Gracias por seleccionarme como su consejera. El propósito de esta carta es para informarle de mis credenciales y explicar nuestra relación profesional. Favor de preguntarme si necesita como aclarar el proceso de la terapia.

Soy Psicoterapeuta de Familia como señalado por el California Board of Behavioral Sciences (BBS), la Junta que supervisa las terapeutas de licencias que han cumplido con estándares exigentes la educación, el conocimiento y la experiencia. Tengo una maestría (M.S.) en Consejería de Educación: las Parejas, el Matrimonio y la Familia de la Portland State University. Principales cursos incluyeron crecimiento humano y desarrollo con énfasis en sistemas de la familia. Este programa de postgrado está acreditado por el Consejo de acreditación de orientación y programas educativos.

Mientras que yo no puedo garantizar ningún resultado específico de nuestras sesiones de consejería, me comprometo a prestar mis servicios de manera profesional. Como todas las consejeras del California Board of Behavioral Sciences (BBS), tenemos que cumplir con su código de ética. Se ubican en 1625 North Market Blvd., Suite S200, Sacramento, CA 95834, teléfono (916) 574-7830. Como mi cliente Ud. tiene el derecho de:

- 1) A esperar que un terapeuta con licencia ha cumplido con los requisitos mínimos de capacitación y experiencia necesaria por ley del estado;
- 2) Examinar registros públicos mantenidos por la Junta Directiva y la Junta confirmar las credenciales de un terapeuta con licencia;
- 3) Para obtener una copia del código de ética;
- 4) A las quejas del informe a la BBS;
- 5) Para estar informado de los costos de servicios profesionales antes de recibir los servicios;
- 6) Para estar seguro de la privacidad y confidencialidad mientras reciben servicios con las siguientes **excepciones**:
 - a. Informes de sospecha de maltrato infantil;
 - b. Informes inminente peligro a usted o a otros;
 - c. Información requerida en los procesos judiciales o por su compañía de seguros, o de otros organismos competentes;
 - d. Proporcionar información sobre licencia de terapeuta caso consulta o supervisión;
 - e. Defensa de reclamos presentados por usted contra su terapeuta con licencia.
- 7) Ser libre de ser objeto de discriminación por motivos de raza, religión, género o categoría otros ilícito mientras reciben servicios.

Mi política de práctica es no responder a una citación de registros o testificar en la corte sobre nuestro trabajo juntos. Al firmar este Contrato y Consentimiento, usted acepta que trabajará conmigo con el acuerdo expreso de no citar mis registros ni citarme para testificar en la Corte.

Los honorarios por los servicios son \$240 por sesión de 50 minutos que son pagados al inicio de cada sesión por Ivy Pay, un método de pagos seguro que conforme al HIPAA. Si usted necesita cancelar o reprogramar su cita, por favor avíseme **más de 48 horas** de antelación por correo electrónico, mensaje, o texto o se le facturará la cuota de pleno.

Si necesita ayuda fuera de nuestras sesiones, por favor llámeme para programar más citas en persona o citas de teléfono/video. Volveré su llamada tan pronto como sea posible en horario de lunes a viernes. Si usted necesita ayuda de emergencia o experimentando una crisis de salud mental, por favor llame al 911 o acuda a la sala de urgencias de su hospital local. Como alternativa, puede llamar a la **Contra Costa County línea de Crisis 24 horas al día, 7 días a la semana en 800-833-2900.**

Nombre & Firma: _____ **Fecha:** _____

Información del Cliente

Información general

Fecha: _____

Nombre: _____

Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Social Security #: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

¿Permiso para dejar un mensaje? S/N

¿Permiso para dejar un mensaje? S/N

Trabajo: _____ Email: _____

¿ Permiso para dejar un mensaje? S/N

¿Permiso para enviar un mensaje? S/N

Ocupación: _____ Empleador: _____

___ Casada/o

___ Divorciada/o

___ Viuda/o

___ Pareja

___ Soltera/o

___ Separada/o

Nombre y fecha de nacimiento del cónyuge/pareja: _____

Ocupación del cónyuge/pareja: _____

Otros miembros de su familia (nombre, edad y relación):

Contacto de emergencia: _____ teléfono: _____

Relación: _____ Permiso para contactar: Y / N

¿A quién puedo agradecer por refiérele a mi práctica? _____

Historia personal

Cuál es su raza/etnia: _____

Por favor indique cualquier afiliación religiosa o espiritual: _____

¿Cuál es el mayor nivel de educación? _____

¿Estás en la escuela? **Y / N** En caso afirmativo Donde: _____

¿Ha sido usted militar? **/N Y** En caso afirmativo, proporcione más información:

¿Usted nunca se ha detenido? **Y / N** En caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta:

¿Nadie ha expresado preocupación acerca de ser violento? **Y / N** En caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta:

¿Preocupa a nadie ser violento hacia usted? **Y / N** En caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta:

Historia de la familia

Describa brevemente su infancia:

Información de hermanos (nombres, edades, orden de nacimiento):

¿Cuál es su relación con su familia ahora?

¿Por favor hay alguien en su familia que puede sufrir de problemas de salud o abuso mental?:

Historia de la salud

Su Medico: _____ Teléfono: _____

Por favor los problemas médicos que trata actualmente su médico:

Por favor lista de medicamentos recetados que usted está tomando actualmente:

Por favor lista de condiciones médicas de antecedentes familiares que usted conoce:

Si es aplicable, por favor dígame sobre usted o de su pareja la historia del embarazo (# de hijos, abortos, embarazos, problemas de infertilidad):

Síntomas:

Ahora | Pasado

Ahora | Pasado

Ahora | Pasado

Persistente tristeza			Piensa en muerte/suicidio			Trastorno relacional		
Desespera, pesimismo			Inquieto, irritabilidad			Problemas del trabajo/escuela		
Culpa, impotencia			Siente inutilidad			Abuso de alcohol/drogas		
Perdida interés/aplacer			Dolor crónico			Paranoia		
Falta energía, fatiga			Demasiada energía			Pesadillas o Flashbacks		
Dificultad concentrarse			Intentos suicidio			Discapacidad desarrollo		
Problemas de sueño			Ansiedades			Problemas financieros		
Cambios apetito, peso			Ataques de Pánico			Problemas de padrecer		
Delirios o Alucinaciones			Dificultades de aprendizaje			Intentos danarse		

Por favor describa cualquier historia de intentos de suicidio o comportamientos uno mismo-dañarse: _____

Por favor describa cualquier historia de hospitalizaciones psiquiátricas: _____

Por favor describa cualquier problema de abuso pasado o actual: _____

Describa problemas pasados o actuales del juego: _____

¿Ha usted alguna vez sido físicamente, sexualmente o emocionalmente abusados? **Y / N**

En caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta:

Por favor lista de cualquier trauma significativo que han experimentado que se siente puede afectar su funcionamiento hoy en día:

Estilo de vida

¿Cuántas horas a la semana gasta en el trabajo/escuela? _____

¿Qué le gusta hacer más en su vida presente? _____

Por favor describa sus hábitos de ejercicio: _____

¿Quiénes son las personas en su vida ud puede buscar apoyo? _____

¿En qué áreas de su vida están siendo afectados por los problemas que buscan ayuda?

- Familiar/Pareja _____ Amistades _____ Anima _____
- Financieros _____ Descanso _____ Espiritual _____
- Trabajo/Escuela _____ Sueño _____ Salud _____

Terapia

¿Lo que llevó a buscar Consejería en este momento? _____

¿Qué espera obtener de la Consejería? _____

¿Ha buscado Consejería en el pasado? **Y / N** En caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta quien usted vio y cómo era útil o no útil:

¿Hay algo más que quisiera decirme? _____

Gracias!

Información EAP y Responsabilidad Financiera

Información de programa (LYRA EAP) de asistencia de empleados (Si aplica):

Nombre de EAP: LYRA
Dirección:
Numero de Autorización:
Cantidad de sesiones incluidas:
Tomador EAP:
Fecha de nacimiento:
Empleador:

Entiendo y acepto plenamente que es mi responsabilidad de comprobar todos los beneficios del seguro y cobertura. Autorizo Inspired Mind Counseling consejería (**IMC**) como mi agente en ayudarme a obtener el pago de mi proveedor de seguros de salud EAP. En esto es la autorización para la liberación de cualquier médico o cualquier otra información necesaria para procesar estas reclamaciones y pago directamente a **IMC**. También permitirá una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar de esta original. **En última instancia, yo soy responsable de pago a IMC por los servicios prestados y para cualesquiera citas perdidas y cancelaciones tardías.**

Las siguientes consecuencias podrían ocurrir si me niego a firmar esta autorización: (1) si la autorización es para demostrar a un plan de salud que un servicio debe ser pagado por el plan de salud puede negarse a pagarla; y (2) si se solicita la autorización por un asegurador porque busco inscripción o elegibilidad, la aseguradora me puede denegar la cobertura que estoy buscando. Entiendo que no puede rechazar un plan de salud pago o beneficios si me niego a autorizar la divulgación de ciertas notas de psicoterapia.

Nombre & Firma: _____ Fecha: _____

Inspired Mind Counseling

HIPAA: Aviso de privacidad. Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo información médica sobre usted puede usarse y divulgarse y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor léala cuidadosamente. Fecha de vigencia de este aviso: 01 de febrero de 2017.

Sus derechos Usted tiene el derecho de:	Sus opciones La manera que compartimos información como:
• Obtener una copia de su documento electrónico o registro	• Dile a familiares y amigos acerca de su condición
• Corregir su papel o historia clínica electrónica	• Proporcionar la relevación del desastre
• Solicitud de comunicación confidencial	• Incluirle en un directorio del hospital
• Pedirnos que limitar la información que compartimos	• Proporcionar atención de salud mental
• Obtener lista quienes hemos compartido su información	• Comercializar nuestros servicios y vender su información
• Obtener una copia de este aviso de privacidad	• Recaudar fondos
• Elegir a alguien para	
• Una queja si Ud cree que sus derechos han sido violados	

Nuestros usos y divulgaciones Podemos usar y compartir su información con
• Tratamiento
• Ejecutar nuestra organización
• Proyecto de ley por sus servicios
• Ayuda con cuestiones de seguridad y salud pública
• Investigación
• Trabajar con un examinador médico o director de la funeraria
• Dirección compensación, aplicación de la ley y a otras solicitudes de gobierno
• Responder a demandas y acciones legales
• Cumplir con la ley
• Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

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

- Registro de obtener una copia electrónica o en papel de su médico: usted puede pedir ver u obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico y otra información de salud que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo. Proporcionaremos una copia o un resumen de información sobre su salud, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable, basado en los costos.
- Nos pregunta a corregir su expediente médico: usted puede pedirnos que corregir información médica sobre usted que usted piensa que es incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo. Podemos decir "no" a su petición, pero le diremos por qué por escrito dentro de 60 días.
- Comunicaciones confidenciales de solicitud: usted puede pedirnos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o envíe un correo a una dirección diferente. Vamos a decir "sí" a todas las solicitudes razonables.
- Nos piden limitar lo que usar o compartir: usted puede pedirnos no para utilizar o compartir cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su petición, y podemos decir "no" si afectaría su atención. Si usted paga por un servicio o cuidado médico efectivo en su totalidad, usted puede pedirnos no a compartir esa información con fines de pago o nuestras operaciones con su compañía de seguros de salud. Vamos a decir "sí" a menos que una ley nos obliga a compartir esa información.
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información: usted puede pedir una lista (contabilidad) de los tiempos hemos compartido su información médica para seis años antes de la fecha pido, que compartimos con y por qué. Se incluyen todas las declaraciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica y ciertas otras Divulgaciones (como cualquier usted nos pidió hacer). Te proporcionamos una contabilidad un año gratis pero cobrará una tarifa razonable, basado en los costos si usted pregunta por otro plazo de 12 meses.
- Obtener una copia de esta privacidad Aviso: usted puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha accedido a recibir el aviso por vía electrónica. Le proporcionaremos una copia de papel con prontitud.

- Elegir a alguien a actuar por usted: Si usted ha dado alguien poder médico, de abogado o si alguien es tu tutor, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud. Se asegurará de que la persona tiene esta autoridad y puede actuar por usted antes que tomar cualquier acción.
- Archivo de una queja si usted siente que sus derechos son violados: usted puede presentar una queja si usted siente que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros. Usted puede presentar una queja con la oficina del Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos por los derechos civiles por enviar una carta a 200 independencia Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. No talionaremos contra usted por presentar una queja.

Sus opciones Para alguna información de salud, usted puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si usted tiene una clara preferencia por cómo compartir su información en las situaciones descritas a continuación, hablar con nosotros. Díganos lo que usted quiere hacer, y vamos a seguir sus instrucciones. En estos casos, usted tiene el derecho y la opción para decirnos que: Compartir información con tus familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado; Compartir información en una situación de alivio de desastre; Incluir su información en un directorio del hospital. Si no eres capaz de decirnos su preferencia, por ejemplo, si estás inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad. En estos casos nunca compartimos tu información a menos que usted nos dé permiso por escrito: Con fines de marketing; Venta de su información; Compartir la mayoría de las notas de psicoterapia Nos podremos poner en contacto contigo para recaudación de fondos, pero usted puede decir que no contactemos.

Nuestros usos y divulgaciones ¿Cómo normalmente usamos o compartimos su información médica? Suelen utilizar o compartir su información médica en las siguientes formas: Tratamiento: podemos usar su información de salud y compartir con otros profesionales que te tratan. Ejemplo: Un médico tratamiento para una lesión pide a otro médico sobre su estado de salud general; Gestión de nuestra organización: podemos utilizar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención y en contacto con usted cuando sea necesario. Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para gestionar su tratamiento y servicios; Proyecto de ley por sus servicios: podemos utilizar y compartir su información de salud para facturar y obtener el pago de planes de salud u otras entidades. Ejemplo: Le damos información a su plan de seguro de salud por lo que pagará por sus servicios

¿Cómo podemos utilizar o compartir su información de salud? Estamos permitidos o necesaria para compartir su información de otras maneras, generalmente en formas que contribuyen al bien público, como salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos propósitos. Consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/HIPAA/Understanding/Consumers/index.html para tener Ayuda con cuestiones de seguridad y salud pública; Prevención de la enfermedad; Ayuda con productos retirados; Informes de reacciones adversas a los medicamentos; Informes de sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica; Prevenir o disminuir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona; Investigación: podemos usar o compartir su información para la investigación en salud; Cumplir con la ley: compartimos información sobre usted si estatal o requieran las leyes federales, incluyendo con el Departamento de salud y servicios humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad; Las solicitudes responder a la donación de órganos y tejidos: podemos compartir información médica con organizaciones de obtención de órganos; Trabajo con un médico forense o un director de funerales: podemos compartir información médica con un médico forense, examinador médico o director de la funeraria cuando un individuo muere; Dirección de compensación, aplicación de la ley y a otras solicitudes de gobierno: para reclamaciones de compensación; Para fines de aplicación de la ley o con un oficial de la ley; Con los organismos de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley; Para las funciones especiales del gobierno como militares, seguridad nacional y los servicios de protección presidenciales; Responder a demandas judiciales y legales acciones: podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nunca venderemos información personal. A menos que en respuesta a una orden judicial o administrativa o en respuesta a una citación, nunca a compartir registros de tratamiento sin su permiso por escrito.

Nuestras responsabilidades: Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información protegida de salud; Le dejaremos saber inmediatamente si se produce una brecha que puede haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información; Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en este aviso y le dará una copia de la misma; No usar o compartir su información como se describe aquí a menos que usted nos dice que podemos en la escritura. Si usted nos dice que puede, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganoslo saber por escrito si usted cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html. Cambios en los términos de este aviso: podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. Nuevo aviso estará disponible a petición, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Este aviso de prácticas de privacidad se aplica a las siguientes organizaciones: la práctica privada de Inspired Mind Counseling, Madeleine Burkhart, LMFT #94533, 954 Risa Road, Lafayette, CA 94549, teléfono 925-528-1363.

Nombre & Firma: _____ **Fecha:** _____