



Bienvenido a mi practica "Family Perspectives." Me da mucha honra de que usted haya decidido a empezar el proceso de cambio conmigo. Es mi placer de poder ayudarle a alcanzar sus metas individuales y familiares. Esto necesitara trabajo de su parte, pero tengo confianza de que los frutos de su labor valdrán la pena.

Este documento contiene información importante acerca de nuestros servicios profesionales y la política de nuestra organización. También contiene un resumen acerca de Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) (el Acta de Portabilidad y Responsabilidad para Seguro de Salud), una ley federal que provee nueva protección a la privacidad y de derecho de los clientes con respecto al uso y revelación de su información de salud protegida que es utilizada para tratamiento, pagos, y operaciones del cuidado de salud. HIPAA requiere que le proveamos con la nota de prácticas de privacidad (Arizona Notice Form) para uso y revelación de su información de Salud protegida (PHI) para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud. La nota la cual está añadida a este convenio, explica las condiciones de HIPAA y sus aplicaciones a su información de salud personal en gran detalle. La ley requiere que obtengamos su firma reconociendo que le hemos proveído de esta información. Aunque estos documentos son largos y algunas veces complicados, es muy importante de que usted los lea cuidadosamente antes de nuestra próxima sesión. Podemos hablar de cualquiera pregunta que usted tenga acerca de los procesos en ese momento. Cuando usted firme este documento, usted también representará un acuerdo entre nosotros. Usted puede anular este acuerdo por escrito en cualquier momento. Estamos obligados a seguir esta anulación, a menos que hayan obligaciones con su seguro medico con respecto a procesar reclamos médicos hechos bajo su póliza, o si usted no está satisfecho acerca de cualquier obligación financiera que usted haya llevado a cabo.

## **Procesos y metas de tratamiento**

El proceso terapéutico no está fácilmente explicado en términos generales. Varía dependiendo en las personalidades de los terapeutas, el cliente, y los asuntos que el cliente esté experimentando. Hay muchos métodos diferentes que podemos utilizar para lidiar con los problemas que usted desea solucionar. Psicoterapia no es la experiencia pasiva de cirugía o muchos otros procesos médicos en que la terapia requiere un esfuerzo muy activo de su parte. Para que la experiencia en su mayoría sea exitosa, usted trabajará en cosas que hablemos afuera de la sesión de terapia.

Terapia puede tener beneficios y riesgos. Así como la terapia comúnmente requiere discutir aspectos desagradables de la vida, usted podría experimentar sensaciones incomodas como tristeza, culpa, enojo, frustración, soledad, y desesperación. Aún, la terapia también ha demostrado muchos beneficios. La terapia muchas veces ayuda a mejorar relaciones con uno mismo y otras personas, soluciones a problemas específicos, y reducción significativa en el control de sensaciones e incertidumbre. La esperanza con la terapia es que la solución a asuntos y desarrollo personal llega a una capacidad mas rápida que de tratando de hacerlo una mismo. Aunque no hay garantías a lo que usted experimentará.

Hay algunas circunstancias en las que nos vemos obligados a referir con algún otro sitio mas especializado. Por ejemplo, no tenemos entrenamiento especializado para trabajar con adicciones a sustancias (como alcohol, y otras drogas) y el proceso de adicción (como juegos de azar y sexo), por lo tanto, para asegurar de que no estamos trabajando fuera de nuestro campo (o especialidad), y que obtenga el mejor tratamiento, yo le referiría con otro profesional mas capacitado, de acuerdo con mis conocimientos. Las reglas de confidencialidad todavía aplican, por lo tanto no contactaremos estos profesionales acerca de un cliente, pero le indicaremos al cliente de como contactarlos.

Empezaremos con una o mas sesiones de evaluaciones, y después desarrollaremos un plan de tratamiento. Usted tiene el derecho de participar en las decisiones acerca de su tratamiento, y del desarrollo y revisión de su plan de tratamiento. Usted también tiene el derecho de rehusar cualquier tratamiento que sea recomendado, o de cambiar de opinión acerca de revelar su información confidencial, y de ser informado de las consecuencias acerca de su cambio de opinión.

## Limites de confidencialidad

En la mayoría de los casos, solamente podemos revelar información acerca de su tratamiento a otras personas si usted firma un documento que cumple con ciertos requisitos legales que están impuestos por la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) (el Acta de Portabilidad y Responsabilidad para Seguro de Salud). Sin embargo, hay algunas situaciones cuando nos es permitido o requerido de revelar información sin algún permiso o autorización. Estas situaciones serán discutidas en detalle durante su primera visita. Finalmente, hay algunas situaciones en la cual estamos legalmente obligados a tomar acción en tratar de proteger a otros de algún daño, y debemos revelar cualquier información acerca del tratamiento de algún cliente.

- Si tiene razón de creer que un niño menor de 18 años ha sido víctima de lesiones, abuso sexual, negligencia, o privación de tratamientos médicos necesarios, la ley requiere que hagamos un reporte con la agencia de gobierno correspondiente, usualmente Child Protective Services (El Departamento de Protección a Menores). Una vez que dicho reporte ha sido llenado, estaremos obligados a proveer información adicional.
- Si usted tiene razón de creer que algún cliente adulto ya sea vulnerable o incapacitado, y que ha sido víctima de abuso, negligencia o explotación financiera, la ley requiere que hagamos un reporte con la entidad estatal apropiada, usualmente un trabajador gubernamental que protege los derechos de los adultos. Una vez que dicho reporte ha sido llenado, el consejero probablemente estará obligado a proveer información adicional.
- Si un cliente comunica acerca de una amenaza explícita acerca de daño físico claramente a una víctima, que ha sido identificada, y creamos que el paciente tiene el deseo y la habilidad de llevar a cabo la amenaza, tendremos que tomar medidas de precaución que nos lleve a notificar a la posible víctima, contactar a la policía, o buscar hospitalización para el cliente.

Es común que los terapeutas consulten ciertos casos con otros colegas para facilitar el desarrollo profesional, y para que los clientes se beneficien de una especialidad profesional variada. Datos específicos acerca de la identidad de los clientes no son revelados a terceras personas que no tienen nada que ver con el caso. Yo reservo el derecho de compartir la identidad personal con mi asociado, Matt Slavsky, o cualquier otro colega que este disponible por teléfono (típicamente Matt Slavsky) para la coordinación de cuidado, o en caso de que no este disponible, o fuera de la ciudad, para así poder facilitar la cobertura de cuidado en mi ausencia.

## Cuotas

No trabajamos directamente con compañías de seguro. Puede que su compañía de seguro le vaya a reembolsar, por servicios prestados por nuestra red de proveedores. Si usted decide de pedir a su compañía de seguro que le reembolsen su dinero, será su opción de averiguar si su compañía de seguro considerará reembolsarle y que información ellos requieran de nosotros.

Las cuotas se pagan en cada cita a la oficina, a menos que usted haiga hecho arreglos anteriormente con nosotros. Pagos pueden ser hechos en efectivo, o con cheques personales. Citas a las que usted falte, o cancele en menos de 24 horas de anticipo serán cobradas por la cantidad de \$55 y deberán ser pagadas no más tarde, al final de la próxima sesión. Las cuentas no son saldadas para los clientes porque esto crea relaciones entre los deudores y acreedores. Para cancelaciones dentro de 24 horas, por favor de cancelar por teléfono.

- El costo por citas **en la oficina** es de \$115 por 50 minutos. La primera sesión es usualmente 80 minutos. Sesiones mas largas y cortas se prorratean en base a esta cuota básica. Ver "comuníquese conmigo" acerca de servicios telefónicos y cargos. Cuando clientes llegan tarde a las sesiones, El costo total de la cita será cobrado.
- El costo para citas **en el hogar** es dado a 50 minutos por la primera hora.

- \$150 por una cita de 50 minutos.
- \$220 por una cita de 80 minutos.
- \$280 por una cita de una hora con 50 minutos.

Hay una tarifa de \$10 dólares extra por cada 1-5 millas desde la oficina en Ahwatukee. Se requiere un mínimo de 80 minutos para servicios en el hogar. La cuota para consejería por Internet es la misma como servicios en la oficina.

Otros servicios incluyen cartas, coordinación de cuidado con otros profesionales a los que usted haiga autorizado, la preparación de records o resúmenes de tratamientos, y el tiempo que se haiga tomado para realizar cualquier otro servicio que usted nos solicite. Esto, junto con llamadas telefónicas son cobrados como tarifa de coordinación de casos, que es de incrementos de \$20 por cada 15 minutos, que son redondeados desde ocho minutos o desde siete minutos. Habrá también un cargo de 15 minutos por información que tome más de 5 minutos para revisar y trabajar. Hay un cargo de \$35 por cheques sin fondos. Nos reservamos el derecho de utilizar agencias encargadas en la recolección de cobros en caso de que el cliente reciba los servicios y no pague.

La Tarifa para escribir cartas es la misma como en la oficina.

### **Servicios judiciales/consideraciones para la corte**

Algunos de nuestros profesionales son contratados como testigos profesionales para dar opiniones profesionales acerca de asuntos de salud mental. Es un conflicto de interés para un terapeuta de proveer opiniones o recomendaciones y dar tratamiento al mismo paciente. Podemos ser contratados como testigos expertos, o como terapeuta, pero no podemos tener los dos mismos roles. Si el paciente tiene estas expectativas, puede afectar la voluntad de poder revelar información que sea vital para el tratamiento. Si se requiere la presencia en la corte o sus records, habrá un cargo de \$250 por hora, por cada hora que se tome, llamadas relacionadas, viajes desde la oficina hasta la corte y regreso, el tiempo de testimonio, y cualquiera otros gastos que no haigan sido anticipados o uso de nuestro tiempo con un mínimo de dos horas. Las tarifas de copiado de su expediente será basado en el costo de las copias, y la cantidad del tiempo que se necesite para completar y enviarlos.

Un anticipo de \$2500 será requerido por lo menos diez días antes del día de la corte. Desde que se requiere una gran cantidad de tiempo para testimonios, o preparativos para la corte, \$500 de los \$2500 no serán devueltos si la cita para la corte o el testimonio son cancelados o pospuestos dentro de cinco días laborales, sin incluir los días de fin de semana. Aceptamos efectivo, cheques, y ordenes de pago como un anticipo o por cantidades mas de \$500. Si después de la corte, le queda una cuenta por pagar, la cantidad restante deberá ser saldada con Family Perspectives entre dos semanas después del día de la corte. Tenemos el derecho de cobrar 10% de interés por la cantidad que se debe si no esta saldada a tiempo.

### **Método de Pago**

El pago se requiere al tiempo que los servicios son proveídos, y puede ser por medio de efectivo, cheques, ordenes de pago, tarjeta crédito, debito, o cuenta de salud (HSA).

### **Regla de cancelación**

Si usted no puede mantener su cita, por favor notifique a la oficina inmediatamente. Se le cobrará por citas canceladas o que haiga usted faltado en menos de 24 horas de pre aviso. La cuota es \$55.00. Si usted cancela o tiene 3 citas perdidas, dentro de un periodo de 12 meses, discutiremos sus opciones, así como citas reservadas con anticipación dejarán de ser una opción.

## Records Profesionales

Las leyes y reglas para profesionales de salud mental en Arizona requiere que la agencia mantenga records de tratamiento. Usted tiene el derecho a recibir una copia de los records si los solicita. Debido a que son records profesionales, pueden ser malinterpretados y desconcertantes para el lector. Se recomienda que revise los records con su consejero para así poder verificar el contenido. Se le cobrará a los clientes la misma cantidad como un servicio de consejería regular, de acuerdo al tiempo que se tome preparar los records.

## Contactenos

Ofrecemos un servicio de apoyo por teléfono, que por opción puede usarse entre juntas. Algunas personas y familias se sienten seguros de saber que tienen el apoyo entre visitas y que tienen un lugar para hacer llamadas cuando las cosas están especialmente difíciles. Es fácil de continuar con los mismos hábitos cuando se esta bajo presión. Usted podrá llamar para apoyo emocional. Esta puede ser una gran forma de recibir un "empujón" extra y también de aliento.

Servicios de apoyo por teléfono cuestan \$20 por cada 15 minutos, y se redondea de ocho minutos o bajo desde siete minutos. Habrá un cargo de 15 minutos por cualquier conversación telefónica que dure más de cinco minutos. Tomaremos todas las medidas necesarias para estar disponibles a la clientela tan pronto posible, pero en ciertas circunstancias no podremos devolver las llamadas hasta el próximo día de trabajo. En situaciones donde las personas llaman y escuchan la maquina de mensajes y sienten que no pueden esperar por una respuesta, un número de línea de crisis estatal (Maricopa Crisis) está también disponible las 24 horas del día y los 7 días de la semana y puede comunicarse al 602-222-9444.

En muchos casos estaremos también disponibles para recibir y enviar correos electrónicos si es necesario para revisar la información fuera de sesiones o para apoyo fuera de sesiones. Se le informa que teléfonos inalámbricos, y comunicación vía Internet no es 100% segura. La confidencialidad se puede comprometer bajo las mejores circunstancias. Tomamos la responsabilidad de proteger su privacidad muy seriamente. Haremos todo en nuestro alcance para proteger nuestra comunicación, ya sea en persona, por teléfono, o por Internet.

**Reconocimiento de lo que he recibido, leído y entendido acerca de la información que se encuentra en este documento de cuatro paginas junto con la forma de HIPPA (Arizona Notice) que me fue dada. Para menores de edad, entiendo que es mi responsabilidad de informar al otro guardian que estoy buscando servicios de terapia para nuestro nino y el otro guardian tiene que estar de acuerdo a la terapia.**

_____ Nombre en imprenta	_____ Su Firma	_____ Fecha
_____ (Otro) Nombre en imprenta	_____ Su Firma	_____ Fecha
_____ Testigo	_____ Firma del Testigo	_____ Fecha



## Información de Nuevos Clientes

**Referido Por:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### I. Información

Nombre: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: Masculino Femenino

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

Código Postal: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (celular): \_\_\_\_\_

Teléfono (trabajo): \_\_\_\_\_ Teléfono del guardián (para menores) \_\_\_\_: \_\_\_\_\_

*En caso de emergencia, por favor notifique a:*

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

*Por favor complete esta sección de las otras personas viviendo en su hogar:*

Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	Relación con el Cliente	Genero

### II. Ocupación/ Nivel educacional

El cliente trabaja? Si/No Si Sí, tiempo completo/medio tiempo ocupación: \_\_\_\_\_

Su cónyuge trabaja? Si/No Si Sí, tiempo completo/medio tiempo ocupación: \_\_\_\_\_

Para menores: El padre trabaja actualmente? Si/No Si Sí, tiempo completo/medio tiempo ocupación: \_\_\_\_\_

Para menores: La madre trabaja actualmente? Si/No Si Sí, tiempo completo/medio tiempo ocupación: \_\_\_\_\_

Si los guardianas no trabajan, por favor marque cualquiera de los siguientes: retirado desempleado deshabilitado estudiante

### III. Estado de salud del cliente

Asuntos médicos corrientes o crónicos: \_\_\_\_\_

Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**IV. Historial de medicamentos del cliente**

Ha tomado usted medicamentos previamente debido a problemas emocionales o por abuso de drogas? Si \_\_\_ NO \_\_\_

Nombre: Nombre: Nombre:

Dosis (mg): Dosis (mg): Dosis (mg):

Frecuencia: Frecuencia: Frecuencia:

Esta tomando actualmente algún medicamento para problemas emocionales o de abuso de drogas? Si \_\_\_ NO \_\_\_

Nombre: Nombre: Nombre:

Dosis (mg): Dosis (mg): Dosis (mg):

Frecuencia: Frecuencia: Frecuencia:

Otros medicamentos: \_\_\_\_\_

Medico que receta los medicamentos: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

**V. Historial de la salud mental de el cliente**

Ha recibido servicios de salud mental anteriormente? Si \_\_\_ NO \_\_\_

	<b>Terapeuta/lugar</b>	<b>Fecha</b>	<b>Periodo</b>	<b>Resultado</b>
<b>Terapia anterior</b>	1)	1)	1)	1)
	2)	2)	2)	2)
	3)	3)	3)	3)
<b>Hospitalizacion(es) anteriores</b>	1)	1)	1)	1)
	2)	2)	2)	2)
	3)	3)	3)	3)

**VI. Categoría de el Problema** (por favor marque todas las que aplican):

Salud emocional      Asuntos familiares      Trabajo      Económicos  
Uso/Abuso de drogas      Apetito      Niños      Legal  
Riesgo de suicidio      Abuso/Violencia      Salud      Matrimoniales  
Asuntos de Padre e hijo      Otro: \_\_\_\_\_

**VII. Historia de la Familia**

Describe cualquier asunto de salud mental o diagnosis.

---

---

---

---

**VIII. Información acerca del antecedente del cliente.**

*La siguiente información es opcional pero nos ayudara a servirle mejor.*

<p><b>Grupo Étnico</b>                  Nativo Americano/ Nativo de Alaska   Caucásico/Blanco                  Asiático o Pacífico   Isleño                    Bi-Racial                  Afro-Americano/Negro                    Multi-Racial                  Hispano/Latino/a                            _____</p>	<p><b>El nivel académico mas alto de el guardián</b>                  No High school                            Associate's Degree                  Some High school                        Bachelor's Degree                  High School Diploma                    Master's Degree                  Technical School                         Doctoral Degree                  Degree in: _____</p>
<p><b>Estado civil de los padres</b>                  Viviendo juntos/ No Casados        Separados                  Casados                                    Divorciados                  Viudo(a)</p>	<p><b>Orientación Sexual</b>                  Heterosexual                                Transexual                  Homosexual/Lesbiana                    No esta seguro(a) de la                  Bisexual                                    pregunta</p>
<p><b>Afiliaciones Religiosas o Espirituales:</b></p>	



# Treatment Plan

Client Name: \_\_\_\_\_

Please rate each concern on a scale of 1-10 with 1 being the mildest symptom, 10 being the worst, and 0 being no symptoms.

- |                                       |                                    |                                |
|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| ___ ADD/ADHD                          | ___ Anger Issues                   | ___ Anxious Mood               |
| ___ Dependency                        | ___ Depressed Mood                 | ___ Employment Stressors       |
| ___ Financial Stressors               | ___ Grief                          | ___ Manic Symptoms             |
| ___ Medical Problems                  | ___ Obsessive Compulsive Behaviors | ___ Phobias                    |
| ___ Racing Thoughts                   | ___ Relational Conflict            | ___ Sexual Abuse               |
| ___ Sleep difficulties                | ___ Substance Abuse/Dependency     | ___ Other _____                |
| ___ Child-behavior problems at school | ___ Child-disobeying at home       | ___ Child-low grades at school |

Other concerns not listed above/ specific symptoms of concern:

Goals for counseling:

---

---

---

---

---

### Interventions:

- \_\_\_ Assertiveness training    \_\_\_ Anger Management    \_\_\_ Cognitive Restructuring    \_\_\_ Grief therapy    \_\_\_ Problem Solving    \_\_\_ Stress Management
- \_\_\_ Solution Focused    \_\_\_ Psychoeducation/Skills training    \_\_\_ Individual therapy    \_\_\_ Couples therapy    \_\_\_ Family therapy

I acknowledge my participation in the development of this treatment plan.

Client Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Review plan date \_\_\_\_\_ Client Signature for review \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Other Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Review plan date \_\_\_\_\_ Other Signature for review \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Kim Romen, LCSW, (Therapist) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Review plan date \_\_\_\_\_ Kim Romen, LCSW \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



# ARIZONA NOTICE FORM

## Notice of Policies and Practices to Protect the Privacy of Your Health Information

THIS NOTICE DESCRIBES HOW PSYCHOLOGICAL AND MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

### **I. Uses and Disclosures for Treatment, Payment, and Health Care Operations**

I may use or disclose your *protected health information (PHI)*, for *treatment, payment, and health care operations* purposes with your *consent*. To help clarify these terms, here are some definitions:

- *"PHI"* refers to information in your health record that could identify you.
- *"Treatment, Payment and Health Care Operations"*
  - *Treatment* is when I provide, coordinate or manage your health care and other services related to your health care. An example of treatment would be when I consult with another health care provider, such as your family physician or another psychologist.
  - *Payment* is when I obtain reimbursement for your healthcare. Examples of payment are when I disclose your PHI to your health insurer to obtain reimbursement for your health care or to determine eligibility or coverage.
  - *Health Care Operations* are activities that relate to the performance and operation of my practice. Examples of health care operations are quality assessment and improvement activities, business-related matters such as audits and administrative services, and case management and care coordination.
- *"Use"* applies only to activities within my [office, clinic, practice group, etc.] such as sharing, employing, applying, utilizing, examining, and analyzing information that identifies you.
- *"Disclosure"* applies to activities outside of my [office, clinic, practice group, etc.], such as releasing, transferring, or providing access to information about you to other parties.

### **II. Uses and Disclosures Requiring Authorization**

I may use or disclose PHI for purposes outside of treatment, payment, or health care operations when your appropriate authorization is obtained. An *"authorization"* is written permission above and beyond the general consent that permits only specific disclosures. In those instances when I am asked for information for purposes outside of treatment, payment or health care operations, I will obtain an authorization from you before releasing this information. I will also need to obtain an authorization before releasing your Psychotherapy Notes. *"Psychotherapy Notes"* are notes I have made about our conversation during a private, group, joint, or family counseling session, which I have kept separate from the rest of your medical record. These notes are given a greater degree of protection than PHI.

You may revoke all such authorizations (of PHI or Psychotherapy Notes) at any time, provided each revocation is in writing. You may not revoke an authorization to the extent that (1) I have relied on that authorization; or (2) if the authorization was obtained as a condition of obtaining insurance coverage, law provides the insurer the right to contest the claim under the policy.

### **III. Uses and Disclosures with Neither Consent nor Authorization**

I may use or disclose PHI without your consent or authorization in the following circumstances:

- *Child Abuse* - I am required to report PHI to the appropriate authorities when I have reasonable grounds to believe that a minor is or has been the victim of neglect or physical and/or sexual abuse.
- *Adult and Domestic Abuse* - If I have the responsibility for the care of an incapacitated or vulnerable adult, I am required to disclose PHI when I have a reasonable basis to believe that abuse or neglect of the adult has occurred or that exploitation of the adult's property has occurred.
- *Health Oversight Activities* - If the Arizona Board of Psychological Examiners is conducting an investigation, then I am required to disclose PHI upon receipt of a subpoena from the Board.
- *Judicial and Administrative Proceedings* - If you are involved in a court proceeding and a request is made for information about the professional services I provided you and/or the records thereof, such information is privileged under state law, and I will not release information without the written authorization of you or your legally appointed representative or a court order. The privilege does not apply when you are being evaluated for a third party or where the evaluation is court ordered. You will be informed in advance if this is the case.

- **Serious Threat to Health or Safety** - If you communicate to me an explicit threat of imminent serious physical harm or death to a clearly identified or identifiable victim(s) and I believe you have the intent and ability to carry out such a threat, I have a duty to take reasonable precautions to prevent the harm from occurring, including disclosing information to the potential victim and the police and in order to initiate hospitalization procedures. If I believe there is an imminent risk that you will inflict serious harm on yourself, I may disclose information in order to protect you.
- **Worker's Compensation** - I may disclose PHI as authorized by and to the extent necessary to comply with laws relating to worker's compensation or other similar programs, established by law, that provide benefits for work-related injuries or illness without regard to fault.

#### **IV. Patient's Rights and Psychologist's Duties**

##### **Patient's Rights:**

- **Right to Request Restrictions** - You have the right to request restrictions on certain uses and disclosures of protected health information. However, I am not required to agree to a restriction you request.
- **Right to Receive Confidential Communications by Alternative Means and at Alternative Locations** - You have the right to request and receive confidential communications of PHI by alternative means and at alternative locations. (For example, you may not want a family member to know that you are seeing me. On your request, I will send your bills to another address.)
- **Right to Inspect and Copy** - You have the right to inspect or obtain a copy (or both) of PHI in my mental health and billing records used to make decisions about you for as long as the PHI is maintained in the record. I may deny your access to PHI under certain circumstances, but in some cases you may have this decision reviewed. On your request, I will discuss with you the details of the request and denial process.
- **Right to Amend** - You have the right to request an amendment of PHI for as long as the PHI is maintained in the record. I may deny your request. On your request, I will discuss with you the details of the amendment process.
- **Right to an Accounting** - You generally have the right to receive an accounting of disclosures of PHI. On your request, I will discuss with you the details of the accounting process.
- **Right to a Paper Copy** - You have the right to obtain a paper copy of the notice from me upon request, even if you have agreed to receive the notice electronically.

##### **Psychologist's Duties:**

- I am required by law to maintain the privacy of PHI and to provide you with a notice of my legal duties and privacy practices with respect to PHI.
- I reserve the right to change the privacy policies and practices described in this notice. Unless I notify you of such changes, however, I am required to abide by the terms currently in effect.
- If I revise my policies and procedures, I will provide you a copy during one of our sessions or in the mail.

#### **V. Questions and Complaints**

If you have questions about this notice, disagree with a decision I make about access to your records, or have other concerns about your privacy rights, you may contact me at (480) 277-0049.

You may also send a written complaint to the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services. I can provide you with the appropriate address upon request.

You have specific rights under the Privacy Rule. I will not retaliate against you for exercising your right to file a complaint.

#### **VI. Effective Date, Restrictions, and Changes to Privacy Policy**

This notice will go into effect on March 1st, 2007

I reserve the right to change the terms of this notice and to make the new notice provisions effective for all PHI that I maintain. I will provide you with a revised notice either in person or by mail.



## Credit Card Authorization Form

Please complete the following information. This form will be securely stored in your clinical file and may be updated upon request at any time.

I authorize Family Perspectives, LLC, to charge my credit/debit/HSA card for professional services as follows:

Please Initial each of the following except the first sentence unless applies:

\_\_\_\_\_ Recurring charges for services in the amount of \$\_\_\_\_\_ per visit.

\_\_\_\_\_ \$55 for cancellations with less than 24 hours notice and for appointments I miss without notice.

\_\_\_\_\_ Individual appointments I choose to pay by credit card.

\_\_\_\_\_ I understand that my card will be charged for returned checks for the amount of the check plus \$35 per check.

\_\_\_\_\_ Balances of charges not paid including fees incurred in phone or internet treatment without payment rendered for 7 days.

\_\_\_\_\_ I will not dispute charges for sessions I have received, appointments I have missed, or charges due to bounced checks.

I, \_\_\_\_\_, am authorizing Family Perspectives, LLC to bill my credit card in the even of any appropriate scenario initialed above.

Charges will appear on your credit card statement as [familyperspectives@gmail.com](mailto:familyperspectives@gmail.com) 480-277-0049

Card Type (circle one):    Visa    MasterCard    Discover    American Express

Card #: \_\_\_\_\_

Expiration Date: \_\_\_\_\_

Name as Printed on Card: \_\_\_\_\_

Verification/Security Code (3-digit code on back by signature line-MC/Visa/Discover; code above card number, upper-right hand side-AmEx): \_\_\_\_\_

Billing Address: \_\_\_\_\_  
(Street, City, State & Zip)

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## Escala de pareja

fecha:

Encierre con un círculo el número que mejor describa como se siente usted con cada tema. Trate de dar un estimado general de cómo han estado las cosas desde las últimas 2 a 3 semanas o desde la última sesión de conserjería. Cada persona en la relación debe llenar un cuestionario también. En lo general, tenga a la pareja en cuenta cuando este llenando el cuestionario, y no solamente usted o su pareja.

1 = muy mal

10= todo bien

Comunicación

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Respeto

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Tiempo de pareja juntos

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

ayuda en casa

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Sexo

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

siendo padre

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

siendo madre

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

nuestro matrimonio en general

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Otro \_\_\_\_\_(ejemplo: confianza ...)

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

## Escala de pareja

fecha:

Encierre con un círculo el número que mejor describa como se siente usted con cada tema. Trate de dar un estimado general de cómo han estado las cosas desde las últimas 2 a 3 semanas o desde la última sesión de conserjería. Cada persona en la relación debe llenar un cuestionario también. En lo general, tenga a la pareja en cuenta cuando este llenando el cuestionario, y no solamente usted o su pareja.

1 = muy mal

10= todo bien

Comunicación

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Respeto

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Tiempo de pareja juntos

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

ayuda en casa

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Sexo

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

siendo padre

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

siendo madre

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

nuestro matrimonio en general

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Otro \_\_\_\_\_ (ejemplo: confianza ...)

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10