

Family Service Of El Paso
6040 Surety Dr.
El Paso, Texas 79905
Phone: (915) 781-9900
Fax: (915) 781-9930

INFORMACION AL CLIENTE

Bienvenidos a Family Service of El Paso. Nuestras horas de oficina son de las 8:00 am a las 8:00 pm Lunes a Viernes. Citas en Sábado están disponibles en bases limitadas. Nuestro personal esta dispuesto a asistirle en todo lo que podamos, al mismo tiempo, le pedimos su cooperación con lo siguiente:

- Mantenga sus citas o de 24 horas de aviso (**Su cobro regular aplicara si no da aviso de 24 horas.**)
- Haga sus pagos por servicios rendidos a la hora de su visita.

La compañía usa un método de pago por sesión basado en su ingreso mensual o anual. El cobro puede ser reducido o cancelado bajo algunas circunstancias. Estas condiciones incluyen que los servicios sean pagados por una beca o un contrato. United Way da fondos que se usan para estos métodos. También aceptamos clientes que tienen Medicaid/Medicare y algunas seguranzas. Si usted esta cubierto por alguna seguranza, le será impuesto un cobro basado en nuestro método de pago. Usted es responsable de pagar esa cuota a la hora de su visita. Si su seguranza paga, su pago inicial le será reembolsado en cuanto el pago de esta sea recibido.

Pago deberá ser hecho a la hora de su visita. Clientes que deban mas de tres pagos no se dará otra sesión hasta que el pago por las sesiones sea hecho. Los expedientes del cliente no serán autorizados para uso personal o de otra índole sí el cliente esta delincente en su pago.

La agencia mantiene un expediente de los servicios que se le proveen. El personal de la agencia que tiene acceso a su expediente incluye su terapeuta/consejera, el supervisor de su terapeuta y la secretaria que se encarga de abrir el expediente. El departamento de contabilidad también tiene acceso a su expediente pero solo toma la información necesaria para cobros/contabilidad. Expedientes son revisados para control de calidad por nuestros administradores para darle un mejor servicio. Todo el personal de la agencia tiene estrictos códigos de confidencialidad y privacidad.

La agencia trata su expediente como un documento confidencial, pero parte de este puede ser compartido fuera de la agencia bajo las siguientes circunstancias:

- Cuando usted da permiso por escrito para revelar la información
- Cuando el expediente es requerido por una corte
- Cuando se alega abuso sexual, físico, y/o cuando hay negligencia contra un infante
- Cuando hay probabilidad de daño/peligro hacia su persona u otros
- Cuando esta información puede ser usada para obtener fondos por servicios



- Si fue referido por una agencia con la autoridad legal para recibir reportes de sí usted atendió o no sus citas, y que tanta mejoría ha tenido.
- Si usted es menor de edad, y su terapeuta cree que sus padres o guardianes legales necesitan cierta información para sobrellevar su obligación como padres, o si manteniendo esta información en secreto podría interferir para que se le pueda proporcionar la ayuda necesaria

Como cliente, usted tiene los siguientes derechos:

- Usted y su familia tienen el derecho de ser tratados apropiadamente por personal calificado. Usted y su familia tienen el derecho de saber las calificaciones y entrenamiento de las personas encargadas de su tratamiento.
- Usted tiene el derecho de requerir otra terapeuta/consejera y de ser informado si hay cambios en su tratamiento.
- Usted y su familia tienen el derecho de un plan de tratamiento para alcanzar sus metas en terapia.
- A usted se le preguntara si quiere otros miembros del personal observen sus sesiones de terapia mediante un espejo/pared o que sus sesiones sean grabadas. Esto sera en beneficio de su terapia o para entrenamiento de terapeutas. Dicha observación o grabación puede ser hecha solamente con su permiso (firma.) Usted puede desistir de este permiso en cualquier momento.
- Usted tiene el derecho de ver su expediente con el propósito de asegurarse de precisión en su caso.
- Usted tiene el derecho de requerir la presencia de una tercera persona en sus sesiones.
- Para recibir servicios para un infante, los padres o la persona que requiera los servicios necesita tener custodia legal del infante. Tenga presente que padres que tienen “derechos de visita,” también tienen derecho a ver el expediente del infante.

Family Service of El Paso tiene el derecho de ser tratado cortésmente por usted. Las siguientes actividades pueden resultar en suspensión de nuestro servicio:

- Comportamiento violento
- Amenazas o problemas con el personal
- Presentarse en nuestras facilidades bajo la influencia de sustancias que alteren al cliente y que lo hagan actuar irracionalmente o ofensivamente hacia otros
- Sobrepasarse en actos de índole sexual con el personal o con otros clientes

PRIVACIDAD DE LOS DEMAS

Los clientes son responsables de mantener privacidad mientras esperan en la sala de espera.

- No comparta información personal o confidencial con otros en la sala de espera.
- No pregunte información a otros que sea confidencial o personal.

PROCESO DE AGRAVIO

La mayor prioridad de Family Service of El Paso es proveer la mejor calidad de servicio. El personal estará dispuesto de contestar cualquier pregunta que usted tenga. Si, al trabajar juntos, algún problema surge, el personal ara el mayor esfuerzo para resolver el problema lo más pronto

posible. La agencia iniciará una investigación a cualquier queja recibida dentro de dos días hábiles. Clientes con alguna discapacidad o necesidades especiales que requieran asistencia para someter su queja en escrito serán asistidos por el personal.

Clientes que reciben servicios de Ryan White tienen el derecho de someter su queja directamente a Administrative Agency o a State DSHS HIV/STD Program.

Administrative Agency
P.O. Box 2828
Lubbock, TX 79408-2828
1-800-658-6198 x624 (English) or x308 (Bilingual)

DSHS HIV/STD Program
P.O. Box 149347 MC 1873
Austin, TX 7814
1-512-533-3000

POLIZA DE NO PRESENTARSE Y CANCELACIONES

Family Service of El Paso ha puesto la siguiente póliza para las personas que no se presentan a sus citas y para cancelaciones. Esta póliza es necesaria dada los pocos recursos que la agencia tiene y la necesidad de la comunidad para poder obtener cita.

INCUMPLIMIENTO

Un incumplimiento es definido si el cliente no se presenta a su cita con ninguna notificación a la agencia.

- Si un cliente llega a tener dos faltas consecutivas, el caso sera cerrado.
- Clientes que no han contactado la agencia por mas de un mes, sus casos seran cerrados.

CANCELACIONES

- Clientes con mas de tres cancelaciones consecutivas, no se les dara cita otra vez.
- Clientes que cancelen mas de lo que han venido, el caso sera terminado.
- Clientes incapaz de mantener su cita, por favor de notificar a nuestra oficina o dejar mensaje en la maquina de contestar por lo menos 24 horas antes de su cita. Su cita esta reservada únicamente para usted, y si no es usada por usted, será probablemente tiempo perdido para alguien quien deseaba hacer cita a ese tiempo. Por lo cual, usted será responsable de pagar por completo cualquier cita que no fue cancelada antes de las 24 horas. Emergencias o imprevistos serán tomados en consideración. Favor de tomar en cuenta que no podemos facturar su seguro por citas no atendidas o canceladas sin el aviso de las 24 horas. En estos casos, usted será responsable de pagar la cuota.

RECORDATORIOS

- Como cortesía, nuestro personal hace llamadas de recordatorio por lo menos un día antes de su cita. Es SU responsabilidad de recordarse de su cita.
- Nos permite hacer cita para otros clientes si nos notifica cuando no va a poder atender su cita.
- Por favor avísenos si hay cambios en su domicilio o numero de teléfono.

Honorarios de Consultas Legales

Si usted es implicado en el pleito que requiere la participación de su terapeuta, se le esperara que pague \$100 por hora por el tiempo profesional requerido incluso si te obliga a su terapeuta atestiguar por otro partido. Debido a la complejidad y la dificultad de la participación legal, el precio de hora o preparación y asistencia en cualquier procedimiento legal puede ser más alto que los honorarios clínicos habituales de su terapeuta.

Si sus circunstancias requieren que el recorrido del terapeuta sea lejos de la oficina para proporcionar servicios profesionales, el honorario incluirá el tiempo de recorrido y un honorario del kilometraje también serán determinados.

Family Service of El Paso
Información de Registración

Informacion de Contacto de Cliente	
Nombre del cliente:	Domicilio: _____
Telefono de Contacto:	Correo Electrónico: _____
¿Cuál es el método de comunicación preferido para confirmar su cita un día antes de su cita? <input type="radio"/> Correo Electrónico <input type="radio"/> Teléfono <input type="radio"/> No confirmar	Entiendo que estoy otorgando mi consentimiento a Family Service of El Paso de comunicarse conmigo electrónicamente al proveerles con mi dirección de correo electrónico.
Contacto de Emergencia: Nombre: _____ Tel. _____	Firma: _____

Informacion Personal		
Seguro Social:	Fecha de Nacimiento	Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>
		Nivel de educacion:
Raza: Marque Todos <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Blanco <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Asiático <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Nativo hawaiano/Isleño pacífico <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N otro _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N desconocido	Grupo Hispano: Marque uno <input type="checkbox"/> Mejicano/Mejicano Americano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Centro Americano <input type="checkbox"/> Sur Americano <input type="checkbox"/> Espanol, Potugues <input type="checkbox"/> Otro Caribe <input type="checkbox"/> Otro Hispano _____ <input type="checkbox"/> No Hispano	

Lenguaje Preferido: **Ingles** **Español** **Otro:** _____

Informacion de Esposo/Pareja/Guardián				
Estado Civil:			Nombre:	
Soltero <input type="radio"/>	Casado <input type="radio"/>	Separado <input type="radio"/>	Seguro Social:	
Divorciado <input type="radio"/>	Viudo <input type="radio"/>	Viven Juntos <input type="radio"/>		
			Fecha de Nacimiento	Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>
				Nivel de educacion:
Raza: Marque Todos <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Blanco <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Asiático <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Nativo hawaiano/Isleño pacífico <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N otro _____ <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N desconocido			Grupo Hispano: Marque uno <input type="checkbox"/> Mejicano/Mejicano Americano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Centro Americano <input type="checkbox"/> Sur Americano <input type="checkbox"/> Espanol, Potugues <input type="checkbox"/> Otro Caribe <input type="checkbox"/> Otro Hispano _____ <input type="checkbox"/> No Hispano	

Lenguaje Preferido: **Ingles** **Español** **Otro:** _____

Informacion Sobre Sus Hijos			
Nombre	Sexo	Fecha Nacimiento	Seguro Social
Número de miembros de familia:			

Typo de Referencia

Amigo Paginas Amarillas Hospital Cliente Esquela
 Pariente Seguro Policia Doctor Internet
 Folleto Agencia Social _____

Typo de Problema**Estándar***Marque una respuesta*

<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Problemas Maritales	<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Abuso sexual de niño	<input type="checkbox"/> Abuso físico de niño	<input type="checkbox"/> Violencia domestica
<input type="checkbox"/> Problemas de conducta de niño	<input type="checkbox"/> Estrés	<input type="checkbox"/> Victima de Crimen
<input type="checkbox"/> Conflicto entre padre/hijo	<input type="checkbox"/> Problemas de divorcio/separación	<input type="checkbox"/> Otro

Información Financiero**Empleo:****Cabeza de Familia****Esposo/Pareja/Guardián****Empleador:****Empleador:****Nombre de Cargo:****Nombre de Cargo:****Seguro/Medicaid:** Si No **Seguro/Medicaid:** Si No **Compañía:** _____**Compañía:** _____

de póliza: _____

de póliza: _____

Alguien de su casa recibe beneficios de**Medicaid?** Si No

Cobro se basa en 1/10 de 1% de su ingreso anual con el mínimo pago siendo \$10.00 y el máximo pago siendo \$100 por sesión.

Ingreso anual de familia:\$ _____ = pago por sesión \$ _____

A nuestros clientes: Nuestro cobro es de \$100 por hora por una sesión individual o familiar. Nosotros entendemos que el servicio de consejería requiere de una inversión, emocional y financiera. Debido al alto costo de facturación, le requerimos pago por nuestro servicio al momento de su cita. Al firmar, usted se compromete a pagar la cantidad establecida por cada sesión y por cada cita cancelada sin aviso de un mínimo de 24 horas.

Verificado por: _____ **Fecha:** _____

Firma de cliente/Guardián: _____ **Fecha:** _____

Comentario: _____

Therapeutic Agreement

Ha recibido servicios de consejería antes?

Si No

Nombre de Terapeuta: _____ Agencia: _____

Fecha: _____

Toma usted algún medicamento?

Si No

Nombre de Medicamento: _____

Nombre de Doctor/psiquiatra: _____

Porque yo/nosotros, _____ entendemos que terapia individual, familiar
Nombre de cliente/guardián legal
y de grupo no son ciencias exactas, yo/nosotros, no hacemos responsables al personal de Family Service
de ningún resultado durante el tratamiento. Yo acepto responsabilidad absoluta por los servicios y
resultados obtenidos de mi contrato terapéutico con la agencia. Yo he sido informado y entiendo los
puntos de confidencialidad, costo y limites de los servicios que la agencia provee y mis responsabilidades
como cliente. Yo/Nosotros _____ estamos de acuerdo a participar en el
Nombre de cliente/guardián legal
tratamiento para _____ con Family Service of El Paso, y aquí doy mi
Nombre de cliente
consentimiento.

He recibido y leído completamente la información al cliente establecido por Family Service of El Paso.

Firma de Cliente/Padres

Fecha

Firma de personal

Fecha

Family Service Of El Paso
6040 Surety Dr.
El Paso, Texas 79905
Phone: (915) 781-9900
Fax: (915) 781-9930

INFORMACION AL CLIENTE

Estoy de acuerdo en mantener todas las citas o dar al menos un aviso de cancelación de 24 horas.

Entiendo que mi tarifa regular se aplicará si 24 horas no se da aviso.

Estoy de acuerdo en hacer los pagos para mi sesión en el momento del servicio.

Entiendo que el pago es debido al tiempo de servicio y estoy de acuerdo en hacer los pagos para mi sesión en el momento del servicio.

Entiendo que si soy delincente de tres pagos no se permitirá programar otra sesión hasta que se han hecho arreglos de pago.

Entiendo que como cortesía, el personal hace llamadas de recordatorio al menos una noche antes de mi cita; es mi responsabilidad recordar mis citas.

He leído las formas de información al cliente y entiendo mis derechos como cliente de Family Service of El Paso.

Nombre de Cliente: _____ Fecha: _____

Firma de cliente/Guardián: _____