

Heritage Behavioral Health Consultants

Julie Summers M.A., LPC

Julie Ottosen, M.A., LPC

Jennifer Hofman, M.A., LPC

Selenia Pellerin M.A., LPC

Danielle Mitchell, M.Ed., R.D., L.D., LPC

Sarah Jane Paton M.A., LPC

Jill Early, M.Ed., LPC

Allie Sauls, M.A., LPC

Ana Ince M.Ed., LPC

Dr. Karen Maness, M.D.

Angela Jones Ph.D., LPC

Alicia Gilpin M.A., LPC

Elizabeth Warren, MBA, M.A., LPC Intern

(Bajo la Supervision de Julie Summers M.A., LPC)

Taylor Garcia M.A. LPC Intern

(Bajo la Supervision de Julie Summers M.A., LPC)

Rey Rivera M.A., LPC Intern

(Bajo la Supervision de Julie Summers M.A., LPC)

Nadia Knutzen, M.A., LPC Intern

(Bajo la Supervision de Julie Summers M.A., LPC)

Bienvenido a la práctica de Heritage Behavioral Health Consultants. Nos complace que haya elegido nuestra oficina y le aseguro que estamos trabajando con ustedes de una manera cuidadosa y profesional. Por favor, tómese unos minutos para leer nuestras políticas de oficina y no dude en hacer cualquier pregunta que pueda tener. Estas políticas se exponen más detalladamente en el Aviso de prácticas de privacidad en el siguiente formulario.

HORAS DE OFICINA

Horas del personal de apoyo regular es de 8:00 am a 5:00 pm de lunes a viernes. Cada médico establece su propio horario y trabajará con usted para programar una hora de mutuo acuerdo .

SESIONES

Sesiones completas son de 45 minutos y las sesiones de la mitad son de 25 minutos de duración. Con el fin de asegurar que su tiempo es respetado empezamos y terminamos la cita a tiempo. Sesiones extendidas pueden disponerse cuando sea necesario, que incluirá un cargo adicional.

CANCELACIONES

No hay ningún cargo para las citas perdidas SI LA CITA ES CANCELADA POR LO MENOS 24 horas antes de la cita. Si la cita es para el lunes, la cancelación se puede hacer dejando un mensaje con el servicio de contestador. COBRAMOS POR CITAS QUE NO SON CANCELADAS 24 HORAS ANTES DE SU CITA.

PROCEDIMIENTOS DE PRIVACIDAD

De acuerdo con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA), se requiere que Heritage Behavioral Health Consultants: 1) mantenga la privacidad de su información de salud, 2) le brinde un Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted, 3) cumplir con los términos del Aviso, 4) notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada, 5) acomodar las solicitudes razonables que pueda tener para comunicar información de salud por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para obtener información detallada.

SERVICIOS DE EMERGENCIA

Como práctica general, la consulta de emergencia están disponible las 24 horas al día, siete días a la semana . En el caso de que usted no puede comunicarse con su terapeuta por favor llame al 911, la línea directa de Crisis

(713-Hotline), o vaya a la sala de emergencias más cercana . Su médico discutirá los procedimientos específicos de emergencia con usted en detalle. Usted puede comunicarse con nosotros al (713) 365-9015. Si no respondemos en 30 minutos, por favor llamar por segunda vez y deje un mensaje. Si la consulta requiere más de 15 minutos, se le puede cobrar por el tiempo.

Si su terapeuta cree razonablemente que usted es un peligro, física, conductual, emocional o mental, para usted o para otra persona, usted específicamente consiente en advertir a la persona en peligro y en contactar a las siguientes personas, además de la asistencia médica de emergencia, servicios a su médico de atención primaria, otro personal médico, agentes del orden público, funcionarios del tribunal y / o personal del 911:

Enumere tres personas para contactar durante una emergencia (Nombre de la persona, relación y número de teléfono)

1. _____
2. _____
3. _____

TECNOLOGÍA

Como política, normalmente no aceptamos las solicitudes de los medios sociales de los clientes o seguimos a los clientes en las redes sociales. Consulte la política de redes sociales adjunta para obtener más detalles. Podemos optar por utilizar el texto, el teléfono y el correo electrónico como una forma de comunicación para el cronograma o los hechos. Su terapeuta NO proporcionará asesoramiento por correo electrónico o mensaje de texto. Ellos responderán y le informarán que han recibido su mensaje. Su terapeuta puede recibir correos de voz y correos electrónicos desde su teléfono y computadora de negocios que están dirigidos a su teléfono celular. Tenga en cuenta que su terapeuta responderá a sus correos de voz y correos electrónicos durante el horario de oficina. Sin embargo, no deje información de emergencia en este correo de voz o correo electrónico y llame al 911.

PAGO

El pago es debido en el momento del servicio prestado en forma de dinero en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. No archivamos el seguro en esta oficina ; sin embargo, para aquellos clientes que pertenecen a una compañía de seguros que deseen presentar, le daremos una declaración detallada para que pueda presentar con su compañía de seguros con el fin de hacer que le reembolsan directamente.

Es la política de esta práctica para convertir las cuentas delinciente a la colección después de 90 días . Si es necesario hacer esto habrá un 10 % de carga adicional al saldo pendiente.

TERMINACIÓN DEL SERVICIO

Usted reconoce que los servicios proporcionados por usted son voluntarios. Usted o su terapeuta pueden optar por finalizar los servicios luego de que ocurra la terminación terapéutica y apropiada por cualquier motivo.

RELACIONES PERSONALES

Nuestro objetivo es que desarrollemos una relación positiva y gratificante. En este momento, tómese unos minutos para completar la información adjunta para que podamos ayudarlo a lograr sus objetivos.

TIPOS DE TERAPIA Y EVALUACIONES

Una variedad de tratamientos están disponibles en función de sus necesidades y deseos. Durante su primera visita, usted y su terapeuta decidirán cuál es la terapia más adecuada para usted.

Por favor verifique en cada tipo de terapia o evaluación que sientes puede ser apropiado.

- Matrimonio o Terapia de parejas
- Terapia individual
- Consulta para Padres
- Terapia Familiar
- Evaluación de ADD/ADHD
- Pruebas Psicológicas

CONSENTIMIENTO A LOS SERVICIOS

Al firmar este documento de consentimiento informado, usted reconoce, comprende y acepta que ha leído y entendido todos los consentimientos, términos e información contenidos en este consentimiento informado y el aviso de prácticas de privacidad adjunto. Además, reconoce, comprende y acepta que se le han ofrecido muchas oportunidades para hacer preguntas y buscar aclaraciones sobre cualquier cosa en este Consentimiento Informado que no le quedó claro. Usted reconoce, comprende y acepta que se le ha entregado una copia de todas las páginas de este Consentimiento Informado y Aviso de Prácticas de Privacidad.

HE LEIDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE EL ACUERDO PSICOTERAPEUTA-PACIENTE Y ACEPTA SUS TÉRMINOS .

Nombre del Paciente (Por favor imprimir): _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

HE RECIBIDO UN AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y ACEPTO SUS TÉRMINOS .

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma de terapeuta: _____ Fecha: _____

Información del Paciente

Fecha: _____ Nombre de Consejera: _____

Nombre del Cliente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Edad: _____ Genero: _____ Raza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sitio de Nacimiento: Ciudad : _____ Estado: _____

Teléfono (Celular): _____ Telefono (Casa): _____

Podemos llamarlo a casa? Si No

Instrucciones Especiales: _____

Nombre, edad, y ocupación de la persona con quien tiene una relación: _____

Ocupación: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Telefono: _____

Quien lo/la refirió? _____

Quieres una factor después de cada visita? Si No

Le gustaría mantener la información de su tarjeta de crédito registrada para la facilidad de pago: Si No

Nombre en la Tarjeta:

Numero de Tarjeta de Crédito: _____ Expiración: ____/____ CCV:

Dirección de facturación:

Firma:

Por favor complete si el paciente es de sexo femenino

Historia Menstrual:

Fecha de la ultima
menstruación: ____

Ciclo: ____ Días
Duración: ____ Días

La Edad de Inicio: ____

Dolores/Calambres: Si No

PMS: Si No

Ordinarios: Si No

Edad del niño vivo mas joven:

Embarazos:

Abortos Involuntarios: ____

Total # de Embarazos: ____

Terminaciones: ____

Dieta y Ejercicio:

Peso: Actual: _____ Hace 1 ano: _____ Deseada: _____ Esta usted en una dieta especial? _____

Indique cuál de los siguientes síntomas ha experimentado:

Fatiga / falta de energía

Llanto frecuente

Escuchando cosas que no son
reales

Debilidad

Pensamiento negativo
frecuente

Dificultad para tomar
decisiones

La falta de sueño

Pensamientos frecuentes de la
muerte

Dificultad para concentrarse

Dormir demasiado

Aumento / disminución del
apetito

Pensamientos suicidas

Problemas de memoria

Aumento / disminución de
peso

Pensamientos homicidas

Sentimientos sin valor

Pensamientos repetitivos / sin
sentido

Desmayo / sensación de
desmayo

Sentimientos de culpa
excesivos

Comportamiento repetitivo /
insensato

Temblores

Impotencia

Triste / triste en los vertederos

Temblor / temblores

Sentimientos sin esperanza

Deprimido

Convulsiones / convulsiones

Transpiración

Irritabilidad / enojo

Erupción cutánea

Mareos / aturdimiento

Nerviosismo

Comportamiento agresivo /
violento

Sentimientos inestables

Sentimientos de miedo

Ver cosas que no son reales

Clave / en el borde

Inquietud

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Preocupación constante | <input type="checkbox"/> Aumento de la sensibilidad a los sonidos | <input type="checkbox"/> Náusea |
| <input type="checkbox"/> Pánico | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Sentir que la vida no vale la pena vivir | <input type="checkbox"/> Dolores en las articulaciones o rigidez | <input type="checkbox"/> Estreñimiento |
| <input type="checkbox"/> Aumento / disminución en el deseo sexual | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Vomitando |
| <input type="checkbox"/> Miedo a volverse loco | <input type="checkbox"/> Tensión muscular | <input type="checkbox"/> Intolerancia a la comida |
| <input type="checkbox"/> Miedo a morir | <input type="checkbox"/> Dolor muscular / dolor | <input type="checkbox"/> Miedo a perder el control intestinal |
| <input type="checkbox"/> Sensación de irrealidad | <input type="checkbox"/> Hinchazón de manos / pies / tobillos | <input type="checkbox"/> Incapacidad para controlar los intestinos |
| <input type="checkbox"/> Sintiéndose en un estado de sueño | <input type="checkbox"/> Calambres en las piernas | <input type="checkbox"/> Falta de aliento |
| <input type="checkbox"/> Aislamiento / extracción | <input type="checkbox"/> Entumecimiento / hormigueo en las extremidades | <input type="checkbox"/> Boca seca |
| <input type="checkbox"/> Visión doble | <input type="checkbox"/> Problemas de pie | <input type="checkbox"/> Sensación de sabor inusual |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para enfocar la visión | <input type="checkbox"/> Problemas para caminar | <input type="checkbox"/> Incapacidad para controlar la orina |
| <input type="checkbox"/> Dolor de ojo | <input type="checkbox"/> Problemas de equilibrio | <input type="checkbox"/> Llagas en el pene / vaginales |
| <input type="checkbox"/> Incomodidad en los ojos con luz brillante | <input type="checkbox"/> Manos frías / húmedas | <input type="checkbox"/> Secreción peneal / vaginal |
| <input type="checkbox"/> Dolor sinusal o congestión | <input type="checkbox"/> Incapaz de sentarse quieto | <input type="checkbox"/> Dificultad en la frustración sexual |
| <input type="checkbox"/> Aumento / disminución en lagrimeo | <input type="checkbox"/> Dolor / malestar en el pecho | <input type="checkbox"/> Secreción mamaria |
| | <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Otro: |
| | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar | _____ |

Preocupación principal:

Describe la razón principal por la que está aquí hoy: _____

Historia educacional:

- Escuela secundaria (s): _____
- Colegio (s): _____

Historial de tratamiento:

¿Alguna vez recibió servicios psicológicos, psiquiátricos o de asesoramiento? Sí No

Cuándo	De quién	Para qué problema	Con qué resultado
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Alguna vez ha tomado medicamentos por problemas psiquiátricos o emocionales? Sí No

Cuándo	De quién	Para qué problema	Con qué resultado
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Medicamentos actuales:

Nombre de medicamento	Dosis	Motivo de tomar
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Cuál es su estado civil? Casado Divorciado Separado Viuda / Viudo Solo Citas

¿Tienes hijos? De ser así, ¿Cuántos? _____

¿Cuántas veces has estado casado? _____ # de años casados _____

Por favor describa las siguientes relaciones en su familia de origen:

La relación de sus padres entre ellos: _____

Su relación con cada padre y con otros adultos presentes: _____

Su relación con sus hermanos y hermanas, en el pasado y presente: _____

Historia familiar:

En ambos lados de los padres biológicos, ¿Hay alguna historia de los siguientes:

Alcoholismo: _____

Dificultades de aprendizaje: _____

Alergias: _____

Suicidio / Intentos: _____

Ansiedad: _____

Alta Presión: _____

TDAH: _____

Enfermedad del riñón: _____

Asma: _____

Enfermedad del hígado: _____

Enfermedad gastrointestinal: _____

Abuso físico: _____

Cáncer: _____

Fobias: _____

Compulsiones: _____

Hospitalización psiquiátrica: _____

Depresión: _____

Rabia: _____

Diabetes: _____

Esquizofrenia: _____

Abuso de drogas: _____

Abuso sexual: _____

Enfisema: _____

Enfermedad de tiroides: _____

Epilepsia: _____

Temblores o tics: _____

Enfermedad del corazón: _____

Úlceras: _____

VIH: _____

Otro: _____

Trastornos hormonales: _____

Relaciones actuales:

¿Cómo se lleva con su cónyuge o pareja actual si tiene uno? _____

¿Cómo se lleva con sus hijos si tiene alguno? _____

Enumere los problemas de salud física de sus hijos, el uso de sustancias químicas y las dificultades mentales o emocionales, si las hubiera: _____

Sus amigos más importantes, pasado y presente:

Nombre	Buenas partes de la relación	Partes malas de la relación

Historial de abuso personal:

No fui abusado de ninguna manera Fui abusado No estoy seguro si fui abusado

Si sabe que fue abusado, enumere todos los incidentes a continuación con las siguientes letras:

P = físico, como ser empujado, golpeado o golpeado.

S = Sexual, como tocar / molestar, acariciar o tener relaciones sexuales

N = Descuido, como no alimentarlo, protegerlo o protegerlo

E = emocional, como humillación, ataques verbales

Su edad	Tipo de abuso	Efectos sobre usted	¿Le dijo a alguien?	Consecuencias de contar

Uso de sustancias:

¿Alguna vez has sentido la necesidad de reducir tu consumo de alcohol? Sí No

¿Alguna vez se ha sentido molesto por la crítica de su consumo de alcohol? Sí No

¿Alguna vez te has sentido culpable por tu crítica a tu forma de beber? Sí No

¿Cuántas bebidas (cerveza, vino o licor fuerte) consume en promedio cada semana? _____

¿Cuánto tabaco fuma o mastica cada semana? _____

¿Qué drogas (sin incluir medicamentos recetados) ha usado en los últimos 10 años? _____

Proporcione detalles sobre el uso de estas drogas u otros productos químicos, como las cantidades, la frecuencia con que los usa, sus efectos, etc.

Historia legal:

¿Actualmente está demandando a alguien o está pensando en demandar a alguien? Sí No

¿Es su razón para venir a vernos relacionados con un accidente o lesión? Sí No

¿Su cita es requerida por un tribunal / policía / libertad condicional / oficina / libertad condicional? Sí No

Si respondió afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores, explique: _____

El nombre de su abogado actual: _____ Teléfono: _____

Por favor, enumere todos los contactos con la policía, los tribunales y las cárceles / prisiones que ha tenido. Incluya todos los cargos abiertos y pendientes usando las siguientes letras:

Jurisdicción: (F = Federal, E = Estado, Co = Condado, Ci = Ciudad)

Sentencia: Tiempo cumplido y tipo de oración (AR = resolución acelerada o alternativa, SC = servicio comunitario, M = multa, E = encarcelamiento, Pr = libertad condicional, Po = libertad condicional, O = otro, R = restitución)

<u>Fecha</u>	<u>Cargo</u>	<u>Jurisdicción</u>	<u>Sentencia</u>	<u>Libertad Condicional / Oficial de Libertad Condicional</u>
--------------	--------------	---------------------	------------------	---

¿Hay alguna otra implicación legal que debemos saber? _____

Otro:

¿Hay algo más que sienta que es importante que su terapeuta sepa que no hemos preguntado sobre estos formularios? _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

POLÍTICA DE MEDIOS SOCIALES

Esto describe las políticas de mi oficina relacionadas con el uso de las redes sociales. Léelo para comprender cómo me comporto en el Internet como profesional de la salud mental y cómo puede esperar que responda a las diversas interacciones que pueden ocurrir entre nosotros en el Internet.

"Friending y Fanning"

Puedo o no aceptar solicitudes de amistad o de contacto de clientes actuales o anteriores en cualquier sitio de redes sociales (Facebook, LinkedIn, Instagram, etc.). Esto puede desdibujar los límites de nuestra relación terapéutica.

Guardo una página de Facebook para mi práctica profesional para permitir que las personas compartan mis publicaciones de blog y practiquen actualizaciones con otros usuarios de Facebook. Le invitamos a ver mi página de Facebook y leer o compartir artículos publicados allí, pero no se recomienda ser fanático. Creo que tener clientes como Fans de Facebook crea una mayor probabilidad de comprometer la confidencialidad del cliente y creo que es mejor ser explícito con todos los que puedan ver mi lista de Fans para saber que no encontrarán nombres de clientes en esa lista. Además, el Código de Ética de la Asociación Estadounidense de Asesoramiento prohíbe que solicite testimonios de clientes, ex clientes o cualquier otra persona que pueda ser vulnerable a una influencia indebida.

"Siguiendo"

Publicamos un blog en el sitio web de la compañía, sitios personales y noticias posteriores de psicología / asesoramiento en Facebook e Instagram. No espero que usted, como cliente, quiera seguir mi blog o cualquier flujo de redes sociales. Mi principal preocupación es tu privacidad. Si comparte esta preocupación, hay más maneras privadas de seguir mi página profesional en una plataforma de redes sociales (como usar un canal RSS). Tenga en cuenta que puedo o no seguirlo a sabiendas. Puedo o no seguir clientes actuales o anteriores en blogs o en cualquier plataforma de redes sociales.

Interactuando

No use mensajes en sitios de redes sociales como Twitter, Facebook, Instagram y LinkedIn para contactarme. Estos sitios no son seguros y es posible que no lea estos mensajes de manera oportuna. No utilice publicaciones en el muro, respuestas u otros medios para participar en público en línea si tenemos una relación de cliente / terapeuta ya establecida. Participar conmigo de esta manera podría comprometer tu confidencialidad. También puede crear la posibilidad de que estos intercambios se conviertan en parte de su registro médico legal y deberán documentarse y archivarse en su cuadro.

Si necesita contactarme entre sesiones, la mejor manera de hacerlo es por teléfono. El correo electrónico directo (proporcionado por separado) es el segundo mejor para problemas administrativos rápidos, como cambiar los horarios de las citas. Consulte la sección de correo electrónico a continuación para obtener más información sobre las interacciones de correo electrónico.

Email

Preferimos usar el correo electrónico solo para organizar o modificar citas. No me envíe por correo electrónico el contenido relacionado con sus sesiones de terapia, ya que el correo electrónico no es completamente seguro o confidencial. Si decide comunicarse conmigo por correo electrónico, tenga en cuenta que todos los correos electrónicos se conservan en los registros de su y mis proveedores de servicios de Internet. Si bien es poco probable que alguien esté mirando estos registros, están, en teoría, disponibles para ser leídos por los administradores del sistema del proveedor de servicios de Internet. También debe saber que cualquier correo electrónico que reciba de usted y cualquier respuesta que le envíe podría formar parte de su registro legal.

Uso de motores de búsqueda

NO es una parte habitual de mi práctica buscar clientes en Google o Facebook u otros motores de búsqueda. Excepciones extremadamente raras pueden hacerse durante tiempos de crisis. Si tengo una razón para sospechar que estás en peligro y no me has contactado a través de nuestros medios habituales (acudir a citas, teléfono o correo electrónico), puede haber una instancia en la que uses un motor de búsqueda (para encontrarte, encuentre a alguien cercano a usted o verifique sus actualizaciones recientes de estado) se vuelve necesario como parte de garantizar su bienestar. Estas son situaciones inusuales y si alguna vez recurro a tales medios, lo documentaré por completo y lo discutiré con usted la próxima vez que nos encontremos.

Sitios de revisión comercial

Puede encontrar mi práctica privada en sitios como Yelp, Healthgrades, Yahoo Local, Bing u otros lugares que enumeran empresas. Algunos de estos sitios incluyen foros en los que los usuarios califican a sus proveedores y agregan revisiones. Si debe encontrar mi listado en cualquiera de estos sitios, tenga en cuenta que mi listado NO es una solicitud de un testimonio, calificación o endoso de usted como mi cliente. El Código de Ética de la Asociación Estadounidense de Asesoramiento establece en C.3 Publicidad y solicitando a los clientes que "los consejeros que usan testimonios no los solicitan a clientes actuales, antiguos clientes ni a otras personas que puedan ser vulnerables a una influencia indebida". Los consejeros discuten con los clientes las implicaciones y obtienen permiso para el uso de cualquier testimonio ".

Por supuesto, tiene derecho a expresarse en cualquier sitio que desee, pero debido a la confidencialidad, no puedo responder a ninguna revisión en ninguno de estos sitios, ya sea positiva o negativa.

Si siente que he hecho algo nocivo o no ético y no se siente cómodo discutiéndolo conmigo, siempre puede comunicarse con la Junta de Examinadores de Consejeros Profesionales del Estado de Texas, que supervisa las licencias, y ellos revisarán los servicios que he proporcionado.

Junta Examinadora de Consejeros Profesionales del Estado de Texas | Quejas y Sección de Gestión e Investigación | P.O Box 141369, Austin, Texas 78714-1369

Conclusión

Gracias por tomarse el tiempo para revisar mi Política de redes sociales. Si tiene preguntas o inquietudes sobre cualquiera de estas políticas y procedimientos o sobre nuestras posibles interacciones en Internet, tráigalas a mi atención para que podamos analizarlas.

Por favor, firme a continuación indicando que entiendes toda la información en la "Política de redes sociales"

Firma del cliente

Fecha