

**Please do not fill out the following documents unless you have already scheduled an appointment.  
If you would like to make an appointment, please call our office at (702)258-5855.**

**If your call goes unanswered, please leave a voice message with your name and phone number, and we will get back to you as soon as possible.**

**Thank you.**

## **COVID-19 ADAPTIONS:**

- **FACT's Covid-19 Adaptations are subject to change based the agency's discretion**
- At this time ALL visitors at FACT will be required to wear a face covering/mask. FACT will not be providing masks.
- FACT encourages all visitors to wash their hands or use hand sanitizer immediately upon entering the office.
- Any clients who show symptoms of being sick (coughing, runny nose, sneezing, congestion, fever, watery eyes, etc.) will be asked to stay home and will not be permitted in the office.

**No complete los siguientes documentos a menos que ya haya programado una cita.  
Si desea hacer una cita, llame a nuestra oficina al (702) 258-5855.**

**Si su llamada no recibe respuesta, deje un mensaje de voz con su nombre y número de teléfono, y nos comunicaremos con usted lo antes posible.**

**Gracias.**

## **ADAPTACIONES COVID-19**

- **Las adaptaciones de Covid-19 para FACT están sujetas a cambiossegún el discreción de la agencia**
- En este momento, TODOS los visitantes de FACT deberán usar unamascarilla o una cubierta facial. FACT no proporcionará máscaras.
- FACT alienta a todos los visitantes a lavarse las manos o usar desinfectante de manos inmediatamente después de ingresar a laoficina.
- A cualquier cliente que muestre síntomas de estar enfermo (tos, secreción nasal, estornudos, congestión, fiebre, ojos llorosos, etc.) sele pedirá que se quede en casa y no se le permitirá ingresar a la oficina.

**FAMILY AND CHILD TREATMENT**

8080 W. Sahara Ave., Suite D. Las Vegas, Nevada 89117

Teléfono: (702) 258-5855 Fax: (702) 258-9767

**PROGRAMA DE PROBLEMAS DE CONDUCTA SEXUAL PARA MENORES**

Fecha	Nombre de Cliente			
Fecha de Nacimiento	Edad	Género H ___ M ___ O ___	Pronombre Preferido	Grado en Escuela
Dirección (Dónde reside actualmente el cliente)		Ciudad	Estado	Código Postal
¿Relación con la víctima?	Raza/Etnicidad			
_____	<input type="checkbox"/> Caucasiano <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Latino/Hipano <input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Multirracial			
¿Se necesita la reunificación?	_____			

Elija uno que pertenezca a la dirección indicada anteriormente, con quién reside/vive el cliente:  
 Un casa de los padres. ¿El cliente solía vivir en una casa de padres separada antes de la infracción? Si es así, explica: \_\_\_\_\_  
 Un cuidador o un hogar de parientes donde el cliente permanecerá mientras esté en libertad condicional. Si es así, ¿de quién? \_\_\_\_\_  
 Casa de Grupo. Cual? \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto Primario:	Numero de Teléfono:	Correo Electrónico (Opcional)
Nombre de Contacto Secundario:	Numero de Teléfono:	Correo Electrónico (Opcional)
Dirección (Si es diferente de la direccion notado arriba)		Ciudad                      Estado                      Código Postal

**Información de la Casa**

(Incluya: Familia Inmediata, La mitad/hermanastros, socios que viven en casa, compañeros de habitación y no parientes)

Nombre	Edad	Relación al Cliente	Vive en su casa? (Si/No)

**Fuente de Referencia**

(es decir, oficial de libertad condicional, trabajador social, etc.)

Nombre de Contacto	Agencia	Correo Electrónico
Numero de Teléfono	Numero de celular	Fax
¿Se hizo reporte a CPS?	Esta CPS/DFS involucrado?	Numero de Reporte#

**Descripción de los Problemas que se Presentan:** Incluya cuántos incidentes se conocen; edad de la juventud en el momento del delito; cuándo ocurrió por última vez; nombre de la(s) víctima(s), edades, parentesco con el joven:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Otra información importante sobre los jóvenes o los servicios adicionales necesarios:** Incluya la consejería / terapia previa y el historial relacionado con los medicamentos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**\*SÓLO PARA USO OFICIAL\***

<b>Día de la Cita</b>	<b>Hora de la Cita</b>	<b>Terapeuta</b>

Referral on File? \_\_\_ SOSE on File? \_\_\_ NOP? \_\_\_\_\_

# FAMILY AND CHILD TREATMENT OF SOUTHERN NEVADA

## CUESTIONARIO DE ADMISIÓN

### HISTORIA DEL CLIENTE

Con base en la escala a continuación, indique qué tan molestos han sido los problemas para **el cliente**: \_\_\_\_\_

Ligeramente Molesto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremadamente Molesto

Si el cliente es menor de edad: Según la siguiente escala, indique qué tan molestos han sido los problemas para **los padres y/o la familia**: \_\_\_\_\_

¿Actualmente tiene ganas de hacerse daño? Si/No \_\_\_\_\_ ¿Actualmente tiene ganas de lastimar a alguien? Si/No \_\_\_\_\_

*Si respondió afirmativamente a cualquiera de estas preguntas, notifique al terapeuta.*

**EDUCACIÓN:** ¿Cuál fue el último grado escolar que completó? \_\_\_\_\_

**RELIGIÓN:** De pequeño: \_\_\_\_\_ Como un adulto: \_\_\_\_\_ ¿Eres activo en la religión? Si/No \_\_\_\_\_

**HISTORIA LEGAL:** ¿Alguna vez ha sido arrestado? Sí No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

**MÉDICO:** Problemas médicos : \_\_\_\_\_

Medicamentos Recetados: \_\_\_\_\_

**Enumere cualquiera de los siguientes síntomas/comportamientos que usted (el cliente) o cualquier miembro de su familia haya experimentado en los últimos 6 meses:**

Comer en exceso Pérdida de apetito; De fumar; Llanto; Vómitos Evitación fóbica; Arrebatos de temperamento; Insomnio; Pereza; Comportamiento agresivo; Pérdida de control; Dilación; Tomando en exceso; Trabajando demasiado; Pensamientos suicidas; Intentos suicidas; Comportamientos compulsivos; Dificultad para concentrarse; Apartarse de los demás / aislarse a sí mismo; Dificultad para dormir; No puedo mantener un trabajo; Asumir demasiados riesgos; Ser impulsivo; Sentimientos de depresión; Ansiedad o preocupación excesiva; Fatiga / cansancio; Inquietud; Sentirse fácilmente irritado; Sentirse desamparado; Ira; Sentimientos de culpa; Alucinaciones (visuales o sonoras); Problemas de pareja; Problemas sexuales.

Propio/Cliente:

Miembros de la Familia:

### CLIENTES FAMILIA DE ORIGEN HISTORIA

¿Cómo describirías a tu familia? Muy cerca, Algo cerca, Lejana, Sin contacto? \_\_\_\_\_

#### HERMANOS

Número de Hermanos: \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_ Número de Hermanas: \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_

**PADRE es Biológico** \_\_\_\_\_ **Adoptado** \_\_\_\_\_ **Padrastra** \_\_\_\_\_

Esta Vivo? Si/No \_\_\_\_\_ ¿Si esta vivo que edad tiene? \_\_\_\_\_

Describe tu relación. ¿Es excelente, bueno, regular, malo o abusivo? \_\_\_\_\_

**Madre Biológica** \_\_\_\_\_ **Adoptada** \_\_\_\_\_ **Madrastra** \_\_\_\_\_

Esta Viva? Si/No \_\_\_\_\_ ¿Si esta viva que edad tiene? \_\_\_\_\_

Describe tu relación. ¿Es excelente, bueno, regular, malo o abusiva? \_\_\_\_\_

En referencia a tus padres, ¿con quién eras más cercano cuando eras niño? \_\_\_\_\_ ¿Con quién estas más cerca de adulto? \_\_\_\_\_

### VIOLENCIA DOMÉSTICA

¿Es actualmente víctima de violencia o coacción dentro de su hogar o relación? Sí/No \_\_\_\_\_

¿Ha sido víctima de violencia o coacción en el pasado en su hogar o relación? Sí/No \_\_\_\_\_

¿Corrientemente teme por su seguridad? Sí/No \_\_\_\_\_

**Si hay alguna información adicional que le gustaría que su terapeuta supiera, por favor escriba a continuación.**



## FAMILY AND CHILD TREATMENT OF SOUTHERN NEVADA

### NOTIFICACIÓN A LOS PADRES/GUADIANES DE LAS DIRECTRICES DE TRATAMIENTO

Entiendo que al firmar esta notificación a los Padres/Guardianés de las directrices de tratamiento doy mi consentimiento para que el menor, \_\_\_\_\_ (“Niño”), reciba terapia clínica de salud mental en Family and Child Treatment (FACT). Certifico que soy padre y/o Guardián legal del niño, y por la presente doy mi consentimiento para que el niño reciba tratamiento en FACT.

Entiendo que FACT y su personal de terapeutas clínicos no realizan investigaciones, proporcionan custodia evaluaciones de visitas, ni hacen recomendaciones a ningún tribunal/corte. FACT ofrece estrictamente servicios de salud mental para los niños y sus familias que han sido afectados por el abuso, y los servicios se brindan según lo considere necesario el equipo de tratamiento. Si necesita una evaluación de custodia o visitación o cualquier tipo de recomendación para cualquier tribunal con respecto al niño, FACT puede proporcionarle una copia del Tribunal del Octavo Distrito Judicial, la División de Familia y el Directorio de proveedores externos. Tenga en cuenta que FACT y su personal clínico no tienen ninguna responsabilidad u obligación por todos y cada uno de los resultados si decide ponerse en contacto y utilizar los proveedores mencionados en esta lista.

Si tiene la custodia legal conjunta del niño, es su responsabilidad informar a los padres legales no firmantes y/o guardián legales sobre el tratamiento médico del niño en FACT. FACT no asume la responsabilidad de informar a los padres legales no firmantes y/o al (los) guardián(es) del tratamiento del niño en FACT. Deberá indemnizar y eximir a FACT de y contra cualquier reclamo que surja de las violaciones de los padres legales no signatarios y/o guardián de su derecho a conocer el tratamiento de su hijo en FACT, incluidas, limitado a, todos los daños, costos, honorarios de abogados, gastos y responsabilidades que surjan de su falta de informar a los padres no signatarios y/o (los) guardián(es) del tratamiento del menor en FACT.

Tenga en cuenta que los padres y guardián(es) legales del niño tienen derecho a acceder a los registros médicos del niño y, con la identificación y documentación adecuadas, FACT lo publicará con las regulaciones estatales y federales y/o una orden judicial firmada por un juez.

Si hay una disputa entre usted y los padres y/o guardián(es) no signatarios del niño en cuanto al tratamiento del Niño en FACT, la disputa debe ser resuelta por usted y los padres y/o guardián(es) no firmantes del niño (s) por escrito y proporcionados a FACT. Si usted y los padres o guardián(es) no firmantes del niño no pueden aceptar el tratamiento del niño en FACT, puede pedirle a un tribunal que resuelva el problema. FACT cumplirá con cualquier orden judicial válida con respecto al tratamiento del niño en FACT. FACT puede negarse a tratar al niño hasta que tales disputas se resuelvan finalmente a menos que un daño corporal inminente al niño y/o otras personas resulte de la negativa de FACT a tratar al niño y/o el niño está en peligro de sufrir un riesgo de salud grave si los servicios de FACT no se proporcionan niño.

FACT alienta a todos los padres y guardián(es) a ser parte activa del tratamiento de un niño si es en el mejor y más seguro interés del niño y el contacto con todos los padres y guardián(es) se considera legalmente apropiado. Se anima a todos los padres y guardián(es) a traer al niño a la terapia y cada terapeuta FACT designará de 10 a 15 minutos antes o después de cada sesión para actualizarlo sobre el progreso y/o preocupaciones asociadas con el niño. El terapeuta FACT **no será** responsable de comunicarse con los padres o guardián(es) ausentes con la actualización del tratamiento del niño. Si los padres y/o guardián(es) del niño no pueden asistir a alguna o todas las sesiones, es responsabilidad de los padres y/o guardián(es) ausentes comunicarse directamente con el terapeuta FACT del niño para discutir cualquier medio alternativo de participar en el tratamiento del niño.

**Respecto al acceso a los antecedentes penales de un menor no emancipado.** La agencia puede divulgar información médica protegida al representante personal de un cliente, que se define como una persona que es padre, tutor u otra persona que actúa en lugar de un padre y que tiene autoridad documentada para actuar en nombre del cliente. Sin embargo, en las siguientes circunstancias, **FACT no está obligado a tratar a una persona como representante personal;**

1. Cuando un padre, tutor u otra persona que tenga la autoridad para actuar en lugar del padre y celebre un acuerdo de confidencialidad entre un proveedor de atención médica cubierto y el menor con respecto a dicho servicio de atención médica.
2. FACT tiene una creencia razonable de que la persona ha sido o puede ser sometida a violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de dicha persona; o
3. Tratar a dicha persona como representante personal podría ponerla en peligro; y FACT, en el ejercicio del juicio profesional, decide que no es lo mejor para el individuo tratar a la persona como su representante personal.

**He leído las Pautas de Notificación de Tratamiento para los Padres/Guardián(es) anteriores entendiéndolo, reconociéndolo y acepto todos sus términos. Reconozco que este es un acuerdo legalmente vinculado.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente o del Padre/Representante      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante de FACT      Fecha

# **FAMILY AND CHILD TREATMENT OF SOUTHERN NEVADA**

## **POLÍZA DE PRIVACIDAD PARA EL TRATAMIENTO DE MENORES/PADRES DE MENORES**

La póliza de FACT es respetar la confidencialidad del cliente/terapeuta para todos nuestros clientes, independientemente de su edad. La terapia es más eficaz cuando todas las partes respetan la privacidad del cliente. Los clientes pueden ser los más honestos y abiertos en sus sesiones si confían en sus derechos a la confidencialidad.

La póliza de FACT es mantener la confidencialidad para los clientes niños y adolescentes. Al firmar a continuación, declara que comprende y acepta que FACT mantiene el derecho a la confidencialidad de su hijo, a menos que un tutor legal especifique lo contrario por escrito antes del tratamiento. Esto incluye (pero no se limita a) información sobre el uso de drogas, autolesiones, actividad sexual, embarazo, interrupción del embarazo, citas, actividades sociales y participación escolar.

Las excepciones a esta confidencialidad se incluirán en los requisitos de informes obligatorios. Esto incluye ideación, intención o plan suicida y abuso infantil que está en curso o no se ha informado previamente. En el caso de que alguna de estas excepciones sea revelada a un terapeuta en FACT, el terapeuta informará a los padres y/o las autoridades requeridas según lo ordena el estado de Nevada.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, hable directamente con un representante de FACT.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente o del Padre/Representante      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante de FACT      Fecha

# FAMILY AND CHILD TREATMENT OF SOUTHERN NEVADA

## AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

### Revise Este Aviso Completamente

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su PHI de acuerdo con la ley aplicable. También describe sus derechos con respecto a cómo puede acceder y controlar su PHI.

La ley nos exige mantener la privacidad de la PHI y proporcionarle un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI. Estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Le proporcionaremos una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad revisado mediante la publicación de una copia en nuestro sitio web ([www.factsnv.org](http://www.factsnv.org)).

**Respecto al acceso a los registros de un menor no emancipado.** La agencia puede divulgar PHI al representante personal de un cliente, que se define como una persona que es un padre, tutor u otra persona que actúa en lugar de un padre y que tiene autoridad documentada para actuar en nombre del cliente. Sin embargo, en las siguientes circunstancias, FACT no tratará a una persona como representante personal;

1. Cuando un padre, guardián, o otra persona que tenga la autoridad para actuar en lugar del padre y celebren un acuerdo de confidencialidad entre un proveedor de atención médica cubierto y el menor con respecto a dicho servicio de atención médica.
2. FACT tiene una creencia razonable de que la persona ha sido o puede ser sometida a violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de dicha persona; o
3. Tratar a dicha persona como representante personal podría ponerla en peligro; y FACT, en el ejercicio del juicio profesional, decide que no es lo mejor para el individuo tratar a la persona como su representante personal.

### CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Las siguientes categorías describen diferentes formas en que usamos y divulgamos información médica protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaremos lo que queremos decir y trataremos de dar algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información se incluirán en una de las categorías.

**Para tratamiento, atención o servicios.** Podemos utilizar información médica protegida sobre usted para brindarle tratamiento o servicios de asesoramiento. Podemos divulgar información sobre usted a terapeutas, psicólogos y pasantes empleados por esta agencia. Por ejemplo, cualquier miembro del personal puede ayudar a programar su cita, el contable procesará su facturación o reclamos de seguro y los terapeutas y supervisores pueden discutir y diseñar estrategias para satisfacer mejor sus necesidades.

**Para ago.** Podemos usar y divulgar información médica protegida sobre usted para que el tratamiento y los servicios que reciba en la agencia se le facturen y el pago se le pueda cobrar a usted, a una compañía de seguros o a un tercero.

**Para operaciones de agencia.** Podemos usar y divulgar su información médica protegida para las operaciones de la agencia. Estos usos y divulgaciones son necesarios para administrar la agencia y asegurarnos de que todos nuestros clientes reciban una atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar la información para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted o sus hijos. También podemos divulgar información a consejeros, pasantes, trabajadores sociales y otro personal de la agencia con fines de revisión y aprendizaje.

**Estudiar.** Todos los clientes que buscan tratamiento por abuso sexual infantil, su información se mantendrá confidencial y no se divulgará con fines de investigación. Esto no se aplica a los servicios para delincuentes.

**Recordatorios de citas.** Podemos usar y divulgar información médica protegida para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita para tratamiento o atención en la agencia.

**Alternativas de tratamiento o programa.** Podemos usar y divulgar información médica protegida para informarle o recomendarle posibles tratamientos o opciones de programas o alternativas que puedan ser de su interés.

**Requerido por Ley.** Divulgaremos información médica protegida sobre usted cuando así lo requieran las leyes federales, estatales o locales.

**Para Evitar una Amenaza Grave para la Salud o la Seguridad.** Podemos usar y divulgar su información médica protegida cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación se hará únicamente a alguien que pueda ayudar a prevenir la amenaza.

**Riesgos para la salud pública.** Podemos divulgar su información médica protegida para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente: Para prevenir o controlar lesiones o discapacidades; informar nacimientos y defunciones; Para denunciar el abuso o negligencia de niños, ancianos y adultos dependientes.

**Actividades de Supervisión de la Salud.** Podemos divulgar información médica protegida a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamiento de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**Pleitos y disputas.** Si está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar su información médica protegida en respuesta a una orden de un juez.

**Cumplimiento de la Ley.** Podemos divulgar información médica protegida si así lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley: Sin embargo, los registros de tratamiento por abuso de sustancias no se pueden divulgar sin una orden del juez, todos los demás registros pueden divulgarse. En respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso similar; para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; sobre la víctima de un delito si, en determinadas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona; sobre una muerte que creemos puede ser el resultado de una conducta criminal; sobre conducta criminal en la agencia; y en circunstancias de emergencia para reportar un crimen; la ubicación del crimen o las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

**Con Autorización:** Los usos y divulgaciones no permitidos específicamente por la ley aplicable se realizarán solo con su autorización por escrito, que puede ser revocada. Puede negarse a firmar o revocar su autorización en cualquier momento. Si ha sido referido por los tribunales y se requiere el progreso de su tratamiento y toda otra información aplicable, su decisión de revocar podría dar lugar a que el tratamiento no tenga éxito.

### **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI**

Tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica protegida que mantenemos sobre usted:

**Derecho a Inspeccionar y Copiar.** Tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica protegida que se puede utilizar para tomar decisiones sobre su atención. Por lo general, esto incluye registros de facturación. Para inspeccionar y copiar información que pueda usarse para tomar decisiones sobre usted, debe enviar su solicitud por escrito al personal de la oficina. Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa por los costos de copia, envío por correo u otros suministros asociados con su solicitud.

**Sin Embargo, podemos denegar su solicitud de inspeccionar las notas de psicoterapia.** Las notas de psicoterapia se definen como notas grabadas (en cualquier medio) por un proveedor de atención médica que es un profesional de la salud mental que documenta o analiza el contenido de una conversación durante una sesión de consejería privada o una sesión de consejería grupal, conjunta o familiar y que están separadas del resto del historial médico de la persona. Es posible que se publiquen otras partes del registro. Si se le niega el acceso a esta información, puede solicitar por escrito que se revise la denegación. Otro profesional autorizado elegido por la agencia revisará su solicitud y la denegación. La persona que realiza la revisión no será la persona que rechazó su solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

**Derecho a Enmendar.** Si cree que la información médica protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que enmendemos la información. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la información se mantenga en la agencia.

Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y presentarse al personal de la oficina. Además, debe proporcionar un motivo que respalde su solicitud. Podemos denegar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para respaldar la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que: no fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación; no es parte de la información médica protegida que mantiene o para la agencia; no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o es precisa y completa.

**Derecho a un Informe de Divulgaciones.** Tiene derecho a solicitar un "informe de divulgaciones." Esta es una lista de las divulgaciones que hacemos de su información médica protegida que no sean nuestros propios usos para el tratamiento, el pago y las operaciones de la agencia, ya que esas funciones se describen anteriormente. Está disponible para registros de hasta seis años. Debe enviar su solicitud por escrito al personal de la oficina y debe identificar un período de tiempo específico. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo involucrado y puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en costos.

**No estamos obligados a aceptar su solicitud.** Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito al personal de la oficina. En su solicitud, debe indicarnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites, por ejemplo, divulgaciones al cónyuge.

**Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos relacionados con la agencia de una determinada manera o en un determinado lugar. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su solicitud por escrito al personal de la oficina. No le preguntaremos el motivo de la solicitud. Acomodaremos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

**Derecho a una copia impresa de este aviso.** Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede obtener una copia de este aviso del personal de la oficina o de nuestro sitio web, [www.factsnv.org](http://www.factsnv.org).

### **QUEJAS**

Si cree que hemos violado sus derechos de privacidad, tiene derecho a presentar una queja por escrito ante nuestro Oficial de Privacidad, Directora Ejecutiva, Heather Campa, en Family and Child Treatment of Southern Nevada, 8080 West Sahara Ave., Suite D, Las Vegas, NV 89117, teléfono: (702) 258-5855 ext. 232 o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos en 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D. C. 20201 o llamando al (202) 619-0257. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

**Por la presente reconozco que he recibido y se me ha dado la oportunidad de leer una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de FACT. Entiendo que si tengo alguna pregunta sobre el aviso o mis derechos de privacidad, puedo hablar con mi terapeuta.**

Nombre de Cliente \_\_\_\_\_

Día de Nacimiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente o Padre/Guardián                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante de FACT                      Fecha

# FAMILY AND CHILD TREATMENT OF SOUTHERN NEVADA

## POLÍZA DE NO DISCRIMINACIÓN

Es la póliza y el compromiso continuos de FACT brindar igualdad de oportunidades para los solicitantes de empleo, brindar igualdad de oportunidades para el avance de los empleados y administrar estas pólizas de una manera que no discrimine a ninguna persona por motivos de raza, religión, color o sexo, orientación sexual, edad, estado civil, nacionalidad, discapacidad física o condición de veterano.

Esta póliza se aplica a todas las operaciones de la agencia e incluye todos los tipos de prácticas de empleo, tales como, entre otros: Reclutamiento, contratación, capacitación, salarios, compensación, asignaciones, condiciones de trabajo, promociones, reducción de la fuerza laboral, trato de los empleados y todos los demás términos. y privilegios de empleo. Además, FACT no discriminará en la prestación de servicios a los clientes por motivos de raza, religión, color, sexo, orientación sexual, edad, estado civil, nacionalidad, discapacidad física o condición de veterano.

Este documento establece los procedimientos escritos requeridos por la **Unidad de Subvenciones de la Oficina del Procurador General de Nevada (OAG)**, como sub-receptores, a seguir cuando se recibe una queja que alega discriminación por parte de clientes, participantes del programa o consumidores o de un sub-receptor. receptor de fondos del Departamento de Justicia de Estados Unidos.

Todas las personas tienen derecho a participar en programas y actividades independientemente de su raza, color, nacionalidad, sexo, religión, discapacidad y edad. Estas clases están protegidas de la discriminación en el empleo y en la prestación de servicios. Además de estos, los sub-receptores de subvenciones bajo la Ley de Violencia contra la Mujer (VAWA) de 1994, según enmendada, tienen prohibido discriminar por motivos de orientación sexual o identidad de género.

**FACT debe cumplir con las disposiciones de no discriminación dentro de los estatutos del programa del DOJ aplicables, que pueden incluir lo siguiente:**

1. Ley Ómnibus de Control del Crimen y Calles Seguras (Ley de Calles Seguras) de 1968, según enmendada, 34 U.S.C. §§ 10228 (c) y 10221 (a), y las regulaciones de implementación del DOJ, 28 CFR parte 42, sub-parte D (que prohíbe la discriminación en los programas financiados bajo el estatuto, tanto en el empleo como en la prestación de servicios o beneficios, basados en , color, nacionalidad, sexo y religión) y E (que requiere ciertos programas financiados por el DOJ sujetos a las disposiciones administrativas del estatuto para preparar, mantener y presentar un Plan de Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEO));
2. Ley de Justicia Juvenil y Prevención de la Delincuencia (JJDA) de 1974, según enmendada, 34 U.S.C. § 11182 (b), y las regulaciones de implementación del DOJ, 28 CFR §§31.202, .403 y parte 42, sub-parte D (que prohíbe la discriminación en los programas financiados por el estatuto, tanto en el empleo como en la prestación de servicios o beneficios, basados en la raza, color, nacionalidad, sexo y religión);
3. Ley de Víctimas del Crimen (VOCA) de 1984, según enmendada, 34 U.S.C. § 20110 (e) y la regulación que implementa el Programa de Asistencia a las Víctimas de la Ley de Víctimas del Crimen, 28 CFR § 94.114 (que prohíbe la discriminación en los programas financiados por el estatuto, tanto en el empleo como en la prestación de servicios o beneficios, por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, religión y discapacidad); y
4. Ley de Violencia Contra la Mujer (VAWA) de 1994, según enmendada, 34 U.S.C. § 12291 (b) (13) (que prohíbe la discriminación en programas financiados por el estatuto o administrados por la Oficina de Violencia contra la Mujer, tanto en el empleo como en la prestación de servicios o beneficios, con base en la raza, color, nacionalidad real o percibida origen, sexo, religión, discapacidad, orientación sexual e identidad de género).

**Estas leyes prohíben a las agencias tomar represalias contra un individuo por tomar medidas o participar en acciones para asegurar los derechos protegidos por estas leyes.**

### Procedimientos Escritos Para Abordar las Quejas Presentadas Contra los Sub-Receptores:

1. Las quejas de cualquier fuente deben enviarse en el formulario de declaración de inquietud / queja por escrito con programas de subvenciones al administrador de subvenciones de la OAG.
2. Las quejas deben enviarse a:  
Debbie Tanaka, Gerente de Subvenciones Oficina del Fiscal General  
100 North Carson Street  
Carson City, NV 89701  
o dtanaka@ag.nv.gov.
3. El Gerente de Subvenciones de la Procuraduría General revisará todas y cada una de las quejas de una manera objetiva e imparcial y proporcionará al denunciante un reconocimiento por escrito de la queja y cómo se administrará la correspondencia durante la investigación, así como una explicación de cómo se investigará la queja. y resuelto.
4. Cualquier persona que presente una queja por discriminación inadmisibles es notificada de inmediato que también se puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles de la Oficina de Programas de Justicia (OJP), presentando una queja por escrito a la siguiente dirección: **Office for Civil Rights Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice, 810 Seventh Street N.W. Washington, DC 2053**

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente o Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante de FACT

\_\_\_\_\_  
Fecha

**FAMILY AND CHILD TREATMENT OF SOUTHERN NEVADA**

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO AUDIO-VISUAL**

**Nombre del Cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Guardián: \_\_\_\_\_

Dirección del padre o Guardián: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Uso de Grabaciones Audio-Visuales**

Family and Child Treatment (FACT) se considera un **centro de capacitación debido a la estrecha supervisión de los estudiantes y pasantes con licencia en este sitio.** Como resultado, para proporcionar servicios de calidad, se pueden tomar grabaciones de video y/o audio, o ambos, de las sesiones de asesoramiento. **Estos materiales audiovisuales se utilizan como parte del proceso de supervisión.** Los clientes y el personal de FACT pueden revisar estos materiales como un medio para explorar las interacciones entre el cliente y el terapeuta y las intervenciones de terapia para mejorar la calidad de los servicios brindados y para monitorear el desarrollo del terapeuta. **Todas las cintas de audio y/o video se mantendrán confidenciales y se destruirán después de la participación del cliente en el programa a solicitud de la familia o del cliente.** Algunas grabaciones de audio y/o video de las sesiones de asesoramiento también se pueden usar con fines educativos y de investigación con la identidad del cliente oculta y solo con su permiso por escrito. Las cintas de audio y/o video no se utilizarán para ningún otro propósito sin el permiso por escrito de la familia o del cliente en un formulario de divulgación por separado.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Cliente o Padre/Guardián**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Representante de FACT**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

## **FAMILY AND CHILD TREATMENT OF SOUTHERN NEVADA**

### **POLÍZA DE ELECTRÓNICA DE INTERNET**

En FACT se utilizan computadoras, tabletas, teléfonos celulares y varios otros dispositivos basados en Internet. Estos dispositivos permiten a FACT utilizar plataformas basadas en Internet, como aplicaciones de telesalud, redes sociales, correo electrónico y una variedad de otras formas de comunicación, con el fin de proporcionar recursos a nuestros clientes. Las políticas para cada uno se describen a continuación. Las redes sociales incluyen comunicaciones en línea que buscan y comparten información, brindan servicios profesionales y envían y reciben información. Los ejemplos incluyen correos electrónicos, mensajes de texto, blogs, Doxy.me, Facebook, Instagram, Pinterest y Twitter. Tenga en cuenta que es posible que las redes sociales y las plataformas basadas en Internet no protejan su privacidad y se consideren comunicación pública. El uso de la misma para proporcionar servicios solo se realiza con su aprobación.

#### **Los Motores de Búsqueda**

Los motores de búsqueda no se utilizan para buscar información sobre usted. Una rara excepción sería durante una crisis cuando hay motivos para sospechar que un cliente puede estar en peligro para sí mismo o para otros y todos los demás recursos se han agotado. En caso de que esto ocurra, se agregará documentación a la historia clínica del cliente y se discutirá con el cliente en la próxima sesión. Si debe utilizar motores de búsqueda para buscar información sobre los terapeutas, le recomendamos al cliente que discuta cualquier inquietud que pueda tener sobre el terapeuta en la siguiente sesión.

**Iniciales del Cliente** \_\_\_\_\_

#### **Mensajes de Texto/Teléfonos Móviles**

La posición de FACT es que los clientes y los terapeutas no deben utilizar teléfonos celulares o mensajes de texto con fines de tratamiento. Este tipo de comunicación puede comprometer la confidencialidad. Sin embargo, FACT reconoce que puede haber circunstancias únicas que requieran el uso de teléfonos celulares o mensajes de texto. El uso de teléfonos celulares o mensajes de texto se puede establecer caso por caso entre el cliente y el médico, solo si no hay otra forma de comunicación disponible o si es a corto plazo, según sea necesario. En estas situaciones únicas, se desaconseja que los terapeutas proporcionen a los clientes números de teléfono celular personales y se les recomienda que proporcionen un número de Google-Voice para utilizarlo con fines relacionados con el trabajo. Las llamadas telefónicas y los mensajes de texto recibidos se documentarán en la historia clínica del cliente.

**Iniciales del Cliente** \_\_\_\_\_

#### **Correos Electrónicos**

Los correos electrónicos solo deben utilizarse para programar o cancelar una cita y deben ser solo de la cuenta de correo electrónico personal de un cliente. No envíe por correo electrónico contenido relacionado con las sesiones de terapia más allá de lo programado porque dicha comunicación puede no ser segura ni confidencial. Los clientes también deben evitar el uso de correos electrónicos para emergencias o cuando están en crisis porque los terapeutas tienen un horario laboral limitado en el que deben revisar los correos electrónicos relacionados con el trabajo. Los correos electrónicos que reciba y le envíen se convertirán en parte de su expediente clínico.

**Iniciales del Cliente** \_\_\_\_\_

#### **Aplicaciones de Telesalud**

La Telesalud es un área en rápida expansión dentro de la salud mental. La creciente popularidad de la Telesalud se puede atribuir a los beneficios fundamentales que aporta tanto a los proveedores como a los clientes. Debido a la naturaleza del tratamiento proporcionado en FACT, las opciones de Telesalud no están disponibles como método de tratamiento primario/a largo plazo. La Telesalud solo debe utilizarse de forma temporal y según sea necesario. Corrientemente, *Doxy.me*, es la única plataforma aprobada para ser utilizada con clientes FACT. Se puede encontrar información sobre *Doxy.me* en su sitio, *Doxy.me*.

**Iniciales del Cliente** \_\_\_\_\_

#### **Medios de Comunicación Social**

Amigos o solicitudes de contacto de clientes actuales o anteriores en sitios de redes sociales pueden comprometer la confidencialidad y las relaciones terapéuticas y no se aceptan. No habrá amigos a través de sitios de redes sociales como Facebook, Instagram, Pinterest, LinkedIn, etc. Si hay contenido que un cliente desea compartir con su médico desde su sitio personal, el cliente debe traerlo a su próxima sesión para discutirlo. Los terapeutas no siguen a los clientes actuales o antiguos en Facebook, Instagram, Pinterest, Twitter, blogs o cualquier otra plataforma de redes sociales. Hacerlo puede influir

negativamente en la relación terapéutica. A veces, FACT puede publicar contenido en el sitio web oficial de la agencia FACT y en las plataformas oficiales de redes sociales de FACT. Sin embargo, no se espera que ningún cliente siga a FACT en las redes sociales.

**Iniciales del Cliente** \_\_\_\_\_

**Servicios Basados en la Localización**

Existen preocupaciones de privacidad relacionadas con los servicios basados en la ubicación en un teléfono móvil. Si un cliente tiene rastreo GPS o un dispositivo basado en la ubicación en un teléfono móvil, puede comprometer la privacidad del cliente y proporcionar una pista de que usted es un cliente de terapia debido a sus registros regulares. Tenga en cuenta sus dispositivos y cualquier capacidad de rastreo GPS aplicable, y tome nota de apagarlos para proteger su privacidad.

**Iniciales del Cliente** \_\_\_\_\_

**Cuentas Separadas**

FACT tiene cuentas de redes sociales profesionales que se utilizan únicamente para asuntos profesionales, concienciación y educación del público e información sobre la práctica de la agencia. La información del cliente no se compartirá en ninguna cuenta ni los terapeutas/el personal tendrá una relación en línea con los clientes en ningún sitio profesional de FACT. No se espera que los clientes respondan o comenten sobre nada de lo que publique la agencia. Los terapeutas no responderán a ningún comentario que los clientes puedan tener en línea. Si un cliente tiene alguna inquietud sobre algo que publique la agencia, el cliente debe informar a su médico durante su próxima sesión para que pueda discutirse. Los terapeutas tienen cuentas personales que están separadas de las cuentas FACT y se utilizan para actividades no profesionales. No se publicará información sobre los clientes en las cuentas personales o profesionales de los terapeutas.

**Iniciales del Cliente** \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta sobre la política de redes sociales de FACT, hable directamente con un médico. Si hubiera algún cambio en esta política, los terapeutas informarán a los clientes tan pronto como sea razonablemente posible.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Cliente o Padre/Guardián**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del representante de FACT**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**FAMILY AND CHILD TREATMENT OF SOUTHERN NEVADA**

8080 W Sahara Ave, Suite D, Las Vegas, NV 89117

Teléfono: (702) 258-5855 Fax: (702) 258-9767

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL CLIENTE PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

**Nombre del Cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a Family and Child Treatment (FACT) del Sur de Nevada a divulgar y/o recibir información a/desde:

**Organización: Juvenile Probation**

Individual Name/Title: \_\_\_\_\_

Address: 601 N. Pecos Road. Las Vegas, Nevada 89101

Phone: (702) 455-5290 ext. \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_@clarkcountynv.gov

**Información Específica Que se Publicará:**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Diagnósticos            | <input checked="" type="checkbox"/> Presencia/Participación en el Tratamiento | <input checked="" type="checkbox"/> Resumen de Terminación        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Información Demográfica                              | <input checked="" type="checkbox"/> Actualización del Tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psicosocial             | <input checked="" type="checkbox"/> Evaluación Psicológica                    | <input checked="" type="checkbox"/> Progreso en el Tratamiento    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Plan de Tratamiento     | <input checked="" type="checkbox"/> Medicamentos                              | <input type="checkbox"/> Resultados ABEL                          |

El propósito de esta información es mejorar la evaluación y la planificación del tratamiento, compartir información relevante para el tratamiento, coordinar los servicios de tratamiento, promover la seguridad de la comunidad y mantener la continuidad de la atención. Si tiene otro propósito, especifique: \_\_\_\_\_.

Entiendo que tengo derecho a revocar o limitar esta autorización enviando una notificación por escrito a mi terapeuta en FACT. Sin embargo, entiendo además que si elijo revocar o limitar mi consentimiento y tengo un mandato judicial para recibir servicios, FACT puede despedirme ya que afecta su capacidad para tratarme de manera efectiva.

Este consentimiento expira: (ELIJA SOLO UNO)

- 30 days after the completion of treatment,
- On the following date \_\_\_\_\_,
- Or the following event \_\_\_\_\_.

NOTA: A menos que haya solicitado específicamente por escrito que la divulgación se realice en un formato determinado, nos reservamos el derecho de divulgar información según lo permitido por esta autorización de cualquier manera que consideremos apropiada y consistente con la ley aplicable, incluyendo, pero no limitado a, verbalmente, en formato papel o electrónicamente. Es política de FACT que las notas de psicoterapia no se entreguen a ninguna parte, a menos que así lo requiera una citación u orden judicial.

PARA LAS PARTES QUE RECIBEN ESTA INFORMACIÓN: Esta información le ha sido revelada a usted de registros cuya confidencialidad está protegida por la Ley Federal. Las regulaciones federales (42 CFR Parte 2) le prohíben hacer más divulgaciones sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que se refiere, o de otra manera permitida por dichas regulaciones. Una autorización general para la divulgación de información no es suficiente para este propósito PARA LOS REGISTROS DE CLIENTES APLICABLES BAJO LA LEY FEDERAL 42 CFR PARTE 2 Yo, el abajo firmante, también entiendo que una copia de este formulario de autorización firmado es tan aceptable como el original.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Cliente/del Padre/Guardián** **Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Representante de FACT** **Fecha**

# FAMILY AND CHILD TREATMENT OF SOUTHERN NEVADA

## INFORMACIÓN FINANCIERA PARA SERVICIOS PARA VÍCTIMAS

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre (si el Cliente es menor de edad) \_\_\_\_\_

**Family and Child Treatment of Southern Nevada (FACT) no factura a los seguros privados ni a Medicaid. Todos nuestros servicios para víctimas se brindan según una escala móvil de tarifas (consulte a continuación).**

Si usted o su hijo son víctimas de abuso o agresión sexual y el incidente ocurrió en Las Vegas, es posible que usted o su hijo califiquen para recibir asesoramiento sin costo alguno. Para determinar la elegibilidad, debe completar y enviar una solicitud al Centro de asistencia a víctimas y testigos. Debe tener un número de evento policial; por lo tanto, se debe presentar un informe policial. Consulta dentro para obtener más información. Puede comunicarse con el Centro de asistencia a víctimas y testigos al 702-671-2525 si tiene alguna pregunta.

¿En qué ciudad/estado ocurrió el incidente? \_\_\_\_\_

¿Hay un informe policial en el archivo o número de evento? SI NO

¿Ha completado una solicitud de testigo víctima? SI NO

¿Ha sido aprobado usted o su hijo como víctima testigo? SI NO

¿Ha completado una solicitud para víctimas de delitos? SI NO

¿Usted o su hijo han sido aprobados para víctimas de delitos? SI NO

Si ha sido aprobado para Víctima, Testigo y/o Víctimas de un crimen, envíenos una copia de la (s) carta (s) de aprobación

Por favor, identifique cómo se pagarán los servicios (marque todas las casillas correspondientes):

El cliente fue víctima de un delito. Se ha presentado la solicitud de Victim Witness para pagar los servicios.

Fecha del Crimen \_\_\_\_\_ Número de Incidente Policial \_\_\_\_\_

Fecha de Presentación de la Solicitud \_\_\_\_\_  Tengo una carta de autorización de Victim Witness

El cliente fue víctima de un delito. No he presentado una solicitud de Víctima Testigo. Necesito ayuda para completar el formulario o no tengo un formulario.

Fecha del Crimen \_\_\_\_\_ Número de Incidente Policial \_\_\_\_\_

Fecha de Presentación de la Solicitud \_\_\_\_\_

El cliente tiene Medicaid

• Cualquier cliente potencial que esté actualmente en Medicaid (o que califique para Medicaid) recibirá tratamiento a \$ 0 por sesión.

El cliente tiene otro seguro. Nombre del seguro \_\_\_\_\_

• Los clientes potenciales que tienen otro seguro pueden optar por pagar el monto del copago de su seguro por sesión o pueden utilizar la escala móvil de tarifas que se indica a continuación.

Estaré pagando en efectivo

No tengo recursos para pagar los servicios.

### Escala móvil de tarifas

Ingresos familiares \$0-\$35,000 \$35,001-\$50,000 \$50,001-\$75,000

Escala de tarifas familiares \$0 por sesión \$10 por sesión \$25 por sesión

Ingresos familiares \$75,001- \$ 100,000 \$100,001 y más

Escala de tarifas familiares \$50 por sesión \$75 por sesión

Estoy de acuerdo en pagar \$ \_\_\_\_\_ por los servicios profesionales de FACT en el momento en que los preste.

**Si el pago de la tarifa determinada anteriormente se convierte en una carga financiera, o si no puede realizar el pago por cualquier motivo, hable con su terapeuta. A las víctimas nunca se les negarán los servicios por no poder pagar las sesiones de terapia.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente o del Padre/Representante Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante de FACT Fecha

# SÓLO PARA USO DE OFICINA

## FAMILY AND CHILD TREATMENT OF SOUTHERN NEVADA

### FORMULARIO DE CÓDIGOS DE FUENTE DE REFERENCIA DE ADMISIÓN

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Género:(circulo) M F Edad: \_\_\_\_\_

#### \*\*\*INTAKE STAFF\*\*\*

Please circle the appropriate code for referral source, presenting issue, and ethnicity.

#### REFERRAL SOURCE CODES:

- 01 Criminal Justice Agencies/Courts
- 02 State or County Social Services/Welfare/CPS
- 03 Adult Mental Health
- 04 Medical Source
- 05 Self
- 06 Relative/Friend/Neighbor
- 07 District Attorney/City Attorney
- 08 Religious Source/Clergy
- 09 Police/Law Enforcement
- 10 School
- 11 Military
- 12 Drug/Alcohol Program
- 13 Unknown/Anonymous
- 14 Division of Child and Family Services
- 15 Hotline
- 16 Other Domestic Violence Programs
- 17 Other State or County Agency
- 18 Other Nonprofit Agency
- 19 SAINT/County
- 20 Clark County Department of Family Services (DFS)
- 21 Health District
- 22 Homeless Shelter
- 23 Women's Development Center
- 24 Donna's House
- 25 Rape Crisis Center
- 26 Family Mediation, Family Court
- 27 Victim Witness, District Attorney's Office
- 28 Federal, State Adult Parole and Probation
- 29 Juvenile Court, Juvenile Probation
- 30 Other Counseling Agency
- 31 Other Community Program
- 32 Private Attorney, Public Defender

#### PRESENTING ISSUES CODES:

- A Child Sex Abuse Victim
- B Parent of Child Sex Abuse Victim/NOP
- C Adult Molested as Child
- D Juvenile Sex Offender
- E Adult Sex Offender
- F Child Abuse/Neglect Victim
- G Rape Victim
- H Substance Abuse
- I Domestic Violence
- J Abusive Parent
- K JSO Parent
- L Secondary Victim
- M Family Abuse
- N Victim of Violent Crime
- O Sexual Assault
- P Anger Management

Clinician's Initials \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

#### ETHNICITY CODES:

- 01 Caucasian (White, European)
- 02 Hispanic
- 03 African American
- 04 American Indian/Alaska Native
- 05 Asian/Pacific Islander
- 06 Mixed Race
- 07 Unknown