COLLEGE PARK YOUTH & FAMILY SERVICES

Bienvenido!

Le agradezco que haya elegido los *Servicios para Jóvenes y Familias de College Park.* Estamos aquí para servir a usted y a su familia.

Nuestro objetivo es trabajar con ustedes para reconocer los problemas que le afectan y para identificar soluciones. Como creemos que la terapia es un esfuerzo conjunto hemos basado nuestros programas con esto en mente. Nuestra experiencia indica que la orientación terapéutica tiene mejores resultados cuando se atiende semanalmente, por eso le sugerimos que sea consistente en su asistencia. La puntualidad a todas las citas es esencial para poder trabajar juntos.

Este grupo de documentos incluye varios formularios. Le pedimos que Ud. los revise, firme y los devuelva. Ud. tiene el derecho de rehusarse a firmar cualquiera de estos formularios.

Muchas veces la comunicación con otras agencias o profesionales, tales como escuelas y médicos, que han trabajado previamente con Ud./s, ayudará a la terapeuta a comprender más claramente la dinámica de su familia. Para esto, necesitamos su autorización escrita.

Al mismo tiempo, puede haber ocasiones en el futuro, cuando le pediremos que Ud. comparta su experiencia personal sobre nuestro programa con aquellas autoridades que proveen fondos, o con personas electas del gobierno. Beneficiará a todos que estas personas escuchen testimonios directos de parte de aquellos que han sido atendidos por estos servicios. Por supuesto, esto es opcional; Ud. nunca será obligado a participar.

Nuevamente, le damos la bienvenida. También le agradeceremos cualquier sugerencia y/o comentario que pueda tener sobre nuestros servicios.

Sinceramente,

Peggy Higgins

Peggy Higgins, LCSW-C
Directora

09/07

4912 Nantucket Road ♦ College Park, MD 20740-1458 ♦ 301 • 474-1210 ♦ 301 • 474-0717 FAX

DERECHOS Y RESPONSABILIDAES DEL CLIENTE

Nosotros creemos que una relación de respeto sirve al bienestar del cliente y al nivel de profesionalismo del/a terapeuta.

Como cliente usted tiene **derecho** a:

1. Ser tratado con dignidad y respeto.
2. Recibir el método disponible mas apropiado, sin discriminación por sexo, edad, raza, color, religión, origen, incapacidad o cualquier otra categoría bajo las leyes Federales.
3. Privacidad sobre a sus conversaciones y tratamientos documentados.
4. Participar activamente en el plan de tratamiento.
5. Obtener información sobre el plan de tratamiento.
6. Ser atendido puntualmente, o si es necesario a ser notificado de cualquier cambio lo antes posible.
7. Ser informado del reglamento de la agencia sobre citas no cumplidas.

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

1. Presentarse puntualmente a su cita. Las sesiones son de 50 minutos.
2. Notificar a la agencia, por lo menos 24 horas antes, si tiene la necesidad de cambiar su cita.
3. Compartir el planeamiento de los objetivos de la terapia, y de cooperar en alcanzar el mejor tratamiento para usted y su familia.
4. De seguir la recomendación de la terapeuta cuando hay una situación de seguridad o riesgo hacia sí mismo. Si la recomendación no se sigue, la agencia reserva el derecho de posponer nuestros servicios.

Nosotros agradeceremos sus opiniones, sugerencias, y/o preguntas que pueda tener sobre nuestros servicios y le damos la bienvenida como cliente.

Sinceramente,

Peggy Higgins, LCSW-C
Directora

_____	_____
Padre/Guardian	Terapeuta
_____	_____
Fecha	Fecha

11/15

College Park Youth & Family Services

1. **Nombre del Niño/a:** _____

2. Edad:_____ Fecha de Nacimiento :_____ Raza:_____

   Sexo:_____ Escuela:_____ Grado:_____

   Otros adultos en la casa:_____

3. **Nombre del padre:**_____ Vive con el niño (1) Si___ No___

   Direccion:_____

   Teléfono: (Casa)_____ (Celular)_____

   Edad: _____ Fecha de Nacimiento:_____Raza:_____

   Ocupación:_____ Ingreso Anual:_____

4. **Nombre de la Madre:**_____Vive con el niño (1) Si___ No___

   Direccion:_____

   Teléfono: (Casa)_____ (Celular) _____

   Edad:_____ Fecha de Nacimiento:_____ Raza:_____

   Ocupación:_____ Ingreso Anual:_____

5. **Hermanos/as**

   Nombre:_____ Vive con el Niño (1) Si_____ No____

   Edad:_____ Fecha de Nacimiento:_____ Raza:_____

   Sexo:___ Escuela:_____ Grado:_____

Categories of Race/Ethnicity:

- ☐ White Non-Hispanic
- ☐ Black Non-Hispanic
- ☐ White Hispanic
- ☐ Black Hispanic
- ☐ Asian
- ☐ Native American
- ☐ Middle Eastern
- ☐ Multi-Racial
- ☐ Unreported
- ☐ Other Hispanic
- ☐ Other

Nombre:_____ Vive con el niño (1) Si_____ No____

Edad:_____ Fecha de Nacimiento:_____ Raza:_____

Sexo:____ Escuela:_____ Grado:_____

Nombre:_____ Vive con el Niño (1) Si___ No____

Edad:_____ Fecha de Nacimiento:_____Raza:_____

Sexo:____ Escuela:_____ Grado:____

Nombre:_____ Vive con el Niño (1) Si____ No____

Edad:_____ Fecha de Nacimiento:_____ Raza:_____

Sexo:____ Escuela:_____ Grado:____

Nombre:_____ Vive con el Niño (1) Si____ No____

Edad:_____ Fecha de Nacimiento:_____ Raza:_____

Sexo:____ Escuela:_____ Grado:____

6. **Otras personas importantes en la vida del niño**

Nombre:_____

Relación con la Familia:_____ Vive con el Niño (1) Si____ No___

Edad:_____ Fecha de Nacimiento:_____ Raza:_____ Sexo:_____

Nombre:_____

Relación con la Familia:_____ Vive con el Niño (1) Si___ No____

Edad:_____ Fecha de Nacimiento:_____ Raza:_____ Sexo:_____

7. **POR CADA UNA DE LAS PREGUNTAS SIGUIENTES POR FAVOR INDIQUE SU GRADO DE SATISFACCION.**

1= Extremadamente descontento
2= Muy descontento
3= Mas o menos descontento
4= Difícil de definir
5= Mas o menos satisfecho
6= Muy satisfecho
7= Extremadamente satisfecho

___ 1. Cuan satisfecho esta Ud. con la conducta de sus hijos?
___ 2. Cuan satisfecho esta Ud. como padre?
___ 3. Cuan satisfecho esta Ud. en su relación con sus hijos?

8. **SUS PREOCUPACIONES POR SU HIJO Y SU FAMILIA:**

- Qué lo trae aquí? _____
  _____
- Cuando fue la primera vez que notó esto?
  _____
  _____
- Que medidas ha Ud. tomado que le ayudaron en su problema?
  _____
  _____
- Que medidas ha Ud. tomado que NO le ayudaron en su problema?
  _____
  _____

11/15

AUTORIZACION PARA OTORGAR SERVICIOS

Yo,_____, autorizo por este medio a

_____ a recibir servicios de terapia por College Park Youth and Family Services.

_____ _____

Fecha Padre/Guardián

_____

Terapeuta

09/07

INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

Yo,_____, Padre, y/o guardián de _____,

residiendo en _____ por la presente autorizo *a Servicios para Jóvenes y Familias de College Park* a grabar por equipo audio-visual o a observar a través de espejo de dirección única, las sesiones terapéuticas de mi familia, incluyendo a mi mismo, con el propósito de supervisión de nuestra/mi terapia. Yo retengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento o por cualquier sesión individual. Yo/Nosotros entendemos que las cintas grabadas tendrán carácter confidencial y serán guardadas bajo llave.

_____ _____
Fecha Padre y/o Guardián

_____ _____
Fecha Padre y/ Guardián

_____ _____
Fecha Terapeuta

09/07

DECLARACION DE CONFIDENCIALIDAD SOBRE EXPEDIENTES INDIVIDUALES

Servicios para Jóvenes y Familias de College Park se adhiere a todas las leyes de confidencialidad en lo que se refiere a información personal del cliente. La confidencialidad de los expedientes individuales esta protegida por leyes Estatales y Federales. Ninguna información relacionada con el tratamiento de los clientes de College Park Youth & Family Services será diseminada a personas fuera de la esta agencia supervisora sin el consentimiento escrito por parte del cliente. Además, y a pesar de contar con un consentimiento escrito, la información sobre el cliente que se dará a conocer será limitada a la mínima identificación necesaria para cumplir con el propósito del documento.

Por otro lado, bajo determinadas circunstancias la autorización escrita por parte del cliente no es necesaria, y estas son:

1. Citación Judicial.
2. Emergencias medicas y psiquiátricas.
3. Sospechas de abuso y negligencia infantil
4. Amenazas de daños físicos a otros

La ley requiere que se reporte a autoridades locales y estatales toda sospecha de abuso y negligencia infantil.

La ley requiere, también, que toda amenaza de daño físico a otra persona sea reportada a esa persona.

Yo, _____, he leído y entiendo mis derechos y los de mi familia.

_____ _____

Menor Fecha Terapeuta Fecha

_____

Padre/Guardián Fecha

09/07

INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

En cumplimiento de los requisitos de investigación, evaluación y obtención de fondos, *Servicios para Jóvenes y Familias de College Park* tiene que proveer la siguiente información al Departamento de Servicios al Menor:

a) Nombre del Menor
b) Fecha de nacimiento del Menor

Dos años después de haber concluido la terapia, nuestra lista de clientes es revisada por las autoridades del Departamento de Servicios al Menor para comparar con la lista que las autoridades mantienen de menores envueltos en el sistema judicial. El objeto de este procedimiento es colaborar con dichas autoridades en la evaluación de nuestro programa.

La información requerida es: nombre completo y fecha de nacimiento del menor, y las fechas de comienzo y cumplimiento de los servicios prestados. La información sobre las sesiones y los temas discutidos en cada una, no serán compartidos. Los nombres de los menores que no tienen antecedentes en el sistema judicial serán analizados pero no retenidos por el Departamento.

He leído la información detallada arriba con relación a la difusión de información restringida al Departamento de Servicios al Menor por Servicios para Jóvenes y Familias de College Park y doy mi autorización para eso. Entiendo que si mi hijo/a no tiene antecedentes en el Departamento, dichas autoridades analizaran la información pero no retendrán ninguna parte de la documentación.

Nombre del menor: _____
(Primer Nombre) (Inicial) (Apellido)

Padre/Guardián:_____ Fecha:_____

Testigo/Terapeuta: _____ Fecha: _____

7/12

HIPAA
Health Insurance Portability and Accountability Act
(Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Medico)

INFORMACION SOBRE NUESTRAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Nosotros nos esforzamos en proteger la privacidad de nuestro cliente y en guardar la confidencialidad sobre la información de su salud. La nueva ley federal requiere que demos a conocer nuestras normas sobre la protección de la privacidad. Usted tiene el derecho a mantener la información de su salud bajo estricta confidencia; *Servicios para Jóvenes y Familias de College Park* esta obligado a atenerse a los términos de la Noticia Sobre la Practica de la Privacidad que esta actualmente en efecto, y a proveer información de las obligaciones legales y practicas sobre la privacidad con respecto a la protección de información confidencial de la salud. Si Usted tiene alguna pregunta sobre esta información, por favor comuníquese con la encargada de nuestras practicas de privacidad, Peggy Higgins, LCSW-C.

Si Usted esta interesado en mas detalles sobre como utilizamos y compartimos información individual y cuales son sus derechos como individuo, por favor déjenos saber y le proveeremos con una copia de nuestra Información sobre Nuestra Practicas de Privacidad.

He leído y entiendo que Servicios para Jóvenes y Familias de College Park, por requisito de ley, mantiene la privacidad de la información de salud bajo recomendación de HIPAA (siglas en Ingles, Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Medico) y que yo tengo acceso a estas disposiciones. Se me ha dado la oportunidad de analizar la Información sobre Nuestras Practicas de Privacidad. Entiendo que al firmar este documento estoy confirmando mi autorización para el uso y/o para poner a disposición de otras partes involucradas, la información confidencial. Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

_____ _____

Nombre Completo Fecha de Nacimiento

_____ _____

Firma Fecha