



Nombre Completo del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento /Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SEGURO**

Nombre completo del asegurado: \_\_\_\_\_

Relación al cliente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre del seguro: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado \_\_\_\_\_

Número de identificación del seguro \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_

**POLÍZA DE FACTURACIÓN DE SEGUROS**

Infinite Options Counseling, LLC está autorizada a utilizar un contratista externo para presentar reclamos de seguros, divulgar la información personal del cliente a la compañía de seguros y autorizar el pago directo al proveedor. Entiendo que soy responsable de cualquier deducible, copago, coseguro o cualquier otra balance no pagado por el seguro el día que recibí los servicios. Autorizo el uso de este formulario en todos mis envíos de seguros.

Habrà un cargo por servicio de \$25.00 en todos los cheques devueltos. En caso de que su cuenta vaya a colecciones, se agregará un 35% a lo que se adeude.

Hay una poliza de cancelación de 24 horas que requiere que cancele su cita con 24 horas de anticipación para evitar que le cobren. Si pierde una cita sin llamar, se le cobrará la tarifa que paga su seguro por hora.

Firma del cliente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



## Informed Consent for Online Counseling

**About Consent:** Read this consent thoroughly for understanding and ensure all of your questions are answered before signing to give consent. This consent is to be used in conjunction with the basic Informed Consent for Mental Health Counseling.

**Definition:** Online therapy or teletherapy is defined as the use of technology to have a therapy session. We will use TherapyNotes, a HIPAA compliant platform that uses video and audio technology through a webcam on our devices to connect us securely.

**Encrypted Data:** TherapyNotes uses encrypted data streams (AES-256) for our video sessions. Any data that is stored outside of our video session on the TherapyNotes platform (such as documents, messages, or progress notes) is encrypted and meets or exceeds all HIPAA and HITECH guidelines.

**The Benefits of Teletherapy:** include the convenience of location, time, wait times, and accessibility which allows for better continuity of care. In addition, teletherapy allows for greater accessibility to services for clients with limited mobility or with lack of transportation. Teletherapy can also allow for couples or families to meet when in different locations.

**Technological Limitations:** With all technology, there are also some limitations. Technology may occasionally fail before or during our session. The problems may be related to internet connectivity, difficulties with hardware, software, equipment, and/or services supplied by a 3rd party. Any problems with internet availability or connectivity are outside the control of the therapist and the therapist makes no guarantee that such services will be available or work as expected. If something occurs to prevent or disrupt any scheduled appointment due to technical complications and the session cannot be completed via online video, the client will need to call the Infinite Options Counseling, LLC main line at 224-699-3888.

**Emergency Instructions:** Before each video session I will need to know your location, even within your home. For instance, if you are an Illinois resident but are currently on vacation or a business trip elsewhere. If, for any reason, we are unable to connect and you are in an immediate crisis or a potentially life-threatening situation, **get immediate emergency assistance by calling 911.**

**Client Responsibility:** I AGREE TO TAKE FULL RESPONSIBILITY FOR THE SECURITY OF ANY COMMUNICATIONS OR TREATMENT ON MY OWN COMPUTER AND IN MY OWN PHYSICAL LOCATION. I understand I am solely responsible for maintaining the strict confidentiality of my user ID and password and not allow another person to use my user ID to access the Services. I also understand that I am responsible for using this technology in a secure and private location so that others cannot hear my conversation.

**Confidential-No recording-No screenshots:** I understand that there will be no recording of any of the online session and that all information disclosed within sessions and the written records pertaining to those sessions are confidential and may not be revealed to anyone without my written permission, except where disclosure is required by law. I understand that I am not allowed to do any recording, screenshots, etc. of any kind, of any session, and are grounds for termination of the client-therapist relationship.

**Consent to Treatment:** I voluntarily agree to receive online therapy services for assessment, continued care, treatment, or other services and authorize Melina Dominguez, LCPC to provide such care, treatment, or services as are considered necessary and advisable. I understand and agree that I will participate in the planning of my care, treatment, or services

and that I may withdraw consent for such care, treatment, or services that I receive through Infinite Options Counseling, LLC at any time. I understand my clinician will determine on an on-going basis whether the condition being assessed and/or treated is appropriate for online therapy.

By signing this Informed Consent, I, the undersigned client, acknowledge that I have both read and understood all the terms and information contained herein. Ample opportunity has been offered to me to ask questions and seek clarification of anything unclear to me.

Client signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



## CONSENTIMIENTO DE INFORMACION

Gracias por elegir Infinite Options Counseling, LLC. La cita de hoy tomará aproximadamente 45-50 minutos. Nos damos cuenta de que comenzar terapia es una decisión importante y es posible que tenga muchas preguntas. El objetivo de este documento es informarle sobre nuestras políticas, las leyes estatales y federales y sus derechos. Si tiene otras preguntas o inquietudes, por favor pregunte. Las técnicas de tratamiento se utilizan según la persona y la condición. Hoy se analizarán con usted las prácticas de tratamiento, la filosofía, las limitaciones y los riesgos del plan.

**SITUACIONES DE EMERGENCIA Y CONFIDENCIALIDAD:** Su comunicación verbal y sus archivos son estrictamente confidenciales, excepto por: a) información (diagnóstico y fechas de servicio) compartida con su compañía de seguros para procesar los pagos, b) información que usted y / o su hijo o hijos nos informan de abuso físico, sexual o de personas mayores; luego, según la Ley del Estado de Illinois, estoy obligada a informar esto al Departamento de Servicios para Niños y Familias, c) donde firma una divulgación de información para que se comparta información específica y d) si proporciona información en donde usted me indica que usted está en peligro de hacerse daño a sí mismo u a otras personas e) información necesaria para la supervisión o consulta del caso y f) o cuando lo exija la ley. Si necesita atención inmediata, llame al 911.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**CUESTIONES DE SEGURO Y FINANCIERAS:** Como cortesía, le facturaremos a su compañía de seguros, HMO, parte responsable o pagador externo si lo desea. Le pedimos que en cada sesión pague su copago o el 50% de el cobro. En caso de que no haya cumplido con su deducible, la cantidad completa se debe pagar en cada sesión hasta que se cumpla el deducible. Si su compañía de seguros niega el pago o no cubre la sesión, le solicitamos que pague la sesión en ese momento. Si el total supera los \$ 300.00, necesitaremos pedirle que pague por los servicios ese día. Después de 60 días, cualquier saldo adeudado se cobrará 1.5% al mes (18% APR). En el caso de que una cuenta esté atrasada y entregada a nuestra agencia de colección, el cliente o la parte responsable serán responsables de cualquier tarifa adeudada a nuestra oficina. Solicitamos que cada cliente autorice el pago de beneficios médicos directamente a Infinite Options Counseling, LLC.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Por último, si necesita cancelar o reprogramar una cita, avise con 24 horas de anticipación, si no, se le cobrará la tarifa por hora. Agradecemos sinceramente su cooperación y en cualquier momento que tenga preguntas sobre seguros, cobros, pagos, o su balance, no dude en preguntar. Puede solicitar una copia de este formulario.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**COORDINACIÓN DEL TRATAMIENTO:** Es importante que todos los proveedores de atención médica trabajen juntos. Como tal, nos gustaría su permiso para comunicarnos con su médico de atención primaria y / o psiquiatra. Su consentimiento es válido por un año. Por favor, comprenda que tiene derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando un aviso. Sin embargo, una revocación no es válida en la medida en que hayamos actuado confiando en dicha autorización. Si prefiere rechazar el consentimiento, no se compartirá información.

\_\_\_\_\_ Puede informar por médico (s) \_\_\_\_\_ Rechazo informar a mi médico (s)

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_

CLÍNICA: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y DERECHOS DE CLIENTES:** He / Hemos leído y recibido una copia del documento de Aviso de Privacidad y Derechos de Clientes.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

¿Podemos contactarlo por teléfono celular (circule uno) sí no? En el trabajo si no?

¿Dónde podemos contactarlo? \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE NIÑOS O ADOLESCENTES:** Yo / Nosotros consentimos que

\_\_\_\_\_ pueda ser tratada/o por Infinite Options Counseling, LLC. Se entiende que los niños mayores de 12 años tienen confidencialidad protegida por ley. A veces puede ser necesario programar citas durante el horario escolar. Solicitamos su cooperación para brindar el tratamiento más oportuno para usted y sus hijos. Este consentimiento para el tratamiento caduca al final del tratamiento o si se revoca por escrito. Si hay custodia compartida del niño, entiendo que ambos padres serán notificados para que la consejería continúe.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Aviso de Privacidad



Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información y cómo puede obtener acceso a esta información.

**Por favor revise este aviso cuidadosamente.**

Infinite Options Counseling, LLC (IOC) se compromete a mantener la privacidad de su información de salud protegida (PHI) que incluye información sobre su estado de salud y la terapia que recibe. La creación de un archivo que detalla el servicio que recibe me ayuda a proporcionarle servicios de terapia de calidad. La ley exige que IOC mantenga la privacidad de su información de salud o la de su hijo y que le informe sobre nuestros deberes y las prácticas de privacidad. Este aviso describe algunas de las formas en que IOC puede usar o divulgar su PHI o la de su hijo y los derechos que tiene sobre usted esta información. Melina Domínguez es la Oficial de Privacidad IOC, quien supervisará todas las actividades relacionadas con la implementación y el monitoreo del cumplimiento de la regla de privacidad.

### Divulgación para tratamiento o pago.

IOC obtendrá su consentimiento para informar sobre los usos y divulgaciones de su PHI con el propósito de:

**Tratamiento.** Para brindarle la intervención terapéutica óptima que necesita, IOC proporcionará su PHI a profesionales con su consentimiento.

**Pago.** Para que nos paguen por el servicio brindado, IOC también puede necesitar informarle a su plan de seguro sobre el tratamiento que recibirá para que pueda determinar si cubrirá o no los gastos del tratamiento.

**Según lo requiera la ley.** IOC puede divulgar su PHI o la de su hijo según lo exijan las leyes federales, estatales o locales.

**Emergencias** IOC puede divulgar su PHI o la de su hijo al personal médico o policial si considera que es necesaria para evitar un daño inmediato para usted o su hijo.

**Actividad criminal o peligro para otros.** Si se comete un delito en nuestras instalaciones o contra nuestro personal, podemos compartir información con la policía para detener al criminal. O, cuando creemos que existe un peligro inmediato que puede ocurrirle a otra persona.

### Sus derechos con respecto a la información de salud

Tiene derecho a: Controlar la divulgación de su información médica y solicitar restricciones.

-Recibir una copia en papel de este Aviso de privacidad de IOC.

-Recibir e inspeccionar una copia de la información de salud que IOC tiene sobre usted y su hijo en la mayoría de las situaciones, incluidos los registros médicos y de facturación. Debe enviar su solicitud por escrito al IOC e incluir un período de tiempo durante el cual desee revisar sus registros. Tenga en cuenta que se le puede cobrar una tarifa razonable, a menos que una tarifa le impida ejercer este derecho.

-Solicite que IOC se comunique con usted de manera confidencial sobre la PHI de usted o su hijo de una manera diferente. Por ejemplo, puede solicitar que Melina Domínguez se comunique con usted con la información confidencial solo en el trabajo o por correo, o que se comunique con usted en su propio idioma si no habla inglés o si habla inglés limitado.

-Obtenga más información o contestar preguntas sobre sus derechos. Puede comunicarse con Melina Domínguez al (224) 699-3888.

**Protecciones para garantizar la privacidad.**

Infinite Options Counseling mantiene:

- Almacena todos los registros y archivos que contienen PHI en una oficina privada en archivos cerrados.
- Cuando dichos documentos que contengan PHI estén en uso en la oficina, se mantendrán seguros volteando la página superior o colocando una portada en la parte superior del documento para prohibir que personas no autorizadas accedan / lean PHI.
- Una máquina de fax ubicada en una oficina privada cuyo uso está restringido únicamente para los empleados. Se utiliza una portada confidencial cuando se envía por fax la PHI a una persona fuera de la oficina.
- Una impresora ubicada en la oficina privada que está restringida para uso exclusivo de los empleados.
- Eliminación de documentos, IOC triturará los documentos según sea necesario. La PHI se almacenará en un archivador cerrado hasta que se complete la destrucción.

**Requisitos de Infinite Options Counseling**

Infinite Options Counseling:

- Es requerido por la ley federal mantener la privacidad de su PHI y proporcionarle el Aviso de Privacidad que detalla nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI.
- Es obligatorio cumplir con los términos del Aviso de privacidad.
- Se reserva el derecho de cambiar los términos de este Aviso de Privacidad y hacer que las nuevas disposiciones del Aviso de Privacidad tengan efecto para toda su PHI que mantiene.
- Le proporcionaremos cualquier Aviso de privacidad que se hayan revisado antes de la implementación.
- No tomaré represalias contra usted por presentar una queja.

**Derecho a presentar una queja**

Cada cliente será informado de los procedimientos de queja. El personal ayudará a los clientes a dar a conocer sus quejas de acuerdo con los procedimientos establecidos. Las quejas pueden dirigirse a:

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health & Human Services  
233 N. Michigan Ave.-Suite 240  
Chicago, IL 60601  
(312) 886-2359; (312)353-5693 (TDD)  
(312)886-1807 fax  
Fecha de vigencia: Enero de 2020

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Definición del problema

¿Cuál es la razón para buscar ayuda ahora?

---

---

---

¿Alguna de las siguientes condiciones es un problema para usted en este momento?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                | <input type="checkbox"/> Problemas sexuales             | <input type="checkbox"/> Divorcio/Separacion               |
| <input type="checkbox"/> Dolor                   | <input type="checkbox"/> Violencia doméstica            | <input type="checkbox"/> Sin hogar                         |
| <input type="checkbox"/> Depresión               | <input type="checkbox"/> Problemas escolares            | <input type="checkbox"/> Estrés financiero                 |
| <input type="checkbox"/> Miedos irracionales     | <input type="checkbox"/> Demasiada energía              | <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito                |
| <input type="checkbox"/> Estrés                  | <input type="checkbox"/> Adicciones/abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Pérdida de esperanza              |
| <input type="checkbox"/> Preocupación frecuente  | <input type="checkbox"/> Problemas de crianza           | <input type="checkbox"/> Ira                               |
| <input type="checkbox"/> Soledad                 | <input type="checkbox"/> Rabia                          | <input type="checkbox"/> Abuso o Trauma                    |
| <input type="checkbox"/> Problemas con amistades | <input type="checkbox"/> Problemas con la alimentación  | <input type="checkbox"/> Problemas en el trabajo           |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de trabajo      | <input type="checkbox"/> Control de impulsos            | <input type="checkbox"/> Pérdida de significado en la vida |
| <input type="checkbox"/> Mala concentración      | <input type="checkbox"/> Pensamientos acelerados        | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir            |
| <input type="checkbox"/> Pesadillas              | <input type="checkbox"/> Pérdida de interés             | <input type="checkbox"/> Inestabilidad del estado de ánimo |
| <input type="checkbox"/> Letargo                 | <input type="checkbox"/> Autoestima                     | <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas             |
| <input type="checkbox"/> Problemas con los hijos | <input type="checkbox"/> Hiperactividad                 | <input type="checkbox"/> Codependencia                     |

¿Qué le gustaría que sucediera como resultado de la consejería?

---

---

---

Marque si usted:

\_\_\_ Ha tenido pensamientos de hacerme daño a mí mismo de otra persona

\_\_\_ Ha tenido pensamientos de hacerme daño a mí mismo o a otra persona son frecuentes?

\_\_\_ A veces teme que no puedo controlar sus pensamientos de lastimarse a usted mismo o a otra persona

\_\_\_ Ha buscado ayuda en el pasado debido a pensamientos de lastimarse a usted mismo o a otra persona

### Historia Médica

Por favor, apunte cualquier condición médica por la que haya recibido tratamiento (pasado o presente)

---

---

Por favor, apunte cualquier medicamento que use actualmente, dosis y frecuencia.

Ninguno \_\_\_\_\_

---

---

Fecha de su último examen físico: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún alergia(s)?

\_\_\_ No

\_\_\_ Si, especificar \_\_\_\_\_



Yo (Nosotros) autorizo a Infinite Options Counseling, LLC a divulgar y obtener información o el archivo de:

\_\_\_\_\_  
(Nombre del cliente) (Fecha de Nacimiento)

Para / De:

\_\_\_\_\_  
(Clinica / Proveedor)

\_\_\_\_\_  
(Direccion)

Naturaleza de la información que se divulgará y protegerá: \_\_\_\_\_  
(Indique la naturaleza específica de la información que se divulgará)

Con el propósito de \_\_\_\_\_  
(Indique el propósito específico de la información que se divulgará)

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando un aviso a **Infinite Options Counseling, LLC**. Entiendo que la revocación no es válida en la medida en que Infinite Options Counseling, LLC ha actuado en virtud de dicha autorización. Esta autorización es válida hasta \_\_\_\_\_ (Fecha)

Entiendo que esta información puede transmitirse en forma escrita, verbal y / o eléctrica \_\_\_\_\_ (Inicial)

Una copia de este comunicado tendrá la misma fuerza y efecto que el original.

\_\_\_\_\_  
(Firma del cliente de 12 años o más) (Fecha) (Firma del padre / tutor) (Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Testigo) (Fecha) (Relación)

**AVISO PARA RECIBIR LA INSTALACIÓN / TERAPEUTA:** no puede volver a revelar ninguna de esta información a menos que la persona que dio su consentimiento para esta divulgación consienta específicamente dicha información.

Entiendo que existe la posibilidad de que el destinatario vuelva a revelar esta información y, si eso ocurre, la información puede no estar protegida por la ley federal.