

CUESTIONARIO PARA CONSEJERIA

¿Está usted aquí voluntariamente o mandado por la corte ? Pronombres: _____

Fecha: _____ Número de Caso: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

de Celular: _____ # de Casa/ Otro: _____

Correo Electrónico: _____ ¿Esta bien dejar mensaje de voz? Sí No

Ocupación: _____ Años de educación: _____

Nombre del otro padre: _____

Niños:

Nombre	Edad	Nombre	Edad	Nombre	Edad

¿Si viven juntos o casados, por cuánto tiempo? _____

¿Si están separado/divorciado, por cuánto tiempo? _____ ¿Cuántas veces fue usted casado? _____

Custodia y Tiempo de Crianza (visitación):

¿Tiene la custodia legal conjunta o exclusiva de los niños?

¿Si la custodia es exclusiva cual padre le es designado? Padre Madre Otro: _____

¿Cuál es el tiempo de crianza con los niños? _____

Nombre de su pareja actual: _____

¿Tiene usted otros niños? Sí No

Nombre	Edad	Nombre	Edad	Nombre	Edad

Favor de indicar quien más vive en su casa:

Nombre	Nombre	Nombre
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Contacto(s) de Emergencia: Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Información De Salud:

¿Usted o los niños tienen problemas de salud? Sí No (Si es así, por favor describa) _____

¿Su médico / proveedor de salud principal? _____

¿Qué medicación(es) de prescripción toma corriente? Si No (Si es así, por favor dé Nombre(s) de medicación, para que problema, y quien lo prescribo) _____

Consejería de Salud Mental (Pasado/Presente):

¿Está usted corriente in la consejería/tratamiento de salud mental? Si No (Si es así, por favor dé nombre/teléfono del consejero/ agencia): _____

¿Estuvo en consejería/tratamiento de salud mental en el pasado? Si No (Si es así, por favor dé nombre(s)/teléfono del consejero(s)/agencia, y a próximamente cuando recibió los servicios): _____

¿Qué problemas y o preocupaciones le trae aquí hoy? _____

Abuso y violencia domestica:

El otro padre me ha hecho daño o me amenazado con daño físico: Si No

Violencia doméstica- si marca esta casilla, marque a continuación

Verbal y emocional: incluye insultos, amenazas de vida o propiedad

Física: incluye empujando, atacando, pegando o estrangulación

Sexual: incluye tocar sin consentimiento, tratado como un objeto sexual, violación sexual (“rape”), violencia antes o después sexo.

Describe cualesquiera preocupaciones con respecto al alcohol y/u otras drogas: _____

Circule el número que describe mejor lo siguiente:

¿Cuál es el nivel de conflicto con la otra persona o padre:

(Bajo) 1 2 3 4 5 6 (Alto)

¿Cuánta esperanza tiene usted en solucionar los problemas con el otro padre?

(Bajo) 1 2 3 4 5 6 (Alto)

¿Cuánta confianza tiene usted con el otro padre?

(Bajo) 1 2 3 4 5 6 (Alto)

¿Que son sus metas para la consejería?

¿Quién le refirió a nuestro programa? _____

SERVICIOS DE CONCILIACIÓN CONSENTIMIENTO PARA CONSEJERÍA

Servicios de Conciliación del Condado de Washington pide que clientes den su consentimiento informado antes de recibir los servicios de consejería con nosotros. Por favor de leer con cuidado la siguiente información, revísela con su consejero si es necesario, e indica con su firma abajo su deseo de iniciar los servicios de consejería con nuestra agencia.

Los residentes del Condado de Washington que tienen hijos y que buscan a resolver los problemas de su relación, discutir asuntos acerca de ajustar a la separación o divorcio, o discutir las preocupaciones de la crianza de los niños pueden recibir consejería con los Servicios de Conciliación. Este servicio está proyectado para ser a corto plazo y *no* pretende brindar un tratamiento de salud mental por problemas más allá del alcance del tema de la separación o conciliación. En caso de que usted o su consejero identifique otros asuntos de salud mental que necesiten ser tratados, su consejero hará las referencias adecuadas para los servicios que estén disponibles dentro del área del Condado de Washington para tratar su asunto. Se atenderá a todos los clientes elegibles sin importar su raza, color, nacionalidad, religión, edad, sexo, orientación sexual o discapacidad.

Los servicios de consejería que ofrecemos están diseñados para ayudar padres resolver problemas y enfrentar de forma más efectiva las decisiones difíciles o las transiciones en su relación con su compañero de consejería. Para ayudar a que la consejería funcione, se espera que usted participe en actividades que apoyen un cambio positivo durante las sesiones y entre sesiones y, también se espera que asista a todas las reuniones programadas, informándole a su consejero con anticipación si no puede asistir. Si usted necesita cancelar o cambiar una cita, **es su responsabilidad de notificar el otro participante y contactar a Servicios de Conciliación en menos de 24 horas antes de su cita programada puede resultar en la pérdida de una de sus sesiones gratis.**

Usted tiene el derecho a suspender la consejería en cualquier momento. Si el tribunal ha ordenado la consejería, su consejero informará al Tribunal que usted ya no está asistiendo a la consejería. Sin embargo, será su responsabilidad hacer los arreglos de los servicios alternativos para cumplir con la orden del tribunal.

Su consejero trabaja en colaboración con un equipo de profesionales calificados y puede consultar con otros miembros del equipo sobre su caso para asegurarse de que usted y su compañero de consejería obtengan el mejor servicio posible. Toda la información sobre usted y su familia será tratada como estrictamente confidencial, siguiendo las leyes del Estado de Oregon y las Prácticas de privacidad de la HIPAA. *Sin embargo, existen excepciones específicas a la confidencialidad, las cuales incluyen:*

- Abuso infantil o de ancianos o de personas con deseabilidades
- Daño a su mismo o a otros
- Citación u Orden del Tribunal

Su consejero le explicará con más detalle estas excepciones a la confidencialidad durante su primera sesión. **Al firmar este formulario, usted está diciendo que ha sido informado acerca de estas políticas y excepciones a la confidencialidad.**

He leído este formulario de consentimiento y he podido hacer preguntas. Entiendo plenamente su contenido y estoy de acuerdo con sus términos. Doy mi autorización para que comience la consejería para padres.

Nombre Impreso: _____

Firma: _____

Fecha: _____

POLICA DE CUOTAS

Paquete de mediación vinculada al tribunal - \$200 por persona

- Incluye: Orientación para la mediación y Educación Familiar * en una sesión grupal, más 1 sesión de mediación (disponibles hasta la sentencia definitiva del tribunal).
- Cada sesión de mediación adicional tendrá un costo de \$125 por persona.
- Se exonerarán las tarifas si se exoneran las tarifas judiciales, debe presentar el comprobante de la aprobación del tribunal.

* Educación Familiar *reemplazará el Programa Kids' Turn ofrecido a través de Youth Contact.*

Mediación voluntaria - \$125 por persona por sesión

- Las sesiones son de 2 horas.

New Ways for Families - \$250 por persona

- Incluye: 4 sesiones grupales para la adquisición de destrezas más 4 sesiones de asesoramiento sobre crianza conjunta.
- La tarifa se reduce a \$150 si se exoneran las tarifas judiciales, debe presentar el comprobante de la aprobación del tribunal.

Consejería sobre crianza conjunta - \$93.75 por persona por sesión

- Las sesiones son de 90 minutos.
- La tarifa no aplica a las 4 sesiones incluidas en New Ways for Families.

Declaración de un testigo experto - \$100 de tarifa no reembolsable

- Debe acompañar una citación debidamente notificada.
- \$25 por cada segmento de 15 minutos declarando o esperando declarar.
- No aplica a las mediaciones, ya que los mediadores no están disponibles para declarar.

Ausencias

- Si no asiste a una cita y avisa con menos de 24 horas, esta se podrá contar como una sesión.

Mi firma a continuación indica que me han dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de las tarifas de conciliación y entiendo en qué forma se relacionan con la prestación de servicios y las declaraciones en los tribunales.

Nombre en imprenta: _____

Firma: _____

Fecha: _____

RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Lea Atentamente Antes de Firmar

El Aviso de Prácticas de Privacidad del Condado describe cómo el Condado puede recibir, usar o compartir su información de salud.

Se me ha entregado una copia del Aviso de prácticas de privacidad y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la forma en que se manejará mi información médica.

Firma del cliente o de su representante legal

Fecha

Relación del representante legal (si se aplica)

Solo para el Personal / Staff Only

If the person has been provided the NPP, but refuses to sign, mark here, date and initial: _____.

Additional staff comments (if any): _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

EL SIGUIENTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA (COMPARTIDA), Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. SÍRVASE REVISARLO CUIDADOSAMENTE.

La ley dispone que el Condado de Washington proteja la privacidad de su información médica. El presente aviso le informa sobre las maneras en que podemos usar y compartir con terceros la información médica acerca de usted. Asimismo, describe sus derechos respecto del uso y divulgación de su información médica. La ley exige que le compartamos el presente Aviso vigente desde el 14 de abril de 2003.

Este aviso ha sido impreso en otros idiomas. Está disponible en otros formatos para las personas incapacitadas

EL DEPARTAMENTO DE MENORES PUEDE USAR O DIVULGAR "INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA" (PHI) ACERCA DE USTED DE LAS SIGUIENTES FORMAS SIN SU AUTORIZACIÓN.

[En cualquier otra situación, el Departamento de Menores le solicitará autorización escrita antes de divulgar la información.]

Para el Tratamiento. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con médicos, dentistas, proveedores de servicios de salud mental, enfermeros, personal de oficina u otras personas que tengan participación en su cuidado o tratamiento.

Para el Pago. Por ejemplo, podemos usar y divulgar información médica acerca de usted para cobrar el pago de su plan de salud.

Para Operaciones de Atención Médica. Podemos usar y compartir información médica con otras oficinas públicas como la Autoridad de Menores de Oregon.

Recordatorio de Citas. El Departamento de Menores puede ponerse en contacto con usted, por teléfono o correo, para recordarle que próximamente tiene una cita para recibir algún servicio. Por ejemplo, podemos llamarlo a casa para recordarle una cita.

Alternativas de Tratamiento/Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud. El Departamento de Menores puede darle a conocer o recomendarle posibles alternativas de tratamiento o servicios relacionados con la salud. Por ejemplo, podríamos enviarle información sobre servicios de bajo costo que se prestan en la comunidad.

Si usted lo autoriza. Podemos usar y divulgar información médica acerca de usted si usted firma un formulario otorgándonos su consentimiento.

A usted o su representante personal, familiares y amigos. A menos que usted ponga alguna objeción, podemos divulgar información médica acerca de usted a su representante personal, un miembro de su familia o amigo que colabore con su atención médica.

A Socios Empresariales. Son contratistas que nos ayudan a prestar los servicios o realizar nuestras actividades comerciales.

Salud Pública. Podemos usar o compartir información médica con instituciones de salud pública con el fin de ayudar a evitar una amenaza para su salud y seguridad, o para la salud y seguridad del público. Esto incluye dar cuenta de ciertas enfermedades. Usaremos y comunicaremos estadísticas demográficas como nacimientos y decesos.

Grupos de Donación de Órganos y Tejidos, que consiguen órganos, córneas o tejidos para realizar transplantes.

Córones, Médicos Forenses y Directores de Funerarias, de modo que podamos identificarlo al momento de su fallecimiento, señalar la causa del fallecimiento o prestar otros servicios.

Comunicar abuso, negligencia o violencia doméstica, según lo exija la ley.

Procesos Judiciales. Usaremos y divulgaremos información médica en respuesta a cualquier orden emitida por un organismo judicial o administrativo, o en caso de que la ley así lo requiera. Esto puede incluir una citación con apercibimiento u otro proceso de proposición de prueba.

Aplicación de la Ley, según lo exija la ley o si sospechamos que se ha producido un delito, para ayudar a localizar a un sospechoso o persona desaparecida, o proporcionar información acerca de la víctima de un delito.

Indemnización al Trabajador por Accidentes Laborales. El Departamento de Menores puede usar y divulgar información médica protegida acerca de usted para cooperar con las leyes estatales sobre indemnización al trabajador por accidentes laborales y otros programas que le proporcionan beneficios a usted por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Investigación. El Departamento de Menores puede usar y divulgar información médica protegida acerca de usted para realizar estudios y elaborar informes. Estos informes no lo identifican por su nombre.

Para Prestaciones Sociales. Podemos compartir información médica con otras dependencias gubernamentales, como el Estado, que también ofrecen prestaciones sociales de manera que podamos coordinar y mejorar los servicios. La ley de un Estado (ORS 179.505 – Ley Revisada y Actualizada de Oregon) en algunos casos puede limitar esta divulgación de información a la obtención de pagos o sólo a ciertos proveedores de atención médica cooperantes.

Divulgaciones Indirectas, como las que se realizan a nuestros abogados, personal del área informática y otras personas que nos ayudan a realizar nuestro trabajo.

SUS DERECHOS: LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED

Derecho de cancelar su autorización. Si usted nos ha otorgado el derecho de usar su información médica de alguna forma, tiene la facultad de ordenarnos que interrumamos ese uso mediante una solicitud por escrito a tal efecto. Puede solicitarnos dicha interrupción en cualquier momento. Ello sólo tendrá efecto sobre los usos y divulgaciones a terceros que se pudieran producir en el futuro. No podemos recuperar información que ya ha sido utilizada o compartida.

Derecho de inspección y copia. Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de su información médica. Debe realizar la solicitud por escrito. Debe pagar los costos de copia y envío por correo, a menos que no disponga de los medios para hacerlo. Tenemos 5 días para responder a su solicitud en lo que respecta a expedientes de tratamiento, y

hasta 30 días para otros expedientes médicos. Si se le niega el acceso a la información médica, usted puede impugnar nuestra decisión formulando la impugnación por escrito. Nuestra decisión será revisada por un profesional independiente del campo de la salud.

Derecho de modificar o agregar información. Si usted considera que la información médica que manejamos acerca de usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos su modificación o adición a nuestro expediente. La solicitud debe hacerse por escrito y usted debe especificarnos la razón por la que desea hacer la modificación. Intentaremos responderle en el curso de los 30 días siguientes. Si nuestra respuesta es la denegación de su solicitud, se lo comunicaremos por escrito. En ese caso, usted puede solicitarnos que incluyamos su petición, la razón de nuestra negativa y su respuesta a nuestra denegación en su expediente médico.

Derecho de solicitar restricciones. Usted puede pedirnos que nos abstengamos de usar o divulgar información médica en cierta forma. Por ejemplo, puede pedirnos que nos abstengamos de revelarle cierta información a algún miembro de su familia. Su solicitud debe constar por escrito. *No estamos obligados a aceptar su solicitud.* Aun si estuviésemos de acuerdo, podríamos decidir desatender su petición en ciertos casos, como por ejemplo una emergencia.

Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene el derecho de indicarnos la forma en que podemos y no podemos ponernos en contacto con usted. Por ejemplo, podría indicarnos que nos pongamos en contacto con usted sólo a su domicilio y por teléfono. Su solicitud debe estar por escrito. Tomaremos en cuenta todas las solicitudes razonables.

Derecho de rendición de informe sobre divulgaciones de información. Debemos llevar un registro de algunas de las veces en que usamos o divulgamos su información médica con posterioridad al 14 de abril de 2003. Usted puede obtener una copia de esta lista sin costo alguno cada 12 meses. Podríamos imponerle un pago si solicita más de una copia en un período de 12 meses.

Derecho a una copia en papel del presente aviso. Usted tiene el derecho de obtener una copia gratuita del presente Aviso en cualquier momento. Una copia del Aviso vigente también será colocada en un panel.

Derecho de presentar una queja. Si usted considera que sus derechos de divulgación de datos personales han sido violados, puede presentar una queja. *No se tomarán represalias contra usted por haber presentado una queja.*

CAMBIOS AL PRESENTE AVISO

La ley nos exige cumplir con el presente Aviso. Sin embargo, podemos cambiarlo y hacer que los cambios se apliquen a la información médica que ya tenemos acerca de usted. Usted tiene el derecho de obtener una copia gratuita del Aviso modificado.

Aviso De Prácticas De Privacidad

QUEJAS:

Para presentar una queja ante nosotros u obtener información adicional, póngase en contacto con el Gerente de Divulgación de Datos Personales/Condado de Washington:

Coordinador de la Privacidad, Departamento
Juvenil del Condado de Washington
503-846-3780
222 N. First Avenue MS 47
Hillsboro OR 97124

Si usted no quedara satisfecho con la respuesta del Gerente de Divulgación de Datos Personales, puede contactar al Funcionario encargado de Divulgación de Datos Personales del Condado a:

Don Bohn
503-846-8685
Condado de Washington
155 N. First Avenue MS 21
Hillsboro OR 97124

En lugar de presentar una queja ante nosotros, usted tiene el derecho de presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. a:

Office of Civil Rights/Medical Privacy, Complaint Division
US Department of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW HHH Building # 509H Washington DC 20201
(866) 627-7748 Teletipo: (886) 788-4989 correo electrónico: www.hhs.gov/ocr

Aviso De Prácticas De Privacidad