

**CLIENT INTAKE
REFERRAL FORM**

CAFY Case No: _____ Referred by: _____ Counseling/Legal Service Only: _____

Confidential Once Completed

VICTIM SERVICES: Complete this form and send to Crisis Intake Specialist for entering. CAFY Number will be assigned then.

COUNSELING CENTER: Complete this form to prepare for your clients visit: Once complete send to cafvcounseling@cafyonline.org

LEGAL SERVICES: Complete for form and send to cafylegal@cafyonline.org

Date:		Referred by:		Case Manager:	
Clients Name/ Race:			DOB:	Age:	Marital Status: M__ S__ D__ W__ SEP__
Parent/ Guardian Name (if 17 or below):				How do you identify?	
Employed: No__ Yes__ If yes, Employers Name _____			Emergency Contact: _____		
			Emergency Contact No. : _____		
Incident: (List the type of case)			Offender's name:		
Home Address:		City:	State:	Zip Code:	
Telephone (H):		(W):	(C):		
May we leave messages at the numbers provided: Yes__ No__					
PLEASE NOTE: Email correspondence is not considered a fully confidential method of communication				May we Email: Yes__ No__	
Insurance: Private: _____ Medicaid _____		Insurance Provider Name:			
Insurance ID:		Insurance Group No.:			
Has your clients completed CICB? Yes: _____ No: _____ Claim #:			Court Information, if applicable:		
Please check one of the boxes for all clients:	Annual Average		Counseling Center Staff ONLY		
	__ \$0 - \$15,000		Client Fee	CAFY Initials	Date
	__ \$15,001- \$30,000				
	__ \$30,001- \$45,000		Special arrangements?	Use payment sheet	
__ \$45,001- 50,000					
__ \$50,001- & above					

**I
N
T
A
K
E
Q
U
E
S
T
I
O
N
S**

- No. of people in your household: _____ Ages: _____
- If there are children involved, how do the children feel after the incident?
- Has your living situation changed recently? Yes__ No__ If yes, how?
- Do you feel safe where you live? Yes__ No__ If no, why?
- Is there any domestic violence or other safety concerns in the home? Yes__ No__ If yes, how?
- Are there any medical, physical, or financial issues that may prevent you from leaving your home and coming to our office?
- Do you fear that you will be harmed again or that this person poses an ongoing threat to your safety?
- Would you like to be updated whenever your offender has a court case coming up?
- Was there anyone else affected/involved that needed services?
- Who would you classify as your support system?
- Is that person aware of the incident that occurred? Yes__ No__ If yes, are they able to support you now?
- Do you use alcohol? Yes__ No__ If so, how often?
- How often do you engage in recreational drug/experiment with prescription medication? Daily__ Weekly__ Monthly__ Rarely__ Never__
- Have you experienced any injuries that need or needed medical attention?
- Have you lost financial support as a result of the incident? Yes__ No__ How?

HOUSING

16. Are there any illnesses we should be aware of?
17. Has there been any change in your family dynamics?
18. Has there been any past occurrence of trauma? Yes___ No___ If yes, is there any support that you would like available to you now?
19. [If appropriate] Are you in control of your own money or does someone manage that for you?
20. Is there any things else we need to know to better help assist you?

1. What is your current housing situation?
2. Are there any barriers to you finding housing?
3. Do you have family near?
4. Are you experiencing any financial challenges meeting your expenses?

COMPLETE IF REFERRING TO COUNSELING: Please complete this brief assessment with your clients prior to scheduling.

COUNSELING

1. What kind of challenges are you facing regarding this issue?
2. Describe any physical or emotional changes you have noticed?
3. Have you had any recent thoughts about self-harm or thoughts of suicide?
4. What about sleeping, working, doing regular day-to-day- chores, have you been able to continue or any other challenges?
5. What have you tried so far to handle this situation?
6. What would you like to accomplish out of therapy?
7. Fears or concerns of counseling?
8. Do you have a religious background? If so please name.
9. Do you prefer a male or female therapist?
10. Is there any additional information you would like the counselor to know.

COMPLETE IF REFERRING TO LEGAL: Please complete this assessment

LEGAL

Protective/ Peace Order:	Child Support:	U-Visa:
Custody:	In School Transfer:	Other :

Check Box:

1. Did the victim notify law enforcement? **YES:**_____ **NO:**_____ If yes, what is the police report?_____
2. Did law enforcement suggest a plan of action for victim? **YES:**_____ **NO:**_____ If yes, will they be following that? **YES:**_____ **NO:**_____
3. Is this incident the first of its kind? **YES:** _____ **NO:**_____
4. Are there any witnesses to the crime? **YES:** _____ **NO:**_____
5. Has victim relocation because of incident? **YES:**_____ **NO:**_____
6. Has the offender threatened the victim, their family or friends since the incident? **YES:**_____ **NO:**_____
7. Are there issues of custody or guardianship because of the incident? **YES:**_____ **NO:**_____

Legal Referral:

Sexual Assault Legal Institute (SALI)

Community Legal Service

Maryland Legal Aid

Ayuda

House of Ruth

Maryland Crime Victim Resource Center

CAFY Legal

Other: _____

Services accepted by client:

CICB _____
VINE _____
COUNSELING _____
HOUSING _____
LEGAL _____
HOME VISIT _____
COURT EDUCATION _____

COURT COMPANIONSHIP _____
CLIENT ASSISTANCE FUND _____
STEP _____
FINANCIAL EMPOWERMENT _____
HELPLINE _____
PATHS _____

SUMMARY:

GOALS:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Información del cliente

NOMBRE: FECHA:

D.O.B:

Name _____ de los
padres

Asesoramiento previo (terapia ambulatoria, programas de auto-ayuda, las hospitalizaciones, la dependencia química, etc (por favor incluya fechas aproximadas)

Por favor explique lo mejor que puede su razón para venir aquí
today. _____

Temas Presentación (estrés, problemas / cuestiones que pueden aplicarse a usted u otras personas en su familia. Si no es usted mismo, por favor indique qué miembros de la familia cada categoría se refiere a)

	Depresión (1-10: suave → Severo)		Luchas / problemas matrimoniales
	Pensamientos / intentos de suicidio actuales		Los problemas sexuales o intimidación
	Pasados pensamientos / intentos de suicidio		Problema de alcohol / drogas (auto)
	Los ataques de ansiedad / pánico (1-10: suave → Severo)		Problema de alcohol / drogas (familia)
	Fobias		¿Utiliza el tabaco?
	Problemas centrándose		La muerte de un ser querido
	Aburrimiento		El juego compulsivo
	Disminución de la motivación		Trastorno de déficit de atención o TDAH
	Fatiga Crónica		Sentimientos de desesperanza
	Emociones dolor / dificultad		El exceso de ira en mi vida
	Problemas alimentarios:		Los sentimientos de insuficiencia soledad
	Comportamiento / aislamiento Retirado		Malestar por razones desconocidas
	Dificultades relacionadas con el trabajo		Problemas con los padres
	Preocupaciones Financieras		Problemas de manejo del estrés
	Pérdida de interés en actividades		No es capaz de relajarse
	Carrera / inquietudes vocacionales		Fobia Social
	Padres problemas menores		Estrés síntomas físicos relacionados
	Los problemas de comunicación		migrañas
	Huyendo		úlceras
	problemas en la escuela		Condición médica efectuar ánimo
	Problemas para hacer amigos		Los problemas de sueño (no es suficiente)
	Pérdida del control de los padres		Los problemas de sueño (demasiado)

	problemas entre hermanos		Apnea del sueño
	Problemas familiares combinadas		Uso Cannabis: ¿con qué frecuencia?
	Las dificultades legales		El abuso sexual (ahora / reciente / en el pasado)
	Los sentimientos de aislamiento		El abuso físico (ahora / reciente / en el pasado)
	Problemas de autoestima		La violencia familiar (reales o potenciales)

Otro:

Historia de la Medicina

A. Hospitalizaciones / Cirugías:

B. Enfermedad / lesiones graves:

C. actual condición médica:

D. ¿Fuma cigarrillos o beber? Si es así, ¿con qué frecuencia?

E. Los medicamentos actuales:

F. Nombre de Médico: / _____ Teléfono

G. Fecha de la última visita:

¿Cómo te imaginas el asesoramiento podría ayudar mejor a usted ya las personas importantes en su vida? si

usted ha estado en el asesoramiento antes, lo que funcionó mejor y lo que usted quiere cambiar o sucederá esta vez? _____

Por favor proporcione cualquier información adicional que usted piensa que puede ser importante o puede ser de ayuda.

Firma del Cliente

Fecha

Tutor

Fecha

Si el cliente es menor de 18 años



Centro de Asesoramiento

Declaración de divulgación de la evaluación inicial del asesor

Explica información financiera, legal y de procedimiento importante para los clientes

Estimados clientes,

Bienvenido a CAFY Centro de Consejería (CCC). Nos complace que haya elegido nuestros servicios. Para informarle sobre nuestras políticas, tarifas y antecedentes de su consejero, le proporcionamos la siguiente información. La misión de CCC es ayudar a las personas a recuperarse de los efectos del trauma causado por el crimen y la violencia a través de la provisión de terapia psicoeducativa, comportamiento cognitivo y soluciones enfocadas.

1. Todo lo discutido en sesiones de consejería es confidencial. No divulgamos información sin su permiso por escrito, excepto:

- a. Cuando existe una amenaza o riesgo de autolesión (suicidio) o daño a otra persona (homicidio).
- b. Cuando hay una "causa razonable" para sospechar el abuso o el descuido de un niño, una persona discapacitada o una persona de edad avanzada, de todo lo que se informa en una sesión de asesoramiento.
- c. Cuando recibimos una citación emitida por un juez o tribunal.
- d. Cuando un cliente describe la explotación sexual de un terapeuta.

2. Su consejero evaluará pensamientos suicidas / ideación.

3. **Pasantes:** Parte de la misión de CCC es capacitar a profesionales clínicos. Sin embargo, su consejero puede ser un pasante, tenga la seguridad de que ha recibido el nivel de maestría y la capacitación superior, y actualmente se encuentra bajo supervisión intensiva. Además, como pasante de consejería para estudiantes de posgrado que trabaja en el estado de Maryland, ofrecen servicios que están alineados con los estándares y prácticas de la Junta Nacional de Consejería Profesional de Trabajo Social.

4. **La terapia** que se ofrece en Community Advocates for Family & Youth es integral y busca satisfacer las necesidades de todos, independientemente de factores multiculturales, de desarrollo y diversos.

5. **Los consejeros** varían en su enfoque de consejería. Usted tiene derecho a elegir quién se adapta a sus necesidades. Si tiene dudas sobre la idoneidad de su asesoramiento, hable de esto con su consejero. Si no se puede llegar a un entendimiento, él / ella puede ayudarlo a organizar una referencia apropiada. Si por alguna razón desea presentar una inquietud o queja, tiene derecho a Arleen Joell, quien es la Directora Ejecutiva de CAFY.

6. **Tarifas:** hay tarifas asociadas con CAFY Centro de Consejería. Estos honorarios deberían haberse discutido con usted. Si no, consulte la recepción o el administrador de facturación antes de irse. Sin embargo, hacemos todo lo posible para no rechazar los servicios debido a la capacidad de pago.

7. **Citas:** Las sesiones de consejería son de 50 minutos. La consistencia en mantener citas es importante para el proceso de consejería. Si no puede asistir a una cita, debe avisar con 24 horas de anticipación o está sujeto a que se le cobre una tarifa de \$ 30 por no presentarse a las citas que no se cancelaron con anticipación. Una suspensión de servicios si el cliente tiene tres ausencias consecutivas.

8. **Período de tiempo:** la mayoría de las sesiones de consejería son de 45-50 minutos de duración. A veces existen razones para desviarse de ese marco de tiempo. Se ofrece inicialmente un tiempo máximo de 4 meses con una extensión de dos meses. Esta duración requerida del tratamiento está determinada por el terapeuta y el cliente.

9. **Terminación:** la terminación es parte del proceso terapéutico y generalmente está determinada por el acuerdo mutuo entre el cliente y el terapeuta. Si en algún momento durante la terapia evalúo que no soy efectivo para ayudarlo a alcanzar sus objetivos terapéuticos o que no está dispuesto a cumplir con las sugerencias o recomendaciones que hago, discutiré con usted si continuar o no con el tratamiento es la mejor opción para usted. Si determinamos que es mejor no continuar, le ofreceré referencias que pueden serle útiles. Si elige usar uno si las referencias y si solicita y autoriza por escrito, hablaré con el terapeuta de su elección para ayudar con la transición. Si en algún momento desea la opinión de otro profesional o desea consultar con otro terapeuta, lo ayudaré con referencias,



Centro de Asesoramiento

Declaración de divulgación de la evaluación inicial del asesor

Explica información financiera, legal y de procedimiento importante para los clientes

y si tengo su consentimiento por escrito, proporcionaré a ese profesional la información esencial necesaria. Tenga en cuenta que tiene derecho a finalizar la terapia en cualquier momento.

10. Si el cliente alguna vez ve al asesor en público, nunca se acercará a ellos ni les saludará. Esto comprometería la confidencialidad (porque alguien puede preguntar cómo se conocen). Es la elección del cliente si quiere saludar al terapeuta (y luego el terapeuta puede saludarlo una vez que el cliente haya iniciado el contacto).

11. Pregunte si el cliente tiene preguntas sobre cualquiera de los anteriores.

Para ser completado y firmado durante la sesión con el consejero. Entiendo las políticas contenidas aquí.

Ciente (Padre o tutor legal, si el cliente es menor de 18 años) Fecha

Ciente Fecha

Consejero Fecha
Auditado por:

Community Advocates for Family & Youth, Inc.
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso, por favor póngase en contacto con CAFY, PO Box 4419, Capitol Heights, MD o 301-390-4092 o por correo electrónico info@cafyonline.org.

QUIÉN DEBE SEGUIR ESTE AVISO: Este aviso describe las prácticas de privacidad de los defensores comunitarios de Familia y Juventud, Inc. Centro de Consejería. **NUESTRAS OBLIGACIONES:**

Ley nos exige:

- Mantener la privacidad de la información de salud protegida;
- Darle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información sobre su salud;
- Cumplir con los términos de nuestro aviso que está actualmente en vigor.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD:

Las siguientes categorías describen las formas en que podemos usar y divulgar información médica que lo identifica a usted ("Información de Salud"). Algunas de las categorías incluyen ejemplos, pero cada tipo de uso o la divulgación de información de salud en una categoría que no está en la lista. Salvo para los fines descritos a continuación, vamos a utilizar y divulgar información de salud solamente con su permiso por escrito. Si usted nos da permiso para usar o divulgar información de salud para un propósito no descrito en este aviso, usted puede revocar ese permiso, por escrito, al cualquier momento poniéndose en contacto con el Centro de privacidad Oficial.

- **Para tratamiento.** Podemos usar información médica para el tratamiento de usted o proporcionarle servicios de atención médica . Podemos divulgar información de salud a médicos , enfermeras, técnicos y demás personal , incluyendo a las personas fuera de nuestras instalaciones que puedan estar involucrados en su atención médica. Por ejemplo , podemos decirle a su médico de atención primaria sobre el cuidado que le proporcionamos o dar información médica a un especialista para ofrecerle servicios adicionales.
- **Para el pago.** Podemos usar y divulgar información de salud a fin de que nosotros u otros puedan facturar y recibir pago de usted , una compañía de seguros o un tercero para la Página 2 de 5 tratamientos y servicios que usted recibió . Por ejemplo , podemos dar información a su plan de salud sobre su tratamiento para que puedan pagar por dicho tratamiento. También podemos informar a su plan de salud sobre un tratamiento que usted va a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento .
- **Para operaciones de atención médica .** Podemos usar y divulgar información de salud para operaciones de cuidado de salud. Estos usos y divulgaciones son necesarios para asegurarse de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad y para nuestra operación y la gestión. Por ejemplo , podemos usar información médica para revisar el tratamiento y los servicios que ofrecemos para asegurar que la atención que recibe es de la más alta calidad.
- **Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud .** Podemos usar y divulgar información de salud para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita con nosotros . También podemos utilizar y divulgar información médica para informarle sobre las opciones o alternativas de tratamiento o beneficios y servicios que puedan

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

- **A medida que lo requiera la ley .** Revelaremos información médica cuando sea requerido para ello por las organizaciones internacionales , federales, estatales o locales.
- **Para evitar una amenaza seria a la salud o la seguridad.** Podemos usar y divulgar información de salud cuando sea necesario para prevenir o disminuir una amenaza seria a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público o de otra persona. Cualquier revelación, sin embargo , será la de alguien que puede ser capaz de ayudar a prevenir la amenaza.
- **Asociados comerciales .** Podemos divulgar información de salud a nuestros socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos proporciona servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo , podemos usar otra empresa para realizar los servicios de facturación en nuestro nombre. Todos nuestros socios comerciales están

obligados , bajo contrato con nosotros , para proteger la privacidad de su información y no se les permite usar o divulgar cualquier información que no sea como se especifica en el contrato .

- **Riesgos de salud pública** . Podemos revelar Información de Salud para actividades de salud pública . Estas actividades generalmente incluyen divulgaciones para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; reportar nacimientos y muertes; informe de abuso infantil o negligencia ; reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a la gente del retiro de productos que puedan estar usando; seguimiento de determinados productos y controlar su uso y eficacia; notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición , y llevar a cabo la vigilancia médica del hospital en ciertas circunstancias limitadas acerca enfermedad o accidente laboral . También podemos revelar información de salud a las autoridades apropiadas si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica , sin embargo , sólo se dará a conocer esta información si está de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por la ley .

- **Demandas y Disputas** . Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos maydisclose Información de Salud en respuesta a una orden judicial o administrativa . También podemos divulgar su información médica en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por otra persona involucrada en la disputa, pero sólo si se han hecho esfuerzos para informarle a usted sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada .

SUS DERECHOS:

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a información médica que mantenemos sobre usted :

- **Derecho a inspeccionar y copiar** . Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar información médica que puede ser usada para tomar decisiones acerca de su cuidado o pago por su cuidado. Para inspeccionar y copiar la información de salud , usted debe hacer su solicitud por escrito al Centro de Consejería CAFY privacidad Oficial.

- **Derecho a enmendar** . Si usted siente que la información médica que tenemos es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la corrijamos. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda mientras la información sea mantenida por o para nosotros. Para solicitar una enmienda , debe hacer su solicitud por escrito al Centro de Consejería CAFY privacidad Oficial.

- **Derecho a una Contabilidad de Revelaciones** . Usted tiene el derecho de solicitar una contabilidad de ciertas revelaciones de información de salud que hemos hecho . Para solicitar una contabilidad de revelaciones, usted debe presentar su solicitud por escrito al Centro de Consejería CAFY privacidad Oficial.

- **Derecho a solicitar restricciones** . Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o divulgamos para tratamiento , pago u operaciones de atención médica . Además , usted tiene el derecho de solicitar un límite en la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o en el pago de su cuidado , como un familiar o amigo. Por ejemplo , usted podría solicitar que no compartamos la información sobre su cirugía con su cónyuge. Para solicitar una restricción , usted debe hacer su solicitud por escrito al Centro de Consejería CAFY privacidad Oficial. No estamos obligados a aceptar su solicitud . Si estamos de acuerdo , cumpliremos con su solicitud a menos que necesitemos utilizar la información en ciertas situaciones de tratamiento de emergencia.

- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales** . Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo , usted puede pedir que nos comuniquemos con usted por correo o en el trabajo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su solicitud por escrito al Centro de Consejería CAFY privacidad Oficial. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado . Cumpliremos con las solicitudes razonables .

- **Derecho a una copia impresa de este aviso** . Usted tiene el derecho a recibir una copia impresa de este aviso . Usted puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si usted ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, usted todavía tiene derecho a una copia en papel de este aviso. Usted puede obtener una copia .

CAMBIOS A ESTE AVISO: Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer el aviso revisado o cambiado para información médica que ya tenemos, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Fijaremos una copia del aviso actual en el hospital. El aviso contendrá la fecha de vigencia en la primera página, en la esquina superior derecha.

QUEJAS: Si usted cree que sus derechos han sido violados, usted puede presentar una queja con nosotros o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con nosotros, póngase en contacto con el Centro de Consejería CAFY privacidad Oficial. Todas las quejas deberán presentarse por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.



Aviso de Prácticas de Privacidad Acuse de Recibo

NOMBRE:

Fecha de nacimiento:

FECHA:

El Aviso de Prácticas de Privacidad CAFY proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida sobre usted.

Además de la copia, le hemos proporcionado, copia de la notificación actual están disponibles por pedido una copia en el Centro.

Yo reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del paciente o cliente

FECHA Representante

Imprimir Nombre Relación con el Cliente

Si no se obtiene reconocimiento por escrito, razón por favor compruebe:

Aviso de prácticas de privacidad Datos - el paciente no puede firmar _____

Aviso de prácticas de privacidad Datos - paciente se negó a firmar _____

Firma del Representante Fecha CAFY

CARTA DE ACUERDO CLIENTES ADULTOS EN PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

Bienvenido. Esperamos que su estancia aquí vale la pena. Le estamos dando esta carta para ayudar a responder a cualquier pregunta que usted pueda tener acerca de la psicoterapia / consejería. También le explicará el procedimientos administrativos del Centro de Consejería CAFY. Por favor, vaya a través de esta carta cuidadosamente y no dude en mostrar a otros profesionales de su confianza ni a los miembros de la familia si lo desea.

Al final de esta carta es un lugar para que usted firme su nombre, si lo hace, significa que usted ha leído y entendido todos los puntos de esta carta.

Nuestro sentido de bienestar se ve influida por muchos factores interrelacionados. Usted está aquí para hacer frente a los factores no médicos. Si usted no ha tenido un examen físico reciente, le recomendamos que obtenga una parte de su médico tan pronto como sea posible. Esto es importante porque queremos hacer una distinción clara y comprender las conexiones entre los factores médicos y psicológicos que afectan su bienestar. Dado que ninguno de nuestros médicos son médicos, no pueden saber si usted tiene una condición médica / (s) que pueden estar relacionados con nuestro trabajo. Por favor, háganos saber acerca de cualquier problema de salud médica que usted tenga

CADA UNO DE NUESTROS NOMBRAMIENTOS está programada para durar 50 minutos. Por lo general somos muy rápido. Si el médico está siempre tarde, tratamos de hacerle saber de antemano, incluso si el retraso está a sólo unos minutos. Si causamos un inicio tardío y se puede permanecer más tiempo, todavía nos vemos para un total de 50 minutos. Si llega tarde a una cita, es posible que aún tenga que poner fin a la reunión 50 minutos después de lo previsto para comenzar.

ENTRE REUNIONES puede dejar mensajes para su médico en 301-882-1000. Si usted necesita hablar con ellos de inmediato, por favor deje un breve mensaje en nuestra oficina. Si su necesidad es urgente por favor avise a la oficina sepa que su llamada es urgente. Si su médico no está disponible, alguien le llamará. También pueden hablar con usted acerca de algunos números de emergencia que puede llamar si usted siente que está en crisis. En comparación con otras formas de buscar ayuda, asesoramiento ambulatorio es poco intensivo en el que las reuniones suelen ocurrir una vez por semana o menos. Si usted cree que esto no es suficiente para ti en este momento, podemos discutir las alternativas que ofrecen un mayor apoyo terapéutico.

¿Cuántas sesiones que asistirán? es una pregunta que usted puede estar pensando. Al inicio de la terapia, se puede elegir el número de sesiones a las que desea reunirse para. Nuestro Centro es la crisis centrado hasta la longitud de tiempo es generalmente 4-6 meses. Sin embargo, el tiempo será discutido y decidido entre usted y su médico. Si decide dejar de sesiones, se recomienda que discutimos esto durante al menos una sesión más. El logro de la claridad sobre las razones de la interrupción, hablando de lo que fue la experiencia, y hacer planes son pasos importantes. Podríamos decidir que parar porque se han alcanzado sus objetivos. O podemos decidir que no se va a alcanzar todas sus metas en este momento. Usted es libre de reanudar las sesiones en el futuro si / cuando hay aberturas en nuestra oficina.

La cuota para la psicoterapia individual es de \$ 85.00 por sesión. Todo el mundo se espera que pagar el \$ 25.00 de copago por la visita inicial. Si su seguro es del tipo "managed care", la comisión permanente se decidió por un contrato entre el Centro y su compañía de seguros y usted probablemente tendrá un co-pago. Para aquellas personas que no tienen cobertura de seguro o seguro no aceptamos ofrecemos una escala móvil basada en la necesidad económica. Usted puede pagar con tarjeta de crédito, dinero en efectivo o cheque. Usted recibirá un recibo. Hay una cuota

de \$ 25.00 por cheques devueltos. Si un cheque es volvíó por segunda vez, se le pedirá que pagar los saldos posteriores con tarjeta de crédito, dinero en efectivo o por giro postal. A tener en cuenta: Las cancelaciones menos de 48 horas (a menos que haya circunstancias atenuantes tales como enfermedad o las condiciones de conducción peligrosas) o citas perdidas, se cargará a una tarifa de \$ 45.00 (No se puede facturar a su compañía de seguros para una sesión perdida.). No se le cobrará por una sesión si usted nos deja saber al menos con 48 horas de antelación.

Por favor, háganos saber si hay algún cambio en su póliza de seguro. Si hay un cambio o pérdida de cobertura y usted no me digas, o si su compañía de seguros va a la quiebra o se niega a pagar una reclamación válida, se convierte en responsable de la balanza de seguros.

Hablar con usted acerca de Administrador de Casos de Compensación de Lesiones Penal - El programa de Maryland puede reembolsarle los gastos pagados de nuestro bolsillo para la terapia.

ÉTICA Y CONFIDENCIALIDAD son esenciales para el éxito de la psicoterapia / consejería. Con unas pocas excepciones todo lo que discutimos es mantenida en estricta confidencialidad. Normalmente, la información sobre nuestras sesiones se libera solamente tras recibir permiso por escrito. Hay una forma especial para este que requiere tanto nuestras firmas

La ley de Maryland exige o permite la confidencialidad que se anuló incluso cuando un comunicado de que no se firme cuando: 1) Una persona está en riesgo de conductas suicidas u homicidas, 2) Cuando se sospecha o se sabe que un niño o una persona mayor está siendo abusado o descuidado; 3) Cuando la persona que recibe los servicios o el tutor legal responsable de pago se niega a pagar por los servicios prestados; 4) Cuando un juez de la corte pedidos de información de archivo de un paciente; 5) también se le entregará una copia de la ley HIPAA, que entró en vigor en abril de 2003. Explica la privacidad y confidencialidad con más detalle.

AL FIRMAR ABAJO usted reconoce que ha leído esta comunicación o ha tenido que le lea a usted. Usted puede solicitar una copia de este acuerdo o acceder a él en ww.cafycounseling.com. Además, reconoce el derecho de hacer preguntas si no entiende esta comunicación. Vemos la psicoterapia / consejería como un esfuerzo por el terapeuta y el cliente para trabajar hacia la mejora de la calidad de vida del cliente y esperamos con interés trabajar con usted.

Firma del Cliente

_____/_____/_____
Fecha

CAFY Representante Firma

_____/_____/_____
Fecha

(1111)

CAFY Counseling and Family Center
CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA PADRES/TUTOR LEGAL

¡Hola! La política de CAFY Counseling and Family Center es entregarle una carta de consentimiento a todos. Su hijo o hija, o menor de quien usted es tutor legal también recibirá una carta. El propósito de ésta es elaborar en lo que hace que el asesoramiento sea una experiencia exitosa para los menores. Ésta también incluirá temas administrativos que usted debe saber.

LA ADOLESCENCIA es usualmente una época difícil durante nuestra vida, más aún cuando se le suma a eso cualquier tipo de trauma o dificultad. Incluso, de muchas maneras, ser un niño/a o adulto es más fácil pues los roles en éstas edades están definidos más claramente. Los adolescentes se preparan para la adultez sin ser del todo un adulto. No es de sorprenderse que también sean tiempos de prueba para los padres.

Niños/Adolescentes VEN PERSONAS COMO NOSOTROS POR VARIOS MOTIVOS. Algunos son traídos por padres preocupados y se dan cuenta de que les gusta hablar con un terapeuta. Otros piden venir porque saben que tienen cosas por hablar. A veces, a los adolescentes les toca venir a asesoramiento. Es más difícil cuando se les impone venir, pues sienten que la terapia es una extensión del control que ellos sienten que otras personas tienen sobre ellos. Aun así, si la vida de un adolescente está fuera de control, asistir a terapia le dará la *oportunidad* de ganar perspectiva y volver a tomar el camino adecuado.

LOS NIÑOS DEBEN SENTIR QUE EL ASESORAMIENTO NO ES PARA SUS PADRES U OTRA PERSONA. Una terapia exitosa no debe verse como un castigo. Para ayudar a los adolescentes a entender esto, les decimos que sin importar lo que me digan, quedará entre nosotros. Claro está, hay excepciones a esta regla. La ley de Maryland exige o permite que se revoque la confidencialidad incluso cuando no se firme una divulgación cuando: 1) Alguien corre el riesgo de tener un comportamiento suicida u homicida; 2) Cuando se sospecha o se sabe que un niño o anciano está siendo descuidado; 3) Cuando la persona que recibe los servicios o el tutor legal responsable del pago se niega a pagar por los servicios prestados; 4) Cuando un tribunal de un juez ordena información del archivo de un paciente; 5) También se le entregará una copia de la ley HIPPA que entró en vigencia a partir de abril de 2003. Explica privacidad y confidencialidad en más detalle.

Aunque respetaremos el deseo de confidencialidad de su hijo, nuestra esperanza es que su hijo adolescente elija compartir más de sus sentimientos con usted. Por supuesto, usted es libre de transmitirle al terapeuta cualquier información que considere que debería tener.

NUESTRO SENTIDO DEL BIENESTAR se ve afectado por muchos factores. Su hijo está aquí para recibir apoyo no médico. Recomendamos que su hijo tenga un examen físico si no lo ha hecho recientemente. Esto es importante porque queremos asegurarnos de que ninguno de los problemas discutidos sea el resultado de dificultades de salud física. Dado que nuestros médicos son médicos, no pueden saber si su hijo tiene alguna condición física que pueda estar relacionada con las razones por las que él o ella tiene que venir a CAFY.

LA CUOTA DE psicoterapia individual es de \$ 85.00. Se espera que todos paguen el copago de \$ 25.00 por su visita inicial. Por lo general, los padres pagan la tarifa de sus hijos. En situaciones donde su hijo tiene una fuente de ingresos, puede elaborar arreglos de pago que satisfagan las necesidades de todos. Para aquellos con seguros que aceptamos, la tarifa se establece entre CAFY Counseling y su compañía de seguros y su tarifa será el copago que usted tenga. Para aquellos sin seguro, ofrecemos una escala móvil. Pregunte acerca de la escala móvil si la tarifa presenta un problema. Puede pagar en efectivo, con tarjeta de crédito o con cheque. Hay una tarifa de \$ 25.00 por cheques devueltos. Si se devuelve un cheque por segunda vez, se le pedirá que pague el saldo pendiente en efectivo o mediante giro postal.

Por favor, avísenos si hay algún cambio en su póliza de seguro. Si hay un cambio o pérdida de cobertura y no nos lo dice, o si su compañía de seguros cierra su negocio o se niega a pagar un reclamo válido, usted será responsable del saldo del seguro.

LAS CITAS están programadas para durar 50 minutos. En cancelaciones de menos de 48 horas (a menos que existan circunstancias atenuantes como enfermedad o condiciones de manejo inseguras) o citas perdidas, se cobrará una tarifa de \$ 45.00 (no podemos facturar a su compañía de seguros por una sesión perdida). Si su adolescente depende de usted para el transporte, regrese cinco minutos antes de la finalización de la cita.

Entre citas, llame al 301-882-1000 si tiene preguntas o cancelaciones. Si necesita hablar con su terapeuta de inmediato, llame al 301-882-1000, o déjele un mensaje. Los mensajes se enviarán por correo electrónico a su terapeuta inmediatamente y éste se pondrá en contacto con usted lo antes posible. Si su médico está de vacaciones o en reuniones profesionales, le pediremos a alguien más que lo llame.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN usted reconoce que ha leído esta comunicación o que se la han leído. Puede solicitar una copia de este acuerdo o acceder a él en: www.cafycounseling.com. Además, reconoce su derecho a hacer preguntas si no comprende esta comunicación. Consideramos que la psicoterapia / el asesoramiento es un esfuerzo tanto del terapeuta como del cliente por trabajar para mejorar la calidad de la vida del cliente.

Nombre del menor y padre(s)

Firma del padre(s)

Fecha

Firma de Representante de CAFY



Centro de Orientación y Familia NO-SHOW DE POLÍTICA

Cada vez que un cliente se pierde una cita sin dar aviso adecuado, se impide que otro cliente de recibir la ayuda de la salud mental y la atención. Por lo tanto, CAFY Orientación y Centro de la Familia se reserva el derecho a cobrar una tarifa de \$ 50.00 para todas las citas perdidas ("no shows") y las citas, que, en ausencia de una razón de peso, no se cancela con una antelación de 24 horas o en el momento de su llamada de confirmación.

"No Show" honorarios serán facturados al paciente. Esta tasa no está cubierto por el seguro, y debe ser pagado a la llegada de su próxima cita. Múltiple "no shows" dará lugar a la persona que se coloca en la parte inferior de la lista de espera y / o puede resultar en la terminación de nuestros servicios de salud mental.

Si no se presenta interfieren con la capacidad de nuestros pacientes se beneficien de los servicios de orientación. Por sus iniciales en cada línea, usted está aceptando Consejería de CAFY y el Centro de la Familia de las políticas de no-presentación.

1. _____ Si el cliente no se presenta durante 2 citas, el cliente será colocado en lista de espera.
2. _____ Los clientes se consideran no se presenta si cancelan el plazo de 24 horas o no cancela durante su llamada de confirmación.
3. _____ Cortesía mensajes de voz serán dejados cuando el cliente no está disponible, que es considerada la confirmación o el nombramiento. Es responsabilidad del cliente para llamar a la oficina de cancelar dentro de las 24 horas.
4. _____ Los clientes que regresan no pueden llegar tarde a sus citas más de 3 veces.
5. _____ Los nuevos clientes no pueden ser más de 15 minutos tarde a su admisión inicial; 16 minutos de retraso se considera un cliente no se presenta y no se pueden ver.
6. _____ Los clientes serán considerados si no se presenta si se deciden a salir durante Cita.
7. _____ El menor debe llegar con un padre / tutor legal y tener la tutela papeleo apropiado.

POR FAVOR NOTA: No hacer llamadas de recordatorio de citas de rutina. Todas las llamadas de recordatorio son estrictamente como una cortesía y es responsabilidad del paciente para recordar su fecha y hora de la cita

Gracias por su comprensión y cooperación en nuestro esfuerzo para servir mejor a las necesidades de todos nuestros pacientes. Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido este aviso y que entiende esta política

Imprimir Nombre del client: _____

Imprimir padre / tutor legal Nombre _____

Firma del cliente _____ Date ____/____/____

Firma del cliente _____ Date ____/____/____

Padre / tutor legal Firma del testigo _____ Date ____/____/____