



1111 Hwy 6 Suite 120 Sugar Land, TX 77478  
6021 Fairmont Suite 200 Pasadena, TX 77505  
7702 FM 1960 Rd E Suite 310 Humble, TX 77346  
1431 Graham Rd. Suite 130 Tomball, TX 77375  
www.clearhopewellness.com  
281-769-2238

## Formulario de admisión de niños

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_

Nombre de los padres/Representante Legal: \_\_\_\_\_

dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela/Guardería: \_\_\_\_\_ Teléfono de la escuela #: \_\_\_\_\_

Grado/Año: \_\_\_\_\_ Maestra/o: \_\_\_\_\_

Enumere cualquier medicamento que su hijo esté tomando actualmente, incluidos los medicamentos psicotrópicos:

\_\_\_\_\_

Describa cualquier condición médica sobre su hijo/a que debería conocer (alergias, lesiones, enfermedades, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describa la composición actual de su hogar (nombres, edades y relación de las personas que viven con su hijo/a):

\_\_\_\_\_

Describa el papel que desempeña, si lo hay, la fe y la religión en su familia:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cual es la razón por la que busco terapia para mi hijo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué ha intentado para corregir o resolver este problema?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué es lo que más le preocupa?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué cambios le gustaría ver como resultado de la terapia?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Historial del Niño/a**

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_

¿Es su hijo/a adoptada/o? \_\_\_\_\_ si no

¿Ha estado su hijo alguna vez o está actualmente en cuidado estatal de crianza? \_\_\_\_\_ si no

Explique: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido su hijo consejería o tratamiento previo? \_\_\_\_\_ si no

Explique: \_\_\_\_\_

¿Hubo problemas o complicaciones durante el embarazo o el parto? \_\_\_\_\_ si no

Explique: \_\_\_\_\_

¿Ha experimentado su hijo/a alguna forma de abuso (físico, emocional, sexual)? \_\_\_\_\_ si no Explique:

\_\_\_\_\_

¿Ha experimentado su hijo/a algún trauma o pérdida importante? \_\_\_\_\_ si no Explique:

\_\_\_\_\_

¿Ha sufrido su hijo algún divorcio o separación? \_\_\_\_\_ si no

Explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo dificultades en la escuela o en la guardería? \_\_\_\_\_ si no

Explique: \_\_\_\_\_

¿Por lo general se lleva bien con otros niños de su propia edad? \_\_\_\_\_ si no

¿Su hijo generalmente se lleva bien con adultos? \_\_\_\_\_ si no

Explique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene patrones de alimentación inusuales? \_\_\_\_\_ si no

Explique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene patrones de sueño inusuales? \_\_\_\_\_ si no

Explique: \_\_\_\_\_

**Historial de la familia del niño/a**

Estado de custodia actual:

\_\_\_\_\_

Arreglos de visita:

\_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus enfoques principales para la disciplina?

\_\_\_\_\_

¿Qué enfoques de la disciplina han mostrado el mayor éxito?

\_\_\_\_\_

¿Cuáles miembros de la familia, incluida la familia extendida, padecen algún tipo de enfermedad de salud mental? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Consentimiento para tratar a un menor

Nombre del cliente menor: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Esto es para certificar que usted da permiso para \_\_\_\_\_ (terapeuta) para dar tratamiento de su hijo/a \_\_\_\_\_. Este tratamiento puede incluir psicoterapia individual o grupal, asesoramiento y pruebas. Este tratamiento también puede incluir referencias a otras agencias profesionales.

Una de mis estipulaciones en el tratamiento de su hijo es que usted, como padre / tutor, también participe en el proceso terapéutico. Al firmar este formulario de consentimiento, también acepta asistir a sesiones ocasionales en las que solicito su presencia.

Además, usted como padre / tutor legal acepta las siguientes estipulaciones:

- Si bien su hijo es menor de edad, él / ella tiene derecho a la confidencialidad. Esta confidencialidad es crucial para que un niño se sienta seguro en el entorno de consejería y un ingrediente necesario para el éxito del tratamiento. Usted acepta respetar este derecho a la confidencialidad. Los niños de 14 años o más tienen derecho a un privilegio completo del cliente. Los padres de niños menores de 14 años tienen derecho a recibir información sobre el tratamiento del menor siempre y cuando sea en el mejor interés del niño.
- En casos de divorcio o conflicto con los padres, usted acepta no solicitar que participe en ningún proceso judicial, para incluir, entre otros, testificar, proporcionar registros o escribir cartas de resumen o recomendación.

\*\*Tengo el derecho legal de  solo/  compartida Toma de decisiones médicas respecto a los siguientes niños:

Entiendo que puedo revocar esta autorización al enviar mi solicitud por escrito a mi terapeuta.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del terapeuta

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **CONSENTIMIENTO DE INFORMACIÓN COMPARTIDA DE SERVICIOS BASADOS EN LA ESCUELA:**

- SÍ, doy mi consentimiento para que los terapeutas y la escuela compartan información educativa y de salud privada con la intención de apoyar aún más las necesidades educativas y de salud mental de mi hijo.
- NO, NO doy mi consentimiento para que la escuela y el terapeuta compartan información médica privada en este momento.

\*\*\*\*En los casos de custodia compartida o asignación compartida de la responsabilidad parental por las decisiones médicas, se requiere una copia del decreto de divorcio y la orden de custodia junto con firmas que indiquen el consentimiento de ambos padres para tratar a un menor, excepto en casos de emergencia.



## Formulario de acuerdo financiero

Acepto los siguientes pagos y procedimientos financieros:

1. Pagar \$ 145 por la evaluación inicial y \$ 135 por sesión de 53 minutos a partir de entonces.
2. Los planes de tratamiento promedio son de 10 a 12 sesiones de duración y varían según las necesidades individuales.
3. Para pagar una tarifa por hora de \$ 135 por el tiempo dedicado a preparar y escribir cualquier documentación formal o legal que incluya, entre otros, cartas judiciales, determinaciones de discapacidad, evaluaciones y resúmenes de tratamientos.
4. Si se me exige comparecer ante el tribunal, el cliente incurrirá en un cargo de \$ 125 por hora, más la tarifa permitida por el gobierno por las millas recorridas, con un cargo de \$1000 de retención por la fecha requerida del tribunal.
5. Se espera el pago en cada sesión, a menos que se hayan hecho arreglos previos.
6. A las citas que no se cancelen con 24 horas de anticipación se les puede cobrar una tarifa de cancelación de \$75 y deben pagarse antes de la próxima sesión y se cargará la tarjeta de crédito registrada.
7. Los clientes que lleguen más de 7 minutos tarde a su cita programada deberán hacer otra cita y estarán sujetos a la tarifa de \$75.
8. Se agregará un cargo por servicio de \$ 25 a todos los cheques devueltos y se deberá pagar en la próxima sesión.
9. Los pagos de honorarios son responsabilidad total del cliente. El seguro se factura solo como cortesía y no garantiza que todos los cargos serán cubiertos por el seguro.
10. Descargo de responsabilidad sobre la verificación de beneficios: si bien tratamos de ser lo más precisos posible al verificar los beneficios, sus tarifas pueden cambiar según su elegibilidad y beneficios durante la fecha de sus sesiones. Esto es un estimado a partir de hoy, y no sabremos su tarifa exacta hasta que facturemos a su seguro y obtengamos su explicación de los beneficios de su compañía de seguros. También usted puede llamar al número que figura en el reverso de su tarjeta de seguro y preguntarle a su representante de miembros sobre sus beneficios de salud mental, pacientes ambulatorios y visitas al consultorio. Hágame saber si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios.
11. De acuerdo con el acto "No Sorpresas," una "Estimación de buena fe para artículos y servicios de atención médica", será discutida y acordada con mi terapeuta durante la evaluación inicial.

Explicación de cualquier plan de pago alternativo:

FBISD VOCA

LPISD Grants

### Información del Seguro Medico

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

(Ciudad) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_ (Código Postal) \_\_\_\_\_

Número de teléfono del seguro medico: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Numero de póliza: \_\_\_\_\_

Numero de grupo: \_\_\_\_\_

### **Entiendo los procedimientos de pago anteriores y acepto este plan de pago.**

Firma del cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Doy permiso a Clearhope Counseling & Wellness para facturar a mi seguro como se indica arriba.**

Firma del cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Recibí una copia y revisé la Divulgación de privacidad del Clearhope Counseling & Wellness: Su información. Tus derechos. Nuestras responsabilidades.**

Firma del cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## DIVULGACIÓN DE PRIVACIDAD: SU INFORMACIÓN. SUS DERECHOS. NUESTRAS RESPONSABILIDADES.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. Por favor revísela con atención.

TUS DERECHOS	TU ELECCION	NUESTRO USO Y DISVULGACION
<b>Tiene derecho a:</b>	<b>Tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos la información cuando:</b>	<b>Podemos usar y compartir su información cuando:</b>
<p>Obtener una copia de su registro médico en papel o electrónico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corregir su historial médico en papel o electrónicamente</li> <li>• Solicitar comunicación confidencial</li> <li>• Pedirnos que limitemos la información que compartimos</li> <li>• Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información</li> <li>• Obtener una copia de este aviso de privacidad</li> <li>• Elegir a alguien para que actúe en su nombre</li> <li>• Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuénteles a sus familiares y amigos sobre su condición.</li> <li>• Proporcionar ayuda en caso de desastre</li> <li>• Incluirlo en un directorio de hospitales</li> <li>• Brindar atención de salud mental</li> <li>• Comercializar nuestros servicios.</li> <li>• Recaudar fondos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratarle</li> <li>• Dirigir nuestra organización</li> <li>• Facturar sus servicios</li> <li>• Ayuda con problemas de salud y seguridad pública</li> <li>• Hacer investigación</li> <li>• Cumplir con la ley</li> <li>• Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos</li> <li>• Trabajar con un médico forense o director de funeraria</li> <li>• Atender la compensación de trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales.</li> <li>• Responder a demandas y acciones legales</li> </ul>

### Nuestros Usos y Divulgaciones

#### ¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información médica?

Por lo general, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

- **Te tratamos**

Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

*Ejemplo: un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado general de salud.*

- **Dirigir Nuestra Organización**

Podemos usar y compartir su información médica para ejecutar nuestro Clearhope Counseling & Wellness, PC, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

*Ejemplo: Usamos su información médica para administrar su tratamiento y servicios.*

- **Factura de sus Servicios**

- Podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades.

*Ejemplo: proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.*

*¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?*

**Se nos permite o exige compartir su información de otras formas, generalmente de formas que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos propósitos. Para más información, ver: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).**

**Ayuda con problemas de salud y seguridad pública.** Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar con el retiro de productos
- Informar reacciones adversas a medicamentos
- Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

**Buscar.** Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

**Obedecer la ley.** Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

**Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.** Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

**Trabaje con un médico forense o un director de funeraria.** Podemos compartir información médica con un médico forense, médico forense o director de funeraria cuando una persona fallece.

**Atender las solicitudes de compensación para trabajadores, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales:** Podemos usar o compartir información médica sobre usted:

- *Para reclamos de indemnización laboral*
- *Para fines de cumplimiento de la ley o con un oficial de cumplimiento de la ley*
- *Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley.*
- *Para funciones gubernamentales especiales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial*

**Responder a demandas y acciones legales**

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

## Nuestra Responsabilidades

---

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si ocurre una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y la privacidad descritas en este aviso y darle una copia. • No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea como se describe aquí, a menos que usted nos diga que podemos por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

**Para más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).**



### TARJETA DE CRÉDITO EN ARCHIVO

Los pagos vencen al momento del servicio. Clearhope Counseling & Wellness Center requiere una tarjeta de crédito, débito o de gastos flexibles / HSA archivada para programar sesiones. La tarjeta de crédito registrada se puede usar para pagar copagos, coaseguros, deducibles, no presentarse / cancelaciones tardías o pagos de bolsillo si no se usa ningún otro método de pago en el momento de la sesión o si una cancelación tardía o si no se presenta (en cuyo caso, se cargará nuestra tarifa completa a la tarjeta de crédito registrada el día de la sesión programada). Los clientes también pueden pagar en efectivo o con cheque en cada sesión. Su tarjeta de crédito se almacenará en un sistema de salud electrónico compatible con HIPAA y este documento se destruirá de manera segura.

**Marque la casilla y firme a continuación:**

Cargue en mi tarjeta los cargos completos de las sesiones en el momento del servicio.

Nombre del Cliente:		
Nombre del Titular de la tarjeta:		
Numero de tarjeta:		
Fecha de expiracion:	Código postal de la tarjeta:	Código de seguridad:
Firma del titular de la tarjeta:		Fecha:

Entiendo que, al firmar arriba, autorizo a Clearhope Counseling & Wellness Center a cargar mi tarjeta de la manera indicada por mis iniciales arriba. Estos saldos pueden incluir copagos, montos de coaseguro, pagos de bolsillo, deducibles, cargos por no presentarse o cancelaciones tardías.



## Consentimiento y declaración de entendimiento: Sesiones de video de telesalud

### Información del Cliente

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección de Domicilio \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono: (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Casa) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a Clearhope Counseling and Wellness y sus asociados a utilizar Google Meet, Zoom, Doxy.me, Vsee.com y otras plataformas de telecomunicaciones compatibles con HIPAA como medio de psicoterapia. Además, doy fe de que, dado que elegí esta forma de comunicación, se me ha informado que es posible que mi compañía de seguros no la cubra y que soy responsable de los honorarios incurridos durante la psicoterapia que incorpora telecomunicaciones.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito, excepto en la medida en que Clearhope Counseling & Wellness ya haya tomado medidas basándose en ella. Puedo especificar la fecha, evento o condición en la cual este consentimiento vence. Si no se indica ninguno, y si no se recibe un aviso previo de revocación, este consentimiento vencerá un año después de la fecha en que se inició.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Padre/Tutor del menor O de destinatario legalmente discapacitado

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Videovigilancia

Las cámaras se utilizan en las áreas comunes de Clearhope (salas de espera, pasillos) para brindar seguridad a los clientes y empleados. Las cámaras no están presentes en ninguna sala de tratamiento privada (oficinas de terapeutas). Las sesiones no deben grabarse en audio o video sin el consentimiento de dos partes entre el terapeuta y cualquier otra persona presente en la sesión. UN TERAPEUTA NO TIENE LA OBLIGACIÓN LEGAL O ÉTICA DE PERMITIR AL CLIENTE GRABAR LAS SESIONES.

### COMUNICACIÓN

Nuestra oficina utiliza TherapyNotes para enviar recordatorios por mensaje de texto y correo electrónico para todas las citas programadas. Los recordatorios por correo electrónico se enviarán aproximadamente 48 horas antes de la cita y los mensajes de texto se enviarán 24 horas antes. Informe a su terapeuta si desea optar por no recibir recordatorios automáticos.





## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL Y OTRA INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo \_\_\_\_\_  
(Paciente/Padre/Tutor/Poder Legal) (Agencia/Terapeuta/Consejero)

A divulgar todos y cada uno de los registros o información sobre \_\_\_\_\_  
(Nombre del paciente)

Se deben **marcar** los siguientes elementos para incluirlos en el uso y / o divulgación de otra información médica:

- Diagnóstico/Plan de tratamiento  Información de Salud Mental  Notas de Psicoterapia
- Diagnóstico de Drogas/alcohol, tratamiento/referimientos

a \_\_\_\_\_  
(Agencia Receptora/persona) (Dirección)

Para el propósito de (por favor marque todos los que apliquen):

- Tratamiento o atención continua (salud y salud mental) y continuidad de la atención  Transición del terapeuta
- Facturación, pagos y asuntos de arreglos financieros  Consulta, asesoría and representación
- Vivienda u otros arreglos y servicios  Otro \_\_\_\_\_

Este consentimiento es válido hasta (fecha del calendario) \_\_\_\_\_

Entiendo que tengo derecho a inspeccionar y copiar la información que se divulgará y puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Cualquier revocación no afectará los materiales divulgados antes de la revocación. La persona mencionada anteriormente autorizada para recibir esta información puede usar la información solo para los fines descritos anteriormente y no puede volver a divulgarla sin mi autorización por escrito.

También entiendo que, si me niego a dar mi consentimiento para esta divulgación de información, puede ocurrir lo siguiente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Menor Recipiente)

\_\_\_\_\_  
(Firma de paciente adulto o padre)

\_\_\_\_\_  
(Testigo)

### AVISO AL PACIENTE Y LA AGENCIA RECEPTOR:

Según las disposiciones de la Ley de confidencialidad para discapacidades del desarrollo, HIPAA y las leyes federales y estatales de confidencialidad por abuso de sustancias y alcohol, no se puede volver a divulgar la información proporcionada de conformidad con este comunicado, a menos que el paciente y / o los padres del paciente que es menor de edad, autorice específicamente dicha divulgación. Se requiere una autorización separada para las notas de psicoterapia.