

# NEW PERSPECTIVES CENTER

## Para Consejería y Terapia

### RIESGOS VS. BENEFICIOS

Como en cualquier cosa nueva, hay riesgos inherentes en una relación de tratamiento. Debido a la naturaleza intensa de la autoevaluación y la conciencia, los clientes suelen experimentar una gama de emociones junto con períodos de desequilibrio. Estos períodos se prestan a estados de confusión y desorganización. Sin embargo, como en cualquier proceso de crecimiento, los altibajos generalmente se equilibran. Si decide no buscar tratamiento o asistencia externa, es posible que el no hacer nada resulte en ningún cambio a su condición o comportamiento.

### CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

He solicitado tratamiento del Centro de New Perspectives para consejería y terapia. Entiendo que las evaluaciones, los procedimientos de diagnóstico y la terapia, son determinados y administrados a través de juicios profesionales realizados por el personal de NPC. Este tratamiento puede incluir terapia individual y/o terapia grupal y puede incluir consultas con consejeros de NPC, prescriptores y otro personal de NPC. Entiendo que los procedimientos de tratamiento se desarrollarán de acuerdo a un mutuo acuerdo sobre el plan de tratamiento entre yo, mi hijo(a) (si recibe tratamiento) y el personal del Centro de New Perspectives. También entiendo que se me dará una explicación del propósito de cualquier medicamento recetado y posibles efectos secundarios.

Entiendo que se me dará la oportunidad de completar una Declaración para el Tratamiento de Salud Mental.

Si utilizo un servicio de transporte contratado por CCO, entiendo que el personal de NPC confirmará las citas con ellos.

Entiendo que tengo la libertad de retirarme de esta relación en cualquier momento, y acepto asistir a una sesión de clausura al finalizar el tratamiento. También entiendo que soy libre de presentar una queja en cualquier momento.

### HONORARIOS

También reconozco que he recibido una copia de las tarifas actuales del Centro de New Perspectives.

Las tarifas de asesoramiento por sesión son:

Sesión Inicial	\$200.00	Más de 53 minutos	\$210.00
16-37 minutos	\$103.00	Sesiones Grupales	\$ 60.00 por grupo
38-52 Minutos	\$145.00	Consejería de Parejas/Familia	\$175.00 por 50 min.

**Honorarios de Administración de Medicamentos:** Evaluación Inicial \$390.00

Los cargos para ver a un prescriptor de medicina variarán dependiendo el tiempo y servicios proporcionados

**HONORARIOS POR FALTAR/CANCELAR TARDE \$35.00- - - - - Cheque NSF/devuelto \$20.00**

### Excepto para Clientes del Plan de Salud de Oregón:

Las consultas por teléfono con los terapeutas son facturadas a \$35.00 por 15 minutos y no son facturables a su compañía de seguros. Los cargos de administración de casos se facturan a \$34.00 por 15 min. y no son facturables a su compañía de seguros.

### PAGO DE HONORARIOS

**Usted es responsable por el pago de todos los cargos incurridos.** Nos complace ayudarle a cobrarle a su compañía de seguros, pero dado que su póliza es un contrato entre usted y su compañía de seguros, es necesario recordar que cualquier información de beneficios citada por nosotros en relación con los copagos, los deducibles y beneficios disponibles solo se basan en lo que nos dijo su compañía de seguros al momento de programar su primera cita. Los beneficios normalmente están sujetos a la elegibilidad del paciente, las limitaciones del contrato y las exclusiones vigentes en el momento en que se presta el servicio. Si tiene alguna pregunta, pónganse en contacto con su compañía de seguros para obtener una aclaración sobre su paquete de beneficios.

Usted recibirá un estado de cuenta mensual sobre sus servicios y los pagos recibidos por usted y/o su compañía de seguros. Se solicita el pago puntual de cualquier saldo pendiente.

**Si usted está en el Plan de Salud de Oregón.** Siempre que la cobertura del Plan de Salud de Oregón esté vigente, los clientes no son responsables de los cargos incurridos durante ese tiempo, sino que son responsables de los cargos incurridos después de la pérdida de la cobertura. Si usted es cliente de OHP y su cobertura finaliza, el Centro de New Perspectives Center trabajará con usted para ayudarlo a encontrar recursos alternativos para la cobertura e identificar si hay otros programas de asistencia financiera disponibles.

Nombre del Individuo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del individuo/ Padre/Tutor \_\_\_\_\_

# ***NEW PERSPECTIVES CENTER***

## ***Para Consejería y Terapia***

### **DERECHOS DEL INDIVIDUO**

El Centro de New Perspectives apoya y protege los derechos humanos, civiles, constitucionales y derechos legales de cada individuo. Nuestra agencia ofrece a cada cliente con una copia de sus derechos.

#### **La siguiente es una lista de Los Derechos del Individuo:**

1. Usted tiene el derecho de ser admitido/a al centro de tratamiento sin distinción de raza, religión, sexo, origen étnico, edad, SIDA, discapacidad, origen nacional, color de piel, idioma o duración de la residencia;
2. Usted tiene el derecho a recibir la atención brindada por un miembro del personal médico / clínico que sea competente, esté calificado/a y tenga experiencia;
3. Usted tiene el derecho a elegir entre los servicios y apoyos disponibles, aquellos que sean consistentes con la evaluación y el plan de servicio, culturalmente competentes, proporcionados en el entorno lo más integrado de la comunidad y en las condiciones que sean menos restrictivas para su libertad, que sean menos intrusivas para usted y que proporcionen el mayor grado de independencia;
4. Usted tiene el derecho de ser tratado con respeto y dignidad;
5. Usted tiene el derecho a participar en el desarrollo de un plan de servicios por escrito, a recibir servicios consistentes con ese plan, a participar en una revisión periódica, reevaluación de las necesidades de servicio y apoyo, a asistir en el desarrollo del plan y a recibir una copia del plan de servicio por escrito;
6. Usted tiene el derecho de tener todos los servicios explicados, incluidos los resultados esperados y los posibles riesgos;
7. Usted tiene el derecho a la confidencialidad y el derecho a dar su consentimiento para la divulgación de acuerdo con ORS 107.154, ORS 179.505, ORS 179.507, ORS 192.515, ORS 192.507, 42 CFR, parte 2 y 45 CFR Parte 205.50;
8. Usted tiene el derecho de dar su consentimiento informado por escrito antes del inicio de los servicios, excepto en una emergencia médica o según esté permitido por la ley. Los menores de edad pueden dar su consentimiento informado a los servicios en las siguientes circunstancias:
  - Menores de 18 años y casados legalmente;
  - 16 años de edad o más y estar legalmente emancipado por el tribunal; o
  - 14 años de edad o más para servicios ambulatorios solamente;
9. Usted tiene el derecho a examinar su expediente de servicio de acuerdo con ORS 179.505; Las personas individuales tienen el derecho a acceder a las copias de sus registros dentro de los 10 días hábiles a partir de la solicitud por escrito;
10. Usted tiene el derecho a rechazar la participación en la experimentación;
11. Usted tiene el derecho a recibir medicamentos específicos para sus necesidades clínicas y diagnosticadas, incluyendo los medicamentos utilizados para tratar la dependencia de opioides;
12. Usted tiene el derecho a recibir notificación previa de la transferencia, a menos que las circunstancias que requieran la transferencia representen una amenaza para la salud y la seguridad;
13. Usted tiene el derecho de estar libre de abuso o negligencia y reportar cualquier incidente de abuso o negligencia sin estar sujeto a represalias;
14. Usted tiene el derecho a tener libertad religiosa;
15. Usted tiene el derecho de estar libre de reclusión y restricción;

**NEW PERSPECTIVES CENTER**  
*Para Consejería y Terapia*

**DERECHOS DEL INDIVIDUO (Continuado)**

16. Usted tiene el derecho de ser informado/a desde el inicio de los servicios, y periódicamente después, de los derechos garantizados por esta regla;
17. Usted tiene el derecho de ser informado/a de las políticas y procedimientos, del acuerdo de servicio y de los honorarios aplicables a los servicios prestados, y de tener un padre, tutor o representante con custodia, que lo ayude a comprender cualquier información presentada;
18. Usted tiene el derecho a que su familia y tutor estén involucrados en la planificación y entrega del servicio;
19. Usted tiene el derecho de tener la oportunidad de hacer una declaración de tratamiento de salud mental cuando sea legalmente un adulto;
20. Usted tiene el derecho a presentar quejas, incluyendo las decisiones de apelación que resulten de la queja;
21. Usted tiene el derecho de ejercer todos los derechos establecidos en ORS 109.610 a 109.697 si el individuo es un/a niño/a, según lo definen estas reglas;
22. Usted tiene el derecho a ejercer todos los derechos establecidos en ORS 426.385 si el individuo está comprometido con la Autoridad;
23. Usted tiene el derecho de ejercer todos los derechos descritos en esta regla sin ningún tipo de represalia o castigo;
24. Usted tiene el derecho de rechazar el tratamiento (a menos que lo ordene el tribunal).

**Regístrarse para Votar**

Por favor, haga saber a nuestro personal si desea registrarse para votar. Le dirigiremos a nuestros formularios de registro electoral.

**Procedimiento De Quejas del Individuo siguiente:**

Una copia del procedimiento de queja se le da a cada cliente en la primera visita y a petición.

- A. Se comunicará cualquier denuncia/queja, que no se ha resuelto mutuamente entre individuos o entre particulares y personal a cualquier miembro del personal del Centro de New Perspectives por escrito o verbalmente por lo que se puede reducir en un informe claro y conciso.
- B. En respuesta al recibimiento de dicha denuncia/queja, la persona oficial de Quejas o Director, inmediatamente investiga y les notificara dentro de 5 días laborables después del recibimiento de los resultados o el informe del proceso.

---

Nombre del Cliente

Fecha

---

Firma del Cliente/Padre/Tutor legal (si es aplicable)

Fecha

***NEW PERSPECTIVES CENTER***  
*Para Consejería y Terapia*

**COMUNICACIÓN CON SU MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIO**

Usted o su hijo se han inscrito en los servicios con el Centro de New Perspectives. Como parte de su tratamiento, la ley de Oregón nos requiere que nos comuniquemos con su médico de atención primaria para coordinar sus necesidades de comportamiento, físicas y de salud mental. No es necesario firmar ninguna autorización adicional. Esta comunicación continuara a lo largo del curso de su tratamiento aquí. La información compartida incluirá, pero no se limita a:

- Medicamentos recetados
- Cambios significativos en los medicamentos o enfoque del tratamiento
- Diagnóstico y estado del HIV
- Terminación de servicios

He leído y comprendido la información anterior.

---

Nombre del Cliente (letras molde)

---

Firma del Cliente / Padre /Tutor legal

Fecha

# ***NEW PERSPECTIVES CENTER***

*Para Consejería y Terapia*

## **RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO**

Entiendo que el Centro de New Perspectives puede usar y divulgar información médica sobre mí. Entiendo que esto puede incluir información creada y recibida por la agencia del Centro y puede ser por escrito o por registros electrónicos o por palabras habladas. Además, la divulgación puede incluir información sobre mi historial de salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, procedimientos, recetas médicas y otra información similar relacionada con mi salud.

Entiendo y estoy de acuerdo que el Centro de New Perspectives puede usar y divulgar mi información de salud para:

- Tomar decisiones y planear sobre mi cuidado y tratamiento
- Referir a, consultar con, coordinar entre y administrar junto con otros proveedores de atención médica para mi cuidado y tratamiento.
- Determinar la elegibilidad para el plan de salud o la cobertura de seguro, y enviar facturas, reclamos y otra información relacionada a las compañías de seguros u otras personas que puedan ser responsables de pagar parte o la totalidad de mi atención médica; y
- Realizar diversas funciones de oficina, administrativas y comerciales que respaldan los esfuerzos del proveedor / médico para brindarme, organizar y recibir un reembolso por una atención médica de calidad y económica.

También entiendo que tengo derecho a recibir y revisar una descripción escrita de cómo el Centro de New Perspectives manejará la información sobre mi salud. La descripción escrita se conoce como un Aviso de Prácticas de privacidad. Este documento contiene mis derechos con respecto a mi información de salud. Además, describe los usos y divulgaciones de la información de salud realizada y las prácticas de información seguidas por los empleados, el personal y el personal de la oficina del Centro New Perspectives.

Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad puede cambiar según sea necesario, y que tengo derecho a recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad con los cambios. También entiendo que la copia o el resumen de la versión más reciente del Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro de New Perspectives se publicará en el área de espera / recepción.

Entiendo que tengo derecho a solicitar que parte o toda mi información de salud no sea utilizada o divulgada de la manera descrita en el Aviso de Prácticas de Privacidad, y entiendo que la ley no exige que el Centro de New Perspectives acepte dichas solicitudes

**Al firmar a continuación, acepto que he revisado y entiendo la información anterior y que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad.**

---

Nombre del Cliente

Fecha

---

Firma del Cliente/Padre/Tutor legal (si es aplicable)

Fecha

---

Relación del cliente

# NEW PERSPECTIVES CENTER

Para Consejería y Terapia

## Lista de Síntomas

Nombre del Cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Por favor marque los síntomas que ha experimentado en el último año:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estado deprimido  | <input type="checkbox"/> Estado de ánimo extremadamente elevado  |
| <input type="checkbox"/> Falta de interés o placer en actividades  | <input type="checkbox"/> Energía excesiva / nivel de actividad   |
| <input type="checkbox"/> Cansado(a) o falta de energía   | <input type="checkbox"/> Se involucra frecuentemente en actividades dañinas (drogas, alcohol, juegos de azar, etc.)<br>Frecuencia: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cambios con el apetito <ul style="list-style-type: none"><li>o Incrementado</li><li>o Disminuido</li><li>o Cambio de peso</li></ul>   | <input type="checkbox"/> Preocupación excesiva / miedo   |
| <input type="checkbox"/> Problemas para dormir <ul style="list-style-type: none"><li>o Duerme demasiado</li><li>o Dificultad para dormir</li><li>o Despierta frecuentemente</li><li>o Despierta, incapaz de volver a dormir</li><li>o No siente la necesidad de dormir</li></ul> | <input type="checkbox"/> Ataques de pánico<br>Frecuencia: _____  |
|  | <input type="checkbox"/> Pensamientos perturbadores recurrentes/persistentes   |
| <input type="checkbox"/> Agitación, Inquietud  | <input type="checkbox"/> Comportamientos repetitivos-obligados a hacer   |
| <input type="checkbox"/> Siente que no vale nada   | <input type="checkbox"/> "En el borde" o se asusta fácilmente  |
| <input type="checkbox"/> Siente mucha culpa  | <input type="checkbox"/> Alta Ansiedad   |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse, pensar o tomar decisiones   | <input type="checkbox"/> Pesadillas  |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas <ul style="list-style-type: none"><li>o Planes de cometer suicidio</li><li>o Intentos de cometer suicidio</li></ul>   | <input type="checkbox"/> Trauma fácilmente desencadenado por otros eventos   |
|  | <input type="checkbox"/> Se enoja fácilmente/berrinches  |
| <input type="checkbox"/> Irritabilidad extrema   | <input type="checkbox"/> Sentimientos de entumecimiento emocional/desapego   |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos frecuentes   | <input type="checkbox"/> Alucinaciones   |
| <input type="checkbox"/> Estado de ánimo elevado   | <input type="checkbox"/> Problemas en comenzar o mantener relaciones.  |
| <input type="checkbox"/> Problemas de memoria <ul style="list-style-type: none"><li>o Recordando lo del día anterior o dos</li><li>o Recordando el pasado</li></ul>  | <input type="checkbox"/> Los pensamientos o experiencias parecen extraños / raros  |
|  | <input type="checkbox"/> Fácilmente se distrae, dificultad para terminar las tareas  |

Por favor describa otros síntomas que esté experimentado

---

---

---

---

---