

Bienvenido a LifeStriders. Es nuestro deseo ayudarle a lograr sus Life Strides, es decir, los progresos de su vida personal. Este formulario solicita información sobre sus necesidades y le informa sobre los servicios que ofrecemos y las políticas que respetamos. Tómese unos minutos para completar este formulario. Las preguntas que encontrará en las siguientes páginas están diseñadas para ayudarnos a satisfacer mejor sus necesidades de tratamiento. **Si la persona que busca atención médica es un niño, el padre/la madre o el tutor debe completar este formulario.** Si tiene alguna pregunta, estaremos encantados de responderla.

Formulario de información del cliente

Fecha de hoy: _____

Nombre del cliente (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido) Fecha de nacimiento Sexo Estado civil

Dirección (calle, ciudad, estado) Código postal N.º de teléfono del hogar

Dirección de correo electrónico N.º de teléfono del trabajo N.º de teléfono celular

Nombre del empleador Número de Seguro Social

Si es menor: Nombre del padre/madre Fecha de nacimiento Número de Seguro Social

Contacto de emergencia Parentesco N.º de teléfono

¿Cómo se enteró de LifeStriders? _____

PERFIL MÉDICO

1) Enumere **todos** los medicamentos que esté tomando actualmente:

Recetado por:	Medicamento:	Dosis:	¿Por cuánto tiempo?

2) Alergia (medicamento): _____

3) ¿Está actualmente bajo la atención de un médico? _____

Nombre: _____

Fecha en que lo vio por última vez: _____

Problema: _____

4) Médico: _____

N.º de teléfono: _____

Fecha del último examen físico: _____

5) Problemas médicos actuales: (Marque lo que corresponda)

Alergias

Dolor crónico

Intestinos irritables

Asma

Diabetes

Problemas estomacales

Artritis

Estreñimiento frecuente

Problemas de la piel

Problemas de
espalda

Dolores de cabeza
frecuentes

Problemas de la visión

Cáncer

Fiebre del heno

Presión arterial alta

Problemas cardíacos

Problemas auditivos

Otros

6) Problemas médicos significativos previos que no se hayan incluido en la lista anterior:

7) Cirugías previas:

8) Accidentes previos: _____

9) ¿Cómo califica su salud física actual?

Excelente

Buena

Regular

Deficiente

10) Describa los motivos por los que busca tratamiento en esta oportunidad. Si hay algún evento específico que provocó la decisión de buscar tratamiento ahora, menciónelo:

12) ¿Qué resultados espera del tratamiento?

13) Si recibió tratamiento de salud mental anteriormente, enumere los aspectos del tratamiento que considera que funcionaron mejor y los que no funcionaron.

14) ¿De qué manera el o los problemas por los que está buscando tratamiento afectan las siguientes áreas de su vida?

	Ningún efecto	Poco efecto	Algo de efecto	Mucho efecto	Efecto significativo	No corresponde
Matrimonio/Relación						
Familia						
Desempeño laboral/escolar						
Amistades						
Situación financiera						
Salud física						
Niveles de ansiedad/Nervios						
Estado de ánimo						
Hábitos alimenticios						
Hábitos de sueño						
Funcionamiento sexual						
Consumo de alcohol/drogas						
Capacidad de concentración						
Capacidad de controlar la ira						

FILOSOFÍA DE TRATAMIENTO

En LifeStriders creemos en brindar una terapia dirigida por objetivos y centrada en el cliente de una manera que satisfaga mejor las necesidades individuales de nuestros clientes. Esto significa que los objetivos de tratamiento se establecen después de una evaluación minuciosa. Por consiguiente, todo el tratamiento se planea con el objetivo en mente, y se avanza hacia el logro de ese objetivo de manera rápida y eficiente. Si alguna vez tiene alguna pregunta sobre la naturaleza del tratamiento o alguna inquietud sobre su atención, no dude en contactarnos.

Entiendo y acepto toda la información mencionada anteriormente.

Cliente (o padre/madre/tutor) Nombre en letra de imprenta Fecha

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

**Orden del médico para terapia individual/terapia grupal/terapia ocupacional
(Debe estar firmada por el especialista médico de tratamiento)**

El cliente: _____ **ha sido considerado elegible para recibir:**

_____ Servicios de terapia ocupacional en función de la evaluación.

_____ Servicios de terapia individual o grupal en función de la evaluación.

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Padre/madre/tutor: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Médico: Complete los puntos que figuran a continuación. Puede devolver el formulario al cliente o a LifeStriders por fax o correo electrónico. Si se requiere un formulario de recetas propio de la clínica, asegúrese de incluirlo en el paquete de devolución. ¡Gracias!

_____ Proporcione servicios de terapia ocupacional según sea necesario.

_____ Proporcione servicios de terapia individual/grupal según sea necesario.

Diagnóstico médico/Descripción de la discapacidad: _____

Precauciones/Contraindicaciones: _____

Comentarios adicionales: _____

Este formulario de derivación tendrá validez durante **1 año**, a menos que se terminen los servicios, haya un cambio en el estado médico de las personas mencionadas anteriormente o sea necesaria una orden actualizada.

Nombre del médico: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

POLÍTICAS DE TRATAMIENTO, PRIVACIDAD Y ASUNTOS FINANCIEROS DE LIFESTRIDERS, INC.

Gracias por elegir a LifeStriders como su proveedor de atención de salud mental. Estamos comprometidos principalmente con su salud y bienestar. Entienda que el pago de su factura se considera parte del tratamiento. Con respecto a este tema, a continuación encontrará una declaración de nuestras políticas de tratamiento, privacidad y asuntos financieros, que le solicitamos que lea y firme antes de poder comenzar el tratamiento.

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO Y DERECHOS DEL CLIENTE

Acepto recibir tratamiento según lo acordado con mi terapeuta. Entiendo mis derechos como cliente y he recibido una copia impresa de estos derechos a pedido. Además, autorizo y solicito que mi proveedor de tratamiento lleve a cabo exámenes, procedimientos de diagnóstico o tratamientos de salud mental que se recomienden ahora o durante el curso de mi atención. Entiendo que me explicarán el propósito de estos procedimientos si lo solicito y que dichos procedimientos estarán sujetos a mi aprobación. Además, entiendo que si bien el curso de la terapia está diseñado para ser útil, a veces puede ser difícil e incómodo.

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo que sea necesaria para diseñar planes de tratamiento efectivos. Esta información puede incluir, por ejemplo, diagnósticos, procedimientos de tratamiento o fotocopias de una parte o de la totalidad de mis expedientes.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Se requiere un aviso con veinticuatro (24) horas de anticipación para cancelar las consultas. Sé que me cobrarán de acuerdo con la tarifa programada si cancelo una consulta con menos de veinticuatro (24) horas de anticipación.

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD

Toda la información compartida entre el proveedor y el cliente se conservará de forma estrictamente confidencial a menos que:

1. El cliente autorice la divulgación de la información con su firma.
2. El cliente represente un peligro físico para sí mismo.
3. El cliente represente un peligro físico para los demás.
4. Se sospeche abuso y negligencia de menores/ancianos.

En los últimos dos casos, estoy obligado por ley a informar a las víctimas potenciales y a las autoridades legales para que se puedan tomar medidas de protección. En la última página de este paquete hay una copia del Aviso de privacidad, tal como lo exige la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA); dicho aviso describe las obligaciones legales relacionadas con la información de salud.

ACUERDO FINANCIERO

LifeStriders, Inc. se esfuerza por proporcionarle servicios de apoyo de salud mental asequibles. Usted será responsable de pagar una tarifa que puede estar entre los \$40 y los \$140 por hora de terapia (45 a 50 minutos) o una tarifa de escala móvil según la elegibilidad y disponibilidad del fondo. Sin embargo, si usted no es elegible al momento de la prestación de los servicios, usted será responsable del pago total. Todos los pagos deben hacerse al momento de la prestación de los servicios.

RECONOCIMIENTO Y NOTIFICACIÓN

Reconozco que me proporcionaron una explicación de las políticas de cancelación, de emergencia, de asuntos financieros y de privacidad. Conservaré la última página de este paquete (copia del cliente).

- Sí, acepto recibir por correo electrónico comunicaciones de mi terapeuta relacionadas con las consultas.
- No, no deseo recibir por correo electrónico comunicaciones de mi terapeuta relacionadas con las consultas.

He leído y acepto las políticas de LifeStriders, Inc. mencionadas anteriormente.

Firma del cliente (o representante autorizado)

Nombre en letra de imprenta

Fecha

POLÍTICAS DE TRATAMIENTO, PRIVACIDAD Y ASUNTOS FINANCIEROS

(Copia del cliente)

Política de confidencialidad y privacidad

Toda la información compartida entre el proveedor y el cliente se conservará de forma estrictamente confidencial a menos que:

1. El cliente autorice la divulgación de la información con su firma.
2. El cliente represente un peligro físico para sí mismo.
3. El cliente represente un peligro físico para los demás.
4. Se sospeche abuso y negligencia de menores/ancianos.

En los últimos dos casos, estoy obligado por ley a informar a las víctimas potenciales y a las autoridades legales para que se puedan tomar medidas de protección. En la última página de este paquete hay una copia del Aviso de privacidad, tal como lo exige la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA); dicho aviso describe las obligaciones legales relacionadas con la información de salud.

Política financiera: LifeStriders está comprometido principalmente con su salud y bienestar. Entienda que el pago de su factura se considera parte del tratamiento. Con respecto a este tema, a continuación encontrará una declaración de nuestras políticas de tratamiento y asuntos financieros, que le solicitamos que lea y firme antes de poder comenzar el tratamiento.

LifeStriders, Inc. se esfuerza por proporcionarle servicios de apoyo de salud mental asequibles. Usted será responsable de pagar una tarifa que puede estar entre los \$40 y los \$140 por hora de terapia (45 a 50 minutos) o una tarifa de escala móvil según la elegibilidad y disponibilidad del fondo. Sin embargo, si usted no es elegible al momento de la prestación de los servicios, usted será responsable del pago total. Todos los pagos deben hacerse al momento de la prestación de los servicios.

Tenga en cuenta que se aplicará un cargo de \$20 por los cheques rechazados.

Política de cancelación: Se requiere un aviso con veinticuatro (24) horas de anticipación para todas las cancelaciones. Se le cobrará una tarifa habitual por no asistir a la consulta. Si debe cancelar una consulta, deje un mensaje en el buzón de voz de su terapeuta o envíele un correo electrónico con 24 horas de anticipación.

Procedimientos de emergencia: Si tiene una emergencia médica o potencialmente mortal, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Líneas de crisis: División de Salud Mental del Condado [County Mental Health Division] (414) 257-6995. Línea de prevención del suicidio/Línea de crisis de salud mental [Suicide Intervention/Mental Health Crisis Line] (414) 257-7222.

Si necesita comunicarse con un terapeuta de LifeStriders, deje un mensaje de acuerdo con las instrucciones del servicio telefónico y le devolverán el llamado. Podría haber un cargo por consultas telefónicas prolongadas.

Teléfono: 262-309-9297

Correo electrónico: counseling@lifestridders.org, veronica@lifestridders.org

Copia del Aviso de privacidad para el cliente

LifeStriders, Inc. debe preservar la privacidad de su información personal de salud y darle este aviso que describe nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad en relación con su información personal de salud.

Sin su autorización por escrito, podemos utilizar su información de salud para los siguientes fines:

- 1) **Tratamiento.** Un proveedor puede utilizar la información incluida en su expediente médico para determinar qué opción de tratamiento satisface mejor sus necesidades de salud. El tratamiento seleccionado se registrará en el expediente médico para que otros profesionales de atención médica puedan tomar decisiones informadas sobre su atención.
- 2) **Pago.** Para que una compañía de seguros pague su tratamiento, debemos presentar una factura que lo identifique y que describa su diagnóstico y el tratamiento que se le proporciona o el costo de la atención que brindamos.
- 3) **Actividades de atención médica.** Es posible que necesitemos su diagnóstico, tratamiento y la información de los resultados para mejorar la calidad de la atención. Además, es posible que utilicemos su información de salud para enviar recordatorios de consultas.
- 4) **Según lo exija o permita la ley.** A veces debemos divulgar parte de su información de salud a autoridades legales, como agentes del orden público, funcionarios judiciales o agencias gubernamentales.
- 5) **Actividades de salud pública.** Se nos puede exigir que divulguemos su información de salud a las autoridades para ayudar en la prevención o el control de enfermedades, lesiones o discapacidades.
- 6) **Actividades de supervisión de salud.** Podemos divulgar su información de salud a las autoridades para que estas puedan controlar, investigar, inspeccionar, disciplinar o autorizar a las personas que trabajan en el sistema de atención sanitaria o para programas de beneficios gubernamentales.
- 7) **Actividades relacionadas con la muerte.** Podemos divulgar su información de salud a forenses, examinadores médicos y directores de funerarias para que puedan llevar a cabo sus tareas relacionadas con la muerte.
- 8) **Para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad.** Según lo exigido por la ley y las normas de conducta ética, podemos divulgar su información de salud a las autoridades adecuadas si creemos, de buena fe, que dicha divulgación es necesaria a fin de prevenir o minimizar una amenaza grave e inminente para usted o para la salud o seguridad pública.
- 9) **Asuntos militares, de seguridad nacional o de encarcelación con custodia por agentes de policía.** Si participa en actividades militares, de seguridad nacional o inteligencia, si está bajo la custodia de agentes de policía o si es un recluso en una institución correccional, podemos divulgar su información de salud a las autoridades adecuadas para que estas lleven a cabo sus tareas en virtud de la ley.
- 10) **Indemnización de los trabajadores.** Podemos divulgar su información de salud a las personas adecuadas para cumplir con la ley relativa a la indemnización de los trabajadores u otros programas similares. Estos programas pueden proporcionar beneficios en caso de lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Nota: A excepción de los fines mencionados anteriormente, **debemos obtener su autorización específica** por escrito para cualquier otro tipo de divulgación de su información de salud. Si firma un formulario de autorización, puede **cancelar su autorización** en cualquier momento, siempre y cuando lo haga por escrito. Si desea cancelar su autorización, presente su solicitud de cancelación por escrito ante el Departamento de Expedientes Médicos (Medical Records Department) de LifeStriders, Inc.

Sus derechos relacionados con la información de salud

Usted tiene varios derechos en relación con su información de salud. Si desea ejercer cualquiera de los siguientes derechos, comuníquese con su proveedor individual. Específicamente, usted tiene derecho a hacer lo siguiente:

- 1) **Revisar y copiar su información de salud.** Con pocas excepciones, usted tiene derecho a inspeccionar su información de salud y a obtener una copia de ella. Sin embargo, este derecho no aplica a las notas de psicoterapia ni a la información recopilada para procesos judiciales, por ejemplo. Asimismo, podemos cobrarle una tarifa razonable si desea obtener una copia de su información de salud.
- 2) **Solicitar la corrección de su información de salud.** Si considera que su información de salud es incorrecta, puede pedirnos que la corrijamos. Es posible que se le pida que presente dichas solicitudes por escrito y justifique por qué debe modificarse su información de salud. Sin embargo, podemos rechazar su solicitud si no hemos creado la información de salud que usted considera incorrecta o si estamos en desacuerdo con usted y consideramos que esta es correcta.
- 3) **Solicitar restricciones para ciertos usos y divulgaciones.** Usted tiene derecho a pedir restricciones respecto de cómo se utiliza su información de salud o a quién se la divulga, incluso si la restricción afecta su tratamiento, nuestro pago o las actividades de atención médica. Usted puede solicitar limitar la información de salud que se proporciona a sus familiares o amigos que participen en su atención o en el pago de facturas médicas. Sin embargo, no se nos exige que aceptemos, en todas las circunstancias, la restricción solicitada.
- 4) **Recibir comunicación confidencial de información de salud, según corresponda.** Usted tiene derecho a pedir que le comuniquemos su información de salud en diferentes formas o lugares. Debemos adaptarnos a las solicitudes razonables.
- 5) **Recibir un registro de divulgación de su información de salud.** En algunos casos limitados, usted tiene derecho a pedir una lista de las divulgaciones de su información de salud que hemos hecho durante los últimos seis años, pero la solicitud no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003.
- 6) **Obtener una copia impresa de este aviso.** Si lo solicita, puede obtener en cualquier momento una copia impresa de este aviso.
- 7) **Presentar quejas.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros y ante el Departamento de Salud y Servicios Sociales (Department of Health and Human Services) federal.

Si tiene alguna pregunta o inquietud relacionada con sus derechos de privacidad o con la información incluida en estos avisos, comuníquese con su proveedor individual. Este aviso de Privacidad de información médica es una regulación federal (HIPPA). Vigente desde el 14 de abril de 2003.