

Forma de Información de Niño

Información del Cliente	Fecha de hoy: _____
--------------------------------	----------------------------

Primer Nombre: _____ **Segundo Nombre:** _____ **Apellido:** _____

Nota: Por Favor escribe su nombre como está en la tarjeta de seguro

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono de su casa: _____ **Teléfono Móvil:** _____ **Teléfono del trabajo:** _____

Al marcar esta casilla, usted le da permiso a Tueller Counseling Services para comunicarse con usted a través de formas electrónicas de comunicación (por ejemplo, mensajes de texto y/o correo electrónico).

Correo Electrónico: _____ **Edad:** _____ **Fecha del nacimiento:** _____ **SS#:** _____ - _____ - _____

Primer Idioma: _____ **Necesitas un intérprete?** S N **Locación para ser visto** _____

Identidad de género: Hombre Mujer Transgénero/a Géneroqueer Renuncio/a Prefiero no contestar

Etnicidad: Indio Americano/a Afro americano/a Latino/a Asiático/a Pacífico/a Blanco/a Otro _____

Padres/Guardianes	**La persona que completa la forma debe figurar primero**
--------------------------	-----------------------------------------------------------

Nota: Si divorciado/a, envíenos la documentación legal de custodia para asegurar que los derechos de privacidad se puedan ser en forzada.

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Unión libre Viudo/a otro _____

Casado de nuevo (# de veces _____)

Primer Padre/Guardian Nombre Completo: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

¿Eres el asegurado? Relación al cliente: _____ **SS#:** _____

Empleador: _____ **Contacto de empleador y#:** _____

Segundo Padre/Guardian Nombre Completo: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

¿Eres el asegurado? Relación al cliente: _____ **SS#:** _____

Empleador: _____ **Contacto de empleador y#:** _____

Información de Contacto de Emergencia **Nomás será contactado en caso de una emergencia. Si le gustaría que el individuo reciba información de sus servicios, por favor llene una forma para intercambiar información**

Nombre: _____ **Teléfono Móvil:** _____ **Relación con el cliente:** _____

Nombre: _____ **Teléfono Móvil:** _____ **Relación con el cliente:** _____

Legal

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

En caso afirmativo, explique: _____

¿Está actualmente en libertad condicional? Si No

En caso afirmativo ¿quién es su oficial de libertad condicional? _____

Forma de Información de Niño

Individuales Aprobados Para Recojer al Client: **Por favor note que todos los individuales se les pidira que muestren su identificacion. Si no esta en la lista, no se le permitira al cliente salir de la instalacion.

Nombre:	Relación:

Información de Seguro: **Por favor de traer todas las tarjetas de seguro y una tarjeta de identificación a la primera cita**

<p>Seguro Primario: Nombre: _____ Teléfono: _____ Poseedor de Seguro: _____ Relación con el poseedor de seguro: _____ Fecha de Nacimiento del poseedor de seguro: _____ Número de Seguro Social del poseedor de seguro: _____ Numero de Póliza: _____ Numero de Grupo: _____</p>	<p>Seguro Primario: Nombre: _____ Teléfono: _____ Poseedor de Seguro: _____ Relación con el poseedor de seguro: _____ Fecha de Nacimiento del poseedor de seguro: _____ Número de Seguro Social del poseedor de seguro: _____ Numero de Póliza: _____ Numero de Grupo: _____</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Exención de Seguro Médico/Acuero de Pago Proprio **Por Favor Inicialice el que se aplique a usted**

_____ **Asegurado/a:** Entiendo que Tueller Counseling facturará mi seguro como cortesía. Entiendo que seré responsable por cualquier saldo de la cuenta que Mi Compañía de Seguro no cubre. Incluyendo cualquier deducible, coaseguro, copagos, etc.

_____ **Financiación de BPA:** Entiendo que puedo usar la financiación de BPA mientras tenga una autorización actual y que Tueller Counseling me informe cuando esa autorización esté llegando a su fin.

_____ **Con Seguro Insuficiente o Sin Seguro:** Por cualquier servicio proporcionado fuera de los límites de mi plan, estoy de acuerdo en pagar en su totalidad. (Solicitud de Descuento de Tarifa Flexible es disponible)

_____ **Auto-Pago:** Entiendo que no soy elegible para la cobertura baja mi Seguro a partir de la fecha de servicio de hoy. Elijo recibir los servicios proporcionados y acepto pagar por ellos yo mismo. He decidido en este momento no utilizar mi Seguro de salud para cubrir el costo de los servicios recibidos a través de Tueller Counseling. Elijo ser totalmente responsable del pago de todos los cargos incurridos.



Forma de Información de Niño

_____ **INTERNO:** Entiendo que a partir de la fecha del servicio recibiré servicios de un paciente supervisado en Tueller Counseling. Los servicios de pacientes son gratuitos. Sin embargo, si en algún momento decido que me atienda un médico autorizado, entiendo que seré totalmente responsable del pago de todos los cargos incurridos.

_____ **Acuerdo de Terceros:** Entiendo que, porque tengo 18 años o mayor, si otra parte (Padres, Obispo, Centro de Crisis Familiar, Etc.) acepta ser financieramente responsable de los servicios de consejería que recibo a través de este proveedor, debo proporcionar por escrito documentación de nuestro acuerdo financiero en forma de carta. Esta carta debe incluir información de contacto, número de sesiones aprobadas y arreglo de pago. Entiendo que en el caso del que no proporcione la carta, soy responsable en última instancia del pago total de los servicios prestados. (Clientes del Obispo). Entiendo que necesito proporcionar a Tueller Counseling una carta de mi Obispo. La carta debe contener la información de contacto de mi obispo (nombre, número de teléfono, dirección, barrio, y estaca), así como los arreglos de pago específica.

_____ **Prueba insuficiente de cobertura:** Entiendo que he llegado a mi cita sin prueba insuficiente de cobertura (discrepancia en la cobertura del seguro/tarjeta de Seguro inválida). Soy consciente que, por último, soy responsable por servicios prestados en este momento y escojo a recibirlos. Si proveo suficiente prueba de estar asegurada dentro de algunos días (dentro de cinco días de negocio), Entiendo que puedo ser reembolsada por el pago de servicios de hoy después de mi reclamo ha sido procesado y pagado por el seguro. Si no proporciono prueba de Seguro dentro de algunos días, entiendo que seré responsable de la visita de hoy en totalidad.

Reconozco que he tenido la oportunidad de recibir y comprendo la póliza financiera de Tueller Counseling Services, Inc. y estoy de acuerdo de la póliza.

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

Reconocimiento de la Política Financiera

Tueller Counseling Services, Inc. se dedica a brindar la mejor atención centrada en el paciente, asegurando que nuestros clientes tengan un mejor acceso a la atención y asegurándose de que a ningún cliente se le nieguen los servicios de salud conductual debido a la incapacidad de pagar. Brindamos atención con descuento a aquellos que tienen un seguro insuficiente o sin seguro: *pregúntenos sobre nuestro Programa de descuento de tarifa móvil.*

Participamos en la mayoría de los principales planes de salud. Tenemos contratos con muchas compañías de seguros y agencias gubernamentales, incluyendo Medicare y Medicaid. Nuestra oficina presentará reclamos por cualquier servicio prestado a un paciente que sea miembro de uno de estos planes y lo asistirá de cualquier manera que podamos razonablemente para ayudar a pagar sus reclamos Si tiene un seguro secundario, presentaremos automáticamente un reclamo con ellos tan pronto como el transportista principal haya pagado. Es posible que su compañía de seguros necesite que proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud.

Su compañía de seguros requiere que cobremos los copagos en el momento del servicio. La renuncia a los copagos puede constituir fraude según las leyes estatales y federales. Por favor, ayúdenos a cumplir con la ley pagando su copago en cada visita. Es posible que su compañía de seguros le exija montos de coaseguro y/o deducibles. Cualquier saldo pendiente en su cuenta, después de los ajustes contractuales del seguro, se le facturará. Para su comodidad aceptamos efectivo, cheque o las siguientes tarjetas de crédito: Visa, MasterCard, American Express (AMEX) y Discover. Si no tiene su copago, su cita puede ser reprogramada.

Si, por algún motivo, su seguro procesa un reclamo fuera de la red, el paciente sigue siendo económicamente responsable de los cargos acumulados.

Es responsabilidad del cliente proporcionar toda la información financiera / de seguro necesaria y / o actualizaciones a Tueller Counseling en cada fecha de servicio.



Forma de Información de Niño

Es política de Tueller Counseling Services, Inc. tratar a todos los pacientes de manera equitativa relacionada con los saldos de las cuentas. No renunciaremos, no cobraremos ni descontaremos copagos, coseguros, deducibles u otra responsabilidad financiera del paciente de acuerdo con la ley estatal y federal, así como con los acuerdos de participación con las compañías de seguros. La responsabilidad financiera total o parcial solo se puede renunciar de acuerdo con la Política de Programación de Tarifas Móviles de la práctica.

Tenga en cuenta:

- El pago vence en el momento del servicio.
- Los planes de pago están disponibles bajo petición.
- Por favor, traiga su tarjeta de seguro con usted en el momento de su cita.
- Si está asegurado pero no tiene una tarjeta de seguro con usted, es posible que se requiera el pago completo de cada visita hasta que podamos verificar su cobertura.
- Cualquier saldo de clientes dados de alta que tenga más de 65 días de retraso puede considerarse para cobros *(de conformidad con la Ley del Paciente de Idaho: Capítulo 3 Título 48)*.
- Se cobrará una tarifa de no presentación de \$ 40.00, si:
- No se presenta a una cita programada
- No se comunice con la clínica dentro de las 2 horas *(o antes de su apt si su hora de apt es dentro de las 2 horas posteriores a la apertura)* para cancelar su cita
- Llegar más de quince minutos tarde a su cita
- La tarifa de no presentación se debe pagar antes o en su próxima visita

Al firmar este documento, reconozco que he leído y entiendo la Política Financiera de Tueller Counseling Services, Inc.

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

Reconocimiento de manual de orientación

Al firmar este documento, Reconozco que me dieron la oportunidad a revisar el manual de orientación de Tueller Counseling Services Inc., que incluye los siguientes elementos:

Cosas que necesitas saber
 Que esperar de los servicios comunitarios
 Política de asistencia y cancelación
 Información de transporte
 Información del personal

Clientes derecho legal y humano
 Que ja y resolución de problemas
 Que esperar de asesoramiento
 Aviso de prácticas de privacidad, HIPAA
 Planificación de crisis

Me dieron la oportunidad de hacer preguntas relacionado a los servicios disponibles para mí y las pólizas que mencionaron arriba.

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

Forma de Autorización Médica – Declaración y Consentimiento

En el caso de una situación de emergencia o otra situación que requiera tratamiento médico, Yo, _____ por la presente otorgo permiso para que toda o cualquier atención médica y/o dental sea administrado a mi hijo/yo, en el caso de una lesión o enfermedad accidental hasta que se pueda contactar a un contacto de emergencia. Este permiso incluye, pero no se limita a, la administración de primeros auxilios, el uso de una ambulancia y la administración de anestesia y/o cirugía, bajo la recomendación de personal médico calificado.

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

****Denegación de consentimiento**** **Nombre:** _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

Forma de Información de Niño

Divulgación de Información y Consentimiento

Propósito: Para proveer un ambiente estructurado que es de apoyo en el cual explorar necesidades individuales, preocupaciones, y metas.

Las Horas de Servicio: Los horarios normales de las oficinas son Lunes a Viernes de 9:00am-6:00am. En el caso que servicios son proporcionado fuera de estos tiempos, el cliente y el padre son notificados y acuerdan los horarios para reunir.

Confidencialidad: Información revelado a un consejero con licencia es una comunicación privilegiada y no puede ser revelado en ningún procedimiento judicial civil o penal en Idaho sin el consentimiento del cliente. Sin embargo, bajo la Regla de Evidencia 517(d) no hay privilegio para los siguientes actos:

- **Acción Civil:** En un caso de acción civil o proceder por una de las personas a la comunicación confidencial entre cada uno.
- **Procedimientos de Tutela, Curatela, y Hospitalización:** En cuanto a una comunicación relevante para un problema en procedimiento para la cita de una tutora o conservador para el cliente con enfermedad mental, o para hospitalizar al cliente por enfermedad mental.
- **Comunicaciones relacionadas con niños:** En un penal o acción civil o procedimientos en cuanto a una comunicación relevante a un problema con respecto a una condición o lesión física, mental o emocional a un niño, o sobre el bienestar de un niño incluyendo, pero no limitado a, el abuso, abandono o negligencia.
- **Procedimientos de la Junta de Licencias:** En un caso de acción o procedimiento bajo Idaho Code 54-3403.
- **Contemplación de un delito o acto lesivo:** Si la comunicación revela la contemplación de un delito o la intención de cometer un acto perjudicial.
- **El Seguro, Medicaid, y otras compañías de pago:** Información necesaria para fines de facturación.

Liberación de Información: Información pertinente a la atención y al tratamiento puede ser entregado a compañías de seguros y otras entidades para los propósitos de reembolso, así como otros indicados en los comunicados firmados, se actualizarán anualmente.

Tarifas: La tarifa de pago privado por servicios es de \$200 por cita de admisión inicial, \$70 por sesión de 30 minutos, \$120 por hora de sesión individual y \$120 por sesión familiar, y \$25 por hora por grupo. Algunas partes de los servicios prestados también pueden estar cubiertas por el seguro, Medicaid, Medicare, etc. La tarifa por los servicios es de \$0.00 por cada Medicaid. Las tarifas de los seguros variarán según la elegibilidad y los beneficios del cliente.

Documentación: Documentación se mantiene con respecto a los servicios recibidos por Tueller Counseling Services Inc. Estos registros son confidenciales y no se pueden divulgar sin su consentimiento. Tiene derecho a acceder a sus registros clínicos.

Valores Profesionales: Los Profesionales se adhieren al NASW Código de éticas. La oficina de licencias ocupacionales regula las prácticas de los profesionales La licencia de cualquier individuo bajo las leyes de licencia de Idaho no implica ni constituye un respaldo de e consejero ni garantiza la efectividad del tratamiento.

Segunda Opinión: En cualquier momento del tratamiento, puedes buscar la segunda opinión. Es la responsabilidad del cliente a escoger el proveedor. El cliente puede terminar los servicios en cualquier momento a menos que el tratamiento sea ordenado por el tribunal.

Tiempo de Espera y Restricciones: Para fomentar relaciones saludables y comportamientos sociales adaptativos se modela, enseña y práctica. Cuando los comportamientos son peligrosos o no cumplen, el tiempo de espera y las oraciones se usan como consecuencias negativas. Si un cliente se vuelve peligroso para sí mismo, para otros o para la propiedad, aquellos calificados implementan una restricción.

Administración de medicamentos: la administración de medicamentos puede ser proporcionada por un médico o por personal calificado

Transporte: El transporte a los servicios de salud mental puede ser proporcionado por la elección de los padres a Tueller Counseling Services Inc. Riesgos: No se garantiza que el tratamiento causa resultados positivos. Los riesgos del tratamiento pueden incluir empeoramiento de los comportamientos.

Permitir Recoger a un Niño: en referencia a la Evaluación de admisión, los que están en la lista están aprobados para recoger al infante.

Emergencia/crisis y Plan de Solución: en caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias. Línea de ayuda disponible a todo tiempo (208) 520-9630



Forma de Información de Niño

Derecho a Rechazar los Servicios o Elegir un Proveedor Alternativo: El tratamiento puede ser rechazado o revocado en cualquier momento, si el cliente lo desea. Hay muchos proveedores para elegir si usted desea no elegir nuestros servicios. Tueller Counseling Services Inc. es solo un proveedor más.

Declaración de entendimiento: entiendo mis derechos como cliente y he hecho cualquier pregunta con respecto a la información anterior. Estoy de acuerdo y acepto el tratamiento de Tueller Counseling Services Inc./ Unified HealthCare of Idaho con el entendimiento que se me ha dado anteriormente.

Aviso de privacidad: estamos dedicados a proteger su información confidencial. Creamos registros de los servicios prestados y copias remitidas de los registros proporcionados por otros proveedores de servicios. Estamos obligados a usar y proveer información según lo requiera la ley, mantener la privacidad de su información, darle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad para su información, y seguir los términos de las pautas actuales de HIPAA que se encuentran actualmente en efecto.

Derecho a Revisar y Copiar: tiene derecho a revisar y copiar su información clínica según lo permita la ley. Puede solicitar cualquier documentación completada por Tueller Counseling Services Inc. Y también información proporcionada por otra agencia puede estar sujeto a una tarifa para cubrir los costos asociados con la solicitud.

Derecho a Enmendar: Tiene derecho a solicitar cambios en su información si considera que la información que tenemos es incorrecta o está incompleta. Un formulario de Solicitud de modificación de registros está disponible para su uso. Debe completar el formulario y devolverlo a la oficina principal para el procesamiento. Nuestra oficina responderá a su solicitud dentro de los 10 días. Podemos denegar su solicitud si nos solicita que cambiemos la información cuando el documento no se creó en nuestra oficina, cuando la información se deriva de un documento judicial, cuando los datos son de naturaleza histórica y desde la perspectiva de un miembro de la familia biológica o un miembro de la familia, cuando determinamos que la información en la evaluación de salud mental ordenada por el tribunal completada por un clínico es una representación cultural objetiva de la información y el diagnóstico de salud mental actual del cliente en este momento.

Declaración de Divulgación Prohibida: Esta información se le ha revelado de registros protegidos por la regla de confidencialidad federal (42 C.F.R. Part 2). Las reglas federales le prohíben realizar cualquier divulgación adicional de esta información a menos que se permita expresamente dicha divulgación mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por 42 C.F.R. Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información no es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen el uso de esta información para investigar o procesar penalmente cualquier abuso de alcohol o drogas por parte del paciente.

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

Consentimiento Informado de TeleHealth/Telephonic

Yo _____, apruebo recibir sesiones de consejería vía telehealth. Yo entiendo que las plataformas de telehealth/telephonic (Clocktree y Zoom) usadas por Tueller Counseling Services, Inc. siguen la normativa HIPAA.

Yo entiendo que el propósito de telehealth/telephonic es proveer servicios de calidad a través de una asistencia a distancia para mi como cliente. Yo entiendo que soy responsable de mantener mis sesiones privadas siguiendo la normativa HIPAA en la locación donde me encuentre. Yo entiendo que puedo recibir servicios de telehealth/telephonic solo en los estados en donde mi proveedor este licenciado para practicar (o donde el estado lo apruebe). Yo entiendo que soy responsable de comunicar mi locación con mi proveedor para asegurar que puedo recibir servicios éticamente y sin poner en riesgo la licencia de mi proveedor. Yo entiendo que mi proveedor negara los servicios si se comunica que me encuentro en un lugar donde no esté licenciado para practicar. Yo entiendo que las políticas de financiamiento y asistencia son efectivas con telehealth/telephonic.

Al firmar esta forma, yo reconozco que entiendo y estoy de acuerdo con las condiciones mencionadas.

Cliente: _____ **Firma:** _____ **Día:** _____

Forma de Información de Niño

Manejo de Medicamentos/Acuero de Dr. Ronald Zohner

***Por favor escribe sus iniciales que reconoce y acepta las siguientes pólizas:**

- Dr. Zohner acepta clientes de edades 5+
- Para clientes con seguros comerciales, las visitas están sujetas a deducibles y copagos. Las tarifas de pago privadas son las siguientes: Nuevo niño- \$600, Nuevo adulto - \$475, Seguimiento- \$200.
- Dr. Zohner solo está en nuestras oficinas unos días al mes. Es mejor pensar con anticipación y reprogramar sus citas de inmediato, preferiblemente después de su cita o puede estar sujeto a un tiempo de espera más largo para su próxima cita de seguimiento.
- Las nuevas citas para adultos están programadas para una hora.
- Las citas para niños nuevos están programadas para una hora y media. El padre/guardián legal debe asistir a todas las citas con el niño o adolescente. ¡SIN EXCEPCIONES!
- Las citas de seguimiento están programadas para 30 minutos. Si un cliente llega más de 10 minutos tarde, la cita deberá ser reprogramada.
- Los clientes deben estar viendo a uno de los consejeros dentro de nuestra agencia constantemente para 3-4 citas antes de ser incluidos en el horario de Dr. Zohner. Se hacen excepciones en casos extremos.
- Una vez en el horario de Dr. Zohner, los clientes deben seguir viendo a un consejero dos veces al mes o la cita puede cancelarse con las opciones de reprogramar después de que el cliente haya sido atendido por su consejero. Esto no es negociable. El personal de la oficina se comunicará con el cliente/guardián antes de mover al cliente del horario.
- Los clientes deben recibir una llamada de confirmación uno o dos días antes de la cita. El cliente debe confirmar la cita para mantenerse en el horario del día de la cita. El espacio en el horario de Dr. Zohner es limitado y se llena rápidamente. Tenemos una lista de espera en caso de cancelaciones.
- Dos ausencias y el cliente ya no será elegible para ver al psiquiatra a través de nuestra agencia. Las visitas sin presentación también están sujetas a una tarifa de \$200 a \$300 por visita perdida.
- Informe al personal de la oficina si tiene que cancelar su cita con al menos 24 horas de anticipación para que podamos tratar de llenar el tiempo con otro cliente de la lista de espera.
- Recuerde dejar que el personal de la oficina haga una copia de cualquier receta al momento de salir. Este también es un buen momento para programar su cita de seguimiento.
- Si tiene reabastecimiento de recetas o reacciones a medicamentos, llame al consultorio de Dr. Zohner al (208) 552-5707.
- Las citas pueden estar sujetas a cambios de en persona a telesalud. He leído y acepto el formulario de consentimiento de telesalud.
- He revisado y acepto los términos y condiciones de este acuerdo.

Cliente: _____ **Firma:** _____ **Día:** _____

Terapia asistida por animales/Liberación de animales de servicio

Definiciones:

Forma de Información de Niño

Terapia con animales: La terapia asistida por animales (AAT) o la intervención asistida por animales (AAI) es una forma de terapia creativa que utiliza animales de terapia autorizados y acreditados con un terapeuta/cuidador de animales autorizado para proporcionar intervenciones dirigidas a objetivos a personas de todas las edades. La AAT se puede utilizar con varios tipos de discapacidades emocionales, de desarrollo, cognitivas, motivacionales o físicas.

Animal de servicio: Perros que están entrenados individualmente para trabajar o realizar tareas para personas con discapacidades. Los animales de servicio son animales de trabajo, no mascotas ni animales de terapia. El trabajo o tarea para la que un perro ha sido entrenado debe estar directamente relacionado con la discapacidad de la persona. Los animales cuya única función es proporcionar comodidad o apoyo emocional no califican como animales de servicio según la ADA.

Sí, estoy dispuesto a recibir servicios de un proveedor que utilice un animal de terapia o que tenga un perro de servicio. Por favor firme el reconocimiento a continuación.

No, no me siento cómodo con los animales y deseo estar con un proveedor que no utilice animales de servicio o animales de terapia.

El propósito de este formulario es revisar las políticas, procedimientos y riesgos de trabajar con un perro de terapia, así como solicitar su consentimiento para el tratamiento utilizando AAT o la presencia de un perro de servicio.

Políticas, procedimientos y riesgos al trabajar con animales en terapia

Aunque trabajar con animales, específicamente caninos, en un entorno terapéutico tiene muchos beneficios, existen riesgos asociados con la intervención. Debido a que AAT utiliza un animal vivo, es importante tener en cuenta de antemano las políticas y procedimientos necesarios para maximizar la intervención y garantizar un ambiente de trabajo seguro, tanto para el animal como para el cliente.

1. AAT y animales de servicio son dos clasificaciones separadas. Los animales de servicio NO deben utilizarse como herramienta terapéutica.
2. La participación en AAT no está garantizada y se basará en la evaluación. Si la evaluación determina que el cliente no es adecuado, se discutirán otras opciones de tratamiento y se podrán realizar las derivaciones adecuadas.
 - a. Si hay antecedentes o indicios de maltrato animal u otros factores de riesgo, se determinará si está indicada la participación en AAT.
 - b. Si un cliente se vuelve agresivo (golpes, patadas, mordiscos, tirones, puñetazos, etc.) durante la terapia, se determinará si es apropiado continuar el tratamiento o hacer las derivaciones correspondientes.
3. Todos los pacientes deben lavarse las manos, usar desinfectante para manos o toallitas desinfectantes antes y después de tocar a los animales.
4. Los clientes nunca se quedan solos con los animales.
5. Los animales no pueden utilizarse en terapia sin la presencia del cuidador. Ningún otro proveedor, a menos que esté acreditado y aprobado previamente, puede manipular o utilizar un animal con fines terapéuticos.

Entiendo y acepto las políticas, procedimientos y riesgos asociados con el uso de terapia asistida por animales en el tratamiento psicológico y/o la presencia de un perro de servicio. Por la presente doy mi consentimiento para los servicios terapéuticos que involucren a un perro de terapia registrado o un perro de servicio, y acepto toda la responsabilidad. Además, no tengo conocimiento de ningún miedo, alergia, sensibilidad cutánea o respiratoria, u otra condición médica que tenga/tenemos que pueda hacer que la interacción física (por ejemplo, tocar y/o manipular) o la proximidad cercana a un perro de terapia/servicio sea potencialmente dañina para mi /nuestra salud.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____



Forma de Información de Niño

Proveedores de Salud Mental

Entiendo que puedo elegir cualquier agencia para proveer servicios. Elegí recibir servicios en Tueller Counseling Services, Inc.

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

Interno o Lista de Espera
Entiendo que al seleccionar Tueller Counseling Services se me ha ofrecido que me remita a otra agencia y acepto ser colocado con un interno o en la lista de espera si no hay un consejero disponible en el momento de esta firma.

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

Consentimiento Para Pasante o Sombra

Tueller Counseling Services participa en programas educativos con colegios y universidades del área para brindar a los estudiantes que participan en cursos relacionados con la experiencia de campo de asesoramiento en la práctica clínica. Los consejeros de Tueller Counseling han acordado permitir que los estudiantes observen y participen en la atención al cliente bajo la supervisión directa del consejero.

_____ (inicial) Acepto permitir que los estudiantes observen

_____ (Inicial) NO estoy de acuerdo en permitir que los estudiantes observen

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

Liberación de Información

Doy permiso para divulgar mi información médica / de salud mental para que se divulgue con el fin de comunicar resultados, y decisiones de atención a los miembros de la familia, amigos y otros establecimientos que se enumeran a continuación:

Nombre	Relación	Número de teléfono
Tueller Counseling SUDS Department	SUDS Health Services	208-524-7400

El cliente puede revocar o modificar esta autorización específica; la revocación o modificación debe realizarse por escrito.

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

Denegación de consentimiento **Firma:** _____ **Fecha:** _____

Encuestas

Reconozco que se me puede pedir que participe en encuestas para mejorar los servicios en Tueller Counseling Services.

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



Forma de Información de Niño

Información Médica ****La información precisa ayuda a los proveedores a determinar el tratamiento****

Médico de Atención Primaria del Paciente: _____ Visita más reciente: _____

Liberacion de Confidencialidad Menor ****Por favor note que el cliente debe firmar (edades 14-17) no el padre or guardian****

La ley del estado de Idaho establece “Ninguna persona apasionada por las declaraciones confidenciales hechas por un niño mayor de catorce (14) años en el curso del tratamiento puede divulgar dicha información a los padres del niño u otras personas sin el permiso por escrito del niño u otras personas sin el permiso por escrito del niño, a menos que dicha divulgación sea necesaria para obtener cobertura de seguro, para llevar a cabo el plan de tratamiento o prevenir daños al niño u otras personas, o, a menos que este autorizado a divulgar dicha información por el tribunal”.

Al firmar esta forma, Yo _____, autorizo a Tueller Counseling Services para divulgar declaraciones confidenciales hechas por mi durante el curso del tratamiento a mis padres y/o tutores.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Rechazo de consentimiento Firma: _____ Fecha: _____

Salud Mental Previa/Tratamiento de Trastornos por uso de Sustancias

¿Alguna vez ha sido un cliente de Tueller Counseling Services? Si No

¿Si contesta que sí, cuando? _____ Nombre del proveedor? _____

¿Esta recibiendo cualquier servicio comunitario en otra agencia? Si No Si contesta que si, por favor provea el nombre de servicio, el nombre del proveedor, información de contacto, el nombre de agencia y ROI (vea ROI al final del paquete)

Medicamentos Recetados Actualmente ****La Informacion precisa acelerara la asignacion del proveedor medico****

<u>Medicamentos Para la Salud Fisica:</u>	<u>Dosis</u>	<u>Medicamentos Para la Salud Mental:</u>	<u>Dosis</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Alergias: _____

Forma de Información de Niño

Historial de Abuso de Sustancias

Marque todas las que apliquen en los últimos 6 meses.

- | | | |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tabaco | <input type="checkbox"/> Heroína | <input type="checkbox"/> Sales de baño |
| <input type="checkbox"/> Cafeína | <input type="checkbox"/> Inhalantes | <input type="checkbox"/> Medicamentos recetados |
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Metanfetaminas | <input type="checkbox"/> Medicamentos recetados para la ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Cocaína/Crack | <input type="checkbox"/> PCP/LSD | |
| <input type="checkbox"/> Extasis | <input type="checkbox"/> Especia | |

Problemas y Preocupaciones Presentes

Describe la preocupación que lo trajo aquí hoy:

Lista de Verificación de Comportamiento de Niños

****Marque cualquier palabra que aplique****

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Distráido fácilmente <input type="checkbox"/> Hiperactividad <input type="checkbox"/> Impulsividad <input type="checkbox"/> Pérdida de placer/interés desesperación <input type="checkbox"/> Pensamientos de la muerte <input type="checkbox"/> Comportamientos de autolesión <input type="checkbox"/> Episodios de llanto <input type="checkbox"/> La soledad <input type="checkbox"/> Su autoestima está baja <input type="checkbox"/> Culpa/vergüenza <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Cambio en apetito <input type="checkbox"/> Falta de motivación <input type="checkbox"/> Retirada de las personas <input type="checkbox"/> Ansiedad/Pre ocupación <input type="checkbox"/> Ataques de pánico 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aburrimiento <input type="checkbox"/> Memoria mala/confusion <input type="checkbox"/> Formas de miedo de la casa <input type="checkbox"/> Malestar social <input type="checkbox"/> Pensamientos obsesivos <input type="checkbox"/> Comportamiento compulsivo <input type="checkbox"/> Agresión/peleas <input type="checkbox"/> Argumentos frecuentes <input type="checkbox"/> Irritabilidad/la ira <input type="checkbox"/> Pensamiento de homicida <input type="checkbox"/> la escena retrospectiva <input type="checkbox"/> Escuchando voces <input type="checkbox"/> Alucinaciones visuales <input type="checkbox"/> Sospecha/paronia <input type="checkbox"/> Pensamientos acelerados <input type="checkbox"/> Energía excesiva <input type="checkbox"/> Amplios cambios de humor <input type="checkbox"/> Problemas de dormir 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El ánimo de temporada cambia <input type="checkbox"/> Tristeza/Depresión <input type="checkbox"/> Pesadillas <input type="checkbox"/> Problemas de comer <input type="checkbox"/> Problemas de apostando <input type="checkbox"/> Adicción de la computadora <input type="checkbox"/> Problemas con la pornografía <input type="checkbox"/> Problemas con la paternidad <input type="checkbox"/> Problemas sexuales <input type="checkbox"/> Problemas relaciones <input type="checkbox"/> Problemas con el trabajo/la escuela <input type="checkbox"/> Uso de alcohol/drogas <input type="checkbox"/> Recuerdos recurrentes e inquietantes <input type="checkbox"/> Otro: _____
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____



**Forma de Información de Niño
Autorización Para la Liberación o Intercambio de Información**

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento del cliente: _____

**** Por favor, ponga sus INICIALES en cada categoría que aplique. No deje ningún espacio en blanco escriba N/A (no aplicable) ****

Esto certifica que autorizo a Tueller Counseling Services, Inc a:

_____ Revelar información a _____ Obtener información de _____ Intercambiar información con

Medica de Atención Primaria: _____

**** Solo se puede escribir 1 persona/entidad. Por favor complete un ROI diferente para cada persona/entidad****

Información específica que se publicará:

- | | |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| _____ Fechas de tratamiento | _____ Conexiones Saludables Remisión/historia y física |
| _____ Evaluaciones | _____ Planificación del tratamiento |
| _____ Registro psiquiátrico y de tratamiento | _____ Comunicación oral según sea necesario |
| _____ Progreso y comportamientos | _____ Otra según lo especificado: _____ |

Para el siguiente propósito:

_____ Coordinación de tratamiento y cuidado _____ Consideraciones académicas _____ Otra: _____

Entiendo que puedo obtener una copia de esta autorización. Una copia de este formulario es tan válida como la original. Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar este formulario, y que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento (excepto en la medida en que la información ya ha sido publicada). Cualquier revocación debe ser enviada por escrito a cada uno de los proveedores de tratamiento mencionados anteriormente. También entiendo que mis archivos están protegidos bajo específicas leyes de confidencialidad de federales y estatales y regulaciones y no pueden ser revelados sin mi consentimiento por escrito salvo disposición en contrario en el Reglamento. Reconozco que la información se me fue explicada completamente y este consentimiento es dado por mi propia voluntad. Además, entiendo que Tueller consejería, Inc. / salud Unificado de Idaho se libera de toda responsabilidad legal que pudiera derivarse de la publicación de esta información.

Entiendo que mis registros están protegidos bajo el Reglamento Federal de Confidencialidad de Alcohol y Abuso de Drogas Registros de Paciente, 42 CFR parte 2, así como la portabilidad de la Información de salud y Accountability Act (HIPPA) de 1996, 45 CFR partes 160 y 164 subpartes A y E y no puede ser revelada sin mi consentimiento por escrito salvo disposición en contrario en el Reglamento. También entiendo que puedo revocar este consentimiento cualquier momento, mediante notificación escrita o verbal, salvo en la medida en que se han tomado medidas al amparo de ello

*****ESTE CONSENTIMIENTO EXPIRARÁ AUTOMÁTICAMENTE EN UN AÑO DESDE LA FECHA DE SU FIRMA*****

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Denegación de consentimiento Firma: _____ Fecha: _____



Forma de Información de Niño

Autorización Para la Liberación o Intercambio de Información

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento del cliente: _____

** Por favor, ponga sus INICIALES en cada categoría que aplique. No deje ningún espacio en blanco escriba N/A (no aplicable) **

Esto certifica que autorizo a Tueller Counseling Services, Inc a:

_____ Revelar información a _____ Obtener información de _____ Intercambiar información con

Nombre de la entidad/persona: _____ Relación: _____

** Solo se puede escribir 1 persona/entidad. Por favor complete un ROI diferente para cada persona/entidad**

Información específica que se publicará:

- _____ Fechas de tratamiento _____ Conexiones Saludables Remisión/historia y física
_____ Evaluaciones _____ Planificación del tratamiento
_____ Registro psiquiátrico y de tratamiento _____ Comunicación oral según sea necesario
_____ Progreso y comportamientos _____ Otra según lo especificado: _____

Para el siguiente propósito:

_____ Coordinación de tratamiento y cuidado _____ Consideraciones académicas _____ Otra: _____

Entiendo que puedo obtener una copia de esta autorización. Una copia de este formulario es tan válida como la original. Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar este formulario, y que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento (excepto en la medida en que la información ya ha sido publicada).

Entiendo que mis registros están protegidos bajo el Reglamento Federal de Confidencialidad de Alcohol y Abuso de Drogas Registros de Paciente, 42 CFR parte 2, así como la portabilidad de la Información de salud y Accountability Act (HIPPA) de 1996, 45 CFR partes 160 y 164 subpartes A y E y no puede ser revelada sin mi consentimiento por escrito salvo disposición en contrario en el Reglamento.

ESTE CONSENTIMIENTO EXPIRARÁ AUTOMÁTICAMENTE EN UN AÑO DESDE LA FECHA DE SU FIRMA

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Denegación de consentimiento Firma: _____ Fecha: _____