

Derechos de menores

Para proporcionar servicios a los menores (menos que 18 años)

Arubah Emotional Health Services motiva y apoya al involucramiento de los padres o tutores de los menores en su consultorio.

El derecho de un menor a elegir y tener confidencialidad en relación a su información de salud es distinto si el menor es emancipado.

Usted se considera emancipado si:

- Es independiente económicamente de su padre o tutor y además no vive en el mismo lugar que tal padre o tutor
- Es casado
- Tiene hijo

Menores emancipados

- Tiene el derecho de autorizar quién puede acceder a su historia médica a menos que haya una circunstancia notada en la section anterior de Privacidad y Confidencialidad. Usted es responsable de pagar por los servicios.
- Arubah Emotional Health tiene que avisar a sus padres y compartir información cuando valora que la falta de avisar a los padres le ponga en peligro su propio salud.

Menores no emancipados puede recibir cuidado sin conocimiento o consentimiento del padre o tutor si:

- La solicitud supone una enfermedad de transmisión sexual, alcohol, o consumo de drogas;
- Volante medico (derivación) de información sobre método anticonceptivo que tiene que ver con el tratamiento;
- En una emergencia, Arubah puede proporcionar servicios de salud mental o abuso de sustancias sin notificar a los padres. health or chemical dependency services absent of parental notification or consent. Despise de que establezca la emergencia, Aruba avisa al padre o tutor.

Si Arubah proporciona un servicio a usted sin el conocimiento de su padre, puede ser que usted sea responsable por pagar la cuenta.

Los padres de los menores no emancipados tienen el derecho a la historia medica de su hijo. Sin embargo, Aruba solicita que los padres respeten a la relación confidencial del hijo y su terapeuta. Los padres deben anticipar que van a recibir información que trata del plan de tratamiento y el progreso de su hijo sin cualquier detalle específico de las sesiones.

El personal de Arubah Emotional Health Services usa su criterio en la información que comparten.

Fecha:

Inscripción del cliente

IMPRIMA TODO

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre

	Apellido	Primero	Inicial del segundo nombre
--	----------	---------	----------------------------

Domicilio:

Calle	Nro. de apto.	Ciudad	Estado	Código ZIP	Condado
-------	---------------	--------	--------	------------	---------

Sexo: M
F Edad:

Fec. Nac.	Nro. de Seguridad Social:
-----------	---------------------------

Tel. de casa

	Tel. de trabajo	
--	-----------------	--

PARTE RESPONSABLE

Part responsable **si no es el cliente:** _____
Domicilio (si es diferente del anterior): _____
Tel. de casa _____ Tel. de trabajo _____
Fec. Nac.: _____ Nro. de Seguridad Social: _____ Relación con cliente: _____

SEGURO MÉDICO PRINCIPAL

Apellido _____ Primero _____ Inicial del segundo nombre _____
Fec. Nac.: _____ Nro. de Seguridad Social: _____ Relación con cliente: _____
Domicilio (si es diferente del anterior) _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código ZIP _____
Tel. de casa _____ Tel. de trabajo _____
Empresa: _____
Nombre de seguro médico principal: _____ Fecha de entrada: _____
Nro. de identificación de seguro médico: _____ Nro. de grupo de seguro médico: _____

Apellido _____ Primero _____ Inicial del segundo nombre _____

INFORMACIÓN DE PADRES

Nombre _____
Apellido _____ Primero _____ Inicial del segundo nombre _____
Domicilio: _____
Calle _____ Nro. de Apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código ZIP _____ Condado _____
Sexo: M _____ F _____ Edad: _____ Fec. Nac. _____ Nro. de Seguridad Social: _____
Tel. de casa _____ Tel. de trabajo _____

INFORMACIÓN DE TUTOR

Nombre

Apellido

Primero

Inicial del
segundo
nombre

Domicilio:

Calle

Nro. de
Apto.

Ciudad

Estado

Código ZIP

Condado

Sexo: M
F Edad:

Fec.
Nac.:

Nro. de
Seguridad
Social:

Tel. de casa

Tel. de trabajo

Fecha: _____

Nombre del menor : (Primero) (Inicial de segundo nombre.) (Apellido)	Cumpleaños:	Edad:	
Tel. de celu de madre: Tel. de casa de madre:	Tel. de celu de padre: Tel. de casa de padre:	Sexo: M F	
Nombre de padre:	Edad:	Trabajo:	Nivel de educación:
Nombre de madre:	Edad:	Trabajo:	Nivel de educación:
Tutor legal:	Personas con quienes vive usted:		
Padrastra/Madrastra (si corresponde):			

Nombre de la persona que escribe la forma: _____

Por favor, describe porque usted busca un tratamiento: _____

¿Quien le remitió a usted a la clínica? _____

1. FAMILIA Y HISTORIA SOCIAL

Hermanos del cliente	Edad	Sexo	Grado	Hermanos del cliente	Edad	Sexo	Grado
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

¿Es el menor o cualquier de sus hermanos adoptivo? _____

Escribe todos los miembros de la familia que vive con el menor:

Si corresponde, escribe la fecha(s) del matrimonio de los padres, de la separación, o divorcio: _____

¿Qué opina usted sobre la tenencia/visita (si corresponde)? _____

Describe la historia familiar desde el punto de vista de la salud mental o abuso de sustancias o el tratamiento: _____

¿El menor va al cuidado infantil en este momento? Sí No

Si va, ¿por cuánto tiempo cada semana? _____

Escribe cualquier intervención de los servicios sociales, asistencia de menores, los tribunales o servicios legales: _____

¿Alguien le ha dañado al menor? Sí No

Si corresponde, que encierre una respuesta: Físicamente Emocionalmente Sexualmente De negligencia

FAMILIA Y HISTORIA SOCIAL (QUE CONTINÚA)

¿Ha visto el menor en una vez que alguien le hace daño a otro? _____

¿Cuales son grandes tensiones o cambios en la vida que le suceden al menor? _____

¿A quién elige el menor como la persona mas de apoyo en su vida (puede ser miembros de familia, maestros, entrenador, amigos, mascotas, etc)?: _____

2. HISTORIA ESCOLAR

Nombre de la escuela actual: _____ Grado: _____ Nombre de maestro/a: _____

Escribe cualquier servicio adicional que recibe el menor a través del sistema escolar y en cuales grados le reciben estos servicios:

¿El menor tiene un trabajo fuera de la escuela? Sí No

3. HISTORIA DEL DESAROLLO

Habian dificultades en el embarazo, trabajo de parto, o el alumbramiento del menor? Sí No

Si corresponde, escribe algunos detalles:

Había alguna preocupación o retraso en el desarrollo de las siguientes categorías? Si corresponde, indica a quien valoró la dificultad si el menor buscó apoyo:

Valorado por:

1. Habla	Sí	No	_____
2. Oído	Sí	No	_____
3. Vista	Sí	No	_____
4. Inteligencia	Sí	No	_____
5. Control de esfínteres	Sí	No	_____
6. Madurez	Sí	No	_____
7. Roce social	Sí	No	_____
8. Hábitos alimenticios	Sí	No	_____
9. Motricidad fina (escribir, dibujar, etc)	Sí	No	_____
10. Motricidad gruesa (caminar, correr, etc)	Sí	No	_____

4. HISTORIA MÉDICA

Clínica de atención primaria : _____

Doctor/a: _____

Fecha del último examen médico: _____

Escribe cualquier condición médica reciente: _____

Escribe cualquier hospitalización o condición medica grave: _____

Escribe cualquier medicina que toma: _____

Escribe cualquier medicina anterior y su eficacia: _____

Escribe cualquier alergia a la medicina: _____

Escribe cualquier otra alergia: _____

¿Había embarazo o aborto? _____

¿Tenemos permiso de comunicar con su doctor/a de atención primaria para apoyarnos a cuidarle a usted?
Sí No

¿El menor toma cualquier medicina de venta libre a menudo? _____

¿Tiene el menor cualquier enfermedad transmisible? Sí No Si corresponde, escribe: _____
(ejemplo: tuberculosis)

5. HISTORIA DEL USO DE SUSTANCIAS NARCÓTICAS

Marca cualquiera que corresponde:

Nombre de sustancia	Uso presente	Dentro de 12 meses	En el pasado	Nunca
Cannabis – Marihuana, mota				
Alcohol				
Anfetamina – Speed, Coca, Crack, Crank, Dexedrine, White Crosses, Ritalin, Cylert, etc.				
Tranquilizante – Valium, Xanax, Ativan, Librium, Somnífero, Seconal, Quaaludes, etc.				
Narcóticos – Codeína, Percodan, Darvon, Demerol, Morfina, Heroína, Metadona, Talwin, etc.				
Otra – Inhalantes, PCP, LSD, Hongos, Disolvente de pintura, “Poppers” de nitrato, etc.				

¿Le ha tomado mas que una sustancia al mismo tiempo para drogarse? Sí No

¿Evita a las actividades familiares para drogarse? Sí No

HISTORIA DE USO DE SUSTANCIAS (QUE CONTINÚA)

¿Tiene un grupo de amigos que se droga? Sí No

¿Se droga para mejorar sus emociones cuando se siente triste o deprimido? Sí No

¿Usa productos de tabaco? Sí No Si corresponde, ¿qué producto? _____

Cantidad por día _____

¿Usa cafeína ? Sí No Si corresponde, ¿qué producto? _____

Cantidad por día _____

6. TRATAMIENTO ANTERIOR

Escribe cualquier terapia que tuvo en el pasado y el motivo por las citas:

Escribe las fechas de cualquier hospitalización psiquiátrica: _____

7. OTRO

¿Cuales son los puntos fuertes del menor? _____

¿Es importante la espiritualidad a su familia? ¿Al menor? _____

Comentario adicional: _____

¡Aviso!: Hay dos formas provistas. Si usted cree que su menor puede escribir, que escriba a lo menos una forma.

Lista de síntomas de los menores y adolescentes

Marca las síntomas que le preocupa

0 = No verdad

1 = A veces

2 = Verdad, muchas veces

- | | |
|--|---|
| 0 1 2 Sentirse triste o deprimido | 0 1 2 Mojar la cama por la noche |
| 0 1 2 Problemas de sueño | 0 1 2 Mojar la cama por el día |
| 0 1 2 A veces desear morir | 0 1 2 Perder control intestinal |
| 0 1 2 Pensamientos de suicida | 0 1 2 Problemas con familias |
| 0 1 2 Hacer algo para dañarse | 0 1 2 Problemas con amigos |
| 0 1 2 Llorar facilmente o sin control | 0 1 2 Dificultad de la escuela |
| 0 1 2 Problemas de concentrarse | 0 1 2 notas |
| 0 1 2 Cansado, No entusiasmado | 0 1 2 comportamiento |
| 0 1 2 Pensamientos de dañarse a otros | 0 1 2 problemas con otros |
| 0 1 2 Irritado o enojado | 0 1 2 tarea |
| 0 1 2 Dificultad de concentrarse | 0 1 2 Amenazas o peleas |
| 0 1 2 Desorganizado | 0 1 2 Huirse |
| 0 1 2 Inquieto, no puede quedarse quieto | 0 1 2 Mentir, robar, comportamiento destructivo |
| 0 1 2 Se distrae fácilmente | 0 1 2 Problemas con la ley o policía |
| 0 1 2 Hiperactivo | 0 1 2 Falta de respeto o enoja con adultos |
| 0 1 2 Tomar decisiones sin pensar | 0 1 2 Discutir |
| 0 1 2 Problemas de acabar lo que empieza | 0 1 2 Insolente |
| 0 1 2 Sentimientos culpables | 0 1 2 Pensamientos extraños o preocupantes |

0 1 2 Nervioso

0 1 2 Tímido o vergonzoso

0 1 2 Frequently worried

0 1 2 Intense overwhelming feelings (panic)

0 1 2 Intense fears

0 1 2 Stomachaches

0 1 2 Headaches

0 1 2 Perfectionist

0 1 2 Pesadillas

0 1 2 No defenderse

0 1 2 Pasar desaparecido

0 1 2 Preocupación sobre alimentarse o imagen corporal

0 1 2 Cambios de peso corporal

0 1 2 Cambios en hambre (más o menos)

0 1 2 Preocupación sobre comportamiento sexual

Otra información:

Nombre del menor:

Nombre de persona que escribe la lista: _____

Arubah

Emotional Health Services

ESTE DOCUMENTO AUTORIZA EL CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

FIRMA DESPUES DE CADA SECCIÓN.

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Este documento es un formulario de consentimiento para Arubah Emotional Health Services.

Yo doy consentimiento para los servicios de Arubah Emotional Health Services y su personal profesional asociado. El consentimiento incluye evaluation, terapia, manejo de la medicina, y, si le indique, pruebas .

Su terapeuta y usted crearan un plan de tratamiento juntos. Este consentimiento es un acuerdo de participar en el proceso de crear el plan de tratamiento.

Comprendo que puedo rechazar una recomendación para un tratamiento específico.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma de consentimiento de padre/tutor si es un menor Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Witness: _____ Date: _____

Arubah

Emotional Health Services

OUR FINANCIAL POLICY

We appreciate you for choosing Arubah Emotional Health Services as your mental health provider. We have committed ourselves to ensuring the best quality service for your treatment. Our financial policy is a part of our agreement for services. The statement should be read and signed prior to treatment. By signing this form you are agreeing to the terms of this financial policy.

Full Payment for fees or co-pays is due at the time of service. Fees may be paid with cash or check. All outstanding balances are the responsibility of the client, regardless of whether or not insurance covers the services. It is imperative that client notify us of any insurance changes. Failure to do so can cause billing inaccuracies that could result in full payment responsibility to the client.

Insurance Coverage - Insurance coverage is a contract between the insurance company and the covered person. Providers of health care are NOT a part of the contract. Instead, healthcare providers accept the assignment of benefits. This assignment can only happen with a client's signed authorization. Further, if the insurance company requires a referral, the client must obtain the referral prior to receipt of any care. Fees not covered by insurance after 45 days become the responsibility of the client.

Medicare and Medical Assistance - We are an authorized provider for Medicare and Medical Assistance and accept assignment of benefits. Eligibility for Medical Assistance is verified each month. Please have your Medical Assistance card available to assist us in verifying this coverage.

Reduced Fees/Sliding scale fees - We may be able to reduce fees in certain circumstances. Please speak with your therapist. Payment plans may also be arranged.

Missed Appointments – A 24-hour notice for cancellations is required. This enables us to arrange care for another client. Failure to cancel **24-hours ahead** of a scheduled appointment will **automatically** result in charges (outlined below) regardless of reason. Your treatment provider will not be able to prevent or reverse charges for missed appointments. .

Fees for Missed Appointment and Late Cancellation:

Individual, Couples and Family Sessions: \$ 50.00

Group Sessions Any Length \$ 50.00

PLEASE NOTE: FAILURE TO ATTEND A GROUP - is an automatic charge, regardless of notice. This is because another client can not fill the vacancy of an absent group member.

My signature below is authorization for the release of any medical information necessary to process the claim for benefits. Any release of medical information is understood to follow the standards set by HIPAA and the Data Privacy Act. I authorize payment of all benefits directly to Arubah Emotional Health Services. I acknowledge that I have read, understand and agree to the above Financial Policy.

Client Signature: _____ DATE: _____

Responsible Party Signature: _____ DATE: _____

Arubah

Emotional Health Services

ESTE DOCUMENTO AUTORIZA EL CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y RECONOCE EL ACUSE DE RECIBO DE LOS DERECHOS DEL CLIENTE Y NOTICIA DEL DERECHO A LA INTIMIDAD

FIRMA DESPUES DE CADA SECCIÓN.

EL ACUSE DE RECIBO DE LA NOTICIA DE LOS DERECHOS DEL CLIENTE

Por la presente yo certifico que he recibido y leído la descripción de los derechos del cliente de Arubah Emotional Health Services como acuse de recibo, titulado "Clients Rights and Responsibilities".

Por la presente certifico que comprendo que tengo permiso de recibir una copia adicional de esta declaración en cualquier momento y que pueda dirigir cualquier queja del servicio al director(a) o dueño(a) de la agencia.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma de consentimiento de padre/tutor si es un menor

Testigo: _____ Fecha: _____

EL ACUSE DE RECIBO DE LA NOTICIA DE DERECHO A LA INTIMIDAD

En conformidad con el Health Insurance Portability and Accountability Act (1996), yo he recibido una copia de la Noticia del Derecho a la Intimidad.

La firma abajo indica que he recibido una copia de la Noticia del Derecho a la Intimidad.

Arubah Emotional Health Services motiva fuertemente a todos los clientes que lean esta noticia con cuidado.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma de consentimiento de padre/tutor si es un menor

Testigo: _____ Fecha: _____