

# TBT, LLC - Teton Behavior Therapy Mailing: PO Box

2299, Jackson, WY 83001

Physical: 1490 Gregory Lane, Jackson, WY 83001

10 S. Main Street, Suite 103, Victor, Idaho 83455

Phone: 307-734-6040 // Fax Line: 307-460-7343

## New Client Policy

Gracias por elegir Teton Behavior Therapy (TBT, LLC). Estamos comprometidos a construir una relación exitosa con usted y con su familia. Por favor déjenos saber si tiene preguntas después de leer lo siguiente. ¡Esperamos poder trabajar con ustedes!

### Servicios Disponibles de TBT:

TBT brinda servicios de salud mental a niños, adolescentes, adultos y familias. Referencias están disponibles cuando TBT no puede proporcionar un servicio solicitado o necesario.

### Locación en Jackson, WY:

Nuestras oficinas en Jackson se encuentran en la dirección siguiente: 1490 Gregory Lane, un edificio en la esquina de Gregory Lane y High School Road. La entrada principal es la puerta lateral que da a la calle de Gregory Lane, la oficina se encuentra en **el piso de arriba a mano izquierda**. Para todas las visitas al consultorio, favor de usar el estacionamiento más cercano a los garajes del edificio.

### Locación en Driggs, ID:

Nuestras oficinas en Victor se encuentran en la dirección siguiente: 89 N. Main Street, Driggs, Idaho en el piso segundo. Se puede estacionar detrás del edificio. Hay una entrada por la parte de atrás y otra por enfrente.

### Horas de Servicio:

Nuestras oficinas de Wyoming y Idaho están abiertas de 9am-5pm, de lunes a viernes, aunque podemos hacer excepciones dependiendo de cada caso. El número de teléfono principal de TBT es (307) 734-6040. Nuestro número de teléfono de apoyo es 307-203-4641, de lunes a viernes de 9AM-7PM, sábado y domingo de 12PM-4PM.

### Costos Clínicos de TBT:

WY & ID Costos Clínicos	WY: sesión de admisión: \$250 WY: cada sesión después: \$200	ID: Sesión de Admisión: \$200 ID: cada sesión después: \$150
Intern-	\$75 sesión de admisión/ \$50 cada sesión después	\$75 sesión de admisión/ \$50 cada sesión después
Terapia en Grupos	\$50 cada sesión	\$50 cada sesión
Terapia: Paquete de descuento	Wyoming: <b>hay que pre-pagar</b> 5 sesiones para \$875	Idaho: <b>hay que pre-pagar</b> 5 sesiones para \$650

## **TBT, LLC - Teton Behavior Therapy**

Las sesiones suelen durar 55 minutos, ya que esto nos da unos minutos para pasar a la siguiente persona o familia. Tenga en cuenta que, con mayor frecuencia, la terapia familiar, las observaciones clínicas, las conversaciones y las consultas no son facturables al seguro, por lo tanto, el cliente será financieramente responsable. Las sesiones / conversaciones de crisis pueden facturarse a una tarifa más alta. **Si usted tiene Medicaid, Medicare, Servicios de Víctima del Crimen, o recibe cobertura del departamento de servicios familiares, estos precios pueden ser diferentes para usted.** Las tarifas de entrenamiento académico se discutirán como sean necesarias.

### **Utilizando Su Seguro:**

Es **su responsabilidad** consultar con su seguro para asegurarse de que TBT, LLC (que hace negocios como Teton Behavior Therapy) esté dentro de la red con su plan específico en la oficina que planea visitar (Jackson o Victor). Trabajamos con Blue Cross Blue Shield of Wyoming, Blue Cross of Idaho, Idaho Medicaid, Wyoming Medicaid, Wyoming Medicare, United, Regence Blue Shield of Idaho, Allegiance, y Aetna Wyoming. Si utiliza otro plan o proveedor de seguro, usted será responsable del pago de cada sesión en el momento de la sesión. Podemos enviar una factura electrónicamente de sus sesiones acumuladas a su proveedor para obtener beneficios fuera de la red. Favor de completar la documentación del seguro adjunta para que podamos estar preparados para analizar su plan.

### **Responsabilidad financiera del cliente:**

Los clientes son responsables del costo del servicio en el momento del servicio. Los clientes pueden optar por mantener una tarjeta de crédito en el archivo (se prefiere) o pagar en efectivo o cheque en su cita. Los copagos, deducibles, coseguros y pagos por servicios no cubiertos deben ser pagados al momento del servicio. Si desea recibir un recibo mensual de los servicios por correo electrónico (preferido) o por correo, comuníquese con nuestro Gerente de facturación en [billing@tetonbehaviortherapy.com](mailto:billing@tetonbehaviortherapy.com). Aceptamos efectivo, cheques y todas las principales tarjetas de crédito.

### **Asistencia financiera:**

Estamos dispuestos a establecer un plan de descuento para clientes con necesidades financieras. Comuníquese con nuestro Gerente de facturación en [billing@tetonbehaviortherapy.com](mailto:billing@tetonbehaviortherapy.com) o al 307-734-6040 con cualquier pregunta sobre facturación o para solicitar una tarifa de escala.

### **Citas perdidas:**

El tiempo de su cita está reservado exclusivamente para usted. Requerimos un aviso de cancelación de 24 horas. Las citas perdidas sin previo aviso de 24 horas resultarán en un cargo de \$65.

### **Papeleo:**

Adjunto encontrará el papeleo de admisión inicial. Puede imprimirlos y llevarlos con usted a su primera sesión, o puede completarlos cuando llegue.

# TBT, LLC - Teton Behavior Therapy

**Consentimiento para Tratamiento:** Por este medio busco y consiento tomar parte en el tratamiento para mi hijo(a)/o para mi de una terapeuta del equipo de TBT. Entiendo que, al desarrollar un plan de tratamiento con una terapeuta, debo revisar regularmente nuestro trabajo para cumplir con los objetivos del tratamiento que son de mi mayor interés. Estoy de acuerdo en poner todo de mi parte en este proceso. Entiendo que no se me han echo promesas como resultado del tratamiento o de cualquier proceso provisto por la terapeuta. Soy consciente de que, en caso de detener el tratamiento en cualquier momento con la terapeuta, de lo único que seré responsable será de pagar por los servicios que hasta ese momento haya recibido. Comprendo que, si detengo el tratamiento, podría perder otros servicios o podré lidiar con otros problemas. (Por ejemplo, si mi tratamiento ha sido orden de la corte, tendré que responder a la corte).

\_\_\_\_\_ (inicial) Eh leído, comprendo, y estoy de acuerdo con la póliza de cliente nuevo de Teton Behavior Therapy (pagina 1).

\_\_\_\_\_ (inicial) Entiendo que los siguientes cargos se deben al momento del servicio a menos que se hayan hecho arreglos con TBT con respecto al seguro: \$ 175 (WY) o \$ 135 (ID) para la admisión; \$ 150 (WY) o \$ 125 (ID) por cada 45-60 minutos adicionales de terapia; y \$ 37.50 (WY) o \$ 31.25 (ID) por 15 minutos de observación, conversación clínica y consulta. Se aceptan efectivo, cheques y tarjetas de crédito. Si tengo Medicaid, Medicare o Compensación de víctimas de delitos, o cobertura a través de DFS, es posible que estos cargos no me apliquen.

\_\_\_\_\_ (inicial) Entiendo que a mi tarjeta de crédito registrada se le cobrarán los costos relacionados con el tratamiento (si se marca como el método de pago preferido). Sé que debo llamar para cancelar una cita al menos 24 horas (1 día) antes de la hora de la cita. Si no cancelo con 24 horas de anticipación o no me presento a la cita, se me cobrará por esa cita. Sé que mi tarjeta de crédito registrada puede ser cargada si el terapeuta no es informado de otra manera. Sé que si elijo no mantener una tarjeta de crédito en el archivo, aún seré responsable del pago de estas tarifas. Entiendo que si no se realiza el pago de los servicios que recibo aquí, el terapeuta puede suspender el tratamiento y enviar mi factura a una agencia de cobros.

\_\_\_\_\_ (inicial) Soy consciente de que un agente de mi compañía de seguros u otro pagador externo puede recibir información sobre los tipos, costos, fechas y proveedores de los servicios o tratamientos que recibo.

\_\_\_\_\_ (initial) Reconozco que he recibido y se me ha dado la oportunidad de leer una copia del Aviso de prácticas de privacidad de TBT (páginas 10-12). Entiendo que si tengo alguna pregunta sobre el aviso de mis derechos de privacidad, puedo contactar a TBT al 307-734-6040.

Copia aceptada por el cliente \_\_\_\_\_ Terapeuta se a quedado con la copia \_\_\_\_\_

Mi firma a demuestra que entiendo y estoy de acuerdo con todas estas declaraciones.

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Firma Padre/Tutor Legal del Niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Escrito: \_\_\_\_\_ Relacion al cliente: \_\_\_\_\_

Yo, la terapeuta, He discutido los puntos anteriores con el cliente (y/o con sus padres, guardianes, u otro representante). Mis observaciones del comportamiento y respuestas de esta persona no me da razón para creer que no es completamente competente para darme información y consentimiento.

Firma de la Terapeuta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Si corresponde, ¿quién trajo al cliente menor a la sesión de admisión?**

\_\_\_\_\_ copia aceptada por el cliente \_\_\_\_\_ copia rechazada por el cliente \_\_\_\_\_

**TBT, LLC - Teton Behavior Therapy**  
**INFORMACION DEL CLIENTE**

**Nombre del Cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

(Apellidos) (Primer Nombre) (Segundo Nombres)

Genero: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Escuela (Si aplica) \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**Dirección de Correo Postal:** \_\_\_\_\_

**Dirección Fisica:** \_\_\_\_\_

**Ciudad, Estado, Código Postal:** \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje? Si No

Teléfono Casa \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje? Si No

Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_ (es importante si la terapia es para un menor)

Podemos dejar mensaje? Si No

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Prefiere recordatorios por correo electrónico o textos? \_\_\_\_\_

**Contactos de emergencia (requerido para todos los clientes)**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Persona responsable (facturas), si el cliente es un menor:**

Quien es/Son los tutores legales principales \_\_\_\_\_

Dirección si es diferente de la anterior: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Correos electrónicos de ambos padres (email): \_\_\_\_\_

Por favor escriba sus iniciales para recibir recordatorios, correo de voz, texto, o correo electrónico : Casa:

\_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección si, el guardián no vive con el cliente: \_\_\_\_\_

Quisiera incluir este contacto en todas nuestras comunicaciones? si no

Nombre e información de contacto de otros guardianes que no viven con el cliente:

\_\_\_\_\_

¿Deberíamos incluir a este tutor en todas las comunicaciones? Sí No

# TBT, LLC - Teton Behavior Therapy

## Pago/Información Seguro Medico

*Este es un documento medico estrictamente confidencial. Divulgarlo o transferirlo esta expresivamente prohibido por ley.*

Método de pago preferido para cada sesión: tarjeta de crédito que se mantendrá en archivo O efectivo / cheque en el archivo al momento de la sesión

Otro: \_\_\_\_\_

¿Desea que enviemos estos reclamos al seguro? Sí No Si que si se envíen revise la sección a continuación.

**\*Recomendamos mantener un número de tarjeta de crédito en el archivo para facilitar el tratamiento.\***

\_\_\_\_\_(Iniciales) Apruebo que TBT le cobre a esta tarjeta los costos relacionados con el tratamiento.

Numero de Tarjeta: \_\_\_\_\_

Nombre tal como esta en su tarjeta: \_\_\_\_\_

Fecha de expiracion: \_\_\_\_\_ CVC codigo: \_\_\_\_\_ DEBITO o CREDITO

Direccion de facturacion y codigo posta: \_\_\_\_\_

### Insurance Verification (required if billing insurance)

¿Alguien en la familia recibe servicios para víctimas de crimen? \_\_Si \_\_No

Si esta recibiendo servicios para victimas de crimen, proporcione una copia de su carta de CVC explicando sus beneficios.

**\*\*Favor de entregar una fotocopia de ambos lados de su tarjeta de seguro o nosotros podemos tomar una copia en a oficina para enviarla al seguro.**

**Copia recibida por terapeuta ? Si NO**

**Si no proporciona una fotocopia de ambos lados de su tarjeta de seguro en la sesión de admisión, entonces debe completar esta sección**

Nombre de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Direccion de titular de la poliza (si es different a la direction del cliente):

Numero de ID de Seguro Individual: --- \_\_\_\_\_

Numero de ID de seguro de Grupo: \_\_\_\_\_

Fecha de efectividad: \_\_\_\_\_ número de teléfono para beneficios \_\_\_\_\_

## TBT, LLC - Teton Behavior Therapy

**Seguro primario:** Realizamos el reclamo de la factura después de verificar la prueba del seguro medico, Si el cliente no puede presentar esta documentación, el pago se requiere al momento del servicio. Al recibir la tarjeta del seguro medico enviaremos el reclamo al seguro medico indicando que el pago se realice al momento del servicio.

**Seguro Secundario:** Realizaremos el reclamo al seguro secundario si obtenemos la información requerida al momento del servicio. Sin embargo, si en el lapso de 45 días después de enviar el reclamo, nuestra oficina no recibe el pago, la responsabilidad será transferida al cliente.

Por favor llame al numero de la compañía de seguro medico antes de la primera cita. El numero telefónico se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta.

**Asegúrese de solicitar beneficios de salud mental para pacientes cuando llame a su compañía de seguros para obtener información. Pregunte y complete lo siguiente:**

1. ¿Su seguro cubre la asesoría de un consejero profesional con licencia o un trabajador social clínico con licencia? SI NO

2. TBT, LLC – Teton Behavior Therapy es un proveedor dentro de su plan de seguro? SI NO

*Si no, pregunte si su plan cubre beneficios fuera de su plan*

3. Su Seguro tiene un deducible? SI NO

4. Cuanto de su deducible se ha cumplido? \_\_\_\_\_

5. De cuanto es su copago o porcentaje que debe pagar? \_\_\_\_\_

6. Hay un limite de visitas por año? SI NO

*Si no es así, cuantas visitas le han otorgado? \_\_\_\_\_ Cuantas visitas ha usado? \_\_\_\_\_*

7. Los limites de servicio siguen el calendario tradicional del año? SI NO

*Si no es así, como corre el año? \_\_\_\_\_*

**No dude en ponerse en contacto con nuestro gerente de facturación antes de su sesión en [billing@tetonbehaviortherapy.com](mailto:billing@tetonbehaviortherapy.com) si tiene preguntas después de comunicarse con su compañía de seguros.**

**TBT, LLC - Teton Behavior Therapy**  
Direccion De Correo: PO Box 2299, Jackson, WY 83001  
Direccion Fisica: 1490 Gregory Lane, Jackson, WY 83001  
89 N. Main Stree, Driggs, Idaho 83422, Suite 203  
Numero Principal: 307-734-6040 // Numero de Fax: 307-460-7343

**Autorización para la Divulgación de Información**  
**Se requiere completar para las clientes de Medicaid**

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo a TBT, LLC para **divulgar/obtener** la información necesaria a/de los siguientes individuales u organizaciones sobre: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

1. Proveedor de Atención Medica (Doctor o Pediatra – se requiere si esta utilizando Medicaid como forma de pago): \_\_\_\_\_
2. Dentista (se requiere si esta utilizando Medicaid como forma de pago): \_\_\_\_\_

3. Nombre de Escuela (se es aplicable): \_\_\_\_\_

4. Otro/Nombre/Afiliacion: \_\_\_\_\_

5. Otro/Nombre/Afiliacion: \_\_\_\_\_

Que tipo de información se va a divulgar/obtener: Información académico o social/emocional que podría ser útil para coordinar los servicios de salud mental o el éxito escolar.

Otro: ----- \_\_\_\_\_

El propósito de divulgar/obtener la información: Coordinación de servicios de salud mental y educación  
Este consentimiento expira cuando cualquiera de los siguientes casos ocurra primero:

Fecha: \_\_\_\_\_ Evento: Un mes después del final del tratamiento

Condición: revocación escrita por el cliente.

Al igual, acepto que TBT sea nombrado inofensivo por cualquier use de esta información hecha por un destinatario autorizado en esta forma, reconociendo que TBT no tendrá control sobre dicho uso una vez que se divulgue la información.

**Mi firma autoriza a TBT, LLC a divulgar u obtener información de las personas u organizaciones mencionadas arriba.**

-----  
**Cliente** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Guardián (si cliente es menor de edad)**

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Solo para uso escolar:** \_\_\_\_\_

Permito que la terapeuta vea a mi hijo(a) en la escuela y/o recoja a mi hijo(a) de le escuela para ir y venir de la oficina de TBT para las sesiones de terapia programadas

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre /Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

**El paciente / cliente se niega a divulgar cualquier información** \_\_\_\_\_

# TBT, LLC - Teton Behavior Therapy

## Historial del Cliente

Por favor indique su preocupación principal: \_\_\_\_\_

---

---

---

¿Por favor indique algunas metas que quisiera completar o tratar en la terapia?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

## Información Sobre El Hogar

¿Quien mas vive en la casa del cliente? Incluya nombres, edades, e información sobre la calidad de las relaciones.

---

---

Custodia y Plan de Padres (circule uno): Vive con ambos padres (biológicos o adoptivos)

Padre/Madre soltero(a)      Custodia Compartida (padres viven en hogares separados)

Otro: \_\_\_\_\_

**Favor de proporcionar una copia del acuerdo de separación o custodia a TBT, si corresponde.**

## Historial Medico

Tenga en cuenta la edad y cualquier otra información pertinente para el historial de salud física del cliente, incluyendo algún problema en el desarrollo infantil de su niño(a).

---

---

Medicamentos para la salud mental y física previas y del día (incluyendo medicamentos sin prescripción): \_\_\_\_\_

---

Medico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_

Fecha de ultima Cita: \_\_\_\_\_



# TBT, LLC - Teton Behavior Therapy

## Escala de Humor

**Se requiere completar para las clientes de Medicaid**

Considere cuidadosamente lo que se aplica a usted o a su hijo(a). Encierre en un círculo el número correspondiente (basado en el Escala de calificación de Hamilton y la Medida de síntoma transversal APA Nivel-1).

<p><b>Estado de animo deprimido (triste):</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Definitivamente no deprimido(a)</li><li>2. No lo se</li><li>3. Levemente deprimido(a)</li><li>4. Niveles Moderados (breves periodos de infelicidad o ausencia de emociones).</li><li>5. Niveles Severos (seguido se ve triste o retirado(a)).</li></ol> <p><b>Llanto</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Normal para su edad</li><li>2. Lloro con mas frecuencia que otros compañeros</li><li>3. Lloro con frecuencia</li></ol> <p><b>Autoestima</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Niño(a) se describe a si mismo en términos mayormente positivos</li><li>2. Poca o ninguna evidencia de bajo autoestima</li><li>3. Se describe a si mismo en algunos términos positivos y negativos</li><li>4. Terminos positivos y negativos, pero mayormente negativos</li><li>5. Se refiere a si mismo en términos humillantes o evita la pregunta</li></ol> <p><b>Pensamientos Morbosos (de muerte o violencia)</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. No Aparenta Pensamientos Morbosos</li><li>2. Algunos Pensamientos morbosos – relacionados con eventos reales</li><li>3. Un poco mas de lo habitual pensamientos morbosos.</li></ol>	<p><b>Retiro Social:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Disfruta de buenas amistades con sus compañeros</li><li>2. Tiene varios amigos, no muy cercanos</li><li>3. Es pasivo en conseguir amigos</li><li>4. Rechaza oportunidades para hacer interacciones</li><li>5. No se relaciona con nadie</li></ol> <p><b>Comunicación Expresiva</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Se expresa bastante bien</li><li>2. No habla mucho – pero si habla</li><li>3. Es retirado, prefiere no hablar</li></ol> <p><b>Sueño</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. No hay dificultad en dormir o solo ocasionalmente es difícil dormir</li><li>2. Dificultad leve pero frecuente para dormir</li><li>3. Dificultad moderada para dormir casi todas las noches<ol style="list-style-type: none"><li>a. Problemas en dormirse</li><li>b. Problemas con mantenerse dormido(a)</li><li>c. Problemas despertando por la mañana.</li></ol></li></ol>
---	--

## TBT, LLC - Teton Behavior Therapy

<p>4. Pensamientos morbosos elaborados o extensos.</p>	<p><b>Alteración de la alimentación</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ningún Problema</li> <li>2. Leve – Casi Nada _____ Demasiado _____</li> <li>3. Moderado – Muy Poco _____ Demasiado _____</li> <li>4. Extreme – Muy Poco _____ Demasiado _____</li> </ol>
<p><b>Suicidio e Ideación Suicida:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguno Aparente</li> <li>2. Tiene pensamientos suicidas – generalmente cuando esta enojado</li> <li>3. Tiene pensamientos recurrentes de suicidio</li> <li>4. Piensa en el suicidio y nombra métodos</li> <li>5. Ha intentado suicidarse recientemente</li> </ol> <p><b>Irritabilidad (lloriqueo y hostilidad)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cantidad Normal</li> <li>2. Ocasional – un poco mas de lo normal</li> <li>3. Episódico – va y viene</li> <li>4. Frecuente</li> <li>5. Constante</li> </ol> <p><b>Trabajo Escolar</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se desempeña al nivel esperado o sobre pasa el nivel.</li> <li>2. Demuestra desinterés y no trabaja a la capacidad que debería</li> <li>3. Va mal en la mayoría de los temas o demuestra una disminución significativa.</li> <li>4. Incapaz de hacer trabajo escolar</li> </ol> <p><b>Capacidad para divertirse</b></p>	<p><b>Quejas físicas frecuentes (dolor de cabeza, estomago)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sin quejas</li> <li>2. Quejas ocasionales</li> <li>3. Quejas frecuentes</li> <li>4. Preocupado por dolores y molestias</li> </ol> <p><b>Niveles de Energia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Normal</li> <li>2. Quejas ocasionales de fatiga</li> <li>3. Preocupado por dolores y molestias</li> </ol> <p><b>Nivel de Actividad</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nivel de actividad habitual</li> <li>2. Ligera reducción del nivel de actividad</li> <li>3. Actividad muy reducida de lo habitual o muy lenta al hablar, caminar y otras actividades.</li> </ol> <p><b>En las últimas dos semanas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tomó una bebida alcohólica (cerveza, vino, licor, etc.) Si No No Se</li> <li>2. fumó un cigarrillo, un cigarro o una</li> </ol>

## TBT, LLC - Teton Behavior Therapy

<p>1. Tiene intereses y pasatiempos apropiados para su edad</p> <p>2. Tiene intereses pero no el entusiasmo</p> <p>3. Se aburre fácilmente, “nada que hacer”</p> <p>4. “pasa por los movimientos” pero no demuestra interés o entusiasmo</p> <p><b>Formulario completado por:</b></p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p>Comentarios:</p>	<p>pipa, o usó tabaco o tabaco para mascar?</p> <p>Si No No Se</p> <p>3. ¿Usó drogas como marihuana, cocaína o crack, drogas de club (como éxtasis), alucinógenos (como ácido), heroína o solventes (como pegamento) o metanfetamina (como anfetamina)?</p> <p>Si No No Se</p> <p>4. usó cualquier medicamento sin receta médica (analgésicos, estimulantes, sedantes o tranquilizantes o esteroides)?</p> <p>Si No No Se</p>
--	---

# **TBT, LLC - Teton Behavior Therapy**

## **Sus Derechos y Responsabilidades Como Cliente**

### **Declaración de los Derechos del Cliente:**

- Recibir información completa sobre los conocimientos, habilidades, preparación, experiencia y credenciales de su terapeuta.
- Ser informado sobre las opciones disponibles para las intervenciones de tratamiento y la efectividad del tratamiento recomendado.
- Para participar plenamente en todas las decisiones relacionadas con su atención médica. Si no puede participar plenamente en las decisiones relacionadas con la atención médica, el cliente puede estar representado por padres, tutores u otros miembros de la familia.
- Tomar decisiones finales con respecto a las recomendaciones del terapeuta.
- Buscar una segunda opinión, presentar quejas o cambiar de terapeuta si así lo eligen.
- Participar en la planificación de su descargo desde el inicio del tratamiento hasta la finalización.
- A la confidencialidad. Cualquier divulgación a otra parte solo se realizará con el consentimiento por escrito del cliente y tendrá un límite de tiempo, a menos que las leyes o la ética indiquen lo contrario. Las entidades que reciben información con el propósito de determinar los beneficios, las agencias públicas que reciben información para la planificación de la atención médica o cualquier otra organización con derecho legítimo a la información mantendrán la información clínica en confidencialidad con el mismo rigor y estarán sujetas a las mismas sanciones por violación. Toda la información del cliente es tratada con privacidad y es confidencial.
- Para recibir servicios de salud mental de calidad, que se proporcionarán a todas las personas sin distinción de raza, origen étnico, nacionalidad, creencias religiosas, género, edad, orientación sexual o discapacidad.

### **Declaración de responsabilidades del cliente**

- Proporcionar información precisa y completa sobre todos los asuntos relacionados con su salud, incluyendo medicamentos y los problemas médicos o mentales pasados o presentes
- Informar cambios en su condición o síntomas.
- Identificar e informar cualquier inquietud de seguridad que pueda afectar su atención.
- Preguntar si no comprende la información sobre su atención o tratamiento.
- Informar a su proveedor si no está satisfecho con algún aspecto de su atención.
- Participar en la planificación de su atención, incluyendo la terminación y la planificación de descargo
- Mantener citas programadas y cancelar citas con 24 horas de anticipación.
- Hacer su pago completo de los servicios en caso de que su compañía de seguros o el tercero pagador no proporcionen el pago.
- Pagar el copago o co-seguro de su oficina según lo dicte su plan de beneficios.

# TBT, LLC - Teton Behavior Therapy

## Aviso de prácticas de privacidad

**ESTE AVISO 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* (la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales). 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. También podemos comunicarnos con usted para recordarle sus citas o para brindarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

**Para 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 divulgarle 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.

## TBT, LLC - Teton Behavior Therapy

**Sin autorización.** A continuación se incluye una lista de las categorías de usos y divulgaciones permitidas por HIPAA sin autorización. La ley aplicable y las normas éticas nos permiten divulgar información sobre usted sin su autorización solo en un número limitado de situaciones.

Como trabajador social con licencia en este estado y como miembro de la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales (NASW), nuestra práctica es cumplir con los requisitos de privacidad más estrictos para divulgaciones sin autorización. El siguiente lenguaje aborda estas categorías en la medida que sea consistente con el Código de Ética de NASW y HIPAA.

**Abuso o negligencia infantil.** Podemos divulgar su PHI a una agencia estatal o local que esté autorizada por ley para recibir informes de abuso o negligencia infantil.

**Procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos divulgar su PHI de conformidad con una citación (con su consentimiento por escrito), una orden judicial, una orden administrativa o un proceso similar.

**Pacientes fallecidos.** Podemos divulgar PHI con respecto a pacientes fallecidos según lo dispuesto por la ley estatal. La divulgación de información sobre pacientes fallecidos puede limitarse a un albacea o administrador del patrimonio de una persona fallecida.

**Emergencias Médicas.** Podemos usar o divulgar su información de salud protegida en una situación de emergencia médica al personal médico solo para evitar daños graves. Nuestro personal intentará proporcionarle una copia de este aviso tan pronto como sea razonablemente posible después de la resolución de la emergencia.

**Participación familiar en la atención.** Podemos divulgar información a familiares cercanos o amigos directamente involucrados en su tratamiento en función de su consentimiento o según sea necesario para evitar daños graves.

**Supervisión de salud.** Si es necesario, podemos divulgar su PHI a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones e inspecciones. Las agencias de supervisión que buscan esta información incluyen agencias gubernamentales y organizaciones que brindan asistencia financiera al programa (como terceros pagadores basados en su consentimiento previo) y organizaciones de revisión por pares que realizan la utilización y el control de calidad.

**Cumplimiento de la ley.** Podemos divulgar su PHI a un funcionario de cumplimiento de la ley según lo exija la ley, de conformidad con una citación (con su consentimiento por escrito), una orden judicial, una orden administrativa o un documento similar, con el fin de identificar a un sospechoso, testigo material o persona desaparecida, en conexión con la víctima de un delito, en relación con una persona fallecida, en relación con la denuncia de un delito en una emergencia, o en relación con un delito en las instalaciones.

**Funciones gubernamentales especializadas.** Podemos revisar las solicitudes de las autoridades del comando militar de los EE. UU. Si usted ha servido como miembro de las fuerzas armadas, funcionarios autorizados por razones de seguridad nacional e inteligencia y al Departamento de Estado para determinar su idoneidad médica, y divulgar su PHI con su consentimiento por escrito, leyes de divulgación obligatoria y la necesidad de prevenir daños graves.

## **TBT, LLC - Teton Behavior Therapy**

**Salud pública.** Si es necesario, podemos usar o divulgar su PHI para actividades de salud pública obligatorias a una autoridad de salud pública autorizada por ley para recopilar o recibir dicha información con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, o si lo indica una salud pública. autoridad, a una agencia gubernamental que está colaborando con esa autoridad de salud pública.

**Seguridad Pública.** Podemos divulgar su PHI si es 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.

**Investigación.** La PHI solo puede divulgarse después de un proceso de aprobación especial.

**Permiso verbal.** También 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.

# TBT, LLC - Teton Behavior Therapy

## 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, Jennifer Bradof, a PO Box 2299, Jackson, WY 83001 o llame al 307-734-6040.

- **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 se mantiene en un "conjunto de registros designado". Un conjunto de registros designado contiene registros de salud mental / médicos y de facturación y cualquier otro registro que se use 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. Si sus registros se mantienen electrónicamente, también puede solicitar una copia electrónica de su PHI.
- **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. Si denegamos su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros. Podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia. Comuníquese con el Oficial de privacidad si tiene alguna pregunta
- **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 período 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 a menos que la solicitud sea restringir la divulgación de PHI a un plan de salud con el fin de realizar pagos u operaciones de atención médica, y la PHI se refiere a un artículo o servicio de atención médica que pagó fuera de bolsillo. En ese caso, estamos obligados a cumplir con su solicitud de restricción.
- **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.
- **Notificación de incumplimiento.** Si hay una violación de la información de salud protegida no segura que le concierne, es posible que tengamos que notificarle sobre esta violación, incluido lo que sucedió y lo que puede hacer para protegerse.
- **Derecho a una copia de este aviso.** Tiene derecho a una copia de este aviso.

## QUEJAS

Si cree que he violado sus derechos de privacidad, tiene derecho a presentar una queja por escrito en Teton Behavior Therapy P.O. Box 2299, Jackson, WY 83001 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.

**La fecha de vigencia de este Aviso es marzo de 2010.**