Counseling Services of Southern Minnesota

CSSM Aplicación (CSSM Application)

INFORMACION DEL CLIENTE

Nombre: Apellido: ☐ Mujer ☐ Hombre

Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

Número de seguro social: Fecha de nacimiento:

Raza: ☐ Caucásico ☐ Hispano ☐ Asiático ☐ Afroamericano ☐ Indio Americano ☐ Otro

Empleador de cliente: Teléfono de trabajo:

Nombre de los padres del menor: Empleador:

Teléfono del trabajo:

Persona de contacto en caso de emergencia: Número de teléfono:

PERSONA RESPONSABLE POR EL FINANCIAMIENTO (si no aparece en la lista anterior)

Nombre de la persona responsable por esta cuenta: Relación al cliente:

Dirección: Teléfono de casa:

Fecha de nacimiento: Numero de celular:

Empleador: Teléfono del trabajo:

INFORMACION PRINCIPAL DEL SEGURO MEDICO

Nombre del asegurado: Relación al cliente:

Fecha de nacimiento del asegurado: Número de seguro social:

Nombre de la compañía del seguro: Número de teléfono:

Número de identificación de la póliza/ID#: Número de grupo:

Dirección de la compañía de seguro médico:

SEGURO MEDICO SECUNDARIO ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo, complete lo siguiente:

Nombre del asegurado: Relación al cliente:

Fecha de nacimiento del asegurado: Número de seguro social:

Nombre de la compañía del seguro: Número de teléfono:

Número de identificación de la póliza/ID#: Número de grupo:

Dirección de la compañía de seguro medico:

SOLO PARA PADRES DIVORCIADOS DE CLIENTES MENORES DE EDAD:

¿Cuál es el acuerdo legal de custodia del cliente menor? ☐ Custodia exclusiva ☐ Custodia compartida

DIVULGACION DE INFORMACION/CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

LA FIRMA DE LOS PADRES O PERSONA AUTORIZADA: Doy mi consentimiento para la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar reclamaciones a mi seguro médico. También autorizo el pago de los beneficios médicos a Counseling Services of Southern Minnesota, Inc. para los servicios proporcionados. Yo, por este acto, certifico que he recibido copias de las pólizas siguientes de Counseling Services of Southern Minnesota: derechos y responsabilidades del cliente; y el aviso de privacidad de los datos personales. Al completar el espacio de persona de contacto en caso de emergencia, estoy autorizando que Counseling Services of Southern Minnesota se comunique con esta persona si hay alguna emergencia. Doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico para mi u otro cliente identificado para el que soy un representante legalmente autorizado.

Este consentimiento y autorización serán válidos hasta que se haya realizado el pago completo de los servicios proporcionados, al menos que se cancele por escrito.

Firma _____ Fecha _____

Yo autorizo que los datos demográficos y de resultados se compartan con el sistema de reportaje de resultados de salud mental del departamento de servicios humanos.

Firma _____ Fecha _____

Términos

La firma a continuación atestigua la aceptación de la responsabilidad financiera, la habilidad, y la voluntad de pagar nuestros estados de cuenta de acuerdo con los siguientes términos y condiciones (la política de tarifas se proporcionará a pedido). En el evento que mi compañía de seguro médico mande los pagos al asegurador de la cuenta del seguro médico, ese pago se reenviará a Counseling Services of Southern Minnesota, Inc. Entiendo que asistencia médica y los pagos de PMAP se considerarán pagos completos, menos los copagos aplicables. Counseling Services of Southern Minnesota, Inc. cobra por fotocopias de registros médicos, excepto por un plan actual de tratamiento y/o evaluación. Los copagos se requieren en el momento del servicio. Para el deducible y el coaseguro, el pago se debe realizar al recibirlo. En caso de litigio por incumplimiento, los costos judiciales se asignarán a la persona que firma la solicitud. En el caso de un cheque de fondos insuficientes, se cobrará una tarifa de $ 30. Este acuerdo se aplicará de acuerdo con las leyes del estado de Minnesota.

Firma _____ Fecha _____

¿Le gustaría recibir un recordatorio para las citas? (Elija una):

- ☐ Correo electrónico
- ☐ Mensaje de texto*
- ☐ Llamada por teléfono

*Es posible que se apliquen tarifas de mensajes de texto. Póngase en contacto con su proveedor de teléfono celular para obtener más información.

Firma _____ Fecha _____

Counseling Services of Southern Minnesota

Consentimiento del Cliente Para el Uso y Divulgación de Información Médica (HIPAA CONSENT)

Yo,_____, entiendo que como parte del cuidado de mi salud o como tutor legal para_____, la agencia Counseling Services of Southern Minnesota origina y mantiene registros en papel y/o electrónicos que describen el historial médico, síntomas, exámenes, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan de tratamiento para el futuro. Esta información se llama información de salud protegida. Los propósitos de la información confidencial de salud incluyen:

- Una base para planificar la atención y el tratamiento,
- Un medio de comunicación entre los profesionales de salud que contribuyen a su cuidado,
- Una fuente de información para aplicar información del diagnóstico a su factura,
- Un medio por el cual un tercer pagador puede verificar que los servicios facturados en realidad fueron provistos,
- Una herramienta para las operaciones de atención médica de rutina como la evaluación de la calidad y revisión del conocimiento de los profesionales de la salud.

Comprendo y me han proporcionado un aviso de prácticas de información que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de la información. Entiendo que tengo las siguientes derechos y privilegios:

- El derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento,
- El derecho de protestar el uso de información de salud por razones directorias (coma áreas de servicio, clases de diagnósticos tratados) y
- El derecho de solicitar restricciones sobre como la información de salud puede ser utilizada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.

Restricciones solicitadas:

Entiendo que Counseling Services of Southern Minnesota no está obligado a aceptar las restricciones. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto cuando la organización ya haya tornado medidas. También entiendo que al negarse a firmar este consentimiento o al revocar este consentimiento, esta organización puede negarse a proporcionar el tratamiento según lo permitido por la sección 164.506 del código de regulaciones federales.

Entiendo que Counseling Services of Southern Minnesota reserva el derecho de cambiar su aviso y sus prácticas antes de la implementación de acuerdo con la sección 164.520 del código de regulaciones federales. Si Counseling Services of Southern Minnesota cambiara su notificación, se le mandaría una fotocopia de la notificación revisada a la dirección que he proveído.

Entiendo que como parte del pago de tratamiento, pago, o de las operaciones de atención médica de esta organización, puede ser necesario divulgar información de salud protegida a otra entidad (p.ej. a una compañía de seguro médico), y doy consentimiento a divulgar información para estos usos permitidos, incluyendo información divulgada por fax.

Entiendo que tengo el derecho de revocar este CONSENTIMIENTO siempre que lo haga por escrito, en la medida en que Counseling Services of Southern Minnesota ya hayan utilizado o divulgado la información en virtud de este consentimiento.

Favor de llenar y firmar abajo:

☐ Yo entiendo completamente y doy **CONSENTIMIENTO** a los términos de este consentimiento:

☐ Yo entiendo completamente y **RECHAZO EL CONSENTIMIENTO** a los términos de este consentimiento:

_____ _____

Firma del Cliente (18+) Fecha

_____ _____

Firma del Tutor Legal/Representante Fecha

Counseling Services of Southern MN, Inc

Consentimiento de correo electrónico/mensaje de texto (Email/Text Consent Form)

Formulario de acuerdo para comunicaciones por correo electrónico, celular, o mensajes de texto

El uso de comunicación electrónica incluyendo el correo electrónico, mensajes de texto, y uso de celular se pueden utilizar si ambas partes están de acuerdo en este método de comunicación y este formulario está completado y firmado por el proveedor y el cliente o el representante personal del cliente (si corresponde).

Una copia de este formulario y toda la comunicación por correo electrónico se archivarán en el registro médico del cliente y una copia en papel de este formulario se le proporcionará al cliente si es solicitada. Este acuerdo se limita a la comunicación usando las direcciones de correo electrónicos y los números de celular anotados a continuación. Copias de mensajes de texto NO se archivarán en el registro médico del cliente, pero pueden ser resumidas por el proveedor en una nota de caso separada para ser incluida en la historia médica.

El contenido de los mensajes de texto debe ser administrativo y no debe contener información de salud protegida del cliente.

El envío de información de salud protegida del cliente por correo electrónico/mensaje de texto expone la información de salud protegida del cliente a dos riesgos:

- El correo electrónico/mensaje de texto podría enviarse a la persona equivocada, normalmente debido a un error de escritura o al seleccionar el nombre equivocado de una lista de relleno automático.
- El correo electrónico/mensaje de texto podría ser capturado electrónicamente en ruta o no eliminado correctamente.

La política HIPAA requiere que tomemos medidas razonables para proteger contra estos riesgos, pero reconoce que debe de haber un balance entre la necesidad de asegurar la información de salud protegida y la necesidad de asegurar que el proveedor pueda intercambiar de manera eficiente la información importante del cuidado del cliente.

Conciencia del proveedor:

El correo electrónico y el uso de mensajes de texto estándar no son un medio seguro de comunicación, por lo que como el proveedor usaré la cantidad mínima necesaria de información de salud protegida al responder a sus preguntas o comunicarle información. Comunicaciones de Counseling Services of Southern Minnesota con usted por medio de correo electrónico tendrán contenido administrativo; o si tienen contenido de información de salud privada sobre el tratamiento, será solo como respuesta a cualquier contacto o pregunta iniciada por el cliente. Sin embargo, se les recomienda a los clientes que se comuniquen con su proveedor por teléfono con respecto a cualquier información de salud privada o información clínica.

Conciencia del cliente:

Por favor note que la mayoría de los correos electrónicos estándar no proporcionan un medio de comunicación seguro.
Existe cierto riesgo de que cualquier información de salud protegida contenida en el correo electrónico o los mensajes de texto pueda ser divulgada a, o interceptada por, terceros no autorizados. El uso de métodos de comunicación más seguros, como llamadas de teléfono, es siempre una alternativa que está disponible para usted.

- Con respecto a llamadas telefónicas, las conversaciones solo son confidenciales si ambos usamos un teléfono fijo.
- Entiendo que el uso de correo electrónico se considera un medio de comunicación no seguro.

Counseling Services of Southern MN, Inc

Consentimiento de correo electrónico/mensaje de texto (Email/Text Consent Form)

Al completar este formulario, el proveedor y yo entendemos y estamos dispuestos a aceptar los riesgos relacionados con comunicación que contiene mi información de salud protegida por medio de correo electrónico, celular y mensajes de texto no seguros. Incluso me han dado la información de contacto de mi proveedor principal.

Fecha: _____

Nombre del cliente (escrito a molde): _____

Correo electrónico (escrito a molde): _____

Número de celular: _____

☐ **Al marcar esta casilla, le doy permiso a Counseling Services of Southern Minnesota de enviarme recordatorios de citas por correo electrónico a la dirección anotada anteriormente, o por mensaje de texto.**

Firma del cliente o representante _____

Retirada del acuerdo para la comunicación por correo electrónico.

Si alguna de las partes desea ya no comunicarse por correo electrónico por favor complete el formulario a continuación y envíelo en persona o por correo postal a la otra parte. Una copia del formulario se archivará en el registro médico.

☐ **Ya no deseo comunicarme por correo electrónico**

Fecha: _____

Nombre del cliente (escrito a molde): _____

Firma del cliente o representante _____

Counseling Services of Southern MN, Inc
Consentimiento de Telesalud (Telehealth Consent)

Los servicios de telesalud permiten que mi terapeuta haga diagnóstico, consulta, tratamiento, y educación usando audio interactivo, video, y/o transmisión de datos respecto a mi tratamiento. Por la presente, doy mi consentimiento para participar en psicoterapia a través del internet (de aquí en adelante denominado telesalud) con el clínico que se enumera a continuación:

Nombre del cliente:		
Clínico/terapeuta:	Counseling Services of Southern Minnesota	
Dirección de agencia:	1306 Marshall St. St. Peter, MN 56082	226 N Broad St Mankato, MN 56001

Entiendo que tengo los siguientes derechos bajo este acuerdo:

- Tengo el derecho de confidencialidad con telesalud bajo las mismas leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica durante citas de psicoterapia en persona. Cualquier información que yo divulgue durante mi transcurso, por lo tanto, es generalmente confidencial. Hay excepciones, por ley, a la confidencialidad, incluyendo reportaje obligatorio de abuso de niños, mayores, adultos dependientes y cualquier amenaza de violencia que yo pueda hacer hacia una persona que se pueda identificar razonablemente.
- Incluso entiendo que, si estoy en tal condición mental o emocional de ser un peligro hacia mi mismo o otras personas, mi terapeuta tiene el derecho de romper confidencialidad para prevenir el peligro que he amenazado.
- Además, entiendo que la divulgación de cualquier imagen que se pueda identificar personalmente, o información de la interacción de telesalud, a cualquier otra entidad no sucederá sin mi consentimiento escrito.
- Entiendo que mientras el tratamiento de psicoterapia de todo tipo se ha comprobado que puede ser efectivo en tratar un gran alcance de desordenes mentales, problemas personales y de relación, no hay garantía que todo el tratamiento de todos los clientes será efectivo.
- Por consiguiente, entiendo que tal vez pueda beneficiar de telesalud, pero los resultados no se pueden garantizar o asegurar. Además, entiendo que hay riesgos exclusivos y específicos a la telesalud, incluyendo, pero no limitados a, la posibilidad de que nuestra sesión de terapia u otra comunicación por mi terapeuta con otras personas respecto a mi tratamiento pueda ser interrumpida o distorsionada por fallas técnicas o pueda ser interrumpida o accedida por personas no autorizadas.
- Adicionalmente, entiendo que el tratamiento de telesalud es diferente que terapia en persona y que, si mi terapeuta cree que yo sería servido/a mejor por otra forma de servicios de psicoterapia, como tratamiento en persona, seré remitido a un terapeuta en mi área geográfica que pueda proveer esos servicios.

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente. Tengo el derecho de hablar sobre esta información con mi terapeuta y que cualquier preguntas que pueda tener sobre mi tratamiento sean contestadas a mi satisfacción. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento a la comunicación de telesalud si proporciono una notificación escrita a Counseling Services of Southern MN, Inc a la dirección escrita anteriormente. Mi firma a continuación indica que he leído este acuerdo y estoy de acuerdo con los términos.

Firma del cliente _____

Firma de padre/tutor legal _____

Firma de personal _____

Counseling Services of Southern Minnesota

Divulgación del Plan De Tratamiento para niños menores

Treatment Plan Disclosure Statement: Minor Child

Esta declaración de divulgación es para informarle sobre las políticas y el procedimiento en el desarrollo y *lanzamiento* de los planes de tratamiento individuales ITP en Counseling Services of Southern Minnesota (CSSM). Un ITP es un documento completado en la admisión y revisado cada 180 días para garantizar la prestación de servicios de tratamiento. El ITP describe el plan de atención, que requiere el consentimiento del cliente o del representante legal del cliente. En los cases de que clientes sean menores de 18 años, es necesario que el tutor legal (cuidador, padre, representante) de su consentimiento para el tratamiento prescrito en una firma en el ITP. Esta transacción no siempre es conveniente para los tutores, ya que hay instancias en las que la reunión cara a cara o la transmisión por fax no es factible, y enviar el documento por correo es más eficiente. Esto significa que CSSM está solicitando su aprobación para enviarle por correo el ITP a usted, el tutor legal, para su consentimiento, aproximadamente cada 180 días, a menos que se discuta algo más con su proveedor. Se proporcionará una copia del ITP, en sesión, al cliente menor, para sus registros.

Nos comprometemos a mantener la privacidad de su información personal de salud, pero necesitamos que sepa que tan pronto como ITP abandone nuestras instalaciones no podemos garantizar la confidencialidad de ese documento. El riesgo de violaciones a la confidencialidad es limitado, pero le pedimos que mantenga actualizado sobre a CSSM cualquier cambio en la dirección y / o cambio de nombre para minimizar cualquier riesgo adicional. Se le permite hacer copias del ITP a su propia discreción, pero se le pedirá que devuelva el ITP original con una firma en su totalidad para demostrar su consentimiento con el plan de tratamiento. Incluiremos un sobre de devolución sellado para su conveniencia.

Esta declaración de divulgación cubre solo la transmisión de los ITP. Solicitud de otra documentación clínica necesitara ser visitada por separado mediante una solicitud formal con su proveedor CSSM.

Al consentir en esta práctica, usted está permitiendo que CSSM brinde servicios de manera más eficiente sin interrumpir la atención del cliente. Hable con el proveedor de su hijo (a) sobre esta Declaración de divulgación del plan de tratamiento para que se sienta cómodo con este proceso y con todos sus derechos y responsabilidades con respecto al tratamiento del cliente menor.

Por favor devuelva la página firmada a CSSM

Mi firma a continuación significa que he leído las políticas y procedimientos relacionados con la Declaraci6n de divulgaci6n del plan de tratamiento, y que doy mi consentimiento para que se me envíen por correo planes de tratamiento individuales (ITP) para mi revisión y consentimiento aproximadamente cada 90 días. Entiendo que una vez que he recibido el ITP, comparto la responsabilidad de mantener confidencial esta informaci6n de salud privada.

_____ _____

Consentimiento de la firma del tutor legal — Fecha

_____ _____

CSSM Provider Signature (firma del proveedor CSSM) — Fecha

Counseling Services
of Southern Minnesota

Acuerdo de Puerto Seguro (Para niños Pequeños)

Safe Harbor Agreement for (Minor Child)

1. **El objetivo.** Terapéutico de un Acuerdo de puerto seguro es permitir que los niños tengan un lugar que consideren seguro para poder hablar con un proveedor de salud mental sabre cualquier aprensión, inquietud o problema sin temor a que lo que dicen se use para interferir con o crear problemas en su relación con cualquiera de los tutores legales.

2. **Puerto Segura.** Es útil que el tutor legal reconozca la importancia de que la oficina del terapeuta sea un lugar seguro, un lugar donde los niños puedan estar verdaderamente seguros de que lo que dicen no será divulgado sin su consentimiento.

3. **Acuerdo:** Para crear un puerto seguro para los niños, las partes acuerdan lo siguiente:

   A. Sin corte/sin disposiciones. Ni el tutor legal, ni el tutor legal permitirá que su abogado cite al terapeuta o sus notas a un juicio, audiencia, disposición o arbitraje

   B. Sin interrogatorios: Ni el tutor legal, permitirán que su abogado exija respuestas del terapeuta o de los niños a preguntas sabre el contenido de la terapia.

   C. Divulgación limitada: Al proporcionar tratamiento de salud mental a adolescentes, el terapeuta acepta que divulgara solo información clínicamente relevante a cualquiera de los tutores legales, ya sea el abogado, el juez o cualquier otro tercero, en relación con el contenido de la terapia con los niños, excepto las divulgaciones requeridas bajo la ley de (Child Abuse Reporting Act) Denuncia de Abuso Infantil u otras preocupaciones de seguridad con el consentimiento explícito del niño.

   D. La ejecución: cualquiera de las partes, o su abogado, que intenten interrogar o citar al terapeuta serán responsables de todos los honorarios y costos, p incluidos el tiempo de preparación y el testimonio. Se usará una carta de compromiso para aclarar a la persona responsable de los costos.

Firma del padre	**Fecha**
Firma del padre	**Fecha**
Therapist Signature	**Date**

Clear Form

Counseling Services of Southern Minnesota

Autorización Para Divulgar Información

(Release of Information)

Nombre del cliente: *(Name of Client:)* _____ **Fecha de nacimiento:** *(Date of Birth:)* _____ **Fecha:** *(Date:)* _____

Yo, *(I,)* _____, autorizo que Counseling Services of Southern Minnesota, Inc. *(authorize Counseling Services of Southern Minnesota, Inc. to)*

☑ Intercambie información con: *(Exchange information with:)* ☐ Obtenga información de: *(Obtain information from:)* ☐ Divulgue información a: *(Release information to:)*

Nombre: *(Name:)* **Número de teléfono:** *(Phone Number:)*

☐ Coordinador de servicios por medio del condado *(County Case Manager)*

☐ Psicólogo (*Psychologist)*

☐ Psiquiatra (*Psychiatrist)*

☐ Médico/clínica (*Physician/Clinic)*

☐ Neuropsicólogo (*Neuropsychologist)*

☐ Programa de día (*Day Program)*

☐ Familia (*Family)*

☐ Tutor/curador (*Guardian/Conservator)*

☐ Otro (*Other)*

☐ Otro (*Other)*

La siguiente información se puede intercambiar, obtener, o divulgar:
(The following information to be exchanged, obtained, or released:)

☑ Resumen de alta *(Discharge Summary)*

☑ Historial y chequeo físico *(History and Physical)*

☑ Consultas *(Consults)*

☑ Evaluaciones neuropsicológicas/psicológicos *(Neuropsychological/Psychological testing)*

☑ Diagnostico *(Diagnosis)*

☑ Información de salud químicas/sustancias *(Chemical Health Information)*

☑ Planes/notas de caso *(Case Plans/Notes)*

☑ Medicamentos/dosis *(Medications/Dosage)*

☑ Otro *(Other):* Registros de educación (Education Records)

Propósito de la divulgación *(Purpose of Disclosure)***:** Coordinación de cuidado | Coordination of Care

Este documento es válido desde (fechas) *(ROI valid dates)***:** _____ - _____

Fechas de solicitud de registros desde el *(Record Request Dates from)***:** _____ **al** *(to)* _____

Restricciones de Pacientes para Métodos de Divulgación:
(Patient Restrictions or Methods for Disclosure:)

Counseling Services of Southern Minnesota

Entiendo que la comunicación sobre información que se puede intercambiar puede ocurrir de manera:
(I understand that communication of the items to exchange can occur:)

☑ Verbal *(Verbally)* ☑ En Persona *(In person)* ☑ Cuestionario escrito *(Written Questionnaire)* ☑ Correspondencia o archivo médico por correo o fax *(Mailed or Faxed medical record/correspondence)*

Entiendo que *(I understand that)*:

* Mi información de salud es protegida por regulaciones federales (Ley de archivos de pacientes de abuso de alcohol y drogas, 42 CFR Parte 2: y/o HIPAA 45 CFR) y leyes estatales de privacidad, y la divulgación se permite solo con mi autorización excepto en circunstancias limitadas que se describen en el Aviso de Privacidad de la agencia Counseling Services of Southern MN, Inc. Entiendo que tengo el derecho de examinar y recibir una copia de mis archivos de tratamiento que se pueden compartidos con otros, de la manera que se describe bajo las leyes estatales y federales que corresponden. (**My health information is protected by federal regulation (Alcohol and Drug Abuse Patient Records, 42 CFR Part 2: and/or HIPAA 45 CFR) and state privacy laws, and disclosure is allowed only with my authorization except in limited circumstances described in Counseling Services of Southern MN, Inc's Privacy Notice. I understand that I have a right to inspect and receive a copy of my treatment records that may be disclosed to others, as provided under applicable state and federal laws.)*

* Puedo revocar esta autorización en cualquier momento excepto al alcance que la acción se ha tomado en dependencia del documento. El documento de persuadir de privacidad de la agencia Counseling Services of Southern MN, Inc's resume el procedimiento de revocación. Esta autorización se expirará un año después de la fecha cuando yo firme, o si pido por escrito una fecha de expiración antes. (**I can revoke this authorization at any time except to the extent that action has been taken in reliance on it. Counseling Services of Southern MN, Inc's Privacy Entice outlines the procedure for revocation. This authorization will expire in one year from the date I sign or unless I request an earlier expiration in writing.)*

* Para divulgaciones que no son para tratamiento, pago, y propósitos de operación del cuidado de salud, el tratamiento no se puede condicionar en mi acuerdo de firmar y autorizar (al menos que yo esté recibiendo tratamiento solo para crear información de salud protegida para divulgar a un tercero) (45 CFR & 164.508 (b)(4)(III). (**For disclosures other than for treatment, payment and healthcare operations purposes, treatment may not be conditioned on my agreement to sign and authorization (unless I am receiving care solely to create protected health information for disclosure to a third party) (45 CFR & 164.508 (b)(4)(III))*

* La comunicación como resultado de esta autorización revelará que recibo servicios en la agencia Counseling Services of Southern MN, Inc. (**Communications resulting from this authorization will reveal that I receive services at Counseling Services of Southern MN, Inc.)*

* Las regulaciones federales de confidencialidad (en 42 CFR Parte 2) prohíben que se vuelva a divulgar la información de abuso de alcohol y drogas en los archivos de pacientes. Sin embargo, las leyes de HIPAA requieren que Counseling Services of Southern MN, Inc me notifique de la posibilidad que información divulgada de conformidad con esta autorización se puede volver a divulgar por el receptor y ya no es protegida por reglas de HIPAA. (**Federal confidentiality regulations (at 42 CFR Part 2) prohibit re-disclosure of information from alcohol and drug abuse patient records. However, HIPAA requires Counseling Services of Southern MN, Inc to notify me of the potential that information disclosed pursuant to this authorization might be re-disclosed by the recipient and is no longer protected by HIPAA rules.)*

* Esta autorización puede ser utilizada por programas que son poseídos o manejados por Counseling Services of Southern MN, Inc luego de transferir mi cuidado a ellos. (**This authorization may be used by Counseling Services of Southern MN, Inc owned or managed programs upon transfer of my care to them.)*

Firma de paciente: *(Patient Signature):* _____ **Fecha:** *(Date):* _____

Firma de padre/tutor: *(Parent/Guardian Signature):* _____ **Fecha:** *(Date):* _____

Firma de testigo: *(Witness Signature):* _____ **Fecha:** *(Date):* _____

Firma de empleado: *(Staff Signature):* _____ **Fecha:** *(Date):* _____

** La información de sus archivos que se comparta con usted es protegida por reglas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las reglas federales prohíben que usted vuelva a divulgar esta información al menos que divulgación extra se permita expresamente por consentimiento escrito de la persona a la que le pertenece o como se explica por 42 CFR parte 2. Una autorización general para divulgar información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar de manera criminal cualquier abuso de alcohol o drogas de pacientes.

Information to be disclosed to you from records protected by Federal confidentiality rules (42 CFR part 2). The federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.

Counseling Services of Southern Minnesota

Solicitud De Asistencia Financiera Para Servicios De Salud Mental Vinculados A La Escuela

(Financial Assistance Application for School Linked Mental Health Services)

Counseling Services of Southern Minnesota proporciona una variedad de servicios de salud mental que se ubican en las escuelas del área con el apoyo de una subvención patrocinada por del departamento de servicios humanos de Minnesota (Minnesota Department of Human Services). Los costos de los servicios están cubiertos por asistencia médica y la mayoría de los planes de seguro médico. Para algunas familias, el costo del deducible del seguro o del copago puede ser una barrera. Para estas familias, la subvención ha reservado dinero que podemos usar para ayudar con estos costos. Se nos pide que demostremos la necesidad de esta asistencia financiera.

Solicitud de asistencia financiada por subvenciones | Request for grant supported financial assistance

Nombre del estudiante/cliente | Student/Client Name: _____

Fecha de nacimiento | Date of Birth: _____

Número de teléfono | Phone Number: _____

Dirección | Address: _____

Condado de residencia | County of Residence: _____

Coordinador de servicios | Case Manager: ☐ Si | Yes ☐ No

Número de personas que viven en su hogar | Number of people in household: _____

☐ Por Mes | Per Month ☐ Por Año | Per Year

Fuente de Ingresos Income Source	**Yo** Self	**Esposo/Pareja** Spouse or Partner	**Otro** Other	**Total**
Salario bruto/Sueldo Gross Wages/Salaries				
Seguridad social/Pensión Social Security/Pension				
Interés, dividendos Interest, Dividends				
Ingresos por alquiler Rental Income				
Ingresos de autoempleo Self-Employment Income				
Beneficios para veteranos Vetrans Benefits				
Desempleo, seguro de accidentes laborales Unemployment, Workers Comp.				
Ingresos de discapacidad Disability Income				
Manutención, pensión conyugal, beneficios para familias militares Child support, alimony, military family				
Asistencia pública Public Assistance				
Otro Other				
Total	0	0	0	0

Razón por la solicitud (Por favor, marque todo lo que corresponda):
Reason for Request (please check all that apply):

- ☐ No tengo seguro médico
  I do not have health insurance
- ☐ Tengo un seguro médico, pero tengo un deducible, coaseguro o un copago que es muy alto
  I have health insurance but have a deductible, coinsurance or copay that is too high
- ☐ Tengo un seguro médico, pero no cubre los servicios auxiliares o si mi asistencia médica (MA) no cubre
  I have health insurance that does not cover ancillary services or if my Medical Assistance (MA) coverage lapses

Al firmar a continuación atestiguo que:
By signing below I attest that:

- Soy el tutor legal del niño para el que se buscan servicios.
  I am the legal guardian of the child for which services are being sought.
- La información proporcionada es acertada por lo que sé.
  The information provided is accurate to the best of my knowledge.
- Estoy solicitando asistencia financiera para los servicios de mi hijo de salud mental vinculados a la escuela.
  I am requesting financial assistance for my child's School Linked Mental Health Services.

_____ _____

Firma | Signature Fecha | Date

****Adjunte una copia de sus formularios de W-2 del último año o los últimos 2 talones de cheques para todos los miembros del hogar para verificar ingresos****

Please enclose a copy of your last year W-2 or last 2 paystubs for everyone in household to verify income

Counseling Services of Southern Minnesota

COUNSELING SERVICES OF SOUTHERN MINNESOTA

HISTORIA SOCIAL INFANTIL (Child Social History)

(PARA SER LLENADO POR EL PADRE / CUIDADOR)

PARTE 1 - Por favor proporcione la siguiente información en preparación para su entrevista con su médico de salud mental.

Nombre de la persona que completa el formulario		
Relación con la niña/el niño		
Nombre del niño	Número de cliente	Fuente de referencia
Motivo por la referencia		

Proveedores de servicios actuales (por ejemplo, doctores):

Padres		
PADRE 1:		
Ocupación:	Empleador/a:	
Edad:	Edad en el momento del embarazo con el niño:	
Escuela: Grado más alto completado:		
☐ Problemas de aprendizaje	☐ Problemas de atención	☐ Problemas de comportamiento
Problemas médicos:		
Estado civil actual:		
Si actualmente está casado o en una relación, describa la duración y los arreglos de vivienda:		
Enumere matrimonios anteriores y relaciones importantes:		

PADRE 2:		
Ocupación:	Empleador/a:	
Edad:	Edad en el momento del embarazo con el niño:	
Escuela: Grado más alto completado:		
☐ Problemas de aprendizaje	☐ Problemas de atención	☐ Problemas de comportamiento
Problemas médicos:		
Estado civil actual:		
Si actualmente está casado o en una relación, describa la duración y los arreglos de vivienda:		
Enumere matrimonios anteriores y relaciones importantes:		

Hermanos y Hermanas		
Nombre	*Edad*	*¿Vive en Casa?*
		☐ Si ☐ No
		☐ Si ☐ No
		☐ Si ☐ No

Situación de vivienda

☐ Casa de los padres	☐ Residencia/Instalación de tratamiento**	☐ Otro **
☐ Rentero ☐ Propietario	☐ Hospital ☐ Vivienda temporal ☐ Residencia ☐ Asilo de ancianos	☐ Casa de un amigo ☐ Hogar de unfamiliar/tutor ☐ Sin hogar ☐ Casa de acogida
** Identifique el nombre o la instalación de la persona		

Counseling Services of Southern Minnesota

Hogar primario					
Nombre del miembro del hogar	**Relación con la niña/el niño**	**Edad**	**Ocupación/Escuela**	**Nivel más alto de educación**	**Calidad de la relación**

Dirección postal (si es diferente a la dirección del niño que figura en el formulario de información demográfica)

¿Vive el cliente en más de un hogar? ☐ No ☐ Si
En caso negativo, pase a "Miembros adicionales de la familia" En caso afirmativo, complete la información secundaria del hogar a continuación

Hogar secundario					
Nombre del miembro del hogar	**Relación con la niña/el niño**	**Edad**	**Ocupación/Escuela**	**Nivel más alto de educación**	**Calidad de la relación**

Dirección postal (si es diferente a la dirección del niño que figura en el formulario de información demográfica)

Miembros de la familia que viven en ambos hogares

☐ Hijo único ☐ Niño y (enumere):

Miembros adicionales de la familia
☐ No, padres o hermanos que no sean los que figuran en los hogares primarios o secundarios
☐ Sí, enumere los miembros de la familia:

Plan de custodia y crianza
☐ Vive con ambos padres (biológicos/adoptivos) en el mismo hogar
☐ Madre o Padre soltero/a
☐ Custodia física compartida: padres en diferentes hogares
☐ Custodia legal compartida
☐ Otro (describa):

Ambiente familiar / Relaciones

Indique a continuación las mejores descripciones de las relaciones entre padres y el niño/a (cliente).

Relación(es) entre padre(s)-niño/a (cliente)	**P = Hogar principal**		**S = hogar secundario**		**B = Ambos**					
Conflicto entre padres y niño/a		Ninguno leve		Moderado		Severo				
Problemas con la supervisión y el seguimiento del niño/a		Siempre		Por lo general		Inconsistentemente		Casi nunca		
Cooperación entre padres en la crianza del niño/a		Siempre		Por lo general		Inconsistentemente		Casi nunca		No pertinente
Actividades positivas para padres con el niño/a		Frecuente		De vez un cuando		Infrecuente				
Satisfacción de los padres con la relación		Satisfecho		Neutral		Insatisfecho				
Satisfacción del niño con la relación		Satisfecho		Neutral		Insatisfecho				

Comente sobre las relaciones entre padres y el niño/a (describa en detalle si es necesario)

Indique a continuación las mejores descripciones de las relaciones entre hermanos y el niño/a (cliente).

Relación(es) entre hermano(s)-niño/a (cliente)	**No tiene hermanos**	**P = Hogar principal**	**S = hogar secundario**	**B = Ambos**		
Conflicto entre cliente-hermano		Ninguno o leve		Moderado		Severo
Actividades positivas de los hermanos con el cliente		Frecuente		Ocasional		Infrecuente
Satisfacción de los hermanos con la relación		Satisfecho		Neutral		Insatisfecho
Satisfacción del niño con la relación		Satisfecho		Neutral		Insatisfecho

Comente sobre las relaciones entre hermanos y el cliente (describa en detalle si es necesario)

Counseling Services of Southern Minnesota

Indique a continuación las mejores descripciones de las relaciones matrimoniales o de pareja de los padres

Relación(es) matrimonial(es) o de pareja(s) de los padres	**No aplica**	**P = Hogar principal**	**S = hogar secundario**	**B = Ambos**		
Conflicto matrimonial o de pareja		Ninguna-leve		Moderada		Severo
Satisfacción matrimonial o de pareja		Satisfecho		Neutral		Insatisfecho
Comente sobre las relaciones matrimoniales o de pareja de los padres (describa en detalle si es necesario)						

Otras preocupaciones familiares		**En caso afirmativo, indique:**		
		Padre	**Hermano/a**	**Otro**
Problemas de salud de miembros de la familia	☐ No ☐ Sí	☐	☐	☐
Discapacidad de un miembro de la familia	☐ No ☐ Sí	☐	☐	☐
Problemas legales de un miembro de la familia	☐ No ☐ Sí	☐	☐	☐
Preocupaciones financieras familiares	☐ No ☐ Sí	☐	☐	☐
Abuso de alcohol por parte de un familiar	☐ No ☐ Sí	☐	☐	☐
Abuso de sustancias por parte de un familiar	☐ No ☐ Sí	☐	☐	☐
Ansiedad de un miembro de la familia	☐ No ☐ Sí	☐	☐	☐
Depresión de un miembro de la familia	☐ No ☐ Sí	☐	☐	☐
TDAH de un miembro de la familia	☐ No ☐ Sí	☐	☐	☐
Manía de un miembro de la familia	☐ No ☐ Sí	☐	☐	☐
Esquizofrenia/otra psicosis de un miembro de la familia	☐ No ☐ Sí	☐	☐	☐
Estresores familiares importantes (mudanzas, muertes, divorcios, pérdida de empleo)	☐ No ☐ Sí	☐	☐	☐

Comente sobre otras preocupaciones familiares e información relacionada con el estado financiero (especifique los problemas que afectan las necesidades del niño)

☐ Problemas de aprendizaje ☐ Problemas de atención ☐ Problemas de comportamiento

Problemas de desarrollo

¿Alguna vez ha tenido inquietudes sobre los siguientes problemas con el cliente?

El embarazo	
Sangrado durante los primeros tres (3) meses	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber
Tuvo sangrado durante los segundos tres (3) meses	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber
Tuvo sangrado durante los últimos tres (3) meses	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber
Tuvo toxemia	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber
Tuvo que tomar medicamentos Especifique cualquier medicamento:	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber
Se lastimó o lesionó	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber
Aumentó menos de 15 libras. (7 kilos) Especifique:	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber
Tomó drogas narcóticos	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber
Bebió alcohol	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber
Tuvo una infección	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber
Fumó durante el embarazo	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber
Duración del embarazo: meses	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber
Otros problemas / enfermedades del embarazo Especifique:	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber

Counseling Services of Southern Minnesota

Nacimiento / Primera Infancia	
Peso al nacer: lbs oz. Longitud: pulg.	
Nació prematuro	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber
Nació con cordón umbilical alrededor del cuello	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber
Lesionado durante el parto	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber
Tuvo dificultad para respirar	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber
Se puso azul (cianosis)	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber
Era gemela o trillizo	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber
Tuvo una infección	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber
Tuvo convulsiones (ataques)	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber
Necesitó oxígeno	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber
Estaba muy nervioso/a	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber

Problemas de salud infantil		**En caso afirmativo, anote primero la edad**	**En caso afirmativo, ¿sigue ocurriendo?**
Convulsiones	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Fiebre (más de 103 grados Fahrenheit o 39 grados Celsius)	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Lesión craneal	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Asma	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Problemas de audición	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Problemas de visión	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Envenenamiento por plomo	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Otro envenenamiento o sobredosis	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Otra enfermedad grave	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Otras hospitalizaciones	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No

Funcionando		**En caso afirmativo, anote primero la edad**	**En caso afirmativo, ¿sigue ocurriendo?**
Poco apetito	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Constipación	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Dolores de estómago	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Problemas para conciliar el sueño	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Dificultad para quedarse dormido/a	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Sobreactividad	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Se pega en la cabeza	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Meciéndose en la cama	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Berrinche	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Comportamiento autodestructivo	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Dificultad para ser consolado o consolada	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Rigidez	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Bajo de peso / Sin mucho Musculo	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Llora a menudo y con facilidad	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Timidez con extraños/as	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Irritabilidad	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Reacción extrema al ruido o movimiento repentino	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Se muerde las uñas y / o los labios	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No

Counseling Services of Southern Minnesota

Se pica la nariz	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Problemas de atención		**En caso afirmativo, anote primero la edad**	**En caso afirmativo, ¿sigue ocurriendo?**
Solo puede concentrarse por poco tiempo al menos que las cosas sean muy interesantes	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Comprende las ideas principales de las cosas, pero pierde detalles importantes	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Trabaja o realiza muchas tareas descuidadamente sin pensar	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Aprende bien una nueva habilidad un día y luego parece que no puede hacerlo unos días después	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Recibe calificaciones o puntajes de exámenes muy impredecibles (inconsistentes) en la escuela	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Puede trabajar bien solo en las cosas que realmente le gusta hacer o pensar	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Parece no darse cuenta cuando está molestando a alguien	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
No le va mucho mejor después del castigo o la corrección	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Hace comentarios o se distrae con ruidos de fondo o cosas sin importancia	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Parece querer cosas de inmediato y / o es difícil de satisfacer	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Molesta o acosa a otras niñas o niños	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
El comportamiento es variable y difícil de predecir	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Es un alborotador; intimida a otros	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Comportamientos		**En caso afirmativo, anote primero la edad**	**En caso afirmativo, ¿sigue ocurriendo?**
Tiene pesadillas	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
A menudo es muy tranquilo/a o retraído/a	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
A menudo está "deprimido" con si mismo	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
A menudo está cansado/a	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Habla poco claro, tartamudea	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Moja la cama o los pantalones con frecuencia	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Ensucia la ropa interior o tiene accidentes con las deposiciones	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
A menudo es demasiado limpio y ordenado	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
A menudo está demasiado preocupada por la limpieza	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
A menudo juega con cerillos	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Destruye objetos en casa	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Destruye objetos fuera de casa	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Es valiente	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Es cruel con los animales	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
No es del agrado de otros niños	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Se siente enfermo/a en las mañanas de la escuela	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Tiene problemas para comer (come en exceso o no come)	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Está preocupado/a por la comida o la dieta	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Es parte de un grupo o pandilla que causa problemas	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Otros comportamientos no notados anteriormente	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No

Counseling Services of Southern Minnesota

¿Alguna vez ha tenido preocupaciones sobre el desarrollo temprano de su hijo (es decir, caminar, hablar, aprender)?	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
¿Alguna vez ha tenido preocupaciones sobre el desarrollo o el comportamiento sexual de su hijo?	☐ Sí ☐ No ☐ Sin Saber		☐ Sí ☐ No
Otros problemas o comentarios			

Hitos del desarrollo

Registre la edad a la que su hijo alcanzó los siguientes hitos del desarrollo.

Se sentó sin apoyo
Caminó sin ayuda
Habló dos palabras juntas
Entrenamiento de intestino y vejiga día y noche
Ató los cordones de zapatos
Montó en bicicleta (sin ruedas) Comenzó a leer

Funcionamiento escolar del niño

Clasificación de educación

¿Su hijo recibe servicios de educación especial? ☐ Sí ☐ No
En caso negativo, ¿alguna vez se le ha hecho una prueba a su hijo y se ha determinado que no necesita servicios? ☐ Sí ☐ No

Salón de educación regular, sin servicios especiales ☐ Sí ☐ No
En caso negativo, marque todo lo que corresponda a continuación.

- ☐ Educación esp. de primera infancia/Retraso de desarrollo
- ☐ Dificultad de aprendizaje
- ☐ Discapacidad auditiva
- ☐ Dificultad con lenguaje o habla
- ☐ Trastorno emocional/conductual
- ☐ Discapacidad de aprendizaje especial
- ☐ Inseguro/a
- ☐ Otro:
- ☐ Discapacidad de la visión
- ☐ Discapacidad Física
- ☐ Discapacidad cognitiva/del desarrollo
- ☐ Lesión cerebral traumática
- ☐ Desorden del espectro autista
- ☐ Otros problemas de salud
- ☐ Plan 504 actual

Comentarios sobre la clasificación de la educación

Historia legal del niño

¿Su hijo tiene antecedentes de cargos legales? En caso afirmativo, describa los cargos	☐ Sí ☐ No
¿El niño está actualmente en libertad condicional?	☐ Sí ☐ No
¿El niño ha estado alguna vez en libertad condicional?	☐ Sí ☐ No
¿El niño alguna vez ha recibido una orden judicial para someterse a tratamiento químico o de salud mental?	☐ Sí ☐ No
¿El niño alguna vez ha estado involucrado con los Servicios de Protección Infantil (CPS)? En caso afirmativo, describa	☐ Sí ☐ No
Nombre de los trabajadores sociales de CPS asignados a la familia (si corresponde)	☐ Ninguno informado
Nombre del tutor ad litem (GAL) o del defensor especial designado por el tribunal (CASA) asignado a la familia	☐ Ninguno reportado

Counseling Services of Southern Minnesota

Historia del trauma del niño

¿Su hijo ha experimentado o presenciado alguna de las siguientes situaciones?
(marque todo lo que corresponda)

- ☐ Accidente automovilístico
- ☐ Violencia/abuso doméstico
- ☐ Violencia comunitaria
- ☐ Otro accidente
- ☐ Abuso emocional
- ☐ Fuego
- ☐ Otro:
- ☐ Enfermedad física
- ☐ Negligencia física
- ☐ Desastres naturales
- ☐ Abuso físico
- ☐ Asalto/abuso sexual
- ☐ Ninguna de las anteriores

Historial de tratamiento de salud mental del niño

Tratamiento previo de salud mental ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique el motivo del tratamiento y las fechas:

Razón	**Fecha**

¿Actualmente toma algún medicamento? En caso afirmativo, enumere y traiga los medicamentos a la próxima cita		☐ Sí ☐ No	
Médico de atención primaria		Número de teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Otro (s) médico (s) que receta(n) medicamento		Número de teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Historial de alcoholismo y drogas del niño

¿Tiene alguna inquietud sobre el uso de alcohol o drogas por parte de su hijo?	☐ Sí ☐ No
¿Tiene otros problemas o inquietudes sobre su hijo que le gustaría haber abordado?	☐ Sí ☐ No
Comentarios	

Completado por: _____ Fecha: _____

Counseling Services
of Southern Minnesota

SERVICIO DE EMERGENCIA
(Emergency On-Call Services)

CSSM ofrece asistencia de emergencia a nuestros clientes que experimentan angustia fuera de las citas. Si necesita hablar con un proveedor de salud mental, llámenos al 507-931-8040. Durante el horario de oficina (8 a. m. a 5 p. m.), intentaremos conectarlo con su proveedor o un supervisor para obtener ayuda. Fuera del horario de oficina, llámenos y presione la opción # 7 para comunicarse con nuestro servicio de contestador. Por favor deje su nombre y número de teléfono y espere 30 minutos para que un proveedor de salud mental CSSM se comunique con usted.

Si tiene una emergencia de salud mental, llame al 911.

Aviso de los Derechos del Cliente, Privacidad de Datos y Procedimiento de Apelación de Quejas

Este aviso describe como su información se puede utilizar y divulgar, y como puede acceder esta información. Favor de revisar con cuidado.

Introducción

La ley estatal y federal requiere que Counseling Services of Southern Minnesota (CSSM) proteja su información médica. También se requiere que le demos este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales, y sus derechos con respecto a su información de salud. Estamos comprometidos en tratar y utilizar su información de salud protegida de manera responsable. Este aviso de la práctica de información de la salud describe la información personal que juntamos, y como y cuando usamos o divulgamos esta información. Incluso describe sus derechos con respecto a su información de salud protegida. Este aviso está en efecto desde el 14 de abril de 2003, y se aplica a toda la información de salud protegida como es definida por regulaciones federales. Cualquier persona que comparta su información ilegalmente es sujeto a multas, despido, u otra demanda judicial.

Entendiendo su registro e información de salud

Cada vez que usted visita CSSM, hacemos un registro de su visita. Este registro típicamente contiene sus síntomas, cualquier resultado de exámenes psicólogos, diagnósticos, tratamiento, y un plan para su cuidado o tratamiento en el futuro. Esta información es su archive médico, y sirve como:

- Una base para planear su cuidado y tratamiento
- Un método de comunicación entre los profesionales de salud que contribuyen a su cuidado
- Documentos legales que describen el cuidado que usted recibe o ha recibido
- Una manera para que usted o un tercero seguro médico puedan verificar que los servicios facturados realmente fueron proporcionados
- Un instrumento para educar a profesionales de la salud
- Una fuente de datos para investigación médica
- Una fuente de información para funcionarios de salud pública encargados del mejoramiento de la salud de este estado y la nación
- Una fuente de datos para planificación y el mejoramiento de resultados de tratamiento
- El instrumento con el cual podemos evaluar y continuar trabajando para mejorar el cuidado que damos y los resultados.
- Ayuda para CSSM con el mantenimiento de sus licencias actuales

Sus derechos de información de salud:
Aunque su registro de salud es propiedad física de Counseling Services of Southern Minnesota, la información le pertenece a usted. Usted tiene el derecho de:

- Solicitar u obtener una copia de papel de este aviso
- Inspeccionar y copiar su registro de salud como se define en 45 CFR 164.524. El archivo estará disponible para su acceso dentro de diez días hábiles después de hacer una solicitud para ver el archivo

- Modificar su registro de salud previsto en 45 CFR 164. 528
- Obtener una recuenta de divulgaciones de su información de salud, como es definido en 45 CFR 164.528
- Solicitar comunicación sobre su información de salud por medios alternativos
- Solicitar una restricción para ciertos usos y divulgaciones de su información como se define en 45 CFR 164.522
- Revocar su autorización para usar o divulgar información de salud

Las responsabilidades de Counseling Services of Southern Minnesota:
Se requiere que Counseling Services of Southern Minnesota:

- Mantenga la privacidad de su información de salud
- Proporcione este aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad
- Cumpla con los términos de este aviso
- Lo notifique si no podemos seguir una restricción que usted solicite
- Atienda las solicitudes razonables que usted tenga para comunicar información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos

- Hay ciertas situaciones en las que esta corporación pueda ser incapaz de proteger su privacidad. Counseling Services of Southern Minnesota está obligado por ley a reportar sospechas de abuso o negligencia de niños o adultos vulnerables. La ley también requiere que el personal tenga la obligación de advertir o tomar precauciones razonables para brindar protección contra amenazas de comportamiento violento hechas por un cliente. El deber existe cuando el cliente u otra persona (definida como un miembro de la familia inmediata o alguien que conoce personalmente al cliente y tiene motivos para creer que el cliente es capaz de realizar la amenaza) informa al personal sobre la amenaza.

Privacidad de datos de menores
Los menores de edad puedan solicitar que los datos sobre ellos de Counseling Services of Southern Minnesota Inc. no sean disponibles sus padres. Todas estas solicitudes se harán por escrito y se entregarán a su terapeuta o consejero(a) de casa. La decisión de aceptar su solicitud tomará en cuenta los siguientes factores:

- Si el menor tiene suficiente edad y madurez para explicar los motivos y para comprender las consecuencias de dar o no el acceso.
- Si la situación del menor es tal que negar el acceso protegerá al menor del daño físico o emocional.
- Si hay razón para creer que las razones del menor para la solicitud son razonablemente acertadas.

El acceso paterno puede ser negado sin la petición cuando sea requerido o permitido por el estatuto de Minnesota 144.335 o cualquier otro estatuto o ley federal, si el estatuto o la ley proporcionan estándares que limitan la discreción de las autoridades responsables para retener el acceso.

Reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y hacer la nueva provisión que sea efectiva para toda la información de salud protegida que mantenemos. Si nuestras prácticas de información cambian, enviaremos un aviso actualizado a la dirección que usted nos ha provisto, o si usted está de acuerdo, le enviaremos el aviso por correo electrónico.

No usaremos o divulgaremos su información de salud sin su autorización excepto como descrito en este aviso. También discontinuaremos de utilizar o divulgar su información de salud después de que recibamos una revocación escrita de la autorización según los procedimientos incluidos en la autorización.

Para más información o para reportar un problema
Si tiene alguna pregunta y/o le gustaría información adicional, puede contactar a la oficial de privacidad de Counseling Services of Southern Minnesota, Monique Sebring, al número de teléfono 507-931-8040.

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede hacer una queja con la oficial de privacidad de Counseling Services of Southern Minnesota, Monique Sebring, o con la oficina de derechos civiles, el departamento de salud y servicios humanos de los estados unidos. No habrá represalia por hacer una queja con la oficial de privacidad o la oficina de derechos civiles. La dirección de la oficina de derechos civiles está a continuación:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509 F, HHH Building
Washington D.C. 20201

Derechos y responsabilidades del cliente

I. PROPOSITO El propósito de esta política es:

1. Para proporcionar políticas y procedimientos escritos que son diseñados para mejorar la dignidad de todos los consumidores y para proteger sus derechos como seres humanos.
2. Para asegurar que los derechos humanos y las libertades civiles de todos los consumidores son salvaguardados.
3. Para cumplir con los estatutos de Minnesota con respecto a los derechos de los clientes.
4. Para definir los derechos de los clientes de Counseling Services of Southern Minnesota, Inc. y el personal.
5. Para definir las expectativas que Counseling Services of Southern Minnesota tiene para cada cliente individual a fin de asegurar que los derechos de todos los clientes sean salvaguardados.
6. Para desarrollar un mecanismo para resolver cualquier conflicto entre los procedimientos para un programa terapéutico sólido y para las libertades civiles de los clientes.

II. POLITICA

1. Es la política de Counseling Services of Minnesota que por muy meritorio que parezca un procedimiento terapéutico, falla y entra en conflicto con la política oficial de la agencia si viola los derechos humanos y las libertades civiles del cliente que está recibiendo tratamiento.
2. Los derechos de los clientes incluirán, pero no necesariamente se limitan a lo siguiente:
   a. Cada cliente será informado de sus derechos, que incluyen, pero no se limitan al cuidado considerado y respetuoso.
   b. Cada cliente puede razonablemente esperar obtener del personal apropiado información actual con respecto a su diagnóstico, tratamiento, y pronóstico usando lenguaje que razonablemente se puede esperar que el cliente comprenda. En casos en que no sea recomendado medicamente proporcionarle la información al cliente, la información puede que sea disponible para una persona apropiada en nombre del cliente.
   c. Cada cliente tendrá el derecho de saber el nombre y especialidad, si corresponde, de los miembros del personal involucrados con el caso del cliente.
   d. Cada cliente puede razonablemente esperar ser informado antes de o en el momento de la admisión de los servicios ofrecidos en Counseling Services of Southern Minnesota y el costo incluido.
   e. Cada cliente será informado de los derechos y responsabilidades de Counseling Services of Southern Minnesota Inc. y de las expectativas de Counseling Services of Southern Minnesota para el o ella como cliente.
   f. Cada cliente tendrá el derecho de ser libre de discriminación basada en la edad, raza, credo, religión, origen nacional, género, estatus civil, discapacidad, orientación sexual, y estatus con respecto a asistencial pública. CSSM seguirá la ley federal y el acto de derechos humanos de Minnesota, capitulo 36A.
   g. Cada cliente tiene el derecho de ser informado antes de que una fotografía, audio, o grabación de video del cliente se haga. El cliente tiene el derecho de rehusar que cualquier grabación o fotografía del cliente que no es para el propósito de identificación o supervisión por el titular de la licencia.
   h. Si CSSM limita los derechos del cliente, entonces CSSM documentará en el archivo del cliente la

autorización del profesional de salud mental y las razones por la restricción.
   i. Cada cliente tiene el derecho de ser respetado.
   j. Cada cliente tiene el derecho de esperar que el personal de la agencia responda de manera razonable a la solicitud del cliente de acuerdo con las políticas y obligaciones legales y corporativas del programa.
   k. Cada cliente tendrá el derecho de dar su opinión al director ejecutivo de la corporación.
   l. Cada cliente tiene el derecho de obtener información sobre cualquier relación de la corporación con otras instituciones de cuidado de la salud e instituciones relacionadas con respecto al programa de tratamiento.
   m. Los clientes tendrán el derecho de esperar una continuidad razonable de cuidado que incluirá, pero no necesariamente se limitará a, los horarios de las citas cuando el personal está disponible.
   n. Cada cliente puede esperar razonablemente recibir explicaciones en un idioma que él o ella pueda entender.
   o. Cada cliente tendrá la oportunidad de participar en la planificación de su tratamiento basado en su evaluación de diagnóstico.
   p. El cliente tiene el derecho de terminar servicios con Counseling Services of Southern Minnesota. Cada cliente tiene el derecho de esperar que, si no se puede mantener una cita programada, esta agencia hará todos los esfuerzos posibles para notificar al cliente en un período de tiempo razonable.
   q. CSSM debe proporcionarle una copia de los derechos del cliente de acuerdo con cada cliente en el día de la admisión del cliente y documentar que una copia de los derechos del cliente se le proporcionó a cada cliente. CSSM publicará una copia de los derechos del cliente en un área visible y accesible para todos los clientes. El titulado de la licencia debe incluir los derechos del cliente en Minnesota Rules, capitulo 9544.

III. Para que Counseling Services of Southern Minnesota Inc. pueda salvaguardar los derechos de todos los clientes, cada cliente individual tiene las siguientes responsabilidades:

a. El cliente tiene la responsabilidad de ser directo y honesto.
b. Cada cliente es responsable de entender claramente su problema de salud a su satisfacción y participar activamente en el plan de tratamiento designado. En casos donde el cliente siente que él o ella no pueden seguir un cierto plan, es la responsabilidad del cliente de avisarle a las personas cuidando de el/ella sobre esto.
c. Cada cliente tiene la responsabilidad de conocer al personal que le está dando tratamiento a él o ella. También es la responsabilidad del cliente de dejarle saber al personal de otro cuidado y medicación que está recibiendo.
d. El cliente tiene la responsabilidad de respetar los derechos de otros clientes y el personal que utiliza la oficina. Esto incluye un intento honesto por parte del cliente de evitar ser distraído o distraer a los demás en el proceso terapéutico y los objetivos del programa.
e. El cliente tiene la responsabilidad de notificar a las personas que cuidan de él o ella de cualquier cambio de su salud.
f. El cliente tiene la responsabilidad de honrar y preservar la confidencialidad de los otros clientes.
g. Si un cliente siente que sus derechos han sido violados, es la responsabilidad del cliente de informar al personal. Es es la esperanza de CSSM que el cliente exprese primero sus preocupaciones a la persona directamente responsable por el tratamiento del cliente. Si el asunto no se resuelve, se recomienda que el cliente dirija su reclamo por escrito al director ejecutivo, quien debe responder dentro de 15 días. El director executivo daría la bienvenida a quejas del cliente que no son resueltas par el proceso descrito arriba. Los clientes que todavía sienten que sus quejas no han estado satisfechas, pueden comunicarse con la división de licencias del departamento de servicios humanos de Minnesota (Licensing Division of the Minnesota Department of Human Services, P.O. Box 64242; St. Paul, MN 55164).
h. El cliente es responsable de mantener todas las citas programadas y cooperar con el personal para garantizar la continuidad del tratamiento. La cancelación de una cita existente debe hacerse con al menos 24 horas de anticipación. CSSM reserva el derecho de descontinuar servicios debido a la falta de notificación con 24 horas de anticipación o por no asistir citas programadas.
i. El cliente tiene la responsabilidad de informar a las personas interesadas él o ella siente que ser derivado

a otro centro de atención médica no es en el mejor interés del cliente.

Derechos del personal en la atención de clientes

1. El personal tiene el derecho de ser tratado con cortesía y respeto. Si el cliente no notifica de manera oportuna, puede resultar en una factura.
2. El personal tiene el derecho de recibir notificación cuando las citas no se pueden mantener.
3. El personal tiene derecho a la privacidad durante las horas no laborales, excepto como se ha acordado entre el miembro del personal y el cliente, y como sea necesario para proporcionar servicios de emergencia para asegurar la seguridad del cliente o la comunidad.
4. El personal tiene el derecho de terminar el tratamiento si no hay suficiente acuerdo del cliente y cooperación con el plan de tratamiento para permitir una expectativa razonable de resultados positivos.

Procedimientos de reporte

Counseling Services of Southern Minnesota sigue el estatuto de Minnesota 626.55 con respecto al reporte del maltrato de menores y el estatuto de Minnesota 626.557 con respecto al reporte del maltrato de adultos vulnerables.

Procedimiento de queja y apelación

En un intento de demostrar evidencia de nuestro respeto por los clientes a los que brindamos servicios, y nuestra preocupación por sus derechos, el siguiente procedimiento de reclamo puede ser utilizado por clientes de CSSM que experimentan problemas con los servicios que están recibiendo:

1. Si un miembro de la familia del cliente tiene una inquietud sobre los servicios que están recibiendo, deben discutir sus inquietudes con su proveedor. Esperamos que esta discusión pueda ocurrir lo antes posible, pero no más de 15 días después de que ocurra el incidente o preocupación. Si la preocupación es de naturaleza delicada y la familia o el cliente siente incomodidad compartiéndolo con el proveedor, está dentro de los derechos de la familia ir directamente al director clínico para discutir el asunto. El proveedor tomará las medidas apropiadas dentro de 2 días hábiles de escuchar la queja. Esta acción se discutirá con el director clínico y se documentará en el archivo del cliente.
2. Si, al acudir al proveedor, el cliente o la familia no puede encontrar una resolución a satisfacción de ambas partes, el asunto debe ser presentado al director clínico. Este paso debe tomarse dentro de 15 días de la discusión con el proveedor. El director clínico tomará las medidas apropiadas dentro de 2 días hábiles de escuchar la queja. Esta acción se documentará en el archive del cliente.

3. Si la familia y /o el cliente y el director clínico no pueden resolver el asunto para satisfacción de ambas partes, el asunto puede ser presentado al director ejecutivo. Este paso suceder dentro de 15 días de la reunión con el director clínico de la compañía. El director ejecutivo tomará las medidas apropiadas dentro de 2 días hábiles de escuchar la queja. Esta acción se documentará en el archivo del cliente.

4. La familia y / o clientes que todavía sienten que sus quejas no han sido satisfechas pueden comunicarse con la división de licencias del departamento de servicios humanos de Minnesota (Licensing Division of the Minnesota Department of Human Services, 444 Lafayette Road, St. Paul, Minnesota 55101, (612) 296-3971).