



Counseling and Behavioral Services
LLM MAHALA CORPORATION, LLC

INFORMACION INICIAL DEL CLIENTE

INSTRUCCIONES: Por favor llene la siguiente informacion completamente. Si el cliente es menor de 18 años, por favor llene la informacion de los Padres o Guardian.

Esta forma fue completada por: Cliente Otro (Especifique): _____

Informacion del Cliente				
Apellido legal del Cliente	Primer Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Edad
Direccion		Ciudad	Estado	Codigo Postal
Telefono de Casa	Numero de Celular	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Numero de Seguro Social	
Correo Electronico				
Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	Raza (Seleccione mas de uno si es necesario) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Moreno <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Otra Raza			
Para Etnicidad y Raza, Por favor especifique Pais/Tribu de Origen: Ejemplo(s): Irlanda, Philippines, Mexico, etc.				
Estado Civil (Seleccione mas de uno si es necesario) <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Con Pareja <input type="checkbox"/> Divorciado (a), Sin Niños <input type="checkbox"/> Casado (a), sin Niños <input type="checkbox"/> Divorciado (a), Con Niños <input type="checkbox"/> Casado (a), con Niños <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Otro: _____			Nivel de Educacion (Actual o adquirida) <input type="checkbox"/> Pre-escolar o Menos <input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria <input type="checkbox"/> Kinder – 5 ^{to} grado <input type="checkbox"/> GED Equivalente <input type="checkbox"/> 5 ^{to} grado – 8 ^{vo} grado <input type="checkbox"/> Halgo de Universidad <input type="checkbox"/> 9 ^{no} grado – 12 grado <input type="checkbox"/> Universidad o Mas <input type="checkbox"/> Otro: _____	

Instrucciones: Informacion de Padres/Guardianes del Cliente.

Informacion de Padre/Guardian (Primario)			
Relacion con el Cliente <input type="checkbox"/> Padre Biologico <input type="checkbox"/> Guardian Legal (Especifique): _____ <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____			
Apellido del Padre/Guardian		Primer Nombre	
Direccion (si es diferente al del Cliente)		Ciudad	Estado Codigo Postal
Telefono de Casa	Telefono de Trabajo, Ext	Numero de Celular	Numero de Fax
Correo Electronico			
El cliente esta bajo custodia de DFS? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si "Si", Por favor especifique la fecha desde que el Cliente esta bajo custodia: _____			



Información del Padre/Guardian (Secundario)			
Relacion con el Cliente <input type="checkbox"/> Padre Biologico <input type="checkbox"/> Guardian Legal (Especifique): _____ <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____			
Apellido del Padre/Guardian		Primer Nombre	
Direccion (Si es diferente al del Cliente)		Ciudad	Estado Codigo Postal
Telefono de Casa	Telefono de Trabajo, Ext	Numero de Celular	Numero de Fax
Correo Electronico			

Instrucciones: Por favor conteste las siguientes preguntas a lo mejor de sus habilidades.

Cuales son las preocupaciones principales por lo cual busca ayuda (Seleccione todo lo que aplica)?

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Ataques de Panico | <input type="checkbox"/> Miedo a Lugares | <input type="checkbox"/> Miedo de Otros |
| <input type="checkbox"/> Tristesza | <input type="checkbox"/> Deprecion | <input type="checkbox"/> Problemas Alimenticios | <input type="checkbox"/> Problemas de Sueño |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos para Lastimarse | <input type="checkbox"/> Pensamientos de Lastimar a Otros | <input type="checkbox"/> Problemas de Enojo | <input type="checkbox"/> Agrcion Fisica |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Concentracion | <input type="checkbox"/> Problemas de Atencion | <input type="checkbox"/> Hiperactividad | <input type="checkbox"/> Impulsivo |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Memoria | <input type="checkbox"/> Alucinaciones | <input type="checkbox"/> Desiluciones | <input type="checkbox"/> Paranoico (a) |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones en Relaciones | <input type="checkbox"/> Cambios de Vida/Ajustes | <input type="checkbox"/> Incidente Traumatico | <input type="checkbox"/> Problemas Sexuales |
| <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol (Especifique): _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Abuso de Substancias (Especifique): _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Preocupacion Medica (Especifique): _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |

Por favor escriba los medicamentos que el Cliente esta tomando:

Nombre del Medicamento	Dosis (Potencia)	Tomado Para	Prescrito Por

Hay historial de enfermedades mentales en la familia del Cliente? Si No

Si "Si", especifique (la relacion del familiar hacia el cliente y el diagnostico): _____

Cual es el nivel de educacion adquirida por?

Madre Biologica		Padre Biologico	
<input type="checkbox"/> 5 ^{to} grado – 8 ^{vo} grado	<input type="checkbox"/> Halgo de Universidad	<input type="checkbox"/> 5 ^{to} grado – 8 ^{vo} grado	<input type="checkbox"/> Halgo de Universidad
<input type="checkbox"/> 9 ^{no} grado – 12 grado	<input type="checkbox"/> Universidad o Mas	<input type="checkbox"/> 9 ^{no} grado – 12 grado	<input type="checkbox"/> Universidad o Mas
<input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria	<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria	<input type="checkbox"/> Desconocido
<input type="checkbox"/> Equivalente de Prepa	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Equivalente de Prepa	<input type="checkbox"/> Otro: _____



El cliente fue expuesto a sustancias dañinas (cigarros, alcohol, drogas ilegales, y otros teratogenos) durante el cuidado prenatal/embarazo? Si No Sospechado Desconocido
Si "Si", especifique: _____

Describa la manera en que el cliente nacio durante el parto (selecciones todo lo que aplique):
 Normal Cesarea Emergencia
 Prematuro Dificil

Si otro aparte de "Normal", especifique: _____

El peso y medida del cliente al nacer fue?: _____

El cliente cumple sus metas de crecimiento durante los parametros especificados (sentarse, caminar, hablar, entrenamiento para ir al baño, etc)? Si No Desconocido
Si "No", especifique: _____

El cliente ha tenido alergias medicas o algun otra condicion medica significativa? Si No
Si "Si", especifique: _____

El cliente ha tenido alguno de los siguientes servicios de salud mental?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de Dia | <input type="checkbox"/> Terapia en Grupo |
| <input type="checkbox"/> Habilidades Basicas (BST) | <input type="checkbox"/> Tratamiento para abuso de Substancias y Alcohol |
| <input type="checkbox"/> Servicio de Rehabilitacion Psicosocial (PSR) | <input type="checkbox"/> Hospitalización Intrahospitalaria / Psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Terapia Individual | <input type="checkbox"/> Hospitalizacion Parcial |
| <input type="checkbox"/> Terapia Familiar y Matrimonial | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Salud Mental Residencial |

Si el cliente ha participado en tratamientos anteriormente, por favor especifique:

Tipo de Tratamineto	Proveedro de Tratamiento	Fechas de Participacion

**** Uso de oficina Solamente **** – Por favor firme documento despues de que ha sido completado y revisado

 Cliente/Padre o Guardian Fecha

 Especialista que Reviso Fecha



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS SERVICIOS

Instrucciones: Por favor ponga sus "Iniciales" abajo en la parte derecha de cada pagina para reconocer que ha leído y entendido todas las paginas del Consentimiento Informado para los Servicios.

QUIENES SOMOS

Mbrace Counseling and Behavioral Services es una organizacion comunitaria de Salud Mental que se especializa en Terapia de Salud Mental y Neuro. Mbrace Counseling and Behavioral Services tiene personal profesional que consisten de Profesionales En Salud Mental con Licencia (Psycologos, Terapistas Familiares y Matrimoniales, Trabajadores Sociales Clinicos, Consejeros Profesionales Clinicos), Practicantes Profesionales de Salud Mental con Licencia y otros Asociados de Salud Mental Calificados. Mbrace Counseling and Behavioral Services también está abarcado por profesionales en formación (Practicante Universitario / Universitario y Estudiantes de Practicum).

CONFIDENCIALIDAD

Confidencialidad quiere decir que el profesional de salud mental y sus supervisores tiene una responsabilidad al cliente de resguardar informacion obtenida durante el tratamiento. Clientes de Mbrace Counseling and Behavioral Services tambien deberian respetar confidencialidad, y no discutir sobre a quien ven o lo que puedan oír en Mbrace Counseling and Behavioral Services.

Es importante que entienda que toda la informacion que lo identifica sobre su evaluacion y tratamiento es mantenido confidencial. Incluso dentro de la organización, la información sobre su caso solo se comparte con quienes consultarán con su médico para mejorar los servicios que recibe. Estos incluyen otros profesionales en formación, supervisores de Mbrace Counseling and Behavioral Services, y el Director Clinico de Mbrace Counseling and Behavioral Services, y Licenciado en Salud Mental Profesional-Pasantes Supervisores Aprobados por la Junta Directiva.

Para proteger su confidencialidad, no se aceptará ninguna pregunta escrita, telefónica o personal sobre los clientes. Usted tiene que firmar una Forma de liberación de información antes de que cualquier informacion pueda ser compartida afuera de Mbrace Counseling and Behavioral Services. Para que nosotros podamos coordinar con otros profesionales de salud mental o medicos, Mbrace Counseling and Behavioral Services le pedira que firme la forma de liberacion de informacion para que nos pueda permitir hablar o corresponder con otro profesional que pueda estar envuelto.

LIMITE DE CONFIDENCIALIDAD

Es importante que entienda que leyes en el Estado de Nevada permiten excepciones de confidencialidad. En ciertas situaciones, profesionales de salud mental estan hobligados por ley a revelar informacion obtenida durante sus sesiones a personas o agencias sin su permiso. Tambien, en estas situaciones no estamos obligados a informarle de nuestros actos. Ejemplos de estas limitaciones de confidencialidad para profesionales de salud mental son cuando; el cliente dice que se quieren lastimar (suicida) y / o lastimar a otra persona o personas identificable (s) (tendencia homicida).

Dentro del Estado de Nevada, todos los Profesionales de Salud Mental son considerados "Reporteros Mandatorios". Un "Reportero Mandatorio" es requerido por ley de informar al estado de Nevada sobre cualquier sospecha o afirmacion de Abuso/Negligencia que concierna a los siguientes individuos: Abuso/Negligencia de un Niño Abuse/ Neglect of a Child, Seduccion Sexual Estatutaria (Una persona de 18 años de edad o mayor con una persona menor de 16 años: **NRS 200.364 [3]**), Abuso/Negligencia de una persona mayor, y Abuso/Negligencia de un individuo con discapacidad Mental o Fisica.



INICIAL _____

Si en cualquier momento tiene preguntas sobre los límites de confidencialidad de los servicios de salud mental, por favor contacte a nuestra oficina o a su profesional de salud mental con licencia con quien usted recibe los servicios.

ENTRENAMIENTO Y ESTUDIO

Mbrace Counseling and Behavioral Services apoya un ambiente de crecimiento profesional continuo con todos nuestros miembros profesionales y profesionales en formación. Por lo tanto, requerimos permiso para registrar y observar directamente los servicios terapéuticos que brindamos a nuestros clientes. Las grabaciones y la observación directa se utilizan para instrucción y aportes de supervisión y son necesarias para asegurar que nuestros clientes reciban la más alta calidad de servicios posibles. Las grabaciones están en un servidor dedicado y solo pueden ser revisadas por profesionales en formación, el Director Clínico de Mbrace Counseling and Behavioral Services y el Supervisor Clínico de Mbrace Counseling and Behavioral Services. Si se requiere un profesional en formación para obtener más información profesional proporcionada por sus supervisores académicos en cuanto a su progreso en el desarrollo de habilidades con diversas formas de servicios terapéuticos aquí en Mbrace Counseling and Behavioral Services, el profesional en capacitación requerirá el consentimiento expreso por escrito del cliente para utilizar dichos servicios terapéuticos registrados. Puede preguntar en cualquier momento quién participa en su tratamiento. Las grabaciones no se utilizarán para ningún otro propósito sin su permiso y se eliminarán cuando ya no sean útiles con fines educativos o de supervisión.

Otra función primaria de Mbrace Counseling and Behavioral Services es llevar a cabo una investigación significativa sobre los problemas humanos y el tratamiento que abordan estos problemas. Esto nos permite mejorar los servicios que recibe y actualizar los servicios para futuros clientes. Debido a esto, se le puede pedir que complete algunos cuestionarios, evaluaciones, o encuestas anteriores a, durante, y después del curso del tratamiento. Al participar en estos cuestionarios, evaluaciones o encuestas, usted está permitiendo a Mbrace Counseling and Behavioral Services utilizar los datos confidenciales que envía para investigaciones académicas / publicaciones.

BENEFICIOS DE SERVICIOS TERAPEUTICOS

Un beneficio importante que puede obtenerse del tratamiento de terapia es la resolución de problemas. Otros posibles beneficios pueden ser una mejor capacidad para hacer frente a las relaciones matrimoniales, familiares y de otro tipo, o una mayor comprensión de los objetivos y valores personales.

RIESGOS DE SERVICIOS TERAPEUTICOS

Para permitirle tomar una decisión informada sobre su tratamiento, hemos decidido analizar los posibles riesgos de la terapia. Puede experimentar incomodidad como enojo, depresión o frustración durante sus tratamientos mientras recuerda y resuelve los eventos desagradables. Intentar resolver las inquietudes entre los miembros de la familia, las parejas maritales y otras personas también puede provocar incomodidad y cambios en las relaciones que pueden no estar destinados originalmente.

El mayor riesgo de la terapia es que puede que no resuelva por sí mismo sus preocupaciones. Hacemos nuestro mejor esfuerzo para evaluar el progreso de una semana a otra semana. Si una situación no mejora o una situación se deteriora, proporcionaremos una referencia a otro profesional para consulta o tratamiento.

HONORARIOS Y CITAS

El pago de tarifas, incluidos los copagos necesarios, se espera al momento de cada cita. Solicitamos que el pago se realice antes de que comience su sesión. Si está usando beneficios de seguro, Mbrace Counseling and Behavioral Services presentará reclamos de seguro por usted. Respetaremos todos los acuerdos contractuales con las compañías administradas de atención médica que tengan restricciones de reembolso y requisitos de reclamación específicos. Si no está utilizando un plan de seguro Managed Care / PPO / HMO y desea presentar su propio reclamo, esperamos el pago total en el momento del servicio y le proporcionaremos un estado de cuenta por los servicios prestados. Los arreglos de pago mensuales están disponibles si es necesario para los clientes que han establecido un registro de pago durante tres meses.



INICIAL _____

CONTRATANDO MBRACE COUNSELING AND BEHAVIORAL SERVICES

Debido a la naturaleza de la profesión de salud mental, el juicio clínico a menudo es hecho por un profesional de salud mental con respecto a la seguridad del bienestar personal de un cliente. Sin embargo, con el avance de las comunicaciones tecnológicas, algunas formas de comunicación tecnológica que a menudo son beneficiosas para la comunicación instantánea obstaculizan la capacidad de un profesional de salud mental de evaluar el juicio clínico para la seguridad del bienestar personal de un cliente. Por lo tanto, los mensajes de texto (es decir, mensajes de texto) y las comunicaciones electrónicas (es decir, correo electrónico, mensajería instantánea) no están permitidas, las formas de comunicación de un cliente se limitan a las comunicaciones telefónicas directas. Usted puede contactar a Mbrace Counseling and Behavioral Services Office al siguiente número: 702-749-6926.

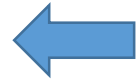
DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN

Por la presente reconozco que he leído, que he sido completamente explicado y entiendo todos los aspectos de Mbrace Counseling and Behavioral Services *Consentimiento informado para los servicios*. Al firmar este Consentimiento informado para los servicios, acepto participar en las siguientes formas de servicios terapéuticos durante el curso del tratamiento. 1. Evaluación Psicológica Integral (CPA), 2. Terapia Individual, 3. Terapia Familiar, 4. Terapia en Grupo, y 5. Biofeedback.

También reconozco que puedo suspender cualquiera o la totalidad de la participación de estos servicios terapéuticos en cualquier momento durante el curso del tratamiento con el consentimiento expreso por escrito a Mbrace Counseling and Behavioral Services.

Nombre del Cliente en molde: _____

Firma de Cliente/Padre o Guardian: _____ Fecha: _____



Firma del Representante Personal: _____ Fecha: _____

*Descripción de Relación entre Cliente y Representante Personal: _____

Firma de Testigo/Empleado : _____ Fecha: _____

Nombre y Credenciales del Testigo/Empleado : _____



INICIAL _____



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE ACCEDER A LA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE EL AVISO CUIDADOSAMENTE.

Su registro de salud ("el cliente") contiene información personal sobre usted y su salud. Esta información, que puede identificarlo y se relaciona con su (s) condición (es) de salud física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados, se conoce como "Información de salud protegida" (PHI). Este Aviso de prácticas de privacidad describe cómo nosotros, Mbrace Counseling and Behavioral Services, puede usar y divulgar su PHI de acuerdo con la ley aplicable. También describe sus derechos con respecto a cómo puede obtener acceso y controlar su PHI.

La ley exige que en Mbrace Counseling and Behavioral Services mantengamos la privacidad de la PHI y que le proporcionemos un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI. Mbrace Counseling and Behavioral Services debe cumplir con los términos de este Aviso de prácticas de privacidad. Mbrace Counseling and Behavioral Services se reserva el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Cualquier nueva Notificación de Prácticas de Privacidad será efectiva para toda la PHI que Mbrace Counseling and Behavioral Services mantiene en el momento. Mbrace Counseling and Behavioral Services le proporcionará una copia de la Notificación de prácticas de privacidad revisada publicando una copia en nuestro sitio web, enviándole una copia por correo cuando la solicite o proporcionándole una en su próxima cita.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED:

Mbrace Counseling and Behavioral Services puede utilizar su Información de salud protegida de cualquiera de las siguientes maneras:

Para Tratamiento; su PHI puede ser utilizada y divulgada por aquellos que participan en su atención con el fin de proporcionar, coordinar o administrar su tratamiento de atención médica y servicios relacionados. Esto incluye consultas con supervisores clínicos u otros miembros del equipo de tratamiento. Podemos divulgar PHI a cualquier otro consultor que no tenga su autorización.

Para Pagos; podemos usar o divulgar PHI para que podamos recibir el pago de los servicios de tratamiento que se le brindan. Esto solamente se hará con su autorización. Ejemplos de pagos relacionados son: hacer una determinación de elegibilidad o cobertura de beneficios de seguro, procesar reclamos con su compañía de seguros, revisar los servicios que se le brindan para determinar su necesidad médica o realizar actividades de revisión de utilización. Si es necesario utilizar el proceso de cobro debido a la falta de pago de los servicios, solo divulgaremos la cantidad mínima de PHI necesaria para fines de cobro.

Para operaciones de atención médica; podemos usar o divulgar, según sea necesario, su PHI para respaldar nuestras actividades comerciales, incluidas, entre otras, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, recordarle citas, brindar información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud y servicios, licencias y realización o organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos compartir su PHI con terceros que realizan diversas actividades comerciales (por ejemplo, servicios de facturación o atado) siempre que tengamos un contrato escrito con la empresa que lo requiera para salvaguardar la privacidad de su PHI. Para fines de capacitación o enseñanza, la PHI se divulgará solo con su autorización.

Requerido por Ley; bajo la ley, debemos hacer divulgaciones de su PHI cuando lo solicite. Además, debemos hacer revelaciones al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos con el propósito de investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Regla de Privacidad.

La siguiente es una lista de las categorías de usos y divulgaciones permitidas por HIPPA sin una autorización

Abuso y Negligencia

Emergencias

Seguridad Nacional

Procedimientos Judiciales y Administrativos

Cumplimiento de la ley

Seguridad pública (deber de advertir)

Sin Autorización; La ley aplicable y las normas éticas nos permiten divulgar información sobre usted sin su autorización solo en un número limitado de otras situaciones. Los tipos de usos y divulgaciones que se pueden realizar sin su autorización son los que están:

- Requerido por ley, es el informe obligatorio de abuso o negligencia infantil o auditorías o investigaciones obligatorias de agencias gubernamentales (como las juntas estatales de licencias o el departamento de salud).
- Requerido por Orden de Corte
- Necesario para prevenir o disminuir una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad de una persona del público. Si la información se divulga para prevenir o disuadir una amenaza seria, se revelará a una persona razonablemente capaz de prevenir o disminuir el tratamiento, incluido el objetivo de la amenaza.

Permiso Verbal; podemos usar o divulgar su información a los familiares que están directamente involucrados en su tratamiento con su permiso verbal.

Con Autorización; los usos y divulgaciones no específicamente permitidos por la ley aplicable se harán solo con su autorización escrita, que puede ser revocada.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI:

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI personal mantenida por nuestra organización. Para ejercer cualquiera de estos derechos, envíe su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad al 3030 S. Jones Blvd Ste.110, Las Vegas, NV 89146.

Derecho a Enmendar; si considera que la PHI que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que modifiquemos la información, aunque no estamos obligados a aceptar la enmienda.

Derecho a un Informe de Divulgaciones; usted tiene derecho a solicitar un informe de ciertos tipos de divulgaciones que hacemos de su PHI. Podemos cobrarle una tarifa razonable si solicita más de un informe en cualquier período de 12 meses.

Derecho a Solicitar Restricciones; usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en el uso o divulgación de su PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar su solicitud.

Derecho a Solicitar Comunicación Confidencial; usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado.

Derecho a una Copia de este Aviso; usted tiene derecho a una copia de este Aviso.

QUEJAS:

Si cree que hemos violado sus derechos de privacidad, tiene derecho a presentar una queja por escrito a nuestro Oficial de privacidad en 3030 S. Jones Blvd Ste. 110, Las Vegas, NV 89146 o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos en 200 Independence Avenue, S.W., Washington, DC.20201 o contacte al (202)619-0257.

No tomaremos represalias contra usted por llenar una queja

La fecha de vigencia de este Aviso es 01-15-2015

AVISO DE RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

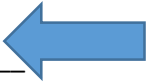
NOMBRE DEL CLIENTE: _____

FECHA: _____

Por la presente reconozco que he recibido y se me ha dado la oportunidad de leer una copia de Mbrace Counseling and Behavioral Services, Practicas de Privacidad. Entiendo que si tengo alguna pregunta sobre el Aviso o sobre mis derechos de privacidad, puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad al 702-749-6926.

Nombre del Cliente en Molde: _____

Firma del Cliente o Padre/Guardian: _____ Fecha: _____



Firma de Representante Personal : _____ Fecha: _____

*Describe la relacion entre Cliente y Representante Personal: _____

Firma de Empleado/Testigo: _____ Fecha: _____

Nombre en Molde y Credenciales de Empleado/Testigo: _____



POLÍTICA DE CANCELACIÓN / AUSENCIA

El asesoramiento es un esfuerzo bidireccional que implica respeto mutuo, responsabilidad y consideración entre usted y su consejero. La consejería es más efectiva cuando las citas se mantienen consistentemente. En Mbrace Counseling and Behavioral Services haremos todo lo posible para satisfacer sus necesidades de programación. A cambio le pedimos que nos ayude al cumplir con sus citas programadas y siguiendo estas simples reglas:

Por favor, lea y firme nuestra política como se indica a continuación:

- Cuando programa una cita, ha reservado este tiempo en nuestro horario y la reservamos para reunirnos con usted. Si debe cancelar o cambiar su cita, le pedimos que se comunique con nuestra oficina al 702-749-6926 **al menos con 24 horas de anticipación**. Esto permitirá que nuestro personal se comunique con los clientes de nuestra lista de espera para ofrecerles este horario de cita.
- **Si no cumple con su cita y no ha llamado para cancelar o reprogramar esto, se clasificará como una cita de Ausencia.**
- **Primer Cita de Ausencia**– Su expediente estará marcado como "Ausente" y recibirá una llamada informándole de su cita perdida; en ese momento le ofreceremos la oportunidad de reprogramar su cita.
- **Segunda Cita de Ausencia**- Su expediente estara marcado como "Ausente" y recibirá una llamada informándole de su cita perdida; en ese momento le recordaremos las consecuencias de perder una cita posterior.
- **Tercer Cita de Ausencia** – Le enviaremos una carta por correo y la colocaremos en su expediente. La carta indicará que se ha perdido su tercera cita y se le informará que ya no puede programar citas futuras.

Nombre del Cliente en Molde: _____

Firma del Cliente, Padre/Guardian: _____ Fecha: _____



AUTHORIZATION TO OBTAIN, USE, AND DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

This document allows Mbrace Counseling and Behavioral Services, or its authorized representatives to obtain, use and disclose Protected Health Information (PHI) as described below. Uses and disclosures of PHI will be consistent with Nevada and Federal laws concerning the privacy of PHI.

PATIENT NAME: _____ **DOB:** _____ **SSN:** _____

ADDRESS: _____

From: Clinic/Hospital/Health Care Provider

Name: _____

Address: _____

Phone: _____

City: _____

State: _____

Zip Code: _____

To:



Mbrace Counseling and Behavioral Services
3030 S. Jones Blvd Suite 110
Las Vegas, NV 89146
Phone: (702) 749-6926
Fax: (702) 272-2011

Purpose of disclosure: _____

Expiration of disclosure: _____ **Disclose by:** Mail Fax Phone

Types of information to be disclosed: Email Other _____

• Medical Records	• Mental health records	• Progress notes
• HIV/AIDS status	• Substance/Alcohol use diagnoses, treatment, referral	• Brain Imaging
• Psychological testing	• Electroencephalogram (EEG)	• Laboratory reports
• Assessment summary	• Discharge Summary	• Attendance record
• Neurofeedback progress notes	• Medication Record	

Notice of rights and other information:

*I may refuse to sign this authorization. I understand that the person or entity that receives this information may not be covered by the federal privacy regulations; in that case, the information described above may be disclosed again and no longer be protected by these regulations. I may cancel this authorization at any time. I must give written notice of such cancellation and the notice must be signed by me (or on my behalf) and delivered to **Mbrace Counseling and Behavioral Services** or its authorized representative. Cancellation of this authorization will not apply to information disclosed prior to the date of cancellation. I have a right to receive a copy of this authorization, and one will be furnished upon my request. I have a right to receive a copy of the health information I am asking to disclose. I acknowledge that I have read this authorization, that the terms have been explained to me, that I understand all of the terms, and I am competent to sign this authorization for myself or that I am authorized as a parent, guardian or legal representative to sign for the patient above.*

Patient/Parent/Guardian/Legal Representative Signature

Date

Witness Signature

Date

Releasing Provider's Signature

Date



AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE HIPAA / CONTACTO

HIPAA CONTACTO DE DIVULGACIÓN en el evento que Mbrace Counseling and Behavioral Services tenga que dar sus resultados o informacion medica, podemos.....(elija todo lo que aplica) _____ dejar un mensaje detallado al telefono numero _____ . _____ Llamarle a su Trabajo al numero _____ . _____ Hablar directamente con Usted. Solamente Yo, _____

(DOB) _____, doy a Dr. _____ y empleados autorizacion para divulgar mi informacion medica protegida a los siguientes familiares, amigos y/o cuidadores:

Nombre: _____ Relacion: _____ Tel.: _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Tel.: _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Tel: _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Tel: _____

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al Departamento de registros médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha divulgado en respuesta a la autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información compartida en el proceso de tratamiento, pago u operaciones de atención médica como se ve en el Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Los socios de HealthCare y sus entidades no condicionarán el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios al proporcionar, o negar a proporcionar esta autorización. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleve la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y que la información no esté protegida por las Reglas de Confidencialidad Federales. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo consultar mi Aviso de prácticas de privacidad, que obtuve de la oficina de mi médico. A menos que se revoque, esta autorización caducará en la siguiente fecha, evento o condición. _____ Si no especifico una fecha, la autorización caducará un (1) año a partir de la firma en este formulario.

Firma de Cliente, Padre/Guardian: _____ Fecha: _____



Firma de Representante Personal: _____ Fecha: _____

Firma de Representante de Mbrace Counseling and Behavioral Services:

_____ Fecha: _____



AUTORIZACIÓN QUE CUMPLE CON LA HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

AUTORIZACIÓN QUE CUMPLE CON LA HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE DE CONFORMIDAD CON 45 CFR 164.508 PARA Mbrace Counseling and Behavioral Services 3030 S. Jones Blvd, Suite 110, Las Vegas, NV 89146.

RE: NOMBRE DE PACIENTE: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Fechas de Tratamiento: _____

Estoy solicitando que Mbrace Counseling and Behavioral Services permita a:

Inspeccionar Copie o inspeccionar y copie mis registros médicos.

Autorizo y solicito la divulgación de toda la información protegida con el propósito de revisión y evaluación en relación con un reclamo legal. Solicito expresamente que el custodio de registros designado de a; las entidades cubiertas bajo HIPAA identificadas anteriormente revelan información médica protegida completa que incluye los siguientes: Todos los registros médicos, es decir, todas las páginas de mi registro, incluidas, entre otras: notas de la oficina, hojas de contacto, historial y físico, notas de consulta, tratamiento ambulatorio y de sala de emergencia, todos los expedientes clínicos, informes, hojas de pedido, notas de progreso, notas de la enfermera, registros de trabajadores sociales, registros clínicos, planes de tratamiento, registros de admisión, resúmenes para dar de alta, solicitudes e informes de consultas, documentos, correspondencia, resultados de pruebas, declaraciones, cuestionarios / historiales, fotografías, cintas de video, mensajes telefónicos y registros recibidos por otros proveedores médicos. Todas las solicitudes físicas, ocupacionales y de rehabilitación, consultas y notas de progreso. Todos los registros de discapacidad, Medicaid o Medicare, incluyendo los formularios de reclamación y el registro de denegación de beneficios. Todos los videos / CD / películas / bobinas e informes. Todos los registros de farmacia / prescripción, incluyendo los números de NDC y folletos / monografías de información sobre medicamentos. Todos los registros de facturación, incluidas todas las declaraciones, formularios de reclamación de seguro, facturas detalladas y registros de facturación a terceros pagadores y pago o denegación de beneficios para el período de _____ a _____. Entiendo que la información que se divulgará o divulgará puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y abuso de alcohol y drogas. Iautorizar la publicación o divulgación de este tipo de información. TEsta autorización se otorga de conformidad con los requisitos de consentimiento federal para la divulgación de registros de abuso de alcohol o sustancias 42 CFR 2.31, cuyas restricciones han sido específicamente consideradas y expresamente renunciadas. Usted está autorizado a divulgar los registros anteriores a los siguientes representantes de los demandados en el asunto mencionado anteriormente que hayan aceptado pagar los cargos razonables que usted haya realizado para proporcionar copias de dichos registros.

Yo entiendo lo siguiente: Vea CFR:164.508©(2)(i-iii) a. Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya divulgado la información según esta autorización. b. La información divulgada en respuesta a esta autorización puede ser revelada a otras partes. c. Mi tratamiento o pago por mi tratamiento no puede estar condicionado a la firma de esta autorización. Cualquier facsímil, copia o fotocopia de la autorización le autorizará a divulgar los registros solicitados en este documento. Esta autorización estará vigente hasta dos años después de la fecha de ejecución, momento en el que expira esta autorización.

Yo entiendo que Mbrace Counseling and Behavioral Services tiene (10) días hábiles desde la fecha de la solicitud para permitir la inspección de mis registros y treinta días para permitir la copia de mi expediente médico.

Fecha: _____

Firma de Paciente o Representante Legal Autorizado: _____
(45CFR:164.508(c)(1)(vi))



Nombre y relacion del paciente con el Representante Legal Autorizado :
(see 45CFR:164.508(c)(1)(vi))

Firma de Testigo y Fecha: _____



NEVADA DIVISION OF HEALTH CARE FINANCING AND POLICY

SED/SMI DETERMINATION

**DETERMINATION NOTICE FOR SEVERELY EMOTIONALLY DISTURBED (SED) CHILDREN
OR SERIOUSLY MENTALLY ILL (SMI) ADULTS**

Name: _____ Original Determination
Medicaid ID: _____ Annual Re-Determination
SSN: _____ SED/SMI Determination Date: _____
Date of Birth: _____ SED/SMI Determination Site: _____

This individual has been assessed according to the Nevada Division of Health Care Financing and Policy (DHCFP) diagnostic criteria. (For SED/SMI definitions, see Medicaid Services Manual (MSM) Chapter 2500.)

18 YEARS OF AGE AND OLDER:

17 YEARS OF AGE AND UNDER:

___ YES, individual determined SMI

___ YES, child determined SED

___ Adult no longer SMI

___ Child no longer SED

___ Adult remains SMI

___ Child remains SED

DCFS Custody ___ YES ___ NO
County Custody ___ YES ___ NO

Mbrace Counseling and Behavioral Services

Agency

_____ Date

_____ Name of Assessor

_____ Title

Agency Unit

(702) 749-6926

3030 S. Jones Blvd. #110, Las Vegas, NV 89146

Phone Number

Agency Address

(702) 272-2011

Fax Number

All pages of this form must be completed and submitted to the DHCFP or its designee within five working days after the SED or SMI determination, to ensure timely notification. **Fax to the DHCFP Business Lines Unit, (775) 684-3774.**

For complete policy regarding SED/ SMI disenrollment from managed care, refer to MSM Chapter 3600, which is available on the DHCFP website at www.dhcfp.nv.gov.

NEVADA DIVISION OF HEALTH CARE FINANCING AND POLICY

SED/SMI CONSENT

This form serves as consent to the evaluator working with the family to communicate determinations with the DHCFP/Medicaid and/or its designee (e.g., contracted Managed Care Organizations (MCOs) or fiscal agent), and, only if applicable, to Nevada Division of Mental Health and Developmental Services (MHDS) and/or the Nevada Division of Child and Family Services (DCFS).

SED CONSENT: (for children under the age of 18):

I hereby authorize Mbrace Counseling and Behavioral Services (*name of agency*) to: 1) Conduct an assessment for the sole purpose of determining whether my child has a severe emotional disturbance (SED) and; 2) Share the results of this assessment and determination only with the above named entities, and me. This Agency has explained fully, and to my satisfaction, the reasons as to why they believe my child requires an assessment at this time. All parties shall keep such assessment information strictly confidential.

Print Name of Recipient Medicaid ID Number

Signature of Responsible Party Relationship to Child Date

Address Phone Number

SMI CONSENT: (for adults 18 years of age and older):

I hereby authorize Mbrace Counseling and Behavioral Services (*name of agency*) to: 1) Conduct an assessment for the sole purpose of determining whether I have a Serious Mental Illness (SMI) and; 2) Share the results of this assessment and determination only with the above named entities, and me. This Agency has explained fully, and to my satisfaction, the reasons as to why they believe I require an assessment at this time. All parties shall keep such assessment information strictly confidential.

Print Name of Recipient Medicaid ID Number

Signature of Responsible Party Relationship to Recipient Date

Address Phone Number

NEVADA DIVISION OF HEALTH CARE FINANCING AND POLICY

MANAGED CARE ENROLLMENT

This form serves as an account of the recipient’s wishes in regards to their Medicaid managed care enrollment. If disenrollment is requested and approved prior to monthly cut-off, the Nevada Division of Health Care Financing and Policy (DHCFP) will disenroll the Medicaid managed care recipient from his/her health plan on the first day of the month following submission of this form. Following disenrollment, all covered medically necessary services, including but not limited to services specific to the recipient’s SED or SMI diagnosis, will be authorized and reimbursed through Fee-for-Service Medicaid. If no disenrollment is requested, the recipient will continue to receive services through their health plan. *If the recipient is currently exempt from managed care for reasons other than an SED or SMI determination, the recipient will remain Fee-for-Service Medicaid as long as that exemption is in effect.*

If this is your first determination, please indicate your choice below (choose only one):

- I wish to disenroll from managed care and be covered under Fee-for-Service Medicaid.
- I wish to remain in managed care and keep my enrollment with my health plan.
- I am currently covered under Fee-for-Service Medicaid and wish to remain that way.

If this is a re-determination and you were previously disenrolled from managed care due to your SED or SMI determination, please indicate your choice below (choose only one):

- I wish to remain Fee-for-Service Medicaid.
- I wish to return to managed care and be enrolled in a health plan.

Print Name of Recipient

Medicaid ID Number

Signature of Recipient or Responsible Party
if under 18*

Relationship to Recipient

Date

Address

Phone Number

*Or the signature of the person authorized to act on behalf of the individual under the laws of the State where the individual resides. If signed by an authorized individual (as described above), this signature certifies that: 1) this person is authorized under State law to complete this disenrollment, and 2) documentation of this authority is available upon request.

Disclaimer:

Pursuant to the State of Nevada Title XXI State Plan, Nevada Check Up recipients must remain enrolled with the managed care organization that is responsible for on-going patient care.



Consentimiento / Exención Informados de Telehealth

Me gustaría recibir sesiones de teleterapia a través de Mbrace Counseling and Behavioral Services. Soy consciente de que para hacerlo, podemos utilizar plataformas de software (como Skype, Facetime o Facebook Videochat) que pueden o no cumplir con la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico ("HIPAA") u otras estatutas de privacidad. o regulaciones locales y / o federales. TEsto significa que mi Información de salud protegida ("PHI") puede ser menos segura y privada que las sesiones en persona, o utilizar otros tipos de plataformas de telesalud. Por la presente reconozco esto y doy mi consentimiento para proceder independientemente.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

