



GoSo Consulting

8745 W. Higgins Rd, Suite 110 • Chicago, IL. 60631

Telephone: (312) 388-4273 • Fax: (312) 268-5044

www.gosoinc.com

Bienvenido a nuestra clínica de salud mental. Esperamos sinceramente ayudarlo a lograr sus metas. Este formulario de consulta inicial es para obtener información sobre sus necesidades. Hemos elaborado el siguiente cuestionario para ayudarnos a satisfacer sus necesidades de la mejor manera posible. Si la persona que solicita nuestros servicios es un menor de edad, entonces uno de los padres o el guardián legal deberá llenar este formulario. Si tiene alguna pregunta, con mucho gusto lo ayudaremos.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Dirección _____
Ciudad, Estado, Zona Postal _____
Celular (_____) _____
Correo Electrónico _____

Identidad de género _____ Orientación sexual _____
Etnicidad _____
Estado civil (Circule uno) soltero casado vive en pareja separado divorciado viudo

Nombre de su Pareja _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Dirección _____
Ciudad, Estado, Zona Postal _____
Celular (_____) _____
Identidad de género _____ Orientación sexual _____
Etnicidad _____
Correo Electrónico _____

Contacto de Emergencia _____ Relación con el cliente _____
Teléfono (_____) _____

MOTIVO DEL SERVICIO (Circule uno)

Psicoterapia/Consejería _____ Evaluación de Inmigración (Hardship Evaluation)

Evaluación Actualizada (Updated Evaluation) Evaluación de VAWA Evaluación de U-Visa

Evaluación de Asilo Otro _____

Por favor de escribir la razón porque usted quiere psicoterapia/consejería:

Es esta la primera vez que buscas psicoterapia/consejería? _____ Si No _____
(Si se aplica)

Nombre del Abogado _____

Nombre del negocio del Abogado _____

Dirección, Ciudad, Estado, Zona Postal _____

Teléfono (_____) _____ Correo Electrónico _____

¿Quién lo recomendó? _____

INFORMACIÓN DE SU SEGURO MÉDICO (Aseguranza)

Información de su Seguro Médico Primario

Nombre del asegurado _____

Numero de Seguro Social _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado _____

Numero de Membresía _____

Numero de Póliza y de Grupo _____

Cantidad que le corresponde pagar (co-pago) _____

Sesiones _____

Autorización para consultarme _____

Numero de Autorización _____

Aviso: Por favor, haga una copia de su tarjeta de seguro por el frente y por el reverso.

SOLAMENTE CLIENTES DE LYRA HEALTH

Usted es el dependiente o la persona que tiene la membresía de Lyra Health? _____

La compañía que lo Patrocina? _____

Nombre del Empleado _____

Fecha de Nacimiento del Empleado _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este documento es informarle sobre nuestras pólizas. Si tiene otras preguntas o algún otro asunto que tratar, por favor háganoslo saber y haremos lo mejor que podamos para darle la información que solicita.

CONFIDENCIALIDAD Y SITUACIONES DE EMERGENCIA:

Su comunicación verbal y su historial clínico gozan de estricta confidencialidad, excepto en los siguientes casos: **a)** envío de información a los asesores, **b)** envío de información (como diagnóstico, fechas de servicio) a su seguro médico con fines de facturación, **c)** información que usted, su hijo o hijos nos reporten sobre abuso físico o sexual (el Estado de Illinois ordena que esta información se envíe al Departamento de Servicios a los Niños y Familias), **d)** cuando usted firma la entrega de información para compartir una información específica y **e)** si usted nos informa que se encuentra en peligro de hacerse daño o causar un daño a otros **f)** información que se necesite para consulta o supervisión de su caso y **g)** o cuando lo requiera la ley.

FILOSOFÍA DEL TRATAMIENTO:

Creemos en proveer un tratamiento orientado al logro de metas, atento a su cultura y respetuoso de su religión, espiritualidad, sexo, orientación sexual y legado cultural. Es decir que, después de una evaluación exhaustiva, se establece un tratamiento con una o varias metas. Luego se planea todo su tratamiento con la meta o metas en mente y avanzamos hacia la consecución de las mismas y todo esto de la manera más eficiente en función de tiempo. Por favor, no dude en hacernos cualquier pregunta que pueda tener sobre su tratamiento o algún comentario que tenga sobre las atenciones recibidas.

Autorizo y solicito a mi consejero que realice los exámenes de salud mental, tratamiento y procedimientos de diagnóstico que considere recomendables ahora y durante el curso de mi tratamiento. Entiendo que cuando yo lo pida, se me explicará el propósito de estos procedimientos y que éstos estarán sujetos a mi aprobación. También entiendo que aunque los tratamientos psicoterapéuticos tienen como finalidad ayudarme, pueden llegar a ser dolorosos y difíciles.

Igualmente entiendo que como resultado de solicitar una evaluación de inmigración, VAWA, U-Visa, Asilo o evaluación actualizada, la persona que me entrevistó puede también recomendarme servicios de salud mental u otros recursos específicos.

Por favor, recuerde que nuestros terapeutas considerarán como caso cerrado cualquier tratamiento después de 60 días de inactividad por parte del cliente.

PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA:

Esta práctica no está equipada para manejar llamadas telefónicas de emergencia. Su terapeuta le regresará la llamada entre un día de negocio. Si se encuentra en una situación de emergencia potencialmente mortal, acepta que irá a su sala de emergencia más cercana o llamar al 911.

Por favor, advierta que los terapeutas no siempre están disponibles para contestar de inmediato el teléfono. Si en realidad tiene un asunto urgente y necesita contactarnos, por favor deje un mensaje en la máquina de recados de su terapeuta e indique que atraviesa por una situación de

emergencia. **Por favor, haga esto solo para los casos de verdadera emergencia.** Si se trata de una urgencia médica y no hay tiempo que perder, llame al 911 o vaya a la sala de urgencias más cercana o llame a la policía. El terapeuta responderá su llamada tan pronto como esté disponible. Habrá un cobro por las consultas telefónicas prolongadas.

PROCEDIMIENTOS LEGALES: Acepto no solicitar a mi terapeuta que comparezca, en mi nombre, en ningún procedimiento legal.

ASUNTOS FINANCIEROS Y DE SEGURO MÉDICO:

El cobro por las sesiones de psicoterapia es responsabilidad exclusiva del cliente. Si lo desea, nosotros, por cortesía, podemos llamar a su seguro médico primario. No facturamos a los seguros secundarios pero le entregaremos todos los formularios necesarios para que usted los envíe a su seguro secundario. También le haremos un recibo por su pago en caso que no esté usando su seguro médico.

Es obligación del cliente estar bien informado sobre su plan de seguro o de los beneficios del Programa de Asistencia al Trabajador (EAP) Esto incluye no solamente saber los cobros que corresponden al paciente (co-pago) sino también el número de sesiones autorizadas, la necesidad de preautorización y pagos y reembolsos del seguro o de los beneficios de su EAP. El pago de algún gasto no cubierto por el seguro debe hacerse al momento de recibir el servicio. **Le pedimos que en cada sesión nos liquide su co-pago.** En caso de que aún no haya completado su deducible, debe darnos el pago completo de cada sesión hasta que complete su deducible. Si su compañía de seguro rehúsa los pagos o no tiene cobertura de consejería, requerimos que pague el balance al comienzo de la sesión. **Si su plan de salud mental cambia debido a un nuevo empleo o por cualquier otra razón, por favor avísenos inmediatamente para determinar su elegibilidad y las nuevas tarifas.**

Le hacemos saber que las compañías de seguros requieren que junto con los cobros de sus terapias se les envíe también un diagnóstico clínico, y este diagnóstico puede llegar a ser parte permanente de su historial médico. Si tiene alguna pregunta al respecto, por favor hable con su terapeuta.

Si está aquí para una evaluación de inmigración, VAWA, U-Visa, Asilo o Evaluación Actualizada:

El precio de una evaluación va de \$1,600.00 a \$3,800.00 dependiendo de que tan numerosa sea la familia o de la complejidad del caso. El costo de actualizar una evaluación es de \$800.00 a \$1,900.00. Debemos recibir un pago de \$700.00 (se prefiere dinero en efectivo) al momento de la entrevista inicial. ***Atención: Hay un cobro no reembolsable de \$700.00. Los seguros no cubren este tipo de evaluaciones.***

Requerimos 24 horas de aviso para una cancelación. Si cancela después de 24 horas, se le cobrará el costo total de su sesión; la razón es que al reservar su horario para su terapia, y al no recibir su aviso a tiempo nos impide dedicar ese tiempo a otro cliente. No se puede mandar facturas a su compañía de seguros o EAP por concepto de citas a las que no se presentó. **Usted quedará responsable del cobro total.** El pago por una cita perdida debe hacerse antes o al principio de la siguiente sesión.

Su caso será cerrado si usted no se presenta a sus citas tres citas consecutivamente dentro del año.

Si su balance rebasa los \$300.00, debemos pedirle que pague nuestros servicios al momento de recibirlos. Después de 90 días, cualquier balance pendiente acumulará un 1.5% de interés al mes (18% APR). En caso de que una cuenta esté vencida y se transfiera a una agencia de cobros, el cliente o la persona encargada del cliente deberá pagar cualquier comisión de cobro recibida por nuestra oficina al intentar recuperar la cantidad pendiente.

Métodos de pago:

Aceptamos quick pay/Zelle a Adriana@gosoinc.com o Mayra@gosoinc.com, cheques, giros postales y tarjetas de crédito. ***Sin embargo, hay un cargo de 5% por los pagos hechos con tarjeta de crédito (las facturaciones a las compañías de tarjetas las puede hacer en persona o por vía telefónica).*** Todos los cheques y giros postales deben ser firmados a: GoSo Consulting.

Apreciamos sinceramente su cooperación y si en cualquier momento tiene una pregunta acerca del seguro, tarifas, balances o pagos, por favor no dude en llamar a nuestra oficina. Puede, si lo desea, recibir una copia de este formulario.

NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

He leído y recibido una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad.

Correos electrónicos, mensajes de texto, y sitios de redes sociales no son confidenciales y su terapeuta tal vez no pueda o quiera responderlos. Para las emergencias verdaderas le pedimos que llame a nuestra oficina y deje un mensaje confidencial para su terapeuta (por favor, consulte los Procedimientos de Emergencia que mencionamos anteriormente.)

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES:

Doy/damos el consentimiento para que *(indique el nombre del niño o adolescente)* _____
_____ reciba tratamiento como cliente de GoSo Consulting.
Entendemos que los niños mayores de 12 años tienen su confidencialidad protegida por la ley. Pedimos su cooperación para que su niño reciba un tratamiento oportuno. Este consentimiento se vence al terminar el tratamiento o si es revocado por escrito.

Firma: _____ Fecha: _____

Mi firma confirma que he leído el Formulario de Consentimiento Informado y estoy de acuerdo con todos los términos.

Firma: _____ Fecha: _____

NOTIFICACIÓN SOBRE LAS PÓLIZAS Y PRÁCTICAS PARA PROTEGER LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD

Tal como lo ordena la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (“HIPAA” *por sus siglas en inglés*) de 1996, y de acuerdo con el Código de Ética de NASW, este documento describe cómo su información personal de salud puede ser usada y revelada y de qué manera usted puede tener acceso a ella. **POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE ESTE AVISO.**

Válida a partir del primero de Enero de 2015

GoSo Consulting ha estado y estará siempre comprometido a proteger la confidencialidad del cliente. Únicamente entregaremos información de sus cuidados de salud si la solicitan las leyes federales y estatales y de acuerdo a la ética profesional del trabajador social. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información de salud protegida, a dar a conocer a los clientes nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad para la protección de la información de salud y notificar a las personas afectadas tan pronto como haya una violación de su información de salud. Este documento describe cómo podemos usar y revelar su información de salud mental. Si tiene alguna pregunta sobre esta Notificación, por favor comuníquese con nuestra oficina arriba mencionada

GoSo Consulting reúne información de salud sobre usted y la guarda en un archivo, en la computadora, y en récords electrónicos de salud. La ley nos permite usar o revelar su información de salud para los siguientes propósitos:

1. Tratamiento. Es posible que necesitemos usar o revelar su información de salud para proveer, manejar o coordinar sus cuidados médicos o servicios relacionados con los mismos. Por ejemplo, podríamos enviar su información a otros proveedores de salud que le darán los servicios que nosotros no proporcionamos o bien para propósitos de consulta.
2. Pagos. Usamos y revelamos su información de salud mental para obtener el pago por los servicios que proveemos. Por ejemplo, proporcionamos a su seguro médico la información necesaria para que nos paguen.
3. Gestiones necesarias para la coordinación y manejo de sus cuidados de salud. Podemos usar y revelar información sobre su salud mental para el manejo de esta clínica de salud mental. Por ejemplo, es posible que usemos y revelemos esta información para la inspección y mejoramiento de nuestros servicios o para que su plan médico autorice nuestros servicios o su derivación a otro profesional (*referidos*). Podemos usar y revelar su información de salud mental según sea necesario para inspecciones médicas, servicios y auditorías legales o planeación y manejo de nuestro negocio. También podemos enviar su información a otros proveedores de salud, bancos de información de atenciones médicas o a los seguros médicos participantes.
4. Cuando lo requiera la Ley. Como lo ordena la ley, usaremos y revelaremos su información de salud pero limitándonos únicamente a lo que la ley considere requisito relevante. Lo haremos cuando la ley nos ordene que reportemos el abuso, la negligencia o violencia doméstica o que respondamos a los procedimientos legales o administrativos o a los agentes de policía; además, cumpliremos los requerimientos para las gestiones que mencionamos enseguida.

5. Salud Pública. Podemos, y algunas veces nos lo ordena la ley, revelar la información de su salud a las autoridades de salud pública con el propósito de: prevenir o controlar las enfermedades, evitar lesión o discapacidad, reportar el abuso o negligencia de niños, de ancianos o de algún adulto dependiente. Cuando tengamos que reportar la sospecha de abuso de un anciano o adulto dependiente o un caso de violencia doméstica, le informaremos de inmediato, al menos que, siguiendo nuestro criterio profesional, creamos que tal información lo expondrá a un alto riesgo de daño personal.
6. Procedimientos Legales y Administrativos. Durante procedimientos administrativos y legales, podemos, y algunas veces nos lo ordena la ley, revelar la información de su salud hasta donde expresamente nos autoricen los tribunales o la orden administrativa. Asimismo, podemos revelar su información en respuesta a una citación oficial, a una solicitud legal para encontrar hechos o pruebas o para algún otro proceso legal.
7. Cumplimiento de la Ley. Podemos, y algunas veces nos lo ordena la ley, revelar su información de salud a la policía con propósitos tales como identificar o localizar a un sospechoso, a un fugitivo de la ley, testigo o a alguien que se encuentra extraviado; para cumplir con una orden del juez, orden de arresto, citación de un jurado o para cualquier otro propósito policiaco.
8. Seguridad Pública. Podemos, y algunas veces nos lo ordena la ley, revelar la información de su salud a las personas apropiadas con el fin de prevenir o disminuir una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad de alguna persona en particular o del público en general.
9. Compensación Laboral. Podemos revelar información de su salud según sea necesario para cumplir las leyes sobre la compensación del trabajador.
10. Notificación de una Divulgación. En caso de una violación de información de salud protegida que haya sido divulgada, le informaremos según lo estipula la ley.
11. Anotaciones de Psicoterapia (incluyendo las Evaluaciones). No usaremos ni revelaremos las anotaciones de su psicoterapia sin su previa autorización por escrito, excepto en los casos siguientes: 1) cuando el terapeuta que hizo las anotaciones debe usarlas para el tratamiento del paciente, 2) para el entrenamiento de nuestro personal, 3) para defendernos en caso de que usted presente una demanda o cualquier otro proceso legal en nuestra contra, 4) si la ley nos ordena que mostremos nuestra información a usted o a la Secretaría para la Salud y Servicios Humanos o por alguna otra razón, 5) en respuesta a las actividades de supervisión de servicios ofrecidos por su psicoterapeuta, 6) para evitar una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad suya o de otros.

B. Cuándo Esta Clínica de Salud Mental No Puede Usar o Revelar Su Información de Salud

Excepto en los casos antes mencionados en esta Notificación de las Prácticas de Privacidad, nuestra clínica de salud mental, en cumplimiento de sus obligaciones legales, no usará o revelará información ninguna que lo o la identifique al menos que tengamos su autorización por escrito. Si autoriza a esta clínica de salud mental a usar o revelar su información para algún otro propósito, puede usted revocar tal autorización por escrito y en cualquier momento

C. Derechos de su Información de Salud

1. Derecho a solicitar protecciones especiales a su privacidad. Le asiste el derecho a requerir restricciones a ciertos usos y revelaciones de su información de salud mediante una solicitud por escrito en la que especifique cuál información desea limitar. Si nos indica que no mandemos información a su seguro médico sobre equipo o artículos comprados por usted o servicios que pagó de su propio bolsillo, acataremos sus deseos, al menos que debamos dar información para su debido tratamiento o por razones legales. Nos reservamos el derecho de aceptar o rechazar cualquier otra solicitud y le daremos a conocer nuestra decisión.
2. Derecho a revisar o a adquirir copias. Tiene el derecho de inspeccionar u obtener copias de su información de salud, aunque podemos negarnos bajo ciertas circunstancias. Si le negamos el acceso al archivo de su hijo o hija o a la de un adulto discapacitado que usted representa porque creemos que al darle acceso es muy posible que se le cause un daño grave al cliente, usted tendrá el derecho de apelar nuestra decisión. Si le negamos el derecho a leer los apuntes de su psicoterapia, tendrá el derecho de transferirlos a otro profesional de la salud mental.
3. El Derecho a corregir o a complementar su información. Le asiste el derecho a pedirnos que corrijamos su información de salud. Debe presentar su petición de enmienda por escrito e incluir las razones que tiene para pensar que la información es incorrecta o incompleta. No estamos obligados a cambiar su información de salud y le proporcionaremos información sobre cómo esta clínica de salud mental rechaza este tipo de solicitudes y sobre cómo usted puede estar en desacuerdo con nuestro rechazo,
4. Derecho a recibir información y explicaciones de las revelaciones de su información. Tiene el derecho a recibir información y explicación de cualquier divulgación de su salud mental que haga esta clínica.
5. Derecho a recibir copias en papel o en formato electrónico de esta Notificación. Tiene el derecho a ser informado sobre nuestros derechos legales y prácticas de privacidad respecto a su información de salud, incluyendo el derecho a una copia de esta Notificación de Prácticas de Privacidad.

Si gusta recibir información más detallada de estos derechos o si desea ejercer uno o más de estos derechos, comuníquese con nuestra oficina.

Cambios a esta Notificación de las Prácticas de Privacidad

En el futuro y en cualquier momento nos reservamos el derecho a corregir esta Notificación de las Prácticas de Privacidad. Le entregaremos una copia de las revisiones hechas a la Notificación.

Quejas

Cualquier queja sobre esta Notificación de Prácticas de Privacidad o sobre la manera como manejamos la información de su salud deberá ser presentada a nuestra oficina cuyo nombre y dirección se encuentran al inicio de este Aviso.

Si no está satisfecho/a sobre el modo como esta clínica recibió su queja, puede presentar una queja oficial a la Secretaría del Departamento de los Estados Unidos para la Salud y Servicios Humanos. No tomaremos ninguna acción en su contra por haber presentado alguna queja.

**Reconocimiento de Haber Recibido y Aceptado Esta
Notificación de Prácticas de Privacidad**

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Al firmar este documento reconozco que he recibido una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad de GoSo Consulting y que he tenido la oportunidad de leerla en su totalidad. Entiendo que si tengo una pregunta acerca de la Notificación o de mis derechos de privacidad, puedo comunicarme con GoSo Consulting al número (312) 388-4273.

Firma

Fecha

Firma de uno de los padres, Guardián legal o Representante Personal Fecha

Atención: Si va a firmar como representante personal del cliente, por favor describa su autoridad legal para actuar en nombre del cliente (poder notarial, sustituto legal para cuidados de salud, etc.)

☐ El cliente niega haber recibido esta Notificación:

Firma del Trabajador

Fecha

Consentimiento Para Tarjeta de Crédito

Nombre: _____

Nombre en la tarjeta: _____
Primer Segundo Apellido

Dirección de la tarjeta:

Calle Ciudad Estado Zona Postal

Autorizo a GoSo Consulting a cargar mi tarjeta de crédito por servicios profesionales de la siguiente manera:

Reconozco que a mi tarjeta de crédito se le cobrará \$100.00 por no presentarme a mi primera cita al iniciar servicios (inmigración) y clientes que vienen a psicoterapia/consejería se le cobrará la tarifa completa (\$130.00 to \$190.00). _____ **Iniciales del cliente**

Se requiere 24 horas de aviso de cancelación. Si la cancelación se realiza después de esta hora, se le cobrará la sesión completa. La falta de notificación de su cancelación antes de las 24 horas impide que haya tiempo suficiente para programar otros clientes. No se le puede cobrar a su compañía de seguro medico por citas fallidas. **Usted será responsable de la tarifa completa.** Reconozco que se le cobrará a mi tarjeta de crédito la cantidad total de la cuota de psicoterapia _____ **Iniciales del cliente**

Tipo de Tarjeta: ☐ **VISA** ☐ **MasterCard** ☐ **Discover**

Numero en la Tarjeta: _____ - _____ - _____ - _____

Fecha de Vencimiento _____ / _____

DVV Numero _____ (3 números atrás de su tarjeta)

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____