

**Multicultural Counseling and Research Center  
225 S. Meramec, Suite 203  
St. Louis, MO 63105  
314-445-5678**

---

**Consentimiento para el tratamiento e información del cliente**

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ ¿Está bien dejar un mensaje? Si/No

Gracias por elegir MCRC. Nos damos cuenta de que la terapia de inicio es una decisión importante y usted puede tener muchas preguntas. Este documento representa el consentimiento informado y un acuerdo entre nosotros. Al firmarlo, usted reconoce que ha recibido la información necesaria para tomar una decisión informada y voluntaria de participar en la consejería.

- Las sesiones son de 50-55 minutos de duración programada a menos que otro sea indicado.
- Precio total por sesión es de \$ \_\_\_\_\_
- El pago se realizará en el momento que el servicio es prestado en forma de dinero en efectivo, cheque personal o tarjeta de crédito. (Payment is due at the time services are rendered in the form of cash, personal check, or credit card.)

**NOMBRAMIENTOS Y CANCELACIONES**

Una vez que se programa una cita, se requieren 24 horas previo aviso de cancelación. Para que podamos mantener las tarifas razonables y aceptar determinados seguros, usted tiene que pagar por las sesiones perdidas. Las compañías de seguros no paga por sesiones perdidas.

**CONFIDENCIALIDAD**

Toda la comunicación con su consejero es confidencial y no será compartida con nadie fuera del MCRC menos que usted dé autorización por escrito para divulgar información o bajo ciertas circunstancias explicadas más adelante.

**LÍMITES DE CONFIDENCIALIDAD**

Entiendo que cualquier miembro del Centro de Investigación del personal está obligado por ley a divulgar información a los organismos competentes en las siguientes situaciones específicas:

- Hay una creencia razonable de que yo pueda hacerme daño.
- Existe una creencia razonable de que pueda lastimar a otra persona
- Hay evidencia razonable del abuso físico o sexual de un menor de edad o mayor.
- Una orden de la corte puede requerir la liberación de comunicación privilegiada.

Por la presente, reconozco y consiento el tratamiento de consejería y / o evaluación para mi, ,mi hijo o menor de edad bajo su cuidado por el personal clínico y los asociados de la Consejería Multicultural y el Centro de Investigación (MCRC). Mi firma en este formulario indica mi intención de contratar los servicios de orientación profesional de MCRC.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
La firma del padre o madre o representante legal en caso de se menor de edad.

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

Yo afirmo haber recibido una copia de las prácticas de privacidad de esta oficina (HIPAA) \_\_\_\_\_

**Multicultural Counseling and Research Center  
225 S. Meramec, Suite 203  
St. Louis, MO 63105**

**NOTA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

I. ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO!

II. TENEMOS LA OBLIGACIÓN LEGAL DE PROTEGER SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

Estamos obligados por ley a proteger la privacidad de su información de salud. Llamamos esta información "protegida Información de la salud"

III. CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Podemos utilizar y divulgar la información de salud por muchas razones diferentes. Para algunos de estos usos o divulgaciones, necesitamos su consentimiento previo o autorización específica. A continuación, se describen las diferentes categorías de nuestros usos y divulgaciones y le dará algunos ejemplos de cada categoría.

A. Usos y divulgaciones relacionadas con el tratamiento, pago, u operaciones de atención médica requieren su consentimiento por escrito. Podemos utilizar y divulgar su PHI con su consentimiento por las siguientes razones:

B. Usos y Revelaciones Algunos no requieren su consentimiento. Podemos utilizar y divulgar su PHI sin su consentimiento o autorización por las siguientes razones:

C. Todos los otros usos y divulgaciones requieren su autorización previa por escrito. En cualquier otra situación no descrita en las secciones III A, B y C, le pediremos su autorización por escrito antes de usar o discutir cualquiera de su PHI. Si opta por firmar una autorización para revelar su PHI, puede revocar esa autorización por escrito para detener cualquier uso futuro y revelaciones (en la medida en que no hemos tomado una acción contando con la autorización).

IV. LOS DERECHOS QUE TENGA RESPECTO A SU PHI

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI:

A. El derecho a solicitar restricciones en el uso y divulgación de su PHI.

B. El derecho a elegir cómo le enviamos su PHI.

C. El derecho a ver y obtener copias de su PHI En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho de ver u obtener copias de su PHI que tenemos, pero usted debe hacer la solicitud por escrito.

D. El derecho a obtener una lista de las divulgaciones que hemos hecho.

E. El derecho a corregir o actualizar su PHI.

F. El derecho a recibir este aviso por E-Mail.

V. CÓMO QUEJARSE DE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Si usted cree que hemos violado sus derechos de privacidad, o está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su PHI, puede presentar una queja con la persona indicada en la Sección VI. Usted también puede enviar una queja por escrito al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, 200 Independence Avenue SW, Room 635G, Washington DC 20201 (<http://dhhs.gov/ocr>). No tomaremos ninguna represalia contra usted por presentar una queja sobre nuestras prácticas de privacidad.

VI. PERSONA DE CONTACTO PARA INFORMACIÓN SOBRE ESTE AVISO O PARA QUEJARSE DE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso o alguna queja sobre nuestras prácticas de privacidad, o si desea saber cómo presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, por favor póngase en contacto con: Consejería Multicultural y el Centro de Investigación (MCRC) 225 S. Meramec, Suite 203, St. Louis, MO 314-724-1486.

VII. FECHA DE VIGENCIA DE ESTE AVISO

Este aviso entró en vigencia el 14 de abril de 2003.