

see also Forms on your website ALL PP paperwork

ROSARIO ORTIGAO, M.A., L.M.H.C.

Aviso de los Derechos de Privacidad y Practica

Bajo HIPPA (Acto de Portabilidad y Responsabilidad del seguro de Salud) en 1996, como paciente usted tiene derechos específicos de privacidad. El propósito de este documento es para notificárselo.

Los siguientes son sus derechos como paciente:

- El derecho de examinar su propia información de salud y obtener una copia (no incluyendo las notas de psicoterapia).
- El derecho de pedir una enmienda sobre su información de salud (no incluyendo notas de la psicoterapia)
- El derecho de recibir cualquier información al respecto a los accesos a sus tratamientos y pagos.
- El derecho de pedir una restricción del uso y acceso a su información.
- El derecho de someter una queja de privacidad con su proveedor y/o la Secretaria de HHS (Departamento de Salud y Servicios Humanos). Para someter una queja con su proveedora usted debe hacerlo por escrito y puede dársela a Rosario Ortigao en su próxima cita o enviarla por correo.
 - Para someter una queja con la Secretaria de HHS, puede hacerlo por el internet en la siguiente pagina de internet: <http://cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2/default.asp> o puede enviarla por escrito a: HIPAA Complaint, 7500 Security Blvd, C5-24-04 Baltimore, MD, 21244. Su proveedora puede darle el formulario correcto para enviar quejas por correo. La información necesitada para someter una queja es su información de contacto (nombre, dirección, numero de teléfono), el nombre de el proveedor de quien esta sometiendo la queja, el numero de identificación de impuestos de el proveedor, numero de identificación de Medicare si es aplicable, el nombre de contacto en la oficina del proveedor, la dirección y numero de teléfono.

Como su proveedora, la ley federal y HIPAA requieren que yo proteja su información de salud y transmita solamente lo mínimo necesario para los propósitos de tratamiento, pagos, o operaciones de cuidado de salud, a menos que sea autorizada por usted.

Confidencialidad- Nadie revelara información sobre su asesoramiento a personas fuera de esta oficina excepto si:

- Usted da la autorización por escrito
- La vida o seguridad es seriamente amenazada (incluyendo abuso de niños/los mayores de edad.
- el acceso es requerido por la ley (por ejemplo, si un juez de su interés en los registros)

- Si usted presenta un reclamo de beneficios y el pagador de la cuenta o su compañía de seguros requiere información.
- Los archivos son auditados por Quality Assurance (Aseguranza de Calidad)
- O el IRS
- Elijo revelar información anónima relacionada con su caso con el propósito de consultas clínicas y profesionales y/o propósitos educativos
- Si a través de la utilización de un fax o un teléfono celular, su información inadvertidamente cae en manos de alguien que no sea la destinada.
- Otras personas que pueden tener acceso limitado a su archivo y/o pueden saber de su nombre asociado a nuestra relación de asesoramiento pueden incluir, sin limitarse a: cualquier persona que trabaje para mi, el banco (al depositar el cheque), compañías de colecciones, la corte de bancarrota, los empleados del edificio o el propietario del edificio, el equipo de emergencia (en caso de incendio).

Pagos- Los pagos son debidos el día que es dado el servicio. Su firma indica que usted acepta toda la responsabilidad por el pago de los servicios y que entiende que se necesitan 48 horas de anticipación para cancelar una cita y sin 2 días de negocio completos de anticipación, debe pagar la tarifa completa de \$200.00 (si tiene una cita el lunes, la debe cancelar el jueves temprano o miércoles en la noche). Si usted tiene un plan de seguro de salud, sin costo alguno para usted y como muestra de cortesía, les cobraremos a ellos y le cobraremos a usted un copago y / o deducible de \$ _____ si corresponde (que es su responsabilidad de mantenerse al día con su seguro y los beneficios específicos).

Padres: Su firma es su permiso de mi tratamiento del Menor y su reconocimiento que si el/ella tiene 18 años o mas pero fueron traídos por usted, que usted es responsable por los pagos. Las consultas por teléfono se pagan de acuerdo con mi tarifa por hora. Cualquier porción de mi tiempo dedicado a asuntos legales será cobrado a \$300. El no pagar puede resultar en la terminación de los servicios profesionales y el comienzo de actividad de colección. (\$40 adicionales). Emails y textos necesitan ser seguros, i.e., por medios encripticos. Cualquier contacto fuera de la cita no es cubierto, en general, por el seguro; el intercambio de email son \$50. Su firma es prueba de que entiende este documento en su totalidad y acepta como los términos de su participación en este tratamiento. Todo en este documento sigue en efecto hasta que sea revocado por escrito. Si se hace un cambio a este documento mientras este involucrado activamente en tratamiento, sera notificado/a y sera proveído con otro documento para firmar y una copia. Nombra a **la siguiente persona como su contacto en caso de emergencia**, y no atribuye ningún cargo contra Rosario Ortigao, si hay alguna necesidad de notificar la persona nombrada:

_____ #
Teléfono _____

Consentimiento General

Yo doy mi consentimiento a Rosario Ortigao y sus colegas de revelar mi información protegida de salud (PHI) a una tercera entidad para el propósito de tratamiento, pagos, y

operaciones de cuidado medico. Yo entiendo que para que mis notas de terapia sean entregadas a cualquier entidad yo debo firmar un formulario de “Autorización para compartir información”. Yo entiendo que tengo el derecho de ver el formulario de Derecho de Privacidad y Practica de Rosario Ortigao y de exigir restricciones sobre como y con quien mi información protegida de salud puede ser compartida. Yo entiendo todo lo que e leído en su totalidad y reconozco que e recibido una copia hoy. _____ (Iniciales)

Firma del paciente

Testigo

Firma del Padre/Madre

Fecha

ROSARIO ORTIGAO, M.A., L.M.H.C

FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACION PARA LOS SERVICIOS DE SALUD

Yo autorizo a la práctica de Rosario Ortigao, L.M.H.C., de mantener mi firma archivada y cobrar a mi tarjeta de crédito para:

- Cargos de citas atendidas (copagos o pagos debidos por servicios dados)
- Cargos por citas no cumplidas (las que no se han cancelado con dos días hábiles de anticipación)
- Balances de cobros no pagados por el seguro o yo mismo/a dentro de un periodo de 90 días

Entiendo que tengo el derecho de anular esta autorización a cualquier hora con una solicitud escrita.

Nombre del Cliente:

Nombre en la Tarjeta de Credito:

Direccion:

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip:

____ Visa

No. de Cuenta:

___ Master Card Dia de Vencimiento:

___ Discover CW2/CID: _____

___ American Express Firma:

Rosario Ortigao, LMHC, se compromete a solo cobrar por servicios dados o por citas no cumplidas o canceladas con menos de dos días hábiles de anticipación.

ROSARIO ORTIGAO, M.A., L.M.H.C

INFORMACION DE BENEFICIOS

Razon de Visita: _____ Dia de primera llamada: _____ Dia de la
1ª. Cita: _____

Nombre del Paciente: _____ Padre(s):

Fecha de Nacimiento: _____ Direccion:

Telefono: _____ Nombre del Seguro:

Tel. Del Seguro: _____ Condiciones Pre-existentes, especialmente relacionadas con la razón

De visita: _____ No. de Autorizacion:

Fecha de Comienzo/Fin de Autorizacion: _____ Cuantas visitas?

Persona Asegurada: _____ Empleo del Asegurado:

No. de ID/Póliza: _____ Plan/Grupo No.

Fecha de nacimiento del Asegurado: _____ No. Del Seguro Social:

Dirección del Asegurado:

Dirección de reclamos de salud:

Quien/Como fue referido a esta oficina?

Deducir en la Red: _____ Deducir fuera de la Red:

Copago en la Red: _____ Copago fuera de la Red:

Máximo Anual en la Red: _____ Máximo Anual fuera de la Red:

Limite Maximo de Servicios ambulatorios por vida:

Limite Maximo de Servicios Internos por vida: _____

Costo: _____ Dia Efectivo: _____ Nombre del representante, hora y
fecha : _____

Nombre dela Persona Adicional: _____ I.D. #

**ROSARIO C. ORTIGAO, M.A.
LICENSED MENTAL HEALTH COUNSELOR
NATIONAL CERTIFIED COUNSELOR**

INFORMACION DEL CLIENTE

FECHA: **E-mail:**
Nombre: **Nombre de esposo/a:**
Dirección: **Cel del**
espos/a:
Numero del cel: **Del Trabajo:** **Puedo dejar**
msg?:
Fecha de nacimiento: **Pronombres preferidos:**
Estado civil: **Por cuanto tiempo:** **Cuantos**
matrimonios:

Ocupación:

De su esposo/a:

Nombres de sus hijos y sus edades:

Alguien más vive con usted?

Religión:

Asesoramiento Previo (Proveedor, fecha, y cuanto duro):

Porque fue asesorado/fue útil?

Tiene algún problema de salud (incl. alergias):

Toma medicamento? (medicina/dosis/frecuencia/desde
cuándo/para que?)

Última visita al médico:

Nombre del doctor:

Razón de visita?

Ha sido hospitalizado (fecha y razón):

¿Ha sentido alguna vez culpable por beber / drogarse?

¿Se ha sentido molesto con las personas que critican esto?

¿Alguna vez ha pensado que debe parar?

¿Alguna vez ha tomado más en la mañana para aliviarse de una
resaca?

Nombre: _____

I.D. #

ROSARIO ORTIGAO, M.A., L.M.H.C

Por favor marcar las cajas si usted esta PRESENTEMENTE experimentando los sintomas abajo.
Por favor ponga una estrella(*) al lado de los que ha experimentado por mucho tiempo. (9 meses o mas para adultos, 3 meses para ninos)

- Dificultad para concentrarse
- Nerviosismo
- Preocupación excesiva
- El pensamiento y el lenguaje confundido
- Ansiedad
- Incomodidad en las multitudes
- Mente en blanco
- Impulso a repetir comportamientos absurdos
- Sensación de panico
- Miedo sin razon
- temeroso
- Evitar lugares porque son aterradoras

.....

- Despierta durante la noche o mas temprano que de costumbre
- No puede pasar un buen rato
- Perdida de peso reciente
- No tiene interés en las cosas
- Esta cansado la mayoría del tiempo
- Depresion
- Lloro con mas frecuencia
- Sentimientos de desesperanza
- Se siente inutil

.....

- Siente que la culpa es de otros
- Siente que la mayoría de la gente no se puede confiar
- Las otras personas no le dan el reconocimiento que merece
- Las otras personas se aprovechan de usted
- Tiene ideas o creencias que los demás
- Siente que lo están observando o hablando de usted

.....

- Sensación de debilidad e algunas partes de su cuerpo
- Latidos cardiacos rapidos
- Problemas con la visión o la audición
- Dolores de cabeza

- Mareo o desmayos
- Falta de apetito
- Cambio de sensibilidad en partes de su cuerpo
- Temblores
- Sensación de tener un nudo en la garganta
- Nauseas o malestar estomacal
- Periodos de calor o frio

.....

- Experimenta olores extraños
- Siente que algo es inusual
- Nunca se siente apegado a otra persona
- Tiene pensamientos extraños
- Escucha voces que otros no escuchan
- Tiene experiencias extrañas y peculiares
- Viaja a lugares sin saber como llego alli
- Siente que algo no esta bien en su mente
- Ve cosas que otros no ven

.....

- Quiere romper cosas
- Inquietud
- Estallidos de mal genio
- Sentimientos de “querer acabar con todo”
- Quiere lastimar a alguien
- Se irrita con facilidad
- Pierde control de sus impulsos
- Ha intentado suicidarse
- Se siente como si estuviera perdiendo el control de todo
- Se quiere lastimar

.....

-
- Problemas financieros
- No puede encontrar o mantener un empleo
- Usa drogas
- Dificultad leyendo
- Dificultad en el estudio
- Problemas legales
- Tiene costumbres no deseadas
- No está feliz con su empleo actual
- Esta tomando alcohol

.....

- Dificultad comunicándose
- Preocupado por sexo
- Ha sido abusado

- No se lleva bien con otras personas
- Problemas socializado
- Las condiciones en su hogar son malas
- Se siente inferior a otras personas

ROSARIO ORTIGAO, M.A.

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Fecha de hoy _____

Escala de calificación de Inicio y / o del resultado

Mirando hacia atrás en la última semana o dos, incluyendo hoy, ayúdame a comprender cómo se ha sentido, indicando qué tan bien se ha estado sintiendo en las siguientes áreas de su vida. El de la izquierda representan los bajos niveles (cero: lo peor) y el lado de la derecha indican los altos niveles (10: el mejor).

Socialmente
(Trabajo, escuela, amistades)
0-----10

Interpersonalmente
(Familia, las relaciones cercanas)
0-----10

Individualmente
(Bienestar personal)
0-----10

Bienestar General

0-----10

ROSARIO ORTIGAO, M.A.

Nombre De La Persona

ADICIONAL: _____ **I.D. #** _____

Previo asesoramiento? Sí No

proveedor _____

Fecha _____

Cuanto tiempo _____

¿Razón por asesoramiento?

¿Fue útil? Sí No

¿Por

qué? _____

¿Tiene algún problema de salud (incluyendo alergias)? _____

¿Toma medicina? Sí No

En caso afirmativo, indique (dosis / frecuencia / duración)

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

—

Última visita al doctor _____

Nombre de Doctor _____

¿razón de visita? _____

Ha estado hospitalizado antes? (fecha y

razones) _____

Antecedentes religiosos? _____

¿Se ha sentido alguna vez culpable por beber / drogarse? Sí No

¿Se ha sentido molesto por las personas que critican esto? Sí No

¿Alguna vez ha pensado usted debe parar? Sí No

¿Alguna vez ha tomado más en la mañana para aliviarse de una resaca?

ROSARIO ORTIGAO, M.A., L.M.H.C

Persona ADICIONAL:

Por favor marcar las cajas si usted esta PRESENTEMENTE experimentando los sintomas abajo. Por favor ponga una estrella(*) al lado de los que ha experimentado por mucho tiempo. (6 meses o mas para adultos, 3 meses para niños)

- Dificultad para concentrarse
- Nerviosismo
- Preocupación excesiva
- El pensamiento y el lenguaje confundido
- Ansiedad
- Incomodidad en las multitudes
- Mente en blanco
- Impulso a repetir comportamientos absurdos
- Sensación de panico
- Miedo sin razon
- temeroso
- Evitar lugares porque son aterradoras

.....

- Despierta durante la noche o mas temprano que de costumbre
- No puede pasar un buen rato
- Perdida de peso reciente
- No tiene interés en las cosas
- Esta cansado la mayoría del tiempo
- Depresion
- Lloro con mas frecuencia
- Sentimientos de desesperanza
- Se siente inutil

.....

- Siente que la culpa es de otros
- Siente que la mayoría de la gente no se puede confiar
- Las otras personas no le dan el reconocimiento que merece
- Las otras personas se aprovechan de usted
- Tiene ideas o creencias que los demás
- Siente que lo están observando o hablando de usted

.....

- Sensación de debilidad e algunas partes de su cuerpo
- Latidos cardiacos rapidos
- Problemas con la visión o la audición
- Dolores de cabeza
- Mareo o desmayos
- Falta de apetito
- Cambio de sensibilidad en partes de su cuerpo
- Temblores
- Sensación de tener un nudo en la garganta
- Nauseas o malestar estomacal
- Periodos de calor o frio

.....

- Experimenta olores extraños
- Siente que algo es inusual
- Nunca se siente apegado a otra persona
- Tiene pensamientos extraños
- Escucha voces que otros no escuchan
- Tiene experiencias extrañas y peculiares
- Viaja a lugares sin saber como llevo alli
- Siente que algo no esta bien en su mente
- Ve cosas que otros no ven

.....

- Quiere romper cosas
- Inquietud
- Estallidos de mal genio
- Sentimientos de “querer acabar con todo”
- Quiere lastimar a alguien

- Se irrita con facilidad
- Pierde control de sus impulsos
- Ha intentado suicidarse
- Se siente como si estuviera perdiendo el control de todo
- Se quiere lastimar

.....

-
- Problemas financieros
- No puede encontrar o mantener un empleo
- Usa drogas
- Dificultad leyendo
- Dificultad en el estudio
- Problemas legales
- Tiene costumbres no deseadas
- No está feliz con su empleo actual
- Esta tomando alcohol

.....

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Dificultad comunicándose• Preocupado por sexo• Ha sido abusado |
|--|

- No se lleva bien con otras personas
- Problemas socializado
- Las condiciones en su hogar son malas
- Se siente inferior a otras personas