

**Centro para Padres de Infantiles**  
**FORMULARIO DE REFERENCIA**



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

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_ Permiso de dejar mensaje de voz? Si No

Cuidador Adicional: \_\_\_\_\_ Permiso de dejar mensaje de voz? Si No

Domicilio (Calle, Ciudad, Codigo Postal): \_\_\_\_\_

Seguransa del Cliente: \_\_\_\_\_

Preferencia de Oficina: Preferencia de hora de cita: Existen Limitaciones de Transportación:  
Cameron Park/ Placerville AM/ PM/ Tarde En caso afirmativo: \_\_\_\_\_

Alguno de los adultos en la casa ha dado servicio militar? Si No

**A quién le podemos agradecer por referirte al Centro para Padres de infantiles?**

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de Contacto: \_\_\_\_\_

**Razón de Solicitud de Servicios:**

---

---

**Autorización para divulgar información confidencial:**

Entiendo que me han referido al Centro de Padres de Infantiles. Autorizo a la agencia/persona de referencia a compartir mi información con el personal del Centro para Padres de Infantiles (Infant Parent Center). Entiendo que puedo revocar este intercambio y liberación en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se han tomado medidas. A menos que se revoque anteriormente, esta versión finalizará en doce(12) meses a partir de la fecha de esta versión. Autorizo la divulgación de la información indicada. Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización.

Nombre de Impresion: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL CENTRO DE PADRES DE INFANTILES



Bienvenidos a nuestra agencia. Es importante para nosotros que su experiencia aquí sea agradable. Si tiene alguna pregunta o duda sobre su experiencia, por favor discuta con nosotros.

Este formulario contiene información importante sobre nuestros servicios profesionales y políticas comerciales. Por Favor lea atentamente el documento completo y no dude en discutir cualquier pregunta o inquietud que pueda tener con nosotros. Una vez que firme este documento, se producirá un acuerdo vinculante entre nosotros. Recuerde que la participación en estos servicios de salud mental es voluntaria. Usted puede retirarse de los servicios en cualquier momento.

### **Servicios de Psicoterapia/ Psychotherapy Services**

La terapia implica tanto beneficios como riesgos. Los riesgos incluyen la posibilidad de experimentar niveles incómodos de sentimientos como tristeza, ansiedad o impotencia. La terapia a menudo requiere recordar experiencias o hacer cambios, algunos de los cuales pueden ser inicialmente desagradables. La terapia también puede incluir cambios en las relaciones que pueden ser negativos. La terapia también ha demostrado tener beneficios. Participando en terapia a menudo conduce a la reducción de los sentimientos de angustia, mejores relaciones y la resolución de problemas específicos.

### **Gastos Profesionales/ Professional Fees**

La terapia individual, familiar y de parejas se cobra a la tarifa de \$130 por hora. Las citas tales como visitas domiciliarias y observaciones escolares fuera de la oficina también se cobran a esta tarifa. Las llamadas telefónicas más allá de 10 minutos se pueden cobrar a prorratio. Cualquier concesión o tarifa de escala deslizante será acordada según nuestro acuerdo financiero. Preferimos no escribir informes para tribunales, abogados o mediadores. Si esto se convierte en un problema para usted, podemos discutir esto con más detalle en ese momento. En el caso de que se nos pida que escribamos un informe, que proporcionamos documentos, seamos depuestos o citados, cobraremos por todo nuestro tiempo asociado.

Esto incluye, pero no se limita a, cualquier tiempo que programemos para una apelación en asuntos relacionados con la corte, tiempo dedicado a escribir informes o proporcionar documentos, cualquier tiempo de espera, o tiempo dedicado a testificar. Cobramos por cualquier hora programada, incluso en el caso de que se cancele o posponga una declaración o prueba, ya que este utiliza el tiempo en el que normalmente veríamos a los clientes. Nuestra tarifa para actividades y aplicaciones relacionadas con la corte es de \$150 por hora. Al igual que con todos los servicios profesionales, nuestras tarifas pueden aumentar con el tiempo. Todos los clientes que sean vistos de forma activa recibirán una notificación por escrito de 60 días de cualquier aumento de tarifa.

## Pagos/ Payments

Se espera que pague por cada sesión en el momento en que nos reunamos, a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado. Aceptamos cheques, tarjetas de crédito/débito y efectivo para el pago. A los cheques devueltos se les cobrará una tarifa de servicio igual a la tarifa cobrada a nuestra cuenta por el banco. Después de dos cheques devueltos, ya no podremos aceptar cheques como forma de pago de usted y tendrá que pagar por sesiones en efectivo. Si incurre en más de dos sesiones en su saldo, el saldo tendrá que ser pagado en su totalidad antes de que se puedan programar sesiones futuras.

Cuentas demoradas (saldos que vencen durante 60 días) puede ser enviado a una agencia de cobro. Usted será responsable de cualquier cargo de cobro, corte o abogado requerido para cobrar saldos pendientes en cuentas demoradas.

## Facturación de seguros/ Insurance Billing

Si somos proveedores dentro de la red para su seguro, le facturaremos directamente su seguro. Usted será responsable de cualquier deducible, copago o coseguro. En el caso de que su seguro deniega el pago de los servicios, usted será responsable de sus honorarios de terapia.

Usted será responsable de pagar su copago en el momento de cada sesión. Puede pagar con cheque, tarjeta de crédito/débito o efectivo.

Llamaremos para verificar sus beneficios al comienzo de la terapia; sin embargo, esto no es una garantía de beneficios y su compañía de seguros todavía puede negar el pago de su terapia. Como se indicó anteriormente, si esto sucede usted será responsable de todas las tarifas de la terapia.

Facturaremos el seguro a través de una grabacion de compensación en línea confidencial, segura y conforme a HIPPA. Si tiene alguna pregunta sobre este proceso, por favor no dude en preguntarnos.

Al firmar este acuerdo, usted está dando permiso a IPC (Centro de Padres de Infantiles) para facturar a su compañía de seguros para el tratamiento.

**Es importante que sepa que las compañías de seguros requieren un diagnóstico de salud mental para cualquier cliente que utilice su seguro para pagar la terapia.** Esto se convertirá en parte de su historial médico. Es importante que usted entienda que históricamente las compañías de seguros han considerado algunos diagnósticos de salud mental como ansiedad, depresión y TDAH como condiciones preexistentes, que pueden afectar las aplicaciones médicas y de seguros de vida. Algunos empleadores como el gobierno, la seguridad y las organizaciones militares también pueden usar registros médicos para determinar la aptitud para servir en algunos puestos.

Si no somos proveedores dentro de la red para su seguro, a petición suya, le proporcionaremos un "super-factura". Este "súper-factura" resume las fechas de la sesiones recibidas y cuánto pagó por sesión. También incluye un código de diagnóstico. Puede enviar esto a su compañía de seguros para su reembolso, dependiendo de sus pólizas con respecto al pago de proveedores fuera de la red. Deberá ponerse en contacto directamente con su compañía de seguros para conocer su póliza al respecto.

### **Pago De Terceros/ Third Party Payment**

Si un tercero está pagando por su terapia, se enviará una factura mensual directamente a esa agencia. Sin embargo, en el caso de que el tercero deniega el pago de los servicios, usted será responsable de sus honorarios de terapia. Se le facturará a la misma tarifa que el tercero.

Por lo general, los terceros no pagan las citas perdidas. Por lo tanto, usted será responsable de cualquier cargo relacionado con citas perdidas y cancelaciones de última hora como se describe en la Política de cancelación a continuación.

### **Contactando con el Centro para Padres de Infantiles/Contacting IPC**

Nuestro número de oficina es (530) 676-2899 #0. Si no respondemos a su llamada, por favor deje un mensaje y nos ponemos en contacto con usted lo mas antes posible. Estamos disponibles para responder a mensajes Lunes- Viernes, 9AM-3PM Por lo general, devolvemos las llamadas dentro de un día hábil, durante estas horas. Si usted está en crisis y necesita hablar con alguien inmediatamente, puede llamar a la Línea de Crisis de Salud Mental del Condado de El Dorado al (530) 622-3345, Llame al 911, o valla a la sala de emergencias más cercana.

**Por favor, no nos deje un mensaje si está en crisis. Como se describe en la política de crisis a continuación, si necesita asistencia inmediata, siempre debe llamar a El Dorado County Mental Health al 530-622-3345, llame a 911, o valla a la sala de emergencias más cercana.**

### **Política de Correo Electrónico y Mensajes de Texto/Email and Texting Policy**

Tenga en cuenta que los mensajes de correo electrónico y los mensajes de texto no son formas seguras de comunicar información confidencial. Es posible que un tercero intercepte y lea cualquier correo electrónico enviado, comprometiendo la privacidad y confidencialidad de esas comunicaciones. Los servidores o las empresas de comunicación pueden tener acceso ilimitado y directo a todos los correos electrónicos y textos enviados a través de ellos. Siempre existe la posibilidad de que los mensajes se puedan enviar erróneamente al período de la persona equivocada.No debe enviar ninguna comunicación que no desee que otros vean, especialmente cuando su acceso al correo electrónico se proporciona a través de su empleador o cuando el acceso a sus mensajes no está protegido por contraseña.

Nuestra computadora de agencia está protegida por contraseña. Sin embargo, si nuestro ordenador fue robado, se podría acceder a la información enviada a (Centro de Padres de

Infantiles (IPC) utilizando correos electrónicos o textos no cifrados. Tenga en cuenta que los correos electrónicos, faxes y mensajes de texto forman parte de sus registros clínicos. Además, tenga en cuenta que los mensajes telefónicos se guardan hasta 30 días después de que se eliminen en un servidor de sitio fuera del sitio que requiera acceso con contraseña. Por favor, notifíquenos por escrito si decide evitar o limitar, de alguna manera, el uso de correo electrónico, mensajes de texto, llamadas de teléfono celular, mensajes telefónicos o faxes electrónicos.

Si usted comunica información confidencial o privada a través de correo electrónico sin cifrar, mensajes de texto, e-fax o mensajes telefónicos, asumimos que ha evaluado los riesgos y tomado una decisión informada. Lo consideraremos como su acuerdo para correr el riesgo de que dicha comunicación pueda ser interceptada y su deseo de comunicarse sobre tales asuntos será respetado.

**Por las razones anteriores, le recomendamos que limite sus comunicaciones por correo electrónico y texto con el Centro de Padres de Infantiles (IPC). La comunicación de texto debe limitarse únicamente a problemas de programación.**

Tenga en cuenta que es posible que no leamos inmediatamente ningún correo electrónico o mensaje de texto que nos envíe. Si envía información por correo electrónico o texto, la discutiremos en su próxima cita programada. Por favor, no agregue el Centro Para Padres de Infantiles (IPC) a ninguna lista de reenvío. Debido a problemas de seguridad, no abriremos ningún archivo adjunto enviado a nosotros.

### **Política de Cancelación / Cancellation Policy**

Por favor, póngase en contacto con el Centro de Padres de Infantiles (IPC) de inmediato si cree que habrá un problema de programación o si no puede asistir a una sesión. Por favor, realice cancelaciones con al menos 24 horas de antelación a su cita programada. Debido a que tenemos un lugar específico para usted cuando establecemos un tiempo para cumplir, las citas perdidas y cancelaciones con menos de 24 horas de anticipación se cobrarán en su totalidad. Si parece haber un patrón de cancelaciones y/ o no-shows, tendremos que discutir nuestro acuerdo y si la terminación de los servicios y una referencia a otra fuente es apropiada. Cuando una cancelación se deba a una emergencia, no se cobrará ningún cargo "Emergencia" significará:

- Una situación en la que usted o su hijo están tan enfermos que la salud de la persona se vería afectada por su llegada a su sesión. (por ejemplo, usted o su hijo tienen una enfermedad contagiosa como la varicela que expondría a otros clientes en la sala de espera).
- Una emergencia en la que se le impide físicamente entrar a la sesión. (Por ejemplo, su coche se descompone en el camino a la sesión).

### **Horas Fuera del Horario Mensajes y Crisis/ After Hours Messages And Crisis**

El Centro de Padres de Infantiles (IPC) no está disponible para llamadas de crisis El Centro de Padres de Infantiles (IPC) no responderá a los correos electrónicos Llamadas telefónicas o mensajes de texto después del horario de oficina. Si nos deja un mensaje, generalmente responderemos dentro de 1 día hábil. Si deja un mensaje el fin de semana, generalmente responderemos el lunes siguiente.

Si usted o su hijo está teniendo una emergencia de salud mental, debe ir a la sala de emergencias más cercana o llamar a la Línea de Crisis de Salud Mental del Condado de El Dorado al 530-622-3345. **Por favor, no se ponga en contacto con el Centro de Padres de Infantiles (IPC) después de horas si está en crisis, ya que no recibiremos el mensaje y no estará disponible para ayudarlo. Si es durante el horario comercial, a menudo estamos en sesiones todo el día y es posible que no podamos responderle de manera oportuna. Siempre debe ir a Urgencias o llamar a la línea de crisis si necesita asistencia inmediata.**

### **Confidencialidad/ Confidentiality**

Como parte del proceso de consejería, el terapeuta está obligado por responsabilidades éticas a mantener confidencial la información que se divulga durante las sesiones. La privacidad y confidencialidad de la información que comparte durante la terapia es muy importante para nosotros. No divulgaremos información a otra persona o agencia sin su consentimiento previo. Sin embargo, hay importantes excepciones a la confidencialidad de la relación terapéutica. Todos los terapeutas están obligados por ley a revelar cierta información bajo las siguientes circunstancias: Si se proporciona información que lleva a los terapeutas a creer que un cliente puede dañarse físicamente a sí mismo u otra individuo, si se revelan incidentes de abuso o negligencia infantil o abuso/negligencia de personas mayores o dependientes o si hay sospecha de abuso o si un tribunal ordena la divulgación de información específica.

### **Consulta de Casos/ Case Consultation**

El Centro De Padres De Infantiles (IPC) puede compartir información sobre el caso durante la consulta, pero no se proporcionan datos de identificación.

### **Sistema de Mantenimiento de Registros/ Record Keeping System**

El Centro De Padres de Infantiles (IPC) creará y mantendrá registros confidenciales de su tratamiento. Si tiene interés en ver sus registros u obtener copias, póngase en contacto con su proveedor de servicios.

### **Título, Formación y Experiencia/ Title Training and Experience**

El personal del Centro de Padres de Infantiles (ICP) que presta servicios compartirá su título, capacitación y experiencia. Por favor, no dude en hacer preguntas adicionales sobre las cualificaciones del personal.

**Tipo y Duración de los Servicios Prestados/ Type and Length of Services Provided**

En su entrevista de admisión, el personal compartirá con usted cualquier riesgo involucrado en la participación en estos servicios y cualquier alternativa al servicio que ofrecemos.

**Derechos de la Cliente/ Rights of the Client**

Los clientes tienen una serie de derechos asociados con la recepción de servicios psicoterapéuticos, incluido el derecho a identificar las metas que serán el foco del tratamiento, a hacer preguntas sobre los procedimientos de tratamiento, a proponer cambios en el tratamiento y el derecho a no continuar con el tratamiento o retirarse voluntariamente del mismo. Los clientes también reciben procedimientos de privacidad con respecto a la comunicación electrónica (HIPPA). Si desea una copia adicional en cualquier momento, no dude en preguntarle a su terapeuta. También hay una copia en exhibición en todo momento en la oficina.

**Responsabilidades de la Cliente/ Responsibilities of the Client**

Sea honesto y abierto con el personal cuando comparta información sobre usted o su hijo. Asista a las citas de manera constante y puntual. Esté preparado para participar y estar libre de alcohol o drogas ilícitas.

Estas políticas de la oficina se han desarrollado en un esfuerzo por responder cualquier pregunta que pueda tener e informarle con anticipación sobre las áreas que pueden ser de su interés. Si tiene alguna pregunta sobre estas políticas, no dude en comentarla con nosotros.

**POR FAVOR, FIRME A CONTINUACIÓN PARA VERIFICAR QUE HA LEÍDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR. AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, ESTÁ DANDO CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y DECLARANDO QUE ENTIENDE Y ACEPTA EL CONTENIDO DE ESTE ACUERDO. SI SE FIRMA COMO PADRE / TUTOR LEGAL, ESTÁ DANDO CONSENTIMIENTO PARA QUE IPC TRATAR A SU HIJO.**

---

Nombre del Niño	Firma del Cliente	Fecha
-----------------	-------------------	-------

---

Nombre del Guardián Legal	Firma del Cliente	Fecha
---------------------------	-------------------	-------

## Centro de Padres de Infantiles

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS EN PERSONA DURANTE LA CRISIS DE SALUD PÚBLICA COVID-19

Este documento contiene información importante sobre nuestra decisión de participar en servicios cara a cara a la luz de la crisis de salud pública COVID-19. **Por favor, lea atentamente y antes de iniciar los servicios cara a cara, discuta cualquier problema e inquietud que pueda tener con su terapeuta.**

#### ***Decisión de reunirse en persona***

Hemos acordado reunirnos en persona para las sesiones de terapia. Si hay un resurgimiento de la pandemia o si surgen otros problemas de salud, usted comprende que puedo solicitar que nos reunamos a través de telesalud. Si tiene alguna inquietud con respecto a la telesalud, discutiremos e intentaremos abordar sus inquietudes y problemas.

Si decide en cualquier momento que se sentiría más seguro con los servicios de telesalud, lo haremos siempre que sea factible y apropiado. El reembolso de los servicios de telesalud está determinado por la ley aplicable y las compañías de seguros, por lo que es posible que debamos discutir esto más a fondo.

#### ***Riesgos de optar por servicios en persona***

Usted comprende que al venir a la oficina, asume el riesgo de exposición al COVID-19 (u otro riesgo para la salud pública), que puede aumentar si viaja en transporte público, taxi o servicio de transporte compartido.

#### ***Su responsabilidad de minimizar su exposición***

Acepta tomar ciertas precauciones para ayudar a mantener a todos a salvo de la exposición, la enfermedad y la posible muerte. Si no cumple con estas medidas de seguridad, es posible que debamos cambiar a los servicios de telesalud. Lea y coloque sus iniciales en cada uno de los siguientes puntos para indicar que comprende y acepta estas acciones:

\_\_\_\_\_ Solo asistirá a su cita en persona si no tiene síntomas.

\_\_\_\_\_ Esperará en su automóvil o afuera hasta no antes de 5 minutos antes de la hora de nuestra cita.

\_\_\_\_\_ Se lavará las manos o usará un desinfectante de manos a base de alcohol al entrar al edificio.

\_\_\_\_\_ Cumplirá con las precauciones de distanciamiento seguro que hemos establecido en todas las áreas. Por ejemplo, no moverá sillas ni se sentará donde hay letreros que le piden que no se siente.

\_\_\_\_\_ Las máscaras estarán disponibles para su uso si elige usar una.

\_\_\_\_\_ Mantendrá una distancia de 6 pies y no habrá contacto físico conmigo ni con el personal. No se espera que los niños se distancien, sin embargo, intentaremos hacerlo dependiendo de la edad de su hijo.



\_\_\_\_\_ Intentará no tocarse la cara o los ojos con las manos. Si lo hace, se lavará o desinfectará inmediatamente las manos.

\_\_\_\_\_ Tomará medidas entre las citas para minimizar su exposición al COVID-19.

\_\_\_\_\_ Si tiene un trabajo que lo expone a otras personas infectadas, me lo hará saber de inmediato.

\_\_\_\_\_ Si su viaje u otras responsabilidades o actividades lo ponen en contacto cercano con otras personas (más allá de su familia), me lo hará saber.

\_\_\_\_\_ Si un residente de su hogar da positivo en la prueba de la infección, me lo notificará de inmediato y luego comenzaremos o reanudaremos el tratamiento a través de telesalud.

\_\_\_\_\_ Puedo cambiar las precauciones anteriores si se publican órdenes o pautas locales, estatales o federales adicionales. Si eso sucede, hablaremos sobre los cambios necesarios.

***Mi compromiso de minimizar la exposición***

Mi práctica ha tomado medidas para reducir el riesgo de propagación del COVID-19 dentro de la oficina y he publicado nuestros esfuerzos en la oficina. Avíseme si tiene preguntas sobre estos esfuerzos.

***Si tu o yo estamos enfermos***

Entiende que estoy comprometido a mantenerlos a usted, a mí ya todas nuestras familias a salvo de la propagación de este virus. Si se presenta a una cita y creo que tiene fiebre, otros síntomas o que ha estado expuesto, le pediré que salga de la oficina de inmediato. Podemos hacer un seguimiento con los servicios de telesalud según corresponda..

Si yo o cualquier otro miembro del personal del Infant Parent Center (IPC) damos positivo al COVID-19, se lo notificaremos para que pueda tomar las precauciones adecuadas.

***Consentimiento Informado***

Su firma a continuación confirma que comprende que existen riesgos inherentes al brindar servicios en persona y que asume la responsabilidad por la posible exposición al COVID-19 u otros riesgos para la salud pública. Este acuerdo complementa el consentimiento informado general proporcionado al inicio del servicio.

Su firma a continuación muestra que está de acuerdo con estos términos y condiciones.

\_\_\_\_\_  
*Firma del Cliente*

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

\_\_\_\_\_  
*Terapeuta*

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

## Centro de Padres De Infantiles

### CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A UN MENOR

Doy consentimiento para \_\_\_\_\_ (Nombre del Niño)  
Reciba servicios de consejería con el Centro de Padres De Infantiles.

_____ Nombre del Cliente	_____ Firma del Cliente	_____ Fecha
_____ Nombre del Guardián Legal	_____ Firma del Guardián Legal	_____ Fecha

### OBSERVACIÓN EN VIVO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE VIDEO

Con el fin de entrenar eficazmente a los terapeutas y proporcionar el mejor tratamiento posible, Es común a la terapia de cinta de vídeo. También es común que los supervisores y otros terapeutas o terapeutas en entrenamiento vean una sesión de terapia a través de un espejo unidireccional o una cámara de video. A veces, el supervisor puede incluso comunicarse con el terapeuta durante la sesión con el fin de mejorar la eficacia del tratamiento de terapia. Para que un supervisor, terapeuta o terapeutas en formación puedan grabar en video u observar una sesión, un cliente debe dar su consentimiento por escrito.

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para permitir que mi entrevista como parte de El Centro de Padres de Infantiles (IPC) sea grabada en video y observada a través de un video de circuito cercano por terapeuta, y terapeuta en El Centro de Padres de Infantiles (IPC). Entiendo que cualquier personal clínico en El Centro de Padres de Infantiles está bajo los mismos requisitos de confidencialidad que mi terapeuta. Además, entiendo que si, por casualidad, el supervisor terapeuta, o terapeuta en formación me conoce socialmente, inmediatamente abandonará la sesión y no observará, buscará ni se le dará ninguna información sobre mi caso. También entiendo que el propósito de permitir la observación de mi sesión de terapia es mejorar la formación de mi terapeuta, el personal clínico de El Centro de Padres de Infantiles (IPC) y mejorar la eficacia del tratamiento de terapia que estoy recibiendo. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento.

_____ Cliente / Firma de Legal Guardian	_____ Fecha
_____ Firma del Testigo	_____ Fecha

## Centro de Padres de Infantiles

### MHSA AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Condado de Residencia: \_\_\_\_\_

La finalización de este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información de identificación individual como se establece a continuación, de conformidad con la ley federal y de California relativa a la privacidad de dicha información. Esta información será vista únicamente para las necesidades clínicas y administrativas entre el Centro de Padres de Infantiles (IPC) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de El Dorado, División de Salud Mental.

Yo Entiendo:

- **Queda prohibida la liberación o transferencia de la información a la que se hace referencia a cualquier persona o entidad no especificada en este documento.**
- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado medidas en confianza a esta autorización. También tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Si no se revoca antes, esta autorización será válida durante un año o hasta:

\_\_\_\_\_

Nombre del Guardián Legal O Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Terapeuta: \_\_\_\_\_

**Centro de Padres de Infantiles**

**LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN E INTERCAMBIO DE REGISTROS**

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Esto autoriza a las siguientes entidades/individuos a utilizar, divulgar una información de intercambio que se describe a continuación, entre sí:

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

con el fin de: Colaboración y prestación de servicios integrales.

Otro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entiendo que puedo revocar esta versión e intercambio en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado medidas. A menos que se revoque anteriormente, esta versión finalizará (12) meses a partir de la fecha de esta versión o \_\_\_\_\_.

Autorizo la divulgación de la información indicada.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Terapeuta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Centro de Padres de Infantiles

### ACUERDO FINANCIERO

La tarifa estándar por sesión para los servicios del Infant Parent Center es la siguiente:

<b>\$100</b>	<b>Trainee de terapeuta matrimonial y familiar</b>
<b>\$120</b>	<b>Terapeuta asociada/ asociado de matrimonio y familia</b>
<b>\$150</b>	<b>Terapeuta Matrimonial y Familiar Licenciado</b>

**Esto no incluye tiempo adicional o servicios acordados más allá del tiempo de sesión.**

La tarifa acordada por sesión de 50 minutos es \_\_\_\_\_.

Subvención aplicable u otro tipo de financiación: \_\_\_\_\_.

Para familias que utilizan subvenciones u otros fondos:

Todas las subvenciones u otros fondos están sujetos a cambios en cualquier momento. Personal del Centro de Padres de Infantiles (IPC) notificará al cliente o tutor legal de cualquier cambio, si el financiamiento adicional ha terminado. Sin embargo, la tarifa de apon acordada anteriormente es debida por el cliente o Tutor legal, cuando / si no hay fondos adicionales disponibles. Por favor, también sepa que los honorarios de la corte no-shows, informes y otras solicitudes pueden tener cargos adicionales.

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

Cliente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Padre/ Guardian \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Terapeuta \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Nota:** Otras circunstancias atenuantes con respecto a la capacidad de pago (altas facturas médicas, etc.) pueden documentarse anteriormente y tenerse en cuenta al acordar una tarifa.

## AVISO DE PRÁCTICAS PRIVADAS DE HIPAA

Centro para Padres Infantiles  
3430 Robin Lane, Cameron Park, CA 95682  
Teléfono: 530-676-2899 Fax: 530-387-6456

**Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a la información. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.**

**I. El Infant Parent Center (IPC) tiene la obligación legal de proteger la privacidad de su información médica protegida (PHI) y de proporcionarle este Aviso de prácticas de privacidad.** Tiene derecho a solicitar una comunicación confidencial, a elegir a alguien que actúe en su nombre y a presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

### **II. Cómo recopilamos información sobre usted:**

El CIP y sus empleados y voluntarios recopilan datos a través de una variedad de medios que incluyen, entre otros, cartas, llamadas telefónicas, correos electrónicos, mensajes de voz y a partir de la presentación de solicitudes que son requeridas por ley o necesarias para procesar solicitudes u otras solicitudes de asistencia a través de nuestra organización.

No damos, intercambiamos, intercambiamos, alquilamos, vendemos, prestamos ni divulgamos ninguna información sobre solicitantes o clientes que soliciten o reciban nuestros servicios que se consideren confidenciales para el paciente, que estén restringidos por la ley o que hayan sido restringidos específicamente por un paciente / cliente en un formulario de consentimiento firmado por la HIPAA.

### **III. Derecho limitado a utilizar información personal no identificable:**

Todas las imágenes, historias, cartas, correspondencia o notas que nos envíen se convertirán en propiedad exclusiva del CIP. Nos reservamos el derecho de utilizar información que no sea de identificación para fines promocionales y de recaudación de fondos directamente relacionados con nuestra misión. Los clientes no serán compensados por este uso y no se utilizará información de identificación sin el permiso previo expreso del cliente. Puede solicitar específicamente POR ESCRITO que NINGUNA información sea utilizada con fines promocionales.

### **IV. Cómo podemos usar y divulgar su PHI:**

El IPC y sus empleados y voluntarios pueden usar y divulgar su PHI sin su consentimiento por las siguientes razones:

- A. PARA TRATAMIENTO. Para brindarle tratamiento, lo que incluye discutir o compartir su PHI con pasantes, aprendices u otros proveedores de atención médica autorizados involucrados en su atención.
- B. PARA OBTENER EL PAGO DEL TRATAMIENTO. Facturar y cobrar el pago por el tratamiento y los servicios prestados.
- C. INCAPACITACIÓN O EMERGENCIA DEL PACIENTE. Si está incapacitado o existe una emergencia.

- D. REQUISITOS JUDICIALES, ADMINISTRATIVOS O DE APLICACIÓN DE LA LEY. En respuesta a una orden judicial o administrativa, una citación o orden de registro.
- E. FRAUDE. Si solicita recibir asistencia a través de nosotros con la intención o el propósito de fraude o que resulte en un delito real de fraude, ya sea intencionado o no, su información no médica puede ser entregada a las autoridades legales, así como cualquier otra información permitida por ley.

Se requiere que el CIP y sus empleados y voluntarios brinden la oportunidad de objetar los siguientes usos y divulgaciones:

- A. REVELACIONES A FAMILIAS, AMIGOS U OTROS. Se puede proporcionar información a menos que usted se oponga total o parcialmente. El consentimiento puede obtenerse retroactivamente en situaciones de emergencia.
- B. OTROS USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA POR ESCRITO. En cualquier otra situación no descrita anteriormente, se requiere autorización por escrito antes de divulgar su PHI. Usted puede revocar el permiso por escrito en cualquier momento.

#### **IV. Qué derechos tiene con respecto a su PHI:**

- A. EL DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES DE USOS Y DIVULGACIONES. Se pueden solicitar restricciones para obtener información sobre el tratamiento, el pago, la información proporcionada a los miembros de la familia u otras personas involucradas en su atención que son financieramente responsables de su atención. Las solicitudes deben enviarse por escrito para mi consideración, pero el CIP no está legalmente obligado a aceptarlas. Si se aceptan, se seguirán excepto en situaciones de emergencia.
- B. EL DERECHO A ELEGIR CÓMO LE ENVÍO PHI. Se puede solicitar una dirección o medio de contacto alternativo (es decir, correo electrónico en lugar de correo ordinario). Puede requerirse el pago por medios alternativos.
- C. EL DERECHO A INSPECCIONAR Y RECIBIR UNA COPIA DE SU PHI. Las solicitudes deben enviarse por escrito y se proporcionará una respuesta dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de su solicitud por escrito. Su solicitud puede ser denegada, sin embargo, los motivos de la denegación se proporcionarán por escrito. Tiene derecho a que se revise la denegación.
- D. Si se solicitan copias en papel, no se le puede cobrar más de \$ 0.25 por cada página. Opcionalmente, se le puede proporcionar un resumen o una explicación de la PHI siempre que esté de acuerdo con eso y el costo por adelantado.
- E. EL DERECHO A RECIBIR UNA LISTA DE LAS DIVULGACIONES REALIZADAS POR EL IPC. Puede solicitar un informe de todas las divulgaciones de su PHI realizadas por el IPC. La información solicitada se proporcionará sin costo alguno dentro de los sesenta (60) días posteriores a la solicitud.
- F. EL DERECHO A MODIFICAR SU PHI. Puede solicitar una corrección o enmienda a su PHI. Se debe proporcionar una solicitud por escrito, que incluya el motivo de la solicitud. Se proporcionará una respuesta dentro de los sesenta (60) días, sin embargo, su solicitud puede ser denegada por escrito si (i) la PHI es correcta y completa, (ii) si no la creó el CIP, (iii) no se permite que se divulgue, o (iv) no forma parte de los registros del IPC. La denegación por escrito indicará las razones y explicará su derecho a presentar una declaración escrita de desacuerdo con la denegación. Tiene derecho a solicitar que su solicitud y la denegación se adjunten a todas las divulgaciones futuras de su PHI. Si se

aprueba, se realizarán los cambios y se notificará a otras personas que necesiten saberlo.

- G. EL DERECHO A RECIBIR UNA COPIA EN PAPEL DE ESTE AVISO. Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso incluso si ha aceptado recibirlo por correo electrónico.

**V. Cómo presentar una queja sobre nuestra práctica de privacidad:**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión tomada por el IPC sobre el acceso a su PHI, puede presentar una queja ante la persona que figura en la Sección VII a continuación. También puede enviar una queja por escrito al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos en 200 Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20201. No se tomarán represalias contra usted.

**VI. Persona a contactar para obtener información sobre este aviso o para quejarse sobre las prácticas de privacidad del IPC:**

Si tiene alguna pregunta o queja sobre las prácticas de privacidad del IPC o si desea información sobre cómo presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, comuníquese con Jennifer Kalsbeek al 530-676-2899.

**VII. Cambios a 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. El nuevo aviso estará disponible a pedido y en nuestra oficina.

**VIII. La fecha de vigencia de este Aviso es el 1 de noviembre de 2019.**



**Centro de Padres de Infantiles**

**RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN DE AVISO  
DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Al firmar este formulario, usted confirma la recepción del *Aviso de Prácticas de Privacidad* que le he dado. Mi *Aviso de Prácticas de Privacidad* está sujeto a cambios. Si cambio mi aviso, puede obtener una copia del aviso revisado de mí poniéndose en contacto conmigo a 530-676-2899.

Si tiene alguna pregunta sobre mi *Aviso de Prácticas de Privacidad*, póngase en contacto conmigo en: 3430 Robin Lane, Building #4, Cameron Park, CA 95682.

Reconozco haber recibido el *Aviso de Prácticas de Privacidad* del Centro de Padres de Infantiles (Infant Parent Center).

\_\_\_\_\_  
Firma: Paciente/ Padre/ Conservador/ Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

---

**INCAPACIDAD PARA OBTENER EL ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Hice un intento de buena fe para obtener a mis pacientes el reconocimiento de su recibo de mi Aviso de Prácticas de Privacidad, incluyendo:

\_\_\_\_\_.

Sin embargo, debido a lo siguiente:

\_\_\_\_\_

No pude obtener el reconocimiento de mis pacientes

\_\_\_\_\_  
Firma del Proveedor

\_\_\_\_\_  
Fecha