



ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD DE HIPAA

El Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA de RMYA Family Counseling & Resource Center, conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA"), explica cómo RMYA puede usar o divulgar información sobre el cliente. No se describen todas las situaciones. RMYA tiene la obligación de entregarle un aviso de las Prácticas de Privacidad de HIPAA para la información que recopilamos y mantenemos sobre el cliente.

LEY De No Sorpresas Estimado de Buena Fe

Conforme a la Sección 2799B-6 de la Ley de Servicios de Salud Pública

Los requisitos de la Ley De No Sorpresas entraron en vigor el 1 de enero de 2022 y protegen a consumidores sin seguro médico o que pagan por cuenta propia de muchas facturas médicas inesperadamente altas.

Si usted no va a usar seguro médico para pagar su atención, avísele con anticipación a su proveedor de atención médica. Por lo general, el proveedor debe darle un estimado de buena fe de los cargos esperados.

Esto aplica cuando usted no tiene seguro médico o decide no usarlo. Usted puede decidir no usar su seguro si el servicio que necesita no está cubierto, o si le resulta más económico pagar de su bolsillo.

En la mayoría de los casos, los proveedores y las instalaciones deben darle un estimado cuando usted programa la atención con al menos 3 días hábiles de anticipación, o si usted lo solicita.

Si una factura de uno de sus proveedores es por lo menos \$400 más alta que el estimado de buena fe de ese proveedor, usted puede disputar la factura.

Nota: Usted no recibirá un estimado durante atención de emergencia.

<https://www.cms.gov/nosurprises>

<https://www.cms.gov/nosurprises/consumers/complaints-about-medical-billing>

La información proporcionada aquí es solo para fines informativos generales y no pretende servir como asesoría u opinión legal.

Nombre del cliente

Fecha

Firma del cliente/tutor legal

Fecha



INFORMACIÓN DEL CLIENTE

SERVICIO DE: ☐ Consejería ☐ Servicios psiquiátricos de UTHSCSA (colaboración) ☐ Clase para padres/cuidadores ☐ TurningPoint

INFORMACIÓN DEL CLIENTE (hasta los 24 años):

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ SSN#: ____/____/____

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino Pronombres preferidos: ☐ Él/lo ☐ Ella/la ☐ Ellos/Ellas

Raza: ☐ Blanco/a ☐ Negro/a o afroamericano/a ☐ Indígena americano/a o nativo/a de Alaska ☐ Asiático/a

☐ Nativo/a de Hawái o de otra isla del Pacífico ☐ Prefiero no divulgar

Etnicidad: ☐ Hispano/a o latino/a ☐ No hispano/a ☐ Prefiero no divulgar

Idioma principal: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____

Escuela: _____ Maestro/a: _____ Grado: _____

INFORMACIÓN DEL CLIENTE (18-24)/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL:

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ SSN#: ____/____/____

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Número preferido de contacto: ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo

Autorizo a la clínica a comunicarse conmigo por mis métodos preferidos de comunicación, que pueden incluir llamadas telefónicas, correos electrónicos y mensajes de texto, con el propósito de recordatorios de citas, actualizaciones del tratamiento e información de salud. Entiendo que mis datos de contacto se usarán de manera responsable y estarán protegidos bajo un acuerdo de confidencialidad. Iniciales: _____

Correo electrónico: _____@_____

Relación con el menor: ☐ Padre/madre biológico(s) ☐ Padre/madre adoptivo/a ☐ Cuidado de crianza ☐ Poder notarial

Estado civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a ☐ Viudo/a ☐ Nunca casado/a

Empleo: _____ Ocupación: _____

Legalmente, no podemos ver a su hijo/a hasta que proporcione todos los documentos requeridos:

☐ Identificación con foto del tutor legal

☐ Tarjeta de seguro médico

☐ Documentos legales relacionados con la custodia de su hijo/a: decreto de divorcio, declaración jurada de separación, manutención infantil, poder notarial, colocación en Cuidado crianza y documentos de adopción firmados por un testigo, juez o trabajador/a de casos del Estado de Texas.

Por favor anote sus iniciales para confirmar que ha leído y entendido la declaración anterior y que proporcionará los documentos listados para poder ser atendido por un consejero/a: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Relación con el cliente: _____

Teléfono: _____



INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Información financiera:

Seguro médico: ☐ No ☐ Sí ☐ Medicaid ☐ Superior/Traditional ☐ Community First ☐ Privado _____

Ingreso anual:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Ninguno | ☐ Menos de \$5,000 | ☐ \$5,000-\$9,999 |
| ☐ \$10,000-\$14,999 | ☐ \$15,000-\$24,999 | ☐ \$25,000-\$34,999 |
| ☐ \$35,000-\$49,999 | ☐ \$50,000-\$74,999 | ☐ \$75,000-\$99,999 |
| ☐ Igual o más de \$100,000 | ☐ Prefiero no divulgar | |

Estructura familiar:

- ☐ Hogar de padre/madre/cuidador(a) soltero(a) con niños (sin abuelos presentes)
☐ Hogar de dos padres/cuidadores con niños (sin abuelos presentes)
☐ Hogar familiar con abuelo(s) responsables de nieto(s) presentes
☐ Otro hogar familiar
☐ Adulto Soltero/a
☐ Otro hogar no familiar

Nivel educativo del padre/madre/tutor/individuo (18-24):

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Menos de kinder | ☐ Kinder | ☐ 1er grado |
| ☐ 2do grado | ☐ 3er grado | ☐ 4to grado |
| ☐ 5to grado | ☐ 6to grado | ☐ 7mo grado |
| ☐ 8vo grado | ☐ 9no grado | ☐ 10mo grado |
| ☐ 11vo grado | ☐ 12vo grado | ☐ Diploma de preparatoria/high school |
| ☐ GED | ☐ Escuela técnica | ☐ Algo de universidad/sin título |
| ☐ Título AA/AS | ☐ Título BA/licenciatura | ☐ Título de posgrado/profesional |

Servicio militar:

- | | |
|---|---|
| ☐ Servicio activo | ☐ Reserva/Guardia Nacional |
| ☐ Veterano/a | ☐ Militar retirado/a |
| ☐ Dependiente/cónyuge de militar | ☐ Nunca ha servido |

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Cómo se enteró de RMYA? ☐ Familia ☐ Amigo/a ☐ Sitio web ☐ Redes sociales ☐ Otro: _____

¿Es exempleado/a o empleado/a actual? ☐ Sí ☐ No

¿Quién refirió los servicios de RMYA?

☐ Tutor legal ☐ Tribunal/Juez ☐ BCJP-Probation ☐ SAPD ☐ CPS-Trabajador/a de caso _____

☐ Escuela _____ ☐ Otro _____

¿Ha consultado con un consejero/a? ☐ Sí ☐ NO

Fechas: _____ Consejero/a/Psiquiatra: _____



Participación con DFPS:

- | | |
|---|--|
| ☐ Custodia Legal/Custodia de Crianza | ☐ Probación juvenil |
| ☐ Conflicto familiar | ☐ Alteración emocional o conductual |
| ☐ Historial de fuga/elopement | ☐ Conducta agresiva/asaltiva |
| ☐ Conducta sexualmente agresiva | ☐ Ausentismo escolar/truancy |
| ☐ Conductas de autolesión | ☐ Víctima de negligencia |
| ☐ Víctima de abuso sexual | ☐ Víctima de abuso físico |
| ☐ Otro: _____ | |

¿Cuales son los objetivos que le gustaria alcanzar con nuestros servicios?



CONSENTIMIENTO: SERVICIOS DE CONSEJERÍA

Yo, _____, (Cliente/Tutor legal) solicito que RMYA Family Counseling proporcione los siguientes servicios: (Por favor ponga sus INICIALES junto a los servicios solicitados)

1. _____ Consejería para el cliente/menor y tutor(es) legal(es) para lograr el plan de tratamiento/metastablecidos con el/la terapeuta.
2. _____ Servicios psiquiátricos - El cliente/menor y tutor(es) legal(es) solicitan recibir consentimiento para servicios psiquiátricos.
3. _____ Programa de crianza/parenting centrado en la familia e informado por trauma (clases)

Consentimiento informado:

Entiendo que las sesiones de consejería pueden durar de 45 minutos a 1 hora. Entiendo que puedo ver a una de las siguientes personas: Consejero/a Profesional Licenciado/a (LPC), Terapeuta Matrimonial y Familiar Licenciado/a (LMFT), Consejero/a Profesional Licenciado/a Asociado/a, Terapeuta Matrimonial y Familiar Licenciado/a Asociado/a y estudiantes internos de nivel maestría. Los estudiantes de nivel maestría proporcionan servicios de consejería bajo la supervisión de un/a profesional licenciado/a. Entiendo la importancia de la asistencia para lograr el plan de tratamiento/metastablecidos por sesión de consejería.

Acuerdo financiero por servicios prestados:

RMYA recibe subvenciones y apoyo de fondos privados que nos permiten ofrecer servicios de consejería a costo reducido para clientes que buscan ayuda.

Ofrecemos las siguientes opciones de pago:

Aceptamos el siguiente seguro médico:

Medicaid # _____ ☐ Superior ☐ Traditional ☐ Community First

Verificación activa al momento del proceso de admisión de servicios de consejería y/o en las citas mensuales.

El cliente puede calificar para servicios de consejería financiados por subvenciones según elegibilidad. Determinaremos la elegibilidad al momento de una evaluación inicial para servicios.

Si usted no tiene seguro, no va a usar seguro o no califica para servicios financiados por subvenciones, RMYA ofrece una cuota de escala móvil:

- \$40.00 por sesión con Consejeros/Terapeutas Profesionales Licenciados (LPC, LMFT)
- \$20.00 por sesión con Consejeros/Terapeutas Profesionales Asociados (LPCA, LMFTA)
- Sin cargo (gratis) con estudiantes internos clínicos
- \$70.00 programa de crianza/parenting centrado en la familia e informado por trauma (clases)

Límites de confidencialidad:

Entiendo que el contenido de las sesiones de consejería está protegido por la confidencialidad. Los límites de la confidencialidad incluyen, entre otros, los siguientes: 1) Los expedientes pueden ser citados por los tribunales. 2) Las alegaciones de abuso físico, abuso sexual y/o negligencia deben reportarse a Child Protective Services. 3) Evaluaciones del terapeuta cuando se revela que un menor/cliente es un peligro para sí mismo u otros. 4) Información sobre quebrantar la ley. 5) Conductas de riesgo relacionadas con la seguridad, salud y bienestar del/de la joven.

Aviso de Prácticas de Privacidad de RMYA:

Consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad de RMYA para saber cómo puede usarse o divulgarse la información de salud protegida sobre usted y cómo puede acceder a esa información. Una copia de estas políticas estará disponible a solicitud.



CONSENTIMIENTO: SERVICIOS DE CONSEJERÍA

Contacto de seguimiento futuro: Entiendo que RMYA Family Counseling & Resource Center se comunicará conmigo después de que haya terminado la consejería. El contacto será por teléfono, correo electrónico o correo postal. El seguimiento será para evaluar la situación en el hogar y los cambios desde que recibió los servicios de consejería. Los intentos se realizarán aproximadamente 60 días después de la última prestación de servicios.

Servicios que se ofrecen en el Centro de Consejería de RMYA:

- Consejería para niños, jóvenes adultos e intervención en crisis familiar
- Clínica psiquiátrica en colaboración con el Programa de Psiquiatría de UTHSCSA para niños y jóvenes adultos
- Clases para padres/cuidadores en sesiones grupales/individuales

Expedientes de clientes: Todos los expedientes de clientes son propiedad de RMYA - Roy Maas Youth Alternatives.

Referido por una agencia: Antes de que RMYA pueda verificar la asistencia a las sesiones con una agencia que refirió al cliente (por ejemplo: CPS/DFPS, BCJP, PCP, escuela...) en RMYA Family Counseling & Resource Center, DEBE completarse y firmarse un formulario de Autorización para Divulgar Información por el consentimiento autorizado del tutor legal/cliente.

Cancelación/reprogramación de citas: Por favor avise con 24 horas de anticipación para cancelar o reprogramar una cita. Las citas solo pueden hacerse después de asistir a su cita inicial programada. Si se faltan al menos TRES sesiones programadas sin contacto como No Asistencia/no llamada, todas las citas futuras serán canceladas. Si hay inconsistencia constante por un mínimo de TRES sesiones, RMYA se comunicará con usted sobre la continuación de servicios; si no, RMYA lo/la referirá a otras agencias para servicios disponibles.

Sugerencias/felicitaciones/quejas: RMYA agradece sugerencias de nuestros clientes sobre maneras de mejorar nuestros servicios. Los clientes pueden llamar a la Oficina Administrativa al (210) 340-8077 o enviar comentarios por escrito a:

RMYA: Clinic Director, 3103 West Ave, San Antonio, Texas, 78213.

Persona autorizada para transportar al/la joven a la sesión:

Adulto autorizado para transportar a mi hijo/a a la sesión de consejería, aparte del tutor legal, en caso de que el tutor legal no pueda asistir a la sesión:

Nombre: _____ Relación con el cliente: _____
Nombre: _____ Relación con el cliente: _____

Verificación de tutor para consentimiento de servicios profesionales:

Verifico que soy el/la tutor(a) legal y que tengo el derecho de dar consentimiento para servicios. Reconozco que he leído y entiendo el Consentimiento para Servicios.

Firma del tutor legal/cliente (18-24) _____ Fecha _____

Nombre del cliente/menor en letra de molde _____ Fecha _____

Cliente(s) de 2 a 6 años: Por favor firme encerrando en un círculo abajo para indicar que entiende los servicios proporcionados y que da consentimiento para los servicios: ☺ ☹

Cliente(s) de 7 a 17 años: Soy el/la cliente menor de edad, menor de 18 años. Se me han explicado los servicios de consejería y los entiendo. Doy mi consentimiento para los servicios proporcionados.

Firma del cliente de 7 a 17 años _____ Fecha _____

Firma del/de la terapeuta _____ Fecha _____

3103 West Ave. San Antonio, Texas 78213 | Tel: (210) 340-7971 ext. 1100 | Fax: (210) 340-2232 | crc@rmya.org



Autorización para Divulgar Información

Yo, _____ (Cliente/Tutor legal), doy permiso a Roy Maas Youth Alternatives para divulgar y recibir únicamente la información que he identificado en este formulario de autorización a la(s) persona(s) o entidad que he nombrado, solo con el propósito de compartir la información indicada abajo. Entiendo que esto incluirá información relacionada con: (marque si aplica)

☐ SIDA/VIH ☐ Servicios de salud mental/atención psiquiátrica ☐ Tratamiento por abuso de alcohol/drogas

Información del cliente:

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____ ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo

La información se divulgará a la siguiente persona(s) o entidad:

Nombre de contacto/agencia: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____ Fax: _____

Información a divulgar:

- | | |
|--|--|
| ☐ Plan de tratamiento | ☐ Fechas de servicio |
| ☐ Información educativa | ☐ Información médica |
| ☐ Evaluación de pruebas/testing | ☐ Resumen de participación en el programa |
| ☐ Evaluación psicológica | ☐ Otro (especifique): _____ |

La información divulgada es para lo siguiente:

Desde (Mes/Día/Año): _____ Hasta (Mes/Día/Año): _____

Condiciones de esta ROI/Divulgación de Información: Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de firma, a menos que sea revocada antes de esa fecha. Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Esta autorización no puede revocarse en la medida en que RMYA ya haya actuado basándose en la autorización. Esta información puede ser divulgada nuevamente por la(s) persona(s) o entidad que reciba la información.

Firma del tutor legal/cliente (18-24 años)

Fecha



Consentimiento para Grabación de Audio

Yo, _____ (Cliente/Tutor legal), doy mi autorización/consentimiento para ser grabado/a en audio durante esta sesión de consejería. Entiendo que durante esta sesión un/a estudiante interno/a de consejería estará grabando, y que un/a consejero/a estará presente en la sesión. Entiendo que esta grabación será únicamente para fines educativos y será escuchada por el/la estudiante interno/a de consejería y su supervisor/profesor.

Entiendo que los siguientes procedimientos forman parte de este acuerdo:

1. Todo el material se mantendrá confidencial dentro de la clase.
2. El/la participante no será identificado/a por nombre.
3. La(s) grabación(es) se borrarán/destruirán al final del semestre académico actual de la universidad.

El/la estudiante interno/a de consejería entiende que, si en cualquier momento hay preguntas o inquietudes, se reunirá con el/la Supervisor(a) del Sitio de RMYA Family Counseling & Resource Center.

Límites de confidencialidad

Durante una sesión grabada, la confidencialidad sigue aplicando cuando el/la estudiante interno/a de consejería se reúne con el cliente/menor. Recuerde que los límites de confidencialidad incluyen, entre otros, los siguientes:

- Los expedientes pueden ser citados por los tribunales.
- Las alegaciones de abuso físico, abuso sexual y/o negligencia deben reportarse a Child Protective Services si el/la menor tiene menos de 18 años.
- Según las evaluaciones del/de la consejero/a, cuando un cliente es un peligro para sí mismo u otros.
- Información sobre quebrantar la ley.
- Si es residente del programa TurningPoint, se puede informar al personal de TurningPoint si un residente es un peligro para sí mismo u otros o si está en violación de las reglas y reglamentos del programa.

Autorización para grabación de audio

Reconozco que el/la consejero/a y el/la estudiante interno/a de consejería revisaron conmigo el consentimiento para grabar en audio mi sesión con el cliente/menor y que se me dio la oportunidad de hacer preguntas.

Firma del tutor legal/cliente (18-24)

Fecha

Firma del/de la consejero/a

Fecha

Firma del/de la interno/a

Fecha



Formulario VOCA

Nombre del cliente/menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por favor marque cualquiera que pueda aplicar si el cliente/familia ha tenido expuesto a lo siguiente:

- | | |
|--|---|
| ☐ Agresión física de adulto (agravada/simple) | ☐ Trata de personas: trabajo |
| ☐ Agresión sexual de adulto | ☐ Trata de personas: sexual |
| ☐ Adulto(s) abusados/agredidos sexualmente durante la niñez | ☐ Robo de identidad/fraude/delito financiero |
| ☐ Incendio provocado | ☐ Secuestro (custodial/no custodial) |
| ☐ Bullying/acoso escolar (verbal/físico/cibernético) | ☐ Violencia masiva (nacional/extranjera) |
| ☐ Robo a vivienda | ☐ Victimización vehicular (fuga tras accidente) |
| ☐ Abuso/negligencia física infantil | ☐ Robo/asalto |
| ☐ Pornografía infantil | ☐ Stalking/acoso |
| ☐ Abuso/agresión sexual infantil | ☐ Sobrevivientes de víctimas de homicidio |
| ☐ Violencia doméstica/familiar | ☐ Victimización en noviazgo adolescente |
| ☐ Incidente DUI/DWI | ☐ Terrorismo (nacional/extranjero) |
| ☐ Violación de orden judicial | ☐ Crimen de odio: racial/religioso/género/orientación sexual |
| ☐ Ninguno aplica | |

*¿Alguno de estos aplica a su hijo/a?

- | | |
|---|--|
| ☐ Sordo/a o con dificultad auditiva | ☐ Sin hogar/homeless |
| ☐ Inmigrantes/refugiados/solicitantes de asilo | ☐ LGBTQ+ |
| ☐ Veteranos | ☐ Discapacidades: cognitivas/físicas/mentales |
| ☐ Dominio limitado del inglés | ☐ Ninguno aplica |

Firma del tutor legal/cliente (18-24)

Fecha

Clínico/a

Fecha



Evaluación de Necesidades de Recursos

Nombre del cliente/menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
_____@_____

Preferencia de contacto: ☐ Llamada telefónica ☐ Correo electrónico

Por favor marque todo lo que aplique abajo si usted/su familia necesita ayuda:

- | | |
|---|---|
| ☐ Servicios de consejería para adultos | ☐ Salud y bienestar |
| ☐ Ayuda con niños con discapacidad | ☐ Seguro médico |
| ☐ Servicios de autismo | ☐ Servicios médicos |
| ☐ Artículos para bebé | ☐ Educación sobre nutrición |
| ☐ Ayuda con ropa | ☐ Clases para padres/cuidadores |
| ☐ Servicios dentales | ☐ Servicios de vivienda |
| ☐ Materiales educativos | ☐ Asistencia con recetas médicas |
| ☐ Refugio de emergencia | ☐ Servicios psiquiátricos |
| ☐ Servicios de empleo | ☐ Ayuda con transporte |
| ☐ Ayuda con alimentos | ☐ Servicios de la vista |
| ☐ Ninguno aplica | |