



**Thrive Therapy**  
**2734 Oak Ridge Court, Unit 404**  
**Fort Myers, FL 33901**  
**239-963-4367**

## **POLÍTICAS DE OFICINA E INFORMACIÓN GENERAL**

Bienvenido a nuestra oficina. Nos da mucho gusto trabajar con usted. Los siguientes documentos de admisión tendrán que ser completado por usted antes de su visita inicial. Estos documentos de admisión nos proporcionarán información importante que nos permitirá ayudar mejor a usted y/o su familia. Por favor, asegúrese de leer cuidadosamente y firmar los siguientes documentos de admisión antes de su primera sesión.

### **Iniciales y Futuras Sesiones**

Durante su primera visita los documentos de admisión serán revisados con usted y cualquier pregunta o duda sobre ellas se aclararan. Teniendo los formularios completado antes de su primera visita nos ayuda utilizar nuestro tiempo sabiamente y comenzar a aclarar sus preocupaciones. Citas futuras están programadas durante su primera visita y/o a través de contacto telefónico. Nuestro objetivo es servirle durante su horario designado y pedimos que usted sea puntual a su cita. Sesiones individuales normalmente duran 50 minutos. Por favor, tenga en cuenta que un padre/cuidador de un niño necesita estar presente durante el horario de la sesión en caso de una emergencia. Sesiones de familias y/o de grupo pueden ser proporcionados por más tiempo y por un cargo adicional.

### **Condiciones de Cancelación**

Si es necesario cancelar su cita, se requiere de un aviso de 48 horas hábiles antes de la cita programada o se le cobrará el cargo de los servicios. En el caso que su seguro cubre el costo de la terapia y no viene a su cita, usted será responsable de pagar el cargo de cancelación. Compañías de seguros no pagan por citas perdidas y es la responsabilidad financiera del cliente. En el caso de inclemencias del tiempo y/o enfermedad del terapeuta, la terapeuta le notificará por teléfono antes de la sesión prevista para la cancelación. De lo contrario, todas las sesiones continuaran como estaba previsto.

### **Consulta Telefónica y Electrónica**

Si es necesario hablar con su terapeuta entre sus sesiones, y su terapeuta no puede contestar su llamada telefónica, por favor deje un mensaje en el correo de voz. Su llamada será devuelto dentro de las 24 horas. Ninguna llamada telefónica será contestada por la terapeuta después de las 8:00 pm de lunes a viernes. Las llamadas telefónicas que duren más de 5 minutos pueden estar sujetas a un cargo de sesión de consejería telefónica por cada 15 minutos. Con el acceso a la dirección de correo electrónico de su terapeuta, por favor, tenga en cuenta que el medio preferido de contacto es a través del teléfono. Si envía correspondencia por correo electrónico pueden estar sujetos a un cargo de sesión de asesoramiento electrónico por cada 15 minutos.

### **Horas de Operación**

Nuestras horas de operación son de lunes a viernes de 9:00 am a 5:00 pm. Tenga en cuenta que tenemos un número limitado de citas disponibles por las tardes.

### **Limitaciones de Servicios**

Nuestra oficina solamente ofrece servicios de consejería y psicoterapia. Esta práctica no está orientada para ayudar en casos de emergencia. Mientras mantenemos un servicio de correo de voz fuera de nuestras horas de oficina, esto no garantiza la disponibilidad de cobertura de psicoterapia en caso de una emergencia. Si necesita servicio de emergencia después de las horas de oficina, por favor llame al 911 o llame a SalusCare al (239) 275-3222.

### **Política de Divorcio / Separación**

Para las familias separadas o divorciadas, la persona que inicia el servicio o trae a el niño/a para servicios es responsable por los cargos de servicios. No vamos a facturar a otra persona, a menos que un compromiso de asumir la responsabilidad financiera es proporcionada por escrito. Nuestro objetivo es promover una relación saludable entre los niños y sus padres. Cada padre tiene derecho a participar en el tratamiento de su niño/a, a menos que un acuerdo de divorcio u orden judicial lo prohíba.

### **Responsabilidades Financieras**

Nuestros cargos reflejan un servicio de tratamiento terapéutico, para mantener un ambiente de oficina agradable, personal de oficina, y continuación de educación profesional. Por favor, tenga en cuenta que el pago para su cita es debido en el momento del servicio. Los pagos se pueden proporcionar a través de el dinero en efectivo, cheque, y/o tarjeta de crédito. Si un cheque personal fuese devuelto por el banco, se le cobrará el cargo bancario. Cheques devueltos deben ser recogidos dentro de tres (3) días y la cantidad debe ser pagado en efectivo. Todas las transacciones de tarjetas de crédito tendrán un cargo de procesamiento de 2.77%.

Biosicosocial cita (60 minutos)	\$150.00
Terapia individual (50 minutos)	\$125.00
Terapia de familia (1 hora, 30 minutos)	\$200.00
Consulta telefonica mas de 5 minutos serán cargada por cada 15 minutos	\$35.00
Consulta electronica mas de 5 minutos serán cargada por cada 15 minutos	\$35.00
Revisión de registros o la preparación de documentos o formularios serán cargada por cada 15 minutos	\$35.00

## **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE**

### **Como cliente, usted tiene derecho a:**

- recibir servicios de calidad de una manera respetuosa y sin discriminación. Los servicios no están limitados o negados por razones de edad, sexo, raza, religión, origen étnico, lugar de residencia, estado civil, discapacidad física o mental, estado de salud u orientación sexual.
- no ser impactado por la negligencia, el abuso, la explotación, la venganza, la humillación, o cualquier forma de castigo corporal.
- a consentir o rechazar los servicios antes de que se proporcionan.
- a tomar una decisión informada de los servicios.
- to be educated regarding the counselors educational background; nature and purpose of services provided; risks and benefits of treatment; and your rights and responsibilities.
- ser informado antes de cualquier transferencia o terminación de servicios.
- saber acerca de los cargos por servicios.
- de rechazar o suspender los servicios en cualquier momento.
- para recibir servicios basados en un plan de tratamiento individualizado.
- para expresar una queja sobre sus servicios. Si no está satisfecho con cualquier aspecto de su tratamiento, por favor levante su preocupación a su consejero.

### **Como cliente, usted tiene la responsabilidad de:**

- proporcionar información precisa y completa sobre problemas de salud actuales o pasados, medicamentos, consumo de sustancias, violencia doméstica y otras circunstancias que puedan afectar a sus servicios o los servicios de su hijo.
- permanecer en el edificio mientras su hijo está en sesión. Un padre tiene que estar presente en todo momento en caso de emergencia.
- mantener su cita. Requerimos una antelación mínima de 48 horas para modificar o cancelar la sesión para que no sea cargado por la sesión programada.
- que se abstengan de asistir a sesiones bajo la influencia de drogas y/o alcohol. Los infractores de esta política, se le solicitará que salgan, y los oficiales de la ley serán notificado, si es necesario.
- firmar los consentimientos y autorizaciones necesarias para determinar y autorizar servicios de tratamiento en consecuencia.

### **Como terapeuta, estamos obligados a:**

- Proporcionar calidad y servicios terapéuticos e éticos.
- Mantener la privacidad de su información de salud mental como lo requiere la ley.
- Proporcionarle un aviso de los deberes legales de la práctica y prácticas de privacidad con respecto a la PHI.
- Cumplir con los términos del Aviso de Privacidad y Oficina de Políticas.
- Notificarle si no podemos dar cabida a una restricción solicitada.
- Reservar el derecho de cambiar las políticas de privacidad y de oficinas, según sea necesario.

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR DE REVISAR CUIDADOSAMENTE**

### **I. Usos y Divulgaciones Para Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Médica.**

Se me permite usar o divulgar su **información médica protegida (PHI)** para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica propósitos con **su consentimiento**. Para ayudar a aclarar estos términos, aquí hay algunas definiciones:

**PHI** se refiere a la información en su expediente médico que pudiera identificarlo.

#### **Tratamiento, Pagos y Operaciones de Atención Médica**

- **Tratamiento** es cuando me proporcione, coordino o gestiono sus cuidados de salud y otros servicios relacionados con su cuidado de salud. Un ejemplo de tratamiento sería cuando consulto con otro proveedor de cuidado de salud, como su médico de familia u otro psicoterapeuta..
- **Pago** es cuando puedo obtener el reembolso de su cuidado de salud. Ejemplos de pago son cuando divulgar su PHI a su compañía de seguros de salud para obtener el reembolso de su cuidado de salud o para determinar la elegibilidad o cobertura.
- **Operaciones de cuidado de salud** son actividades que se relacionan con el funcionamiento y operación de mi práctica. Ejemplos de operaciones de atención de la salud son evaluación de calidad y actividades de mejoramiento, los asuntos relacionados con la empresa, tales como auditorías y servicios administrativos, manejo de casos y coordinación de la atención.
- **Uso** solo se aplica a las actividades de mi oficina, clínica, grupo de prácticas, etc., tales como la participación, el empleo, la aplicación, utilizando, para examinar, y analizar la información que le identifica.
- **Divulgación** se aplica a las actividades fuera de mi oficina, clínica, grupo de prácticas, etc., tales como la liberación, la transferencia o el acceso a la información sobre usted a otras partes.

### **II. Usos y Divulgaciones que Requieren Autorización (Consentimiento)**

Se me permite usar o divulgar la PHI para los propósitos fuera de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud cuando se obtenga su autorización apropiada. Una autorización es un permiso escrito por encima y más allá del consentimiento general que permita sólo revelación específica. En aquellos casos que me pidan información a los efectos de tratamiento, pago, y operaciones de cuidado de la salud, voy a obtener una autorización de usted antes de la liberación de esta información. También voy a necesitar obtener una autorización antes de liberar sus notas de psicoterapia. Las notas de psicoterapia son notas que he completado en nuestra conversación durante una sesión privada o de grupo, que he guardado por separado del resto de su expediente médico. Estas notas se les da un mayor grado de protección que el PHI.

Usted puede revocar toda autorización de PHI o notas de psicoterapia, en cualquier momento, proporcionando cada revocación por escrito. Usted no puede revocar una autorización en la medida en que (1) Me he basado en la autorización; o (2) si la autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguros, y la ley establece al asegurador el derecho a impugnar la reclamación en virtud de la póliza.

### **III. Usos y Divulgación on ni Consentimiento ni Autorización**

**Se me permite usar o divulgar PHI sin su consentimiento o autorización en las siguientes circunstancias:**

- **Abuso Infantil:** Si se o tengo motivos razonables para sospechar que un niño es abusado, abandonado o descuidado por un padre, tutor legal, cuidador u otra persona responsable del bienestar del niño, la ley exige que puedo informar de dicho conocimiento o sospecha al Departamento de Servicios para Niños y Familias de la FL.
- **Abuso Doméstico y de Adultos:** Si se o tengo motivos razonables para sospechar que un adulto vulnerable (discapacitados o ancianos) ha sido o está siendo abusado, descuidado, o explotado, estoy obligada por ley a informar de inmediato dicho conocimiento o sospecha a la Abuse Hotline central.
- **Actos Judiciales o Administrativos:** Si usted está involucrado en un procedimiento judicial y recibo solicitud para obtener información sobre su diagnóstico, tratamiento o expediente, tal información es privilegiada bajo la ley estatal, y no voy a divulgar información sin autorización por escrito de usted o su representante legal, o una citación de los cuales se le ha notificado correctamente y que no han podido informarme que están oponiéndose a la citación o una orden judicial. El privilegio no se aplica cuando usted está siendo evaluado para un tercera parte o cuando la evaluación es ordenada por la corte. Usted será informado con antelación si este es el caso.
- **Amenaza grave a salud o a seguridad:** Cuando usted presenta una probabilidad clara e inmediata de daño físico a sí mismo, a otras personas, o a la sociedad, puedo comunicar información pertinente sobre esto a la posible víctima, un familiar apropiado, o oficiales de la ley o a otras autoridades correspondientes.



Thrive Therapy
2734 Oak Ridge Court, Unit 404
Fort Myers, FL 33901
239-963-4367

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

Yo, (Nombre y Apellido de Padre/Cuidador) he recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades del Cliente. Reconozco que he leído y entiendo los derechos y responsabilidades de mi hijo/a (Nombre y Apellido de hijo/a), tal como se describe en el documento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas que han sido contestadas a mi satisfacción.

Firma del Padre/Cuidador Legal

Fecha

Firma del Padre/Cuidador Legal

Fecha

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LAS POLÍTICAS DE OFICINA E INFORMACIÓN GENERAL

Yo, (Nombre y Apellido de Padre/Cuidador) he recibido una copia de las Políticas de la Oficina e Información General. Reconozco que he leído y entiendo los derechos y responsabilidades de mi hijo/a (Nombre y Apellido de hijo/a), tal como se describe en el documento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas que han sido contestadas a mi satisfacción.

Firma del Padre/Cuidador Legal

Fecha

Firma del Padre/Cuidador Legal

Fecha

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, (Nombre y Apellido de Padre/Cuidador) he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. Reconozco que he leído y entiendo los derechos y responsabilidades de mi hijo/a (Nombre y Apellido de hijo/a), tal como se describe en el documento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas que han sido contestadas a mi satisfacción.

El propósito de este documento es el de reconocer el Aviso de prácticas de privacidad según lo requerido por la Sección 164.520 de la Póliza de Seguro de Salud federal y la Ley de Responsabilidad (HIPAA). Al firmar este formulario, usted autoriza el uso y divulgación de su información de salud protegida para los fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, salvo que ya he hecho las revelaciones sobre la base de su consentimiento previo. Si necesita ayuda para realizar la solicitud por escrito, se proveerá a usted.

Firma del Padre/Cuidador Legal

Fecha

Firma del Padre/Cuidador Legal

Fecha



**Thrive Therapy**  
2734 Oak Ridge Court, Unit 404  
Fort Myers, FL 33901  
239-963-4367

## CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE CONSEJERIA

**Nombre del Cliente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Número de seguro social:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre/Cuidador Legal:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Número de seguro social:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_ **Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

En caso de una emergencia, a quién debemos contactar? Por favor escriba el nombre y número de esa persona.

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

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Relación al cliente:** \_\_\_\_\_

Yo, el abajo firmante, voluntariamente estoy de acuerdo en participar en los servicios de consejería. Entiendo que estos servicios pueden ser en forma de terapia individual, familiar o grupal. También entiendo que cualquier información obtenida se llevará a cabo en la más estricta confidencialidad, salvo lo dispuesto en los Estatutos de la Florida 39, 394, y la portabilidad del seguro médico y la Ley de Privacidad (HIPAA), como se describe en el Aviso de Privacidad. Además, entiendo que puedo autorizar la entrega de información al completar un formulario de consentimiento por escrito.

Reconozco que tengo el derecho de retirar a mi hijo/a de la terapia en cualquier momento, sin perjuicio, que podría anular este consentimiento para consejería. Entiendo que se me dará la oportunidad de hacer preguntas sobre lo anterior a mi satisfacción. También se me ha proporcionado una copia de las políticas de la oficina y estoy de acuerdo en cumplir con ellos.

\_\_\_\_\_  
Firma Del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Cuidador Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Cuidador Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Asesor de Salud Mental

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Thrive Therapy**  
2734 Oak Ridge Court, Unit 404  
Fort Myers, FL 33901  
239-963-4367

## GARANTÍA DE PAGO

**Nombre del Cliente:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la Persona Responsable Financieramente:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Empleador:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Terapeuta Primario:** \_\_\_\_\_

**Cargo por Visita:** \$150.00 Cita, \$125.00 Terapia individual, \$200.00 Terapia familia

**Política de cancelación:** 48 horas o dos días hábiles de notificación se requiere antes de la cita programada para todas las cancelaciones o se le cobrará el cargo de los servicios \_\_\_\_\_ (por favor inicial)

**Disposiciones Especiales de Pago:** \_\_\_\_\_

Esta práctica no puede proporcionar servicios de préstamo o crédito. Por lo tanto, se requiere el pago en el momento del servicio. Autorizo a Thrive Therapy, LLP para cargar cualquier visita o servicio para el que no pago directo en efectivo o cheque a mi tarjeta de crédito se enumeran a continuación. Todas las transacciones de tarjetas de crédito devengarán una tasa de procesamiento de 2.77%. Entiendo y acepto que si Thrive Therapy, LLP es un proveedor participante en mi plan de seguro, que puede cargar mi tarjeta de crédito o débito en el caso de que (1) mi compañía de seguros no paga dentro de los 30 días de la presentación (como lo requiere la ley estatal), y (2) He sido notificado por carta o por teléfono, y (3) se me ha permitido pagar la factura dentro de los 10 días, y (4) que he dejado de pagar dentro de esos 10 días. La garantía de pago es válida por doce meses consecutivos después de mi última visita, a menos que cancele esta autorización mediante una notificación por escrito a Thrive Therapy, LLC.

\_\_\_\_\_  
Nombre del titular

\_\_\_\_\_  
Número de Tarjeta de Crédito

\_\_\_\_\_  
Firma del Tarjetahabiente

\_\_\_\_\_  
Asesor de Salud Mental

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Código de Seguridad

\_\_\_\_\_  
Fecha de vencimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

## LISTA DE SÍNTOMAS ACTUALES

Por favor marque cualquiera de los siguientes síntomas que actualmente afectan a su hijo/a.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> problemas para dormir   | <input type="checkbox"/> conductas desafiantes  |
| <input type="checkbox"/> sueño inquieto o perturbado   | <input type="checkbox"/> límites pobre  |
| <input type="checkbox"/> despertarse temprano y no poder dormirse                                      | <input type="checkbox"/> ataques de pánico  |
| <input type="checkbox"/> dormir demasiado  | <input type="checkbox"/> miedo de perder el control   |
| <input type="checkbox"/> sintiéndose culpable  | <input type="checkbox"/> tener que repetir las mismas acciones como tocar, contando, lavando las manos                                  |
| <input type="checkbox"/> sentimientos depresivos   | <input type="checkbox"/> sentirse incómodo en las multitudes (mercados, películas)  |
| <input type="checkbox"/> se encuentra sintiéndose peores en la mañana                                  | <input type="checkbox"/> tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque te asustan  |
| <input type="checkbox"/> pensamientos de poner fin a su vida   | <input type="checkbox"/> se siente ansioso al conducir  |
| <input type="checkbox"/> haber realizado intentos de suicidio  | <input type="checkbox"/> se siente muy estresado, ansioso o deprimido debido a una situación de vida                                    |
| <input type="checkbox"/> conducta de autolesión como cortarse, quemarse, golpearse la cabeza, morderse | <input type="checkbox"/> participan en la autoestimulación como cuerpo oscilante, agitando la mano, pulgar, chupar, masturbación, etc.. |
| <input type="checkbox"/> fatiga o pérdida de energía   | <input type="checkbox"/> ser problemático con otros   |
| <input type="checkbox"/> memoria y concentración pobre   | <input type="checkbox"/> sensación crítica de los demás   |
| <input type="checkbox"/> sentimientos de inquietud   | <input type="checkbox"/> sintiendo que la gente no les gusta  |
| <input type="checkbox"/> pérdida de placer en las actividades habituales                               | <input type="checkbox"/> sentirse inquieto o tímido   |
| <input type="checkbox"/> se siente inútil  | <input type="checkbox"/> escuchar voces que otros no oyen   |
| <input type="checkbox"/> pérdida del apetito   | <input type="checkbox"/> ver cosas que otros no ven   |
| <input type="checkbox"/> pérdida de peso   | <input type="checkbox"/> querer estar solo a menudo   |
| <input type="checkbox"/> aumento de peso   | <input type="checkbox"/> se siente aburrido con los demás   |
| <input type="checkbox"/> sentimientos de tristeza o depresión  | <input type="checkbox"/> dificultad para comunicar lo que realmente piensa o siente   |
| <input type="checkbox"/> apartarse de los demás  | <input type="checkbox"/> se siente inadecuada, menos que otros  |
| <input type="checkbox"/> llorar fácilmente   | <input type="checkbox"/> otros no le entienden  |
| <input type="checkbox"/> cambios dramáticos de humor   | <input type="checkbox"/> sentirse sola incluso cuando usted está con otros  |
| <input type="checkbox"/> disminución de la necesidad de dormir   | <input type="checkbox"/> otros no satisfacer sus necesidades  |
| <input type="checkbox"/> energía excesiva  | <input type="checkbox"/> arrebatos de mal genio que no podía controlar  |
| <input type="checkbox"/> inquietud / no puede quedarse quieto  | <input type="checkbox"/> otros problemas relacionales   |
| <input type="checkbox"/> corazón fuerte o acelerado  | <input type="checkbox"/> conflicto entre padres   |
| <input type="checkbox"/> sintiendo miedo   | <input type="checkbox"/> la muerte de un familiar, amigo o mascota  |
| <input type="checkbox"/> náusea o malestar estomacal   | <input type="checkbox"/> problemas financieros  |
| <input type="checkbox"/> hechizos de terror o pánico   | <input type="checkbox"/> víctima de abuso sexual  |
| <input type="checkbox"/> dolores en el corazón o pecho   | <input type="checkbox"/> víctima de maltrato físico   |
| <input type="checkbox"/> dificultad para respirar  | <input type="checkbox"/> víctima de abuso emocional   |
| <input type="checkbox"/> nerviosismo o temblores dentro del cuerpo                                     |   |
| <input type="checkbox"/> orinar frecuentemente y/o mojar la cama                                       |   |
| <input type="checkbox"/> pesadillas recurrentes  |   |
| <input type="checkbox"/> repite pensamientos desagradables   |   |
| <input type="checkbox"/> beber demasiado   |   |
| <input type="checkbox"/> agresión hacia otro   |   |