

Kids On Up Psychotherapy, Inc.
101 Conner Drive, Suite 203
Chapel Hill, NC 27514

CUESTIONARIO DE PADRES

Fecha _____ Formulario completado por _____

Nombre completo del niño _____ Hombre Mujer

La Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____
Calle Ciudad Estado

Nombre tutor y Relación _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección *(si es diferente a la anterior)* _____

Teléfonos:

_____ ¿Podemos dejar un mensaje con una persona? Y N de correo de voz? Y N

Cell _____ ¿Podemos dejar un mensaje con una persona? Y N de correo de voz? Y N

Trabajo _____ ¿Podemos dejar un mensaje con una persona? Y N de correo de voz? Y N

Email _____

Ocupación, Empleador _____

Nombre tutor y Relación _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección *(si es diferente a la anterior)* _____

Teléfonos:

_____ ¿Podemos dejar un mensaje con una persona? Y N de correo de voz? Y N

Cell _____ ¿Podemos dejar un mensaje con una persona? Y N de correo de voz? Y N

Trabajo _____ ¿Podemos dejar un mensaje con una persona? Y N de correo de voz? Y N

Email _____

Ocupación, Empleador _____

Compañía de Seguros _____

INFORMACIÓN DE SALUD

Embarazo y nacimiento: ¿Alguna complicación? Sí No En caso afirmativo, explique brevemente:

Fumar durante el embarazo Sí # cigarrillos fuma por día _____ No

Consumo de alcohol durante el embarazo Sí # bebidas por semana _____ No

Otro consumo de drogas durante el embarazo Sí especificar

_____ No

Hitos del desarrollo ¿Usted o el pediatra de su niño tenía preocupaciones con respecto a la edad que él / ella: Sonreído _____ Sentar sin apoyo: _____ Caminar ed _____ primeras palabras _____ el uso de frases _____ Hablamos _____ ir al baño en la noche _____ ir al baño durante el día _____ Montar Bicicleta _____

Enfermedades infantiles (edad y complicaciones si las hay)? Sí No En caso afirmativo, explique brevemente:

Historia de las infecciones de orejas? Sí No En caso afirmativo, explique brevemente:

Alergias o asma? Sí No En caso afirmativo, sírvase enumerar:

Los problemas del , pasado y / o presente? Sí No Si la respuesta es sí, explique brevemente: _____

¿Hospitalizaciones? Sí No En caso afirmativo, explique brevemente:

¿Heridas en la cabeza? Sí No En caso afirmativo, explique brevemente:

Nombre del médico de atención primaria del niño:

Fecha y resultados del examen físico del niño:

Otros problemas médicos pertinentes? _____

¿ El niño Está tomando algún medicamento? Sí No En caso afirmativo, nombre del doctor Prescripción: Lista de

Por favor escriba una lista de medicamentos y describir los efectos adversos o beneficios de estos medicamentos:

Ha recibido el niño tratamiento psiquiátrico previo, pruebas psico-educativa, terapia del lenguaje, terapia ocupacional o?

Sí No En caso afirmativo, indique:

fechas

Nombre del Médico

Motivo del tratamiento

Por favor, no escriba debajo de esta línea

INFORMACIÓN FAMILIAR

Estado civil de los padres la fecha de la separación / divorcio, si es aplicado en su caso

_____ / _____

¿Con quién vive el niño? _____

¿Quién tiene custodia física? _____ ¿Custodia legal?

¿Quién disciplina generalmente al niño?

¿Qué métodos se utilizan?

¿Están de acuerdo los padres sobre los métodos de disciplina? Sí No Si la respuesta es no, elabore:

Una lista de todas las personas que viven con el niño en el hogar:

Nombre	Edad	Relación	Salud Actual
_____	_____	_____	Buena Mala Fa ir
_____	_____	_____	Buena Regular Mala
_____	_____	_____	Buena Regular Mala
_____	_____	_____	Buena Regular Normal
_____	_____	_____	Buena Regular Normal
_____	_____	_____	Buena Regular Normal
_____	_____	_____	Buena Regular Mala

¿Hay niños adoptados o con usted en un hogar de crianza temporal?

Sí No En caso afirmativo, sírvase elaborar:

Por favor, no escriba debajo de esta línea

¿Algún otro miembro de la familia inmediata del niño ha tenido tratamiento de salud mental?

Sí No En caso afirmativo, sírvase elaborar:

Otros comentarios:

Por favor, no escriba debajo de esta línea

INFORMACION ESCOLAR

Si su hijo ha sido incluso a una escuela (incluyendo guardería, jardín de infantes, escuela primaria, la escuela y el hogar), completa la siguiente información para todos los grados comenzando con la guardería y que termina con la colocación actual. Por favor indique si su hijo repitió o está en una clase especial (dotado / talentoso, discapacidad de aprendizaje, trastorno de conducta, discapacidad emocional, etc).

Grado Colegio Comentarios

¿Su hijo alguna vez recibió alojamiento especial en la escuela de acuerdo a un Plan de Educación Individual (IEP) o Plan 504 ? Si el registro de entrada marcada, por favor Lista de alojamientos que reciben actualmente:

¿Alguna vez su hijo ha recibido tutoría académica? Sí No En caso afirmativo, sírvase elaborar:

RENDIMIENTO ESCOLAR ACTUAL <i>Indique con una marca de verificación el funcionamiento del niño para cada materia académica.</i>	Fallar	Por debajo del promedio	Promedio	Por encima del promedio	Comentarios
Leyendo					
Escritura					
Mates					
<i>Sírvase enumerar otros temas académicos a continuación (historia, ciencias, lengua extranjera, etc.)</i>					

INFORMACION SOCIAL

¿Cuántos amigos cercanos tiene su hijo? Ninguna 1 2 o 3 4+

¿Su hijo tiene un mejor amigo? Si no

¿Apruebas a los amigos de tu hijo? Si no

¿Cuántas veces por semana su hijo hace cosas con amigos fuera de la escuela?

Ninguno 1 2-3 4+

Comparado con otros niños de la misma edad, ¿cómo se lleva su hijo con otros niños?

Pobre Promedio Grande

¿Prefiere su hijo a otros niños que son más jóvenes, mayores o de la misma edad?

Por favor, escriba las actividades recreativas o extracurriculares favoritas de su hijo y el número aproximado de horas / semana que pasa con ellos:

Actividad

_____ Ninguno 1 2 o 3 4+

_____ Ninguno 1 2 o 3 4+

_____ Ninguno 1 2 o 3 4+

_____ Ninguna 1 2 o 3 4+

Por favor liste todos los trabajos o quehaceres que su hijo / a tiene en casa o en la escuela, y lo bien que él o ella hace estos trabajos. (Por ejemplo, alimentar al perro, hacer la cama, monitor de la sala, etc.)

Ninguna

_____ Pobre Promedio Grande

_____ Pobre Promedio Grande

_____ Pobre Promedio Grande

¿Cuáles son las principales fortalezas de su hijo?

Por favor, no escriba debajo de esta línea

PREOCUPACIONES DE LOS PADRES

¿Cuál cree que es la dificultad principal de su hijo?

¿Usted que cree es el causado de esta dificultad?

¿Qué le han dicho los médicos, maestros y / o otros sobre las dificultades de su hijo?

Otros comentarios:

Por favor, no escriba debajo de esta línea

www.KidsOnUpTherapy.com - Teléfono (919) 240-5548 - Fax (919) 525-1900

Kids On Up Psychotherapy
101 Conner Drive, Suite 203
Chapel Hill, NC 27514
Teléfono: 919-240-5548 Fax: 919-525-1900

Políticas y procedimientos comerciales

Este folleto sobre políticas y procedimientos de la oficina ha sido desarrollado para proporcionar respuestas a preguntas sobre citas, mensajes, emergencias, seguros, tarifas y confidencialidad. Por favor revíselo cuidadosamente. Si tiene preguntas o inquietudes, no dude en discutirlos con nosotros. **En la cita inicial, se le pedirá que firme un "Acuerdo de Servicios" que se convertirá en una parte permanente de su archivo.**

Para Hacer Una Cita y Las Políticas

Ofrecemos citas a clientes actuales dentro de los 14 días de una solicitud, y hacemos nuestro mejor esfuerzo para encontrar los horarios de las citas para satisfacer la mayoría de las necesidades. No aceptamos citas no programadas sin cita previa.

Cuando se hace una cita, ese tiempo se reserva y no se le puede dar a ningún otro cliente. Si es necesario volver a programar una cita o cancelarla, llámenos lo antes posible para que otra persona pueda disponer del tiempo. Nos comprometemos a verte a tiempo cada vez. Las emergencias inesperadas rara vez interrumpen nuestras citas programadas, pero si ocurre una interrupción inesperada, nunca debe esperar más de 60 minutos después de su hora programada. Llame al teléfono celular de su terapeuta (ver más abajo) si está esperando más de 60 minutos.

Habrá un cargo de 50% de la tarifa completa para cualquier cita pérdida salvo en caso de cancelación se recibe por medio día (12:00) del Día Hábil anterior excepciones incluyen clientes utilizando **Medicaid o Medicare**, para quien se perdió la cita sin la debida notificación se cargará \$5 y **sesiones de terapia grupal**, que se cobran en su totalidad independientemente de la asistencia.

Mensajes

El teléfono puede ser respondido por un sistema de correo de voz confidencial y automatizado. Haremos todo lo posible para devolver todas las llamadas telefónicas dentro de las 24 horas hábiles.

Servicios de emergencia / crisis

Si tiene una emergencia fuera del horario comercial, debe llamar al 911 o ir a la sala de emergencias de su hospital local y luego dejar un mensaje en el teléfono celular de su terapeuta. Le devolveremos la llamada dentro de 2 horas, independientemente de si está o no llamar al 911. Si el terapeuta no está disponible, entonces el mensaje de salida le dará instrucciones para llamar a otro terapeuta en esta práctica (enumerados a continuación). Haremos todo lo posible para organizar un encuentro cara a cara con un terapeuta dentro de las 2 horas posteriores a su contacto.

Tenga en cuenta los siguientes números de teléfono:

Laura Byrnes, el teléfono celular de LCSWA (850-791-9263)

Jessica Curtis, el teléfono celular de LCSWA (919-548-0317)

Salomón Kobes, LCSW 's teléfono celular (919-883-6111)

Lorie Lowans-Wells , el teléfono celular de **LCSW** (919-451-0736)

Chapel Hill UNC Hospitals 919 966-4721 *solicitud asistir psiquiatra de guardia*

Durham Hospital de Duke 919 684-2413 *solicitud de asistir a un psiquiatra de guardia*

Línea directa nacional de intervención y asesoramiento sobre crisis 1-800-999-9999

Solo para clientes de Cardinal Innovations: emergencia las 24 horas: 919-939-5911

Inclencias del tiempo

Si la oficina está cerrada por el día, haremos ese anuncio a través del mensaje de correo saliente en el número de teléfono principal (919-240-5548). Si la oficina está abierta, pero no se siente viajar seguro, por favor deje un mensaje para cancelar su cita sin penalización.

Seguro médico

Nuestra práctica se considera "*fuera de la red*" con compañías privadas de seguros de salud , y los servicios provistos no están cubiertos por todas las pólizas. La mayoría de las pólizas tienen deducibles anuales por individuo, familia o condición, y algunas establecen límites anuales en dólares o en el número de visitas permitidas por año. Dado que los beneficios son muy variados, cada cliente debe revisar su política cuidadosamente y estar al tanto de los beneficios o limitaciones involucrados. Nuestra práctica es "*dentro de la red*" con la mayoría de los planes de seguro de Medicaid y Medicare . Hable con nosotros directamente si está asegurado con Medicaid y / o Medicare.

La responsabilidad final de los costos asociados con los servicios de terapia recae en usted .

Tenga en cuenta que los servicios que generalmente no están cubiertos por las pólizas de seguro incluyen citas perdidas, sesiones telefónicas e intervenciones que tienen lugar fuera de la oficina.

Consultas telefónicas

Una consulta telefónica ocurre cuando el terapeuta y el cliente (o miembros de la familia) mantienen una conversación de naturaleza terapéutica, de resolución de problemas o de intercambio de información. No hay cargo por llamadas telefónicas cortas [menos de ocho (8) minutos]. **Las llamadas telefónicas de más de ocho (8) minutos se prorrateará a la tasa de la sesión de terapia.**

Procedimientos de facturación

Las tarifas son exigibles en su totalidad en cada visita por tarjeta de crédito, cheque , o dinero en efectivo .

La mayoría de las personas optan por mantener una **tarjeta de crédito en el archivo** para el pago automático seguro después de cada sesión. Se aceptan Mastercard, Visa, American Express y tarjetas de débito de seguros.

Los cheques son a nombre de “*Kids On Up Psychotherapy, Inc.*”

Por favor, **solicitar una nuevo recibo** que incluye toda la información necesaria de forma rutinaria para el mantenimiento de registros y para la presentación de reclamaciones de seguros .

Es nuestra política que la persona que inicia los servicios para un niño es la parte responsable de los pagos. No facturamos a otra persona ni a un cónyuge separado a menos que esa persona nos informe por escrito de su disposición a pagar por los servicios.

Las cuentas se consideran vencidas si el pago no se realiza dentro de los 30 días posteriores al momento en que los servicios se vuelven rojos.

Horario de Tarifas

- ☞ entrevista de admisión inicial \$ 180
- ☞ Terapia individual o familiar típica, por sesión de 45 minutos \$ 127
- ☞ Terapia individual o familiar, por sesión de más de 60 minutos \$ 169
- ☞ Terapia de grupo, por 50 -60 minutos sesión \$ 60
- ☞ Consultación telefónica más de ocho (8) minutos se prorratan a la tasa sesión individual.
- ☞ Las intervenciones ambientales (por ejemplo, visitas a la escuela) se prorratan a la tasa de la sesión de terapia individual.
- ☞ Duplicar información enviada a otros proveedores, agencias, abogados, etc20 centavos / página
- ☞ Escritura de cartas se prorrata al tipo Terapia Individual Sesión.

Beneficios, riesgos y estándar de atención

Los beneficios de la psicoterapia son muchos e incluyen obtener una mejor comprensión de uno mismo y las relaciones, alivio del dolor emocional y una mejor capacidad para manejar las tareas de la vida diaria. También hay riesgos, como experimentar discusiones desagradables relacionadas con emociones sobre eventos o ideas difíciles o desagradables .

Nos esforzamos por proveer la mejor atención posible a todos nuestros clientes, tratándolo con curiosidad y respeto. Nuestro enfoque incluye una mezcla ecléctica de enfoques cognitivo-conductuales, psicodinámicos, basados en el juego, psicoeducativos, EMDR, ACT y métodos relacionales. Proveemos atención coordinada, lo que significa que a veces consultaremos o remitiremos clientes a otros profesionales de la salud. Dicho esto, que el valor de su confidencialidad y la privacidad, por lo que si se analiza el caso de que se hace de una manera que protege la confidencialidad, al no revelar su nombre u otra información que le haría fácilmente identificable si usted no ha dado autorización específica para hazlo

Derechos del cliente / confidencialidad

Los clientes pueden cuestionar y / o rechazar procedimientos o métodos terapéuticos o de diagnóstico en cualquier momento .

Los derechos humanos básicos del Estado de Carolina del Norte se definen como el derecho a la dignidad , la privacidad y el cuidado humano. Además de esos derechos humanos, cuando recibe servicios de HD / IDD / SA financiados con fondos públicos, tiene derecho a tratamiento, incluido el acceso a atención médica y rehabilitación, independientemente de la edad o el grado de discapacidad de MH / IDD / SA. Si tiene inquietudes con respecto a sus derechos que no podemos resolver juntos dentro de 2 semanas, puede presentar una queja ante Disability Rights North Carolina : 2626 Glenwood Ave, Ste 550; Raleigh, NC 276993009. 877-235-4210 O 919-856-2195. www.dhhs.gov/mhddsas

Cuando se trabaja con niños, es esencial que el niño tenga confianza para confiar en su terapeuta. Con esto en mente, nos mantenemos la confidencialidad de los hijos menores de la misma manera que mantenemos la confidencialidad de adultos : no soltando específica clínica personal o información que usted o su hijo proporciona al terapeuta sin el consentimiento por escrito específica para hacerlo. Sin embargo, como padre o guardián, usted tiene el derecho y la responsabilidad de cuestionar y comprender la naturaleza de nuestras actividades y el progreso con su hijo. Debemos usar nuestra discreción clínica en cuanto a qué es una divulgación apropiada. Se discutirá con usted el progreso del niño y su participación en el tratamiento, y usted puede solicitar que el terapeuta proporcionar una copia de ti / plan de tratamiento de su hijo.

Tenga en cuenta que hay **ciertas circunstancias** en las que la ley y la práctica ética nos obligan a **anular la confidencialidad** :

- a) Si sospechamos que ha habido abuso de niños o ancianos, la ley exige que lo informemos a las autoridades.
- b) Si se informa sobre la explotación sexual por parte de otro terapeuta, estamos obligados a notificar a las personas o agencias apropiadas.
- c) Si nosotros creemos que su hijo es una amenaza claro e inminente a su mismo o a otro, entonces tenemos que intervenir.
- d) En los procedimientos legales, las comunicaciones paciente-terapeuta suelen ser privilegiadas. El excepción, sin embargo, se produce cuando estamos ordenados por la corte para divulgar la información que el tribunal considera que es esencial para la buena administración de la justicia.
- e) Buscar atención médica de emergencia si, a juicio del terapeuta, es necesaria.

Liberación de información

Nosotros requerimos que una " Autorización del paciente para uso y divulgación de información de salud protegida" forma ser firmados antes de compartir información con respecto a usted o su hijo, excepto en las circunstancias descritas anteriormente.

Kids On Up Psychotherapy, Inc.
101 Conner Drive, Suite 203
Chapel Hill, NC 27514
Teléfono: 919-240-5548 Fax: 919-525-1900

ACUERDO DE CLIENTE POR SERVICIOS

Yo, _____, entiendo y acepto todas las políticas comerciales de Kids On Up Psychotherapy, Inc . Estas políticas incluyen: procedimientos de oficina con respecto a citas, cancelaciones, mensajes, emergencias, tarifas, seguros y confidencialidad.

Doy consentimiento para _____ recibir Terapia externo de Kids On Up, Psychotherapy Inc . Entiendo que mi consentimiento para participar en este servicio es voluntario, que puedo rechazar el servicio y que mi consentimiento puede ser retirado con una notificación por escrito en cualquier momento sin amenaza o terminación de los servicios .

Firma Fecha

CONSENTIMIENTO PARA BUSCAR ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Esto es para autorizar a los empleados de Kids On Up Psychotherapy, Inc., a buscar atención médica de emergencia para _____ , si, a su juicio, es necesario . Se entiende y acepta que los empleados de Kids On Up Psychotherapy, Inc. serán inofensivos por todos y cada uno de los resultados de sus esfuerzos para obtener tratamiento médico de emergencia de un hospital o médico, incluidos accidentes o lesiones durante el transporte.

Firma Fecha

ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.

Su registro de salud contiene información personal sobre usted y su salud. Esta información sobre usted que puede identificarlo y que se relaciona con su estado o salud física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados se denominan Información de salud protegida ("PHI"). Este **Aviso de prácticas de privacidad** describe cómo podemos usar y divulgar su PHI de acuerdo con la ley aplicable y el *Código de ética de NASW*. También describe sus derechos con respecto a cómo puede obtener acceso y controlar su PHI.

La ley nos exige mantener la privacidad de la PHI y notificarle nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI. Estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso de prácticas de privacidad. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Cualquier nuevo Aviso de prácticas de privacidad será efectivo para toda la PHI que mantenemos en ese momento. Le proporcionaremos una copia del Aviso revisado de prácticas de privacidad publicando una copia en nuestro sitio web, enviándole una copia por correo a pedido o proporcionándole una en su próxima cita.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED

Para tratamiento. Quienes participan en su atención pueden usar y divulgar su PHI 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 su PHI a cualquier otro consultor solo con su autorización.

Para el pago. Podemos usar y divulgar su PHI para que podamos recibir el pago por los servicios de tratamiento que se le brindan. Esto solo se hará con su autorización. Ejemplos de actividades relacionadas con el pago son: hacer una determinación de elegibilidad o cobertura para los beneficios del seguro, procesar reclamos con su compañía de seguros, revisar los servicios que se le brindan para determinar la necesidad médica o realizar actividades de revisión de utilización. Si se hace necesario utilizar los procesos de recolección debido a la falta de pago por los servicios, solo divulgaremos la cantidad mínima de PHI necesaria para fines de recolección.

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, licencias y realización u organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos compartir su PHI con terceros que realizan diversas actividades comerciales (por ejemplo, servicios de facturación o mecanografía) 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 la ley. Según la ley, debemos divulgar su PHI cuando lo solicite. Además, debemos divulgar información 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.

Abuso y negligencia: si usted nos da información que nos lleva a sospechar abuso, negligencia o muerte por maltrato, debemos informar dicha información al Departamento de Servicios Sociales del condado o a los investigadores de Servicios de Protección Infantil. Podemos divulgar su información de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza grave para su salud o seguridad o la salud o seguridad de otros.

Seguridad pública (deber de advertir): los profesionales de la salud mental deben romper la confidencialidad y advertir a terceros (y esto significa, cuando corresponda, la víctima prevista y las autoridades policiales) si el daño es razonablemente previsible. La divulgación debe ser en la medida necesaria para permitir a la víctima evitar daños y permitir que las autoridades intervengan.

Supervisión de la salud: La Junta de Trabajo Social de Carolina del Norte y / o la Junta de Examinadores Médicos de Carolina del Norte tienen el poder, cuando es necesario, de citar registros relevantes en caso de que seamos el foco de una investigación.

Procedimientos judiciales o administrativos: si usted está involucrado en un procedimiento judicial, y si se solicita información sobre los servicios procesales que le hemos proporcionado y / o los registros de los mismos, dicha información es privilegiada por la ley estatal, y no debemos divulgar la esta información sin su autorización por escrito o una orden judicial. Este privilegio no se aplica cuando está siendo evaluado por un tercero o cuando la evaluación es ordenada por el tribunal. Se le informará de antemano si este es el caso.

Seguridad nacional: podemos divulgar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos divulgar a los funcionarios federales autorizados la información de salud requerida para inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos divulgar a la institución correccional o al oficial de la ley que tenga la custodia legal de la información médica protegida del recluso o del paciente bajo ciertas circunstancias.

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 siguientes:

- Requerido por ley, como la notificación obligatoria de abuso o negligencia infantil o auditorías o investigaciones obligatorias de agencias gubernamentales (como la junta de licencias de trabajo social o el departamento de salud)
- Requerido por orden judicial
- Necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público. Si se divulga información para prevenir o disminuir una amenaza grave, se divulgará a una persona o personas razonablemente capaces de prevenir o disminuir la amenaza, incluido el objetivo de la amenaza.

Permiso Verbal

Podemos usar o divulgar su información a miembros de la familia que estén directamente involucrados en su tratamiento con su permiso verbal.

Con autorización. Los usos y divulgaciones no permitidos específicamente por la ley aplicable se realizarán solo con su autorización por escrito, que puede ser revocada.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la PHI que mantenemos sobre usted. Para ejercer cualquiera de estos derechos, envíe su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad en [Insertar información de contacto]:

- **Derecho de acceso para inspeccionar y copiar.** Usted tiene el derecho, que puede estar restringido solo en circunstancias excepcionales, a inspeccionar y copiar la PHI que pueda usarse para tomar decisiones sobre su atención. Su derecho a inspeccionar y copiar PHI estará restringido solo en aquellas situaciones en las que exista evidencia convincente de que el acceso podría causarle un daño grave. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo de las copias.
- **Derecho a enmendar.** Si considera que la PHI que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos la información, aunque no estamos obligados a aceptar la modificación.
- **Derecho a una contabilidad de divulgaciones.** Tiene derecho a solicitar un informe de algunas de las divulgaciones que hacemos de su PHI. Podemos cobrarle una tarifa razonable si solicita más de una contabilidad en un periodo de 12 meses.
- **Derecho a solicitar restricciones.** 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.** 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.** 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 con nuestro Oficial de Privacidad en [Insertar nombre e información de contacto] o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos en 200 Independence Avenue, SW Washington , DC 20201 o llamando al (202) 619-0257. **No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

**Aviso de prácticas de privacidad
Recibo y acuse de recibo de aviso**

Nombre del paciente / cliente:

Fecha de nacimiento:

Por la presente, reconozco que he recibido y se me ha dado la oportunidad de leer una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Kids On Up Psychotherapy, inc. Entiendo que si tengo alguna pregunta sobre el Aviso o mis derechos de privacidad, puedo contactar a Kids On Up Psychotherapy, Inc. al 919-240-5548 .

Firma del paciente / cliente

Fecha

Firma o padre, tutor o representante personal *

Fecha

* Si firma como representante personal de una persona, describa su autoridad legal para actuar en nombre de esta persona (poder notarial, sustituto de atención médica, etc.).

➔ paciente / cliente se niega a acusar recibo :

Firma del miembro del personal

Fecha

Kids On Up Psychotherapy

Edificio Willowcrest

101 Conner Drive, Suite 203

Chapel Hill, NC 27514

KidsOnUpSolomon@gmail.com

Política de correo electrónico , mensaje de texto y redes sociales

USO DE CORREO ELECTRÓNICO Y MENSAJES DE TEXTO

Para algunas personas, el correo electrónico es una forma conveniente de comunicar actualizaciones o problemas relacionados con la terapia para guardarlos para una discusión posterior. **Si decide enviar por correo electrónico nos contenido relacionado con su trabajo terapéutico , Estaremos encantados de confirmar la recepción de su mensaje , y traer una copia impresa de su mensaje a nuestra próxima sesión de terapia.** No podemos participar en conversaciones de correo electrónico en curso.

Nosotros preferimos utilizar correo electrónico sólo para **arreglar o modificar citas, facturación, y en breves mensajes de seguimiento** que eviten temas sensibles.

No se comunique con nosotros por mensaje de texto por ningún motivo.

El correo electrónico y el texto no son medios apropiados de comunicación en torno a una crisis. Si su necesidad es urgente, llame al teléfono celular de su terapeuta : Solomon Kobes (919-883-6111); Laura Byrnes (850-791-9263); Lorie Lowans -Buenos (919-451-0736) .

Usted Puede dejarnos mensajes de voz confidenciales por teléfono en cualquier momento (919-240-5548), y podemos programar horarios para hablar en persona o por teléfono según sea necesario.

Nosotros por lo general consideramos los mensajes de teléfono y correo electrónico pertinentes al tratamiento y podemos documentar estas en su historia clínica como tal.

SEGURIDAD DE CORREO ELECTRÓNICO

La seguridad de la comunicación por correo electrónico es sólo tan buena como la seguridad de las computadoras y los proveedores de servicios de Internet (ISP) utilizados para enviarlos. Nuestras computadoras se actualizan con un firewall y un software antivirus. Tenga en cuenta que todos los mensajes de correo electrónico son retenidas en los registros de sus y nuestros proveedores de Internet . Aunque es poco probable que alguien va a acceder a esta información , que es, en teoría, disponibles para ser leídos por los ADMINISTRAC sistema rators del I SP . Una vez que un mensaje de correo electrónico abandona su computadora, ingresa en una red mundial de computadoras sobre la cual ni usted ni nosotros tenemos control.

Usamos **Protonmail seguro HIPPA** cuando *enviamos* correos electrónicos .

REDES SOCIALES

Nosotros no participamos en ningún tipo de comunicación o se conecte con los clientes a través de las redes sociales (incluyendo Facebook, Twitter, LinkedIn y otros).

Yo, _____, entiendo y acepto el correo electrónico , mensajes de texto, y las políticas de medios sociales de Kids On Up Psychotherapy, Inc .

Firma Fecha