

Registro del Cliente

Terapeuta : _____

Nombre del Cliente _____ Nombre de preferencia: _____

(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre).

Dirección _____

(Número y calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Teléfono de Casa _____ Teléfono de trabajo _____ Movil _____

Correo Electronico _____ OK enviar un correo electrónico? _____ Genero _____

Pronombre _____

Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social # _____ Estado Marital seguridad: M S W D
Separado

Nombre del Cónyuge _____ Empleador _____

SI EL CLIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS:

Nombre del padre o Guardián _____

Dirección del Padre o Guardián _____

(Número y calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Numero Telefónico residencial _____ Teléfono del trabajo _____

Teléfono Móvil _____ Email _____

INFORMACIÓN DE SEGUROS-

Primer Seguro _____ Segundo seguro _____

Miembro # _____ Miembro # _____

Grupo # _____ Grupo # _____

Nombre del Asegurado _____ Nombre del Asegurado _____

Asegurado SS# _____ Asegurado SS# _____

Asegurado FEC.NA _____ Asegurado FEC.NA _____

Copago monto _____ Copago monto _____

Empleador _____ Empleador _____

Por la presente, autorizo a divulgar cualquier información médica necesaria para procesar reclamos y acepto asignar el pago del seguro directamente a la clínica. Certifico que la información del seguro proporcionada es correcta y entiendo que seré responsable de cualquier servicio no cubierto por el seguro. **También entiendo que cualquier copago que tenga con mi plan de seguro se debe en el momento del servicio.**

FIRMA: _____ FECHA: _____

Servicios de consejería de Kettle Moraine

¡Gracias por elegir Kettle Moraine Counseling! La siguiente es información para ayudarle a comprender sus derechos y dar su consentimiento informado. Su terapeuta o el director de la clínica siempre están disponibles para responder cualquier pregunta que tenga. ¡Por favor, no dudes en preguntar!

Consentimiento informado para el tratamiento. El tipo de tratamiento que proporciona Kettle Moraine Counseling Services se basa en la capacitación y el estilo de los terapeutas. En general, la clínica proporciona enfoques cognitivo-conductuales, de apoyo, interpersonales, familiares y eclécticos. Usted y su therapist trabajarán juntos en objetivos, basados en lo que quieren lograr de la terapia, y la duración y frecuencia de la terapia dependerán de los objetivos y sus necesidades individuales. Toda esta información estará en un plan de tratamiento en el que trabajará con su terapeuta y firmará. Algunos de los riesgos que pueden estar asociados con la terapia son un aumento en los sentimientos incómodos, al menos al principio, debido a hablar sobre problemas / problemas en su vida. Algunas relaciones pueden cambiar, con suerte de manera positiva. El cambio puede ser muy positivo en nuestras vidas, pero también puede presentar otros desafíos. No recibir terapia puede significar que las cosas no cambiarán, los problemas, las emociones continuarán como están: la tristeza, la preocupación, el pensamiento derrotado continuarán. Algunas alternativas a la terapia son: grupos de apoyo, lecturas de autoayuda y talleres. Tarifas: Una sesión suele tener una duración de 45-50 minutos. Debe dar un aviso de cancelación de 24 horas para que no se le cobre una tarifa. Entrada- \$185. Sesión de 40-45 minutos- \$ 150, 53 -60 minsesión de ute-\$180 Sesión de 30 minutos- \$ 105, Terapia de grupo- \$ 125. Sesión familiar \$ 180 Como cortesía para usted, facturaremos su seguro y debemos cobrar los copagos al momento del servicio. FACTURACIÓN: 262.334.4340 ext 2 . **Horario de atención.** Las horas de atención de Kettle Moraine Counseling Services varían según el horario del terapeuta. Para obtener ayuda fuera del horario de atención o de emergencia, llame al 262.707.3982 (teléfono celular del director de la clínica) o a los Servicios de Cuidados Agudos del Condado de Washington, al 262.365.6565. **Como regla general, los terapeutas de Kettle Moraine Counseling no se involucran en batallas de custodia o judiciales. Si nos llaman a la corte, al cliente se le facturará nuestra tarifa regular y no se le puede facturar al seguro por este servicio. Límites a la confidencialidad.** La información proporcionada en therapy es confidencial y solo se divulgará a otros con su permiso por escrito (o con el permiso de un padre o tutor de un menor). La confidencialidad tiene los siguientes límites: * Peligro para sí mismo o para otros * Orden judicial * Abusoo negligencia deniños, ancianos, personas incapacitadas * Operaciones de atención médica

Dirección de correo electrónico:

Teléfono Móvil:

Hogar:

Trabajo:

Si acepta recibir mensajes de texto, no podemos garantizar que los mensajes enviados y recibidos estén encriptados. ¿Acepta? _

¿Dónde desea que se envíe la correspondencia? _____ Puede el personal llamar y dejar un mensaje? (Sí) (No) ¿cuales números? _____ Mensaje de texto _____ Cual numero _____

¿Puede el personal enviarle por correo electrónico recordatorios de citas o boletines informativos? (Sí) (No) Restricciones _____

Doy mi consentimiento para el tratamiento en KMCS. Su consentimiento es de hasta 15 meses y puede ser revocado por escrito. Se me ha ofrecido una copia de este consentimiento. He recibido mis derechos de paciente.

Firma: _____ Fecha: _____

(Paciente)

(Padre/tutor)

El cliente es consciente de los límites de confidencialidad, los derechos del cliente, el plan de tratamiento, el plan de pago. Se ofreció al cliente una copia del consentimiento informado.

Firma del terapeuta: _____ Fecha _____

Declaración de Derechos del Paciente de Wisconsin

*Recibir un tratamiento oportuno y adecuado. * Tener condiciones que sean las menos restrictivas de su libertad (excepto los pacientes bajo ss. 51.35, 51.37, 971, 975). * Rechazar el tratamiento * No participar en la investigación sin su consentimiento informado por escrito * No ser filmado o grabado sin su consentimiento *Tener sus registros de tratamiento y conversaciones sobre su tratamiento mantenidos confidenciales, excepto según lo dispuesto por la ley (Sec. 51.30, Estatutos). * Tener acceso a su registro de tratamiento después del alta (o durante el tratamiento si el director de la instalación lo aprueba)

* Si siente que sus derechos han sido violados, tiene derecho a utilizar un procedimiento de quejas. Póngase en contacto con su investigador de quejas para presentar una queja o lea más sobre el procedimiento de quejas. El Oficial de Quejas de Kettle Moraine Counseling Services es: Devona L Marshall, directora de la clínica. Si no está satisfecho con la resolución de su queja, se le aconsejará que lleve una queja al Departamentode Servicios de Salud y Familia.

EVALUACIÓN INICIAL DE ADULTOS

Fecha: _____

Nombre del cliente: _____ Nombre Preferido _____ Pronombre _____

Otros asistentes/relación: _____

Cliente FEC.NAC: _____ Edad: _____ Género: _____ Número de teléfono preferido: _____

Ocupación: _____ Empleado: _____

1. ¿Qué te trae hoy aquí?

2. ¿Alguna consejería previa? En caso afirmación, dónde y cuándo.

3. Relaciones de pareja/familia

Historia matrimonial (número de matrimonios, fechas, cómo terminaron, otras relaciones románticas a largo plazo)

Estado actual de la relación. Soltero, casado, divorciado, viudo.

Adultos y niños en el hogar con edades:

Padres/hermanos. Nombres y edades. Indique si falleció.

4. Salud

Último examen físico _____ Nombre del médico _____ Historial médico (enfermedades, accidentes, medicamentos, estado de salud actual)

¿Algún medicamento?

Consumo de alcohol. Bebidas por Semana _____ Mensual _____

Uso de cigarrillos. Sí o no

Antecedentes de salud familiar:

Antecedentes familiares de salud mental (depresión, ansiedad, TDAH, suicidio, etc.):

5. Personal

¿Algún cambio o pérdida en su vida?

Historial laboral:

Nivel educativo más alto:

Servicio militar:

¿Algún problema legal?

Abuso: Sí o No. Físico, Emocional o Sexual

¿Algún evento traumático (tornados, violencia, accidentes)?

¿Quién/qué es su sistema de apoyo?

¿Cuáles son tus puntos fuertes?

¿Cuáles son tus objetivos para venir aquí? ¿Qué te gustaría ver cambiar en tu vida?

Problemas de salud actuales: Por favor, marque en un círculo donde cree que su hijo puede tener un problema.

Dolores de cabeza / Depresión / Respiración Ira / Temperamento / Circulación / Cambios frecuentes de humor / Indecisión Función intestinal / Auto concepto / Cansancio / Culpa / Función urinaria / Suicidio Ideas / Sexualidad Problemas con familiares/ fumador / alcohol / Uso de la memoria / Pérdida, ganancia de peso / Relaciones interpersonales / Problemas estomacales / Ciclo menstrual / Preocupaciones De crianza / Problemas escolares/ Problemas de trabajo / Problemas matrimoniales / Fobias / Concentración / Atención / Comer/Apetito Ansiedad/Preocupación Uso de drogas / Dolor crónico / Función articular, muscular / Piel Condición / Trastorno del sueño / Menopausia / Otros _____

¿Algo más importante que sepamos para ayudarte?

¡¡Gracias!!



KETTLE MORAINÉ COUNSELING

400 W River Drive W62 N281 Washington Ave 7280 S 13th Street
West Bend WI 53090 Cedarburg WI 53012 Oak Creek WI 53154
P: 262.334.4340 F: 262.334.4341 www.kettlemorainecounseling.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TELESALUD

La telesalud permite a mi terapeuta diagnosticar, consultar, tratar y educar utilizando la comunicación interactiva de audio, video o datos con respecto a mi tratamiento, aumentando así la accesibilidad a la atención psicológica. Las plataformas de telesalud utilizadas por los médicos de KMC están protegidas por el cifrado de extremo a extremo. Por la presente, doy mi consentimiento para participar en psicoterapia por teléfono o Internet (en lo sucesivo, Telesalud) con el médico que se enumera a continuación:

Nombre del cliente: _____ Terapeuta: _____

Entiendo que tengo los siguientes derechos en virtud de este acuerdo:

- Tengo derecho a la confidencialidad con Telehealth bajo las mismas leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica para la psicoterapia en persona. Cualquier información revelada por mí durante el curso de mi terapia, por lo tanto, es generalmente confidencial.
- Hay, por ley, excepciones a la confidencialidad, incluida la denuncia obligatoria de abuso de niños, ancianos y adultos dependientes y cualquier amenaza de violencia que pueda hacer hacia una persona razonablemente identificable. También entiendo que, si estoy en tal condición mental o emocional para ser un peligro para mí mismo o para los demás, mi terapeuta tiene el derecho de romper la confidencialidad para prevenir el peligro amenazado. Además, entiendo que la difusión de cualquier imagen o información de identificación personal de la interacción de Telesalud a cualquier otra entidad no ocurrirá sin mi consentimiento por escrito.
- Entiendo que, si bien se ha encontrado que el tratamiento psicoterapéutico de todo tipo es efectivo para tratar una amplia gama de trastornos mentales, problemas personales y relacionales, no hay garantía de que todo el tratamiento de todos los clientes sea efectivo. Por lo tanto, entiendo que, si bien puedo beneficiarme de la telesalud, los resultados no pueden garantizarse ni asegurarse.
- Además, entiendo que existen riesgos únicos y específicos de la telesalud, que incluyen, entre otros, la posibilidad de que nuestras sesiones de terapia u otra comunicación de mi terapeuta conmigo con respecto a mi tratamiento puedan verse interrumpidas o distorsionadas por fallas técnicas o puedan ser interrumpidas o accedidas por personas no autorizadas.
- Entiendo que ni yo, el cliente, ni mi terapeuta, el proveedor, grabarán ninguna sesión de teleterapia sin el consentimiento previo por escrito.
- Además, entiendo que el tratamiento de telesalud es diferente de la terapia en persona y que, si mi terapeuta cree que estaría mejor atendido por otra forma de servicios psicoterapéuticos, como el tratamiento en persona, colaboraremos en cuanto a cómo podemos proporcionar dichos servicios.
- He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente. Tengo el derecho de discutir cualquiera de esta información con mi terapeuta y de tener cualquier pregunta que pueda tener con respecto a mi tratamiento respondida a mi satisfacción. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento a las comunicaciones de Telesalud proporcionando una notificación por escrito a Kettle Moraine Counseling.

Mi firma a continuación indica que he leído este Acuerdo y acepto sus términos.

Nombre del cliente: _____ Fecha: _____

Firma del cliente: _____



KETTLE MORAINÉ COUNSELING

400 W River Drive W62 N281 Washington Ave 7280 S 13th Street
West Bend WI 53090 Cedarburg WI 53012 Oak Creek WI 53154
P: 262.334.4340 F: 262.334.4341 www.kettlemorainecounseling.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS EN PERSONA DURANTE LA CRISIS DE SALUD PÚBLICA DE COVID-19

Este documento contiene información importante sobre nuestra decisión (la suya y la mía) de reanudar los servicios en persona a la luz de la crisis de salud pública de COVID-19. Por favor, lea esto detenidamente y hágamelo saber si tiene alguna pregunta. Cuando firme este documento, será un acuerdo oficial entre nosotros.

Decisión de reunirse cara a cara

Hemos acordado reunirnos en persona para algunas o todas las sesiones futuras. Sin embargo, si hay un resurgimiento de la pandemia o si surgen otros problemas de salud, puedo requerir que nos reunamos a través de la telesalud. Si tiene inquietudes sobre reunirse a través de la telesalud, hablaremos de ello primero y trataremos de abordar cualquier problema. Usted entiende que, si creo que es necesario, puedo determinar que volvamos a la telesalud para el bienestar de todos.

Si decide en cualquier momento que se sentiría más seguro quedándose o regresando a los servicios de telesalud, respetaré esa decisión, siempre que sea factible y clínicamente apropiada. El reembolso de los servicios de telesalud, sin embargo, también es disuadido por las compañías de seguros y la ley aplicable, por lo que es un tema que también podemos necesitar discutir.

Riesgos de optar por servicios en persona

Usted entiende que, al venir a la oficina, está asumiendo el riesgo de exposición al coronavirus (u otro riesgo para la salud pública). Este riesgo puede aumentar si viaja en transporte público, taxi o servicio de viaje compartido.

Su responsabilidad para minimizar su exposición

Para obtener servicios en persona, usted acepta tomar ciertas precauciones que ayudarán a mantener a todos (usted, yo y nuestras familias, [mi otro personal] y otros pacientes) más seguros de la exposición, la enfermedad y la posible muerte. Si no se adhiere a estas salvaguardas, puede resultar en que comencemos / regresemos a un acuerdo de telesalud.

-Solo podrá concertar su cita en persona si no tiene síntomas.

-Te tomarás la temperatura antes de venir a cada cita. Si está elevado (100 Fahrenheit o más), o si tiene otros síntomas del coronavirus, acepta cancelar la cita o proceder usando la telesalud. Si desea cancelar por este motivo, no le cobraré nuestra tarifa de cancelación normal.

-Esperará en su automóvil o afuera [o en un área de espera designada más segura] hasta no antes de 5 minutos antes de nuestra hora de cita.

-Se lavará las manos o usará desinfectante de manos a base de alcohol cuando ingrese al edificio.

-Se adherirá a las precauciones de distanciamiento seguro que hemos establecido en la sala de espera y la sala de pruebas / terapia. Por ejemplo, no moverá sillas ni se sentará donde tengamos letreros que le pidan que no se siente.

-Se le pedirá que use una máscara facial, así como el personal].

-Mantendrá una distancia de 6 pies y no habrá contacto físico (por ejemplo, sin estrechar la mano) conmigo [o con el personal].

-Intentarás no tocarte la cara ni los ojos con las manos. Si lo hace, se lavará o desinfectará las manos de inmediato. -Si trae a su hijo, se asegurará de que su hijo siga todos estos protocolos de saneamiento y distanciamiento.

-Tomará medidas entre citas para minimizar su exposición al COVID.

-Si tienes un trabajo que te expone a otras personas que están infectadas, inmediatamente me lo harás saber [a mí y a mi personal].

-Si su viaje diario u otras responsabilidades o actividades lo ponen en contacto cercano con otros (más allá de su familia), me dejará a mí [y a mi personal] ahora.

-Si un residente de su hogar da positivo por la infección, inmediatamente me lo hará saber a mí [y a mi personal] y luego [comenzaremos] a reanudar el tratamiento a través de la telesalud.

-Puedo cambiar las precauciones anteriores si se publican órdenes o pautas locales, estatales o federales adicionales. Si eso sucede, hablaremos sobre cualquier cambio necesario.

Mi compromiso de minimizar la exposición

Mi práctica ha tomado medidas para reducir el riesgo de propagar el coronavirus dentro de la oficina y hemos publicado nuestros esfuerzos en la oficina. Por favor, hágamelo saber si tiene preguntas sobre estos esfuerzos

Si usted o yo estamos enfermos

Usted entiende que estoy comprometido a mantenerlo a usted, a mí, a [mi personal] y a todas nuestras familias a salvo de la propagación de este virus. Si se presenta a una cita y yo [o el personal de mi oficina] creo que tiene fiebre u otros síntomas, o cree que ha estado expuesto, tendré que exigirle que abandone la oficina de inmediato. Podemos hacer un seguimiento de los servicios de telesalud según corresponda.

Si yo [o mi personal] doy positivo por el coronavirus, se lo notificaré para que pueda tomar las precauciones adecuadas.

Su confidencialidad en caso de infección

Si ha dado positivo por el coronavirus, es posible que deba notificar a las autoridades sanitarias locales que ha estado en la oficina. Si tengo que informar de ello, sólo proporcionaré la información mínima necesaria para su recogida de datos y no entraré en detalles sobre el motivo o motivos de nuestras visitas. Al firmar este formulario, usted acepta que puedo hacerlo sin una liberación firmada adicional.

Consentimiento informado

Este acuerdo complementa el consentimiento informado general / acuerdo comercial que acordamos al comienzo de nuestro trabajo conjunto.

Su firma a continuación muestra que está de acuerdo con estos términos y condiciones.

Firma del cliente

Fecha:

Nombre del Cliente

Firma del Terapeuta

Fecha

Nombre del Terapeuta

DERECHOS DEL CLIENTE

- Se le debe permitir participar en la planificación de su tratamiento y atención.
- • •

Su información de tratamiento debe mantenerse privada (confidencial), a menos que la ley permita la divulgación. Sus registros no pueden ser divulgados sin su consentimiento, a menos que la ley lo permita específicamente.

- Si siente que sus derechos han sido violados, puede presentar una queja.

Cuando recibe cualquier tipo de servicio por enfermedad mental, alcoholismo, abuso de drogas o una discapacidad del desarrollo, tiene los siguientes derechos bajo el Estatuto de Wisconsin sec. 51.61 (1) y DHS 94, Código Administrativo de Wisconsin:

- Debe ser informado de su tratamiento y atención, incluidas las alternativas y los posibles efectos secundarios del tratamiento, incluidos los medicamentos.

Puede solicitar ver sus registros. Se le debe mostrar cualquier registro sobre su salud física o medicamentos. El personal puede limitar la cantidad que puede ver del resto de sus registros de tratamiento mientras recibe servicios. Debe ser informado de las razones de dichos límites. Puede impugnar esas razones a través del proceso de quejas. Después del alta, es posible que vea todo su registro de tratamiento si lo solicita.

- No puede ser amenazado o penalizado de ninguna manera por presentar sus inquietudes de manera informal hablando con el personal o presentando formalmente una queja.

DERECHOS PERSONALES

- No se le puede administrar ningún tratamiento o medicamento sin su consentimiento informado por escrito, a **menos** que sea necesario en una **emergencia** para evitar daños físicos graves a usted u otros, o un tribunal lo **ordene**. [Sin embargo, si tiene un tutor, su tutor puede dar su consentimiento para el tratamiento y los medicamentos en su nombre.]
- Usted puede, en lugar de presentar una queja o al final del proceso de queja, o en cualquier momento durante el mismo, optar por llevar el asunto a la corte para demandar por daños u otra reparación judicial si cree que sus derechos han sido violados.
- Debe ser tratado con dignidad y respeto, libre de cualquier abuso verbal, físico, emocional o sexual.
- Tiene derecho a que el personal tome decisiones justas y razonables sobre su tratamiento y atención.

ETAPAS DE RESOLUCIÓN DE QUEJAS Discusión informal (Opcional)

- No puede ser tratado injustamente debido a su raza, origen nacional, sexo, edad, religión, discapacidad u orientación sexual.
- No se le puede dar medicación innecesaria o excesiva.

Le recomendamos que primero hable con el personal sobre cualquier inquietud que tenga. Sin embargo, no tiene que hacer esto antes de presentar una queja formal con su proveedor de servicios.

- No se le puede hacer trabajar excepto para tareas personales de limpieza. Si acepta hacer otro trabajo, se le debe pagar.
- No puede estar sujeto a terapia electroconvulsiva o cualquier medida de tratamiento drástica, como psicocirugía o investigación experimental sin su consentimiento informado por escrito.

Si cree que algo en sus registros está mal, puede cuestionar su precisión. Si el personal no cambia la parte de su registro que ha impugnado, puede presentar una queja y / o poner su propia versión en su registro.

Una copia de la sección 51.30, Wis. Stats., y / o DHS 92, Código Administrativo de Wisconsin, está disponible a pedido.

Investigación de quejas—Investigación formal

- Si desea presentar una queja, usted
 - Puede tomar sus propias decisiones sobre cosas como casarse, votar y escribir un auto, si es mayor de 18 años y no ha sido encontrado legalmente incompetente.
 - Debe ser informado por escrito de cualquier costo de su atención y tratamiento por el cual usted o sus familiares puedan tener que pagar.
 - debe hacerlo dentro de los 45 días posteriores al momento en que se da cuenta del problema. El gerente del programa por una buena causa puede otorgar una extensión más allá del límite de tiempo de 45 días.
 - Puede usar su propio dinero como desee.
 - Debe ser tratado de la manera menos restrictiva y el entorno necesario para lograr los propósitos de admisión al programa, dentro de los límites de los fondos disponibles.

PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN Y DERECHO DE ACCESO A LOS TRIBUNALES

- No puede ser filmado, grabado o fotografiado a menos que lo acepte.
- El Especialista en Derechos del Cliente (CRS) del programa investigará su queja e intentará resolverla.

TRATAMIENTO Y DERECHOS CONEXOS

- Antes de comenzar el tratamiento, el proveedor de servicios debe informarle de sus derechos y cómo utilizar el proceso de quejas. Una copia del Procedimiento de Quejas del Programa está disponible a pedido.
- A menos que la queja se resuelva informalmente, el CRS escribirá un informe dentro de los 30 días a partir de la fecha en que presentó la queja formal. Recibirá una copia del informe.
- Se le debe proporcionar tratamiento rápido y adecuado, rehabilitación y servicios educativos apropiados para usted.

Bajo el Estatuto de Wisconsin sec. 51.30 y DHS 92, Código Administrativo de Wisconsin:

KETTLE MORAINÉ SERVICIOS DE CONSEJERÍA
PRACTICAS DE PRIVACIDAD

11/2021

Me han ofrecido una copia de los avisos de privacidad:

FIRMA DEL CLIENTE

FECHA

FIRMA DEL TERAPEUTA

FECHA