

## Información y Autorización de Tratamiento

*Por favor apunte cualquier pregunta sobre los siguientes puntos para discutir durante nuestra consulta.*

**Los Servicios:** Los servicios terapéuticos incluyen evaluación, y terapia individual para problemas emocionales o condiciones psiquiátricas para adultos. Coordinaré estos servicios con su doctor o psiquiatra.

**La Evaluación:** *Las primeras sesiones serán enfocadas en una evaluación* de su situación. Con esta evaluación podré ofrecerle mis primeras impresiones e ideas para nuestro trabajo juntos. Usted estará considerando esta información, su nivel de confianza conmigo, y sus impresiones de nuestra habilidad de trabajar juntos como un equipo para mejorar su situación. Es importante que trabaje con un terapeuta con el que se va a sentir cómodo. La terapia requiere un gran esfuerzo e inversión de dinero y tiempo. ***Si usted no se siente a gusto conmigo, yo estoy disponible para ayudarlo a encontrar a otro terapeuta.***

**El Contacto Telefónico:** Por favor déjeme un recado con su numero de teléfono y cuando estará libre para contestar una llamada. ***Si tiene una situación que no puede esperar hasta que yo le pueda hablar, es muy importante que le hable a su doctor o a la línea de crisis 1(888) 724-7240. Si es una emergencia, por favor hable al 911 o acuda al hospital más cercano.***

**Los Pagos:** Usted es responsable de pagar por el tratamiento al principio de cada visita. Prefiero que pague con un cheque o en efectivo. Puede pagar con tarjeta de crédito si es necesario. Hay un cargo de \$25 si el banco no puede cobrar su cheque.

**El Costo:** ***Cada hora de terapia dura de 45 minutos y cuesta \$140. Una cita de 75 minutos cuesta \$210.*** Si usted requiere otros servicios como lo son los de escribir cartas, un reporte, o llamadas telefónicas, le cobrará por la parte de la hora que ocupo en este servicio. Llamadas telefónicas de menos de 5 minutos no llevarán ningún cargo.

**Cancelaciones:** Si tiene que cancelar o cambiar su cita necesito que lo haga con 24 horas de anticipación. ***Usted será responsable de pagar \$140 por la cita si no puede cancelarla con 24 horas de anticipación.***

**Su Expediente:** La ley y mi profesión requiere que mantenga documentos apropiados en cuanto al tratamiento y los servicios. Usted tiene el derecho de recibir una copia de su expediente. Si usted pide una copia, tendrá que pagar el costo de hacer copias y preparar su copia.

**Confidencialidad:** Por lo general, *la confidencialidad de la comunicación entre cliente y terapeuta esta protegida por la ley y solamente podré dar información con su permiso.* Hay algunos casos que son la excepción, y bajo los cuales tendría que dar información a otras personas;

- La ley requiere que de alguna información si hay un riesgo de muerte o si tengo información del abuso de algún niño, anciano, o alguien que esta debilitado. Si una persona me dice que planea matar a otra persona tender que decírselo a la policía, tratar de decírselo a la persona que puede estar a riesgo, y quizás tomar pasos para hospitalizar a la persona que planea esto. Si una persona me dice que se planea matar, y yo siento que esto es serio, también puedo hablar con otras personas para hospitalizarlo o con la familia para hacer un plan de precaución.
- De ves en cuando, consulto con algún colega para mejorar el tratamiento. Durante este tipo de consulta, tomo mucho cuidado para no dar algún detalle que pueda identificarlo a usted. El colega con quien yo consulto también tiene la responsabilidad legal de mantener la infamación confidencial. Amenos de que usted me lo pida, o que fuera importante para el tratamiento, no le diré de estas consultas.
- En casos en los cuales la corte este involucrada usted es el que me tendría que dar permiso si usted quisiera que yo de alguna información. En raros casos de custodia de niños, o de casos en los cuales su estado emocional es un elemento importante, un juez me puede ordenar que de información aunque usted no me haya dado permiso.

**Autorización de Servicios:** Yo he leído esta información y he pedido explicaciones a mis dudas. Al firmar, doy a conocer que estoy eligiendo tratamiento de consejera conducido por la licenciada, Alicia Ávila Outcalt, LCSW.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono 1: \_\_\_\_\_

**Alicia Ávila Outcalt, LCSW**

Ca Lic. LCS19899  
(858) 344-9440

Puedo dejar un recado en este número? Si / No

3990 Old Town Ave., Suite C203  
San Diego, CA 92110  
www.aliciaoutcalt.com

Numero de Teléfono 2: \_\_\_\_\_

Puedo dejar un recado en este número? Si / No

Empleo: \_\_\_\_\_

**Información médica y de emergencia**

Doctor Familiar: \_\_\_\_\_ # teléfono: \_\_\_\_\_

Psiquiatra: \_\_\_\_\_ # teléfono: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia: \_\_\_\_\_ # teléfono: \_\_\_\_\_

-----  
**Ésta información ayudara al proceso de evaluación. Por favor haga cualquier comentario conforme usted se sienta cómodo. No tiene que responder a todas las preguntas si prefiere esperarse a que nos conozcamos mejor.**

**¿Que lo motivo para hacer esta cita? ¿En que le puedo ayudar?**

\_\_\_\_\_  
**¿Ha acudido a terapia en el pasado u otro tipo de tratamiento?**

**¿Problemas y preocupaciones medicas? (incluya cirugías, alergias)**

**Alicia Ávila Outcalt, LCSW**

Ca Lic. LCS19899  
(858) 344-9440  
[aaoutcalt@ucsd.edu](mailto:aaoutcalt@ucsd.edu)

3990 Old Town Ave., Suite C203  
San Diego, CA 92110  
[www.aliciaoutcalt.com](http://www.aliciaoutcalt.com)

**¿Que medicamentos o vitaminas toma?**

**¿Fuera de San Diego en que otros lugares ha vivido?**

**¿Que tipos de problemas a tenido en su vida?**

**¿Que lo ayuda a sentirse mejor? ¿Que tipo de cosas placenteras le gusta/ sus aficiones?**

**¿De sus familiares, quien ha tenido dificultades emocionales o con el alcohol o drogas?**

**¿Cuánto alcohol toma al día? \_\_\_\_\_**

**¿Cuales drogas esta usando ahora y que ha usado en el pasado?**

**¿Cuales son los resultados que desea de este tratamiento?**

## Aviso de las Prácticas Para Respetar La Información Médica

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA, DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE CONSEGUIR EL ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REPASE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.**

Su expediente de terapia contiene información personal sobre usted y su salud. Esta información que lo puede identificar o que se puede relacionar con su salud y los servicios relacionados del cuidado médico se refiere como información protegida de la salud (“IPS” en Inglés; “PHI”). Este aviso de las prácticas para respetar su información, describe cómo podemos utilizar y divulgar su IPS en acuerdo con la ley aplicable y el *Código de ética de NASW*. También explica sus derechos con respecto a cómo usted puede acceder y controlar su IPS.

La ley nos requiere mantener la privacidad del IPS y proveerle el aviso de nuestros deberes legales y prácticas de confidencialidad con respecto al IPS. Reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro aviso de estas prácticas de confidencialidad en cualquier momento. Cualquier aviso nuevo de las prácticas de confidencialidad será eficaz para toda el IPS que mantenemos en aquel momento. Le proveeremos una copia del aviso revisado de las prácticas de confidencialidad fijando una copia en nuestro sitio de internet, enviándole una copia en el correo a petición o proporcionándole una en su cita siguiente.

### **CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE LA SALUD SOBRE USTED**

**Para el tratamiento.** Su IPS se puede utilizar y divulgar con los que estén implicados en su tratamiento para el propósito de proporcionar, de coordinar, o de manejar su cuidado médico y servicios relacionados. Esto incluye la consulta con supervisores clínicos u otros miembros del equipo del tratamiento. Podemos divulgar IPS a cualquier otro consultor solamente con su autorización.

**Para el pago.** Podemos utilizar y divulgar IPS de modo de poder recibir el pago para los servicios del tratamiento proporcionados a usted. Los ejemplos de actividades relacionadas al pago son: haciendo una determinación de la elegibilidad o de la cobertura para las ventajas de seguro, procesando demandas con su compañía de seguros, repasando los servicios proporcionados a usted para determinar necesidad médica, o emprendiendo actividades de la revisión de la utilización. Si llega a ser necesario utilizar los procesos de la colección debido a la carencia del pago para los servicios, divulgaremos solamente la cantidad mínima de IPS necesaria para los propósitos de la colección.

**Para el sistema del cuidado médico.** Podemos utilizar o divulgar, según sea necesario, su IPS para las funciones económicas del sistema incluyendo, pero no limitado a, la revisión de los empleados o de la licenciatura. Por ejemplo, podemos compartir su IPS con los que realizan las varias actividades económicas (Ej., facturación) siempre y cuando tengamos un contrato escrito

con el negocio que lo requiere guardar la confidencialidad de su IPS. Para los propósitos del entrenamiento o de la enseñanza el IPS será divulgada solamente con su autorización.

**Requerido por Ley.** Bajo ley, debemos proveerle accesos a su IPS si usted lo pide. Además, debemos dar accesos a la secretaria del departamento de los servicios de salud y humanos con el fin de investigar o de determinar nuestra conformidad con los requisitos de la regla de la confidencialidad de la información médica.

**Sin su autorización.** La ley y los estándares éticos permiten que divulguemos la información sobre usted sin su autorización solamente en un número limitado de situaciones:

- Requerido por ley, el reporte obligatorio del abuso de niño o negligencia o intervenciones o investigaciones obligatorias de la agencia estatal (tales como el tablero que licencia del trabajo social o el departamento de la salud)
- Requerido por orden judicial
- Necesario para prevenir o para disminuir una amenaza seria e inminente a la salud o a la seguridad de una persona o del público. Si la información se divulga para prevenir o para disminuir una amenaza seria que será divulgado a una persona o a personas razonablemente capaces de prevenir o de disminuir la amenaza, incluyendo al blanco de la amenaza.

#### **Permiso verbal**

Podemos utilizar o divulgar su información a los miembros de la familia que están implicados directamente en su tratamiento con su permiso verbal.

**Con su autorización.** Usos o divulgaciones que no son cubiertas por la ley, serán hechos solamente con su autorización escrita, que usted puede revocar.

#### **SUS DERECHAS CON RESPECTO A SU IPS**

Usted tiene los derechos siguientes con respecto a su IPS. Para ejercitar cualesquiera de las estas derechos, someta por favor su petición en escrito a Alicia Outcalt, LCSW, 3990 Old Town Avenue, C 203, San Diego, CA 92110

- **Derecho de examinar y de obtener una copia.** Usted tiene el derecho, que se puede restringir solamente en circunstancias excepcionales, para examinar y para copiar su IPS que puede ser utilizado para tomar decisiones sobre su tratamiento. Su derecho de examinar y de copiar IPS será restringido solamente en esas situaciones donde hay evidencia que el acceso le causara daño serio. Podemos cargar un honorario razonable, basado en el costo de hacer copias.
- **Derecho de enmendar.** Si usted siente que el IPS que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, usted puede pedir que enmendemos la información aunque no tenemos que estar de acuerdo.
- **Derecho a una contabilidad de accesos.** Usted tiene el derecho de solicitar una contabilidad de los accesos que hagamos de su IPS. Podemos cargarle un honorario razonable si usted solicita más de una contabilidad en cualquier período de doce meses.
- **Derecho de solicitar restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o una limitación en el uso o el acceso de su IPS para el tratamiento, el pago, o las funciones del cuidado médico. No nos requieren convenir su petición.
- **Derecho a solicitar la comunicación confidencial.** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted de cierta manera o en cierta localización acerca de su información médica.
- **Derecho a un copia de este aviso.** Usted tiene el derecho a una copia de este aviso.

**Alicia Ávila Outcalt, LCSW**

Ca Lic. LCS19899  
(858) 344-9440  
[aaoutcalt@ucsd.edu](mailto:aaoutcalt@ucsd.edu)

3990 Old Town Ave., Suite C203  
San Diego, CA 92110  
[www.aliciaoutcalt.com](http://www.aliciaoutcalt.com)

**QUEJAS**

Si usted cree que hemos violado sus derechos de confidencialidad, usted tiene el derecho de hacer una queja escrita a Alicia Outcalt, LCSW, 3990 Old Town Avenue, C 203, San Diego, CA 92110 o a la secretaria de los servicios de salud humanos "Secretary of Health and Human Services" en 200 Independence Avenue, S.W. Washington, C.C. 20201 o llamando (202) 619-0257. **No tomaremos represalias contra usted por hacer una queja.**

**La fecha eficaz de este aviso es 14 de abril de 2003.**

---

**Recibo y Reconocimiento del Aviso de las Prácticas Para Respetar La Información Medica**

---

**Nombre del Paciente**

**Fecha De Nacimiento**

Reconozco que he recibido y me han dado una oportunidad de leer una copia del Aviso de las prácticas de confidencialidad de Alicia Outcalt. Entiendo que si tengo cualquier pregunta con respecto al aviso o a mis derechos de confidencialidad, yo puedo contactar a Alicia Outcalt al 858-344-9440 o por escrito al: 3990 Old Town Avenue, C 203, San Diego, CA 92110.

---

***Firma del cliente***

***Fecha***

---

***Firma o padre, guarda o representante personal \****

***Fecha***

---

*Si usted está firmando como representante personal de un individuo, describa por favor su autoridad legal para actuar para este individuo.*

***El paciente/el cliente rechaza reconocer el recibo:***

---

***Firma de Alicia Outcalt***

***Fecha***