



**Acuse de Recibo de Declaración de los Derechos y Aviso  
Sobre las Prácticas De Privacidad.**

Nombre de Cliente \_\_\_\_\_  
(Por Favor Escriba en Letras de Imprenta)

**Declaración de los Derechos & Aviso Sobre las Prácticas de Privacidad:**

Yo reconozco que he recibido una copia del proveedor/psicoterapeuta *Declaración de los Derechos y Aviso Sobre las Prácticas de Privacidad*. Además acepto a leer esto *Declaración de los Derechos y Aviso Sobre las Prácticas de Privacidad*. Yo voy a hablar con mi terapeuta si tengo cualquier preocupación.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardián legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Terapeuta/Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL TRATAMIENTO**

Autorizo por la presente a los terapeutas de ChildSafe a revelar y/o recibir información confidencial acerca de mí y/o mi hijo(a),

.....  
Mi nombre o Nombre del niño (a)

.....  
Fecha de Nacimiento

incluyendo registros médicos, notas sobre el tratamiento, evaluaciones y reportes o registros de otros proveedores de tratamiento con respecto a mí y/o mi hijo(a). Yo autorizo a ChildSafe a revelar información confidencial acerca de mí o de mi hijo(a), de modo verbal o por escrito con respecto a mi caso. Yo autorizo a ChildSafe a usar su juicio profesional para decidir qué información específica será revelada y comunicada, y a usar su criterio profesional para decidir si registros específicos o un resumen de la información del tratamiento, debería ser divulgada. Yo autorizo el intercambio de información con las siguientes entidades y/o individuos:

Favor de poner sus iniciales:

- \_\_\_\_\_ Departamento de Servicios Humanos (Especifique el Condado) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ SummitStone Health Partners
- \_\_\_\_\_ Personal de la Escuela (especifique la escuela(s) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Organismo encargado de hacer cumplir la ley (Especifique) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Programa de Compensacion a las Víctimas (Especifique el Condado) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Oficina del Fiscal (Especifique el Condado) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Período de Prueba (Especifique el Condado) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Centro de Defensa de los Niños (Especifique el Condado) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Los terapeutas de ChildSafe (Requerido)
- \_\_\_\_\_ Profesionales Médicos (Especifique) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

**REVELACIÓN CON RESPECTO A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO**

Yo entiendo que todo registro de tratamiento sobre mi tratamiento de salud mental o evaluaciones son confidenciales bajo la ley de Colorado, y esto es un privilegio normativo que prohíbe la divulgación de la información confidencial de tratamiento, sin mi consentimiento.

Este comunicado autoriza la divulgación /o intercambio de información entre el personal de ChildSafe y las personas o entidades identificadas anteriormente. Las personas o entidades que reciben esta información no pueden compartir dicha información con cualquier otra persona o agencia sin obtener mi consentimiento por escrito.

Yo entiendo que no tengo ninguna obligación de firmar esta autorización para la divulgación de información confidencial sobre mí y/o mi hijo (a). **Además, entiendo que en cualquier momento puedo revocar por escrito, esta autorizacion para la divulgación de la información.** Este consentimiento expira automáticamente de la manera siguiente:

Después de treinta días de finalizado los servicios con el cliente (permitido para terminar el resumen y toda atencion post tratamiento, ha ser coordinada) Si desea especificar una fecha, evento o condición para que el consentimiento expire: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del cliente o del Tutor Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Relación que tiene con el menor (si es aplicable)**

**Regla sobre Cancelar Tarde**

- Para todas las citas hechas después de las 12 p.m., la cancelación se DEBE hacer antes de las 10 a.m. ese mismo día o se les cobrará **\$10** por cancelar tarde. Planes sobre cómo van a pagar deben de hacerse en su próxima visita.
- Para todas las citas hechas antes de las 12 p.m., la cancelación se DEBE hacer un día antes o se les cobrará **\$10** por cancelar tarde. Planes sobre cómo van a pagar deben de hacerse en su próxima visita.

**Regla sobre No Presentarse a Su Cita**

- Por cada cita a la cual no se presente y no llame o mande un correo electrónico para cancelarla se les cobrará **\$10**. Planes sobre cómo van a pagar deben de hacerse en su próxima visita.

**Regla sobre Llegar Tarde**

- Si llega a su cita más de 15 minutos tarde, su terapeuta tal vez no lo/la podrá ver, y se le podría cobrar **\$10** por llegar tarde. Planes sobre cómo van a pagar deben de hacerse en su próxima visita.

Entendemos que ocasionalmente surja una emergencia, y que no pueda avisarnos que faltará a su cita, pero esperamos que esto rara vez ocurra. Si sucede a menudo el no presentarse a su cita o de cancelar sus citas con frecuencia (3 cancelaciones o 3 veces que no se presente sin darnos previo aviso durante un periodo de 3 meses), su terapeuta se reunirá con usted para evaluar si los servicios le están beneficiando en este momento. También reservamos el derecho de hacerle una cita a otro cliente durante su tiempo asignado si usted no está asistiendo regularmente a sus sesiones.

Al firmar este documento, está indicando que entiende estos cobros y que está de acuerdo en seguir estas reglas. Gracias por confiar su cuidado en nosotros y esperamos que este cambio hará que su tiempo con nosotros sea más beneficioso.

Sinceramente,

El Personal de ChildSafe

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**(Firma)**

**Fecha:** \_\_\_\_\_



Febrero 1, 2017

Queridos clientes de ChildSafe,

¡Feliz Año Nuevo!

Con el comienzo del año 2017, quisiéramos revisar nuestras reglas sobre la cancelación de citas y sobre no presentarse a una cita sin dar aviso. Como ustedes saben, ChildSafe es una organización sin fines de lucro y ha sido nuestra misión y honor poder cumplir con las necesidades de salud mental de las víctimas de abuso sexual y el trauma en el área norte de Colorado por más de 30 años.

Como la única organización sin fines de lucro que específicamente se dedica a tratar los efectos directos e indirectos del abuso sexual y el trauma, ChildSafe depende mucho de diferentes donaciones y becas para financiar nuestros servicios que frecuentemente son dados gratis o de costo reducido a los clientes. Estos fondos usados por ChildSafe para proveer servicios a nuestros clientes muchas veces dependen de que los clientes asistan a sus citas y/o sus clases.

Aunque seguimos dedicados a cumplir nuestra misión de proveer servicios a los clientes a pesar de que tal vez no puedan pagar, hemos hecho una prioridad resolver el problema de cancelaciones que se hacen muy tarde o que ocurren con mucha frecuencia y el problema de no presentarse a las citas sin dar aviso. Cuando nuestro personal evaluó la asistencia de nuestros clientes en el año 2016, se nos hizo evidente que en 20% de los casos, las personas cancelaron o no se presentaron a su cita sin avisar. Es por esto que nuestra meta para el año 2017 es reducir esta cifra mientras que a la misma vez mejoramos los servicios que damos a nuestros clientes por medio de verlos más frecuentemente y también respetando el tiempo de nuestros terapeutas.

Entendemos que habrá razones legítimas por las cuales se debe de hacer una cancelación al último minuto. Cuando esto ocurra, pedimos que usted hable con su terapeuta *lo más pronto posible antes de su próxima cita*.

Pegado a esta página está otro documento de nuestras reglas revisadas sobre cancelar tarde y/o no presentarse a las citas para que usted lo revise y lo firme. Por favor quédese con una copia para sus registros. Vamos a empezar a pedirles que paguen por cancelar tarde o por no presentarse a su cita sin avisar empezando este año 2017. Les pediremos que hagan el pago completo o si lo necesitan, que hagan un plan sobre cómo van a pagar con nuestro personal en nuestra oficina del frente en su próxima cita.

Como siempre, es un placer ayudarlo/a a usted y a su familia durante tiempos difíciles.

Gracias,

El Personal de ChildSafe.



## FORMA DE DIVULGACION DE COLATERAL

1. Como usted sabe, estoy proveyendo servicios a un cliente, \_\_\_\_\_, quien me ha autorizado a compartir información con usted y a obtener información de usted. Usted es un “colateral” en el proceso de tratamiento.
2. Usted no es mi cliente, y no recibirá tratamiento o servicios de mi.
3. Si usted desea recibir terapia de un profesional de salud mental, hágamelo saber, y puedo remitirle a un terapeuta.
4. Cualquier información de tratamiento que comparto con usted es confidencial. Usted no tiene permiso para compartir esa información con otras personas.
5. Información que usted comparte conmigo será confidencial y parte del record de tratamiento de mi cliente. Puedo compartir esa información con mi cliente.

Firme abajo para confirmar que entiende estas divulgaciones y acepta cumplirlas.

---

Nombre de Colateral	Firma	Fecha
---------------------	-------	-------

---

Nombre de Empleado	Firma	Fecha
--------------------	-------	-------



2001 S. Shields St., Bldg. K  
Ft. Collins, CO 80526  
(970) 472-4133

## Consentimiento para Tratamiento de un Menor de Edad

Yo, \_\_\_\_\_, como padre o guardián legal del menor de  
\_\_\_\_\_ (su dirección), doy mi consentimiento para las  
terapias de Child Safe a juntar con \_\_\_\_\_,  
(nombre de menor)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(nombre de menor) (nombre de menor) (nombre de menor)

Para el propósito de tratamiento psicoterapéutico.

También, al firmar yo declaro que tengo la custodia legal del menor y que puedo consentir a su tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente de 15 años y mayores

\_\_\_\_\_  
Firma del padre(s) o guardián(es) legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Declaración De Los Derechos Del Cliente & Aviso Sobre Las Prácticas De Privacidad**

Éste aviso describe como se puede usar y revelar información médica y salud mental sobre usted y como puede tener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente. Durante el proceso de su tratamiento, su proveedor/psicoterapeuta va a obtener, recordar, y usar información médica y salud mental sobre usted que es información protegida. Ordinariamente, esa información es confidencial y no será utilizado ni revelado sino como describió abajo:

### **I. Usos Y Revelación De Información Protegida**

A. Sin previa autorización por escrito, estamos permitidos a usar y revelar sus expedientes de salud con fines de tratamiento, pago, y operaciones relacionadas con la salud.

1. *Tratamiento.* Tratamiento significa proveer, coordinar, o manejar su cuidado de salud y servicios relacionados con uno o más proveedores de cuidado de salud.
2. *Pago.* Pago significa tales actividades como obtener reembolso de servicios, verificar cobertura, facturas o actividades de colección, y revisión de uso. La información proporcionó a pagadores de aseguradores o terceros puede incluir información que identifica usted, así como su diagnóstico, tipo de servicio, fecha de servicio, nombre/identificación de proveedor, y otra información sobre su condición y tratamiento.
3. *Operaciones Relacionadas con la Salud.* Operaciones Relacionadas con la Salud incluye el aspecto de negocios de nuestras clínicas, tales como la realización de evaluaciones y mejoramiento de actividades, funciones de auditoría, análisis de costos y de gestión, y servicio al cliente. Un ejemplo puede incluir una evaluación de nuestro protocolo de documentación.
4. *Contactar el Cliente.* Su información confidencial podría ser utilizada para recordarle de su cita (por teléfono o correo) o para proveerle información sobre sus opciones de tratamiento u otros servicios relacionados con su salud. Su proveedor no puede garantizar su confidencialidad si están hablando sobre asuntos por teléfono celular, teléfono inalámbrico, etc., y necesita dar consentimiento a su proveedor a dar un mensaje en su contestador.
5. *Requerida por Ley.* Existen varias excepciones a dicha confidencialidad. Algunas de las excepciones a la confidencialidad incluyen: (a) Estoy requerido/a reportar a las autoridades cualquier sospecha de abuso o negligencia a un niño; (b) Podría ser requerido/a a divulgar información sobre su tratamiento si fuera me fuera pedida por medio de una Orden de Corte; (c) Podríamos revelar su información a autoridades de salud pública que estén autorizadas por la ley para solicitar información; (d) Cuando un medico forense esta investigando las causas de muertes; (e) Estoy requerido/a reportar cualquier amenaza inminente de daño físico, por parte de un cliente, a las autoridades y a la persona amenazada; (f) Estoy requerido/a a iniciar una evaluación de salud mental para cualquier cliente que presentara un peligro inminente a si mismo u otras personas, o sufriera una discapacidad grave, como resultado de un trastorno mental; (g) Estoy requerido/a reportar a oficiales federales cualquier sospecha de amenaza a la seguridad nacional.
6. *Crímenes en el local, observado, o reportado al proveedor.* Crímenes que están observados por el proveedor o el personal del proveedor, crímenes que están dirigidos hacia el proveedor o el personal del proveedor, crímenes que ocurren en el local, o crímenes reportados a la aplicación de la ley.
7. *Asociados de Negocio.* Algunas de las funciones del proveedor pueden ser proporcionadas por contratos con asociados de negocio. Por ejemplo, parte de la facturación, legal, auditar, y servicios de la administración pueden ser proporcionados por contratando con entidades exteriores para realizar esos servicios. En esas situaciones, información protegida de salud será proporcionada a esos contratistas como necesitado para realizar sus tareas contratadas. Asociados de negocio son requeridos a entrar en un contrato que mantiene la privacidad de la salud protegida revelada a ellos.
8. *Investigación.* Datos de su archivo están disponibles para investigación si las limitaciones pertinentes de HIPAA son seguidas. 45 CFR 164.512(i)
9. *Cientes Involuntarios.* Información con respecto a clientes quien está en tratamiento involuntariamente, con arreglo a la ley, será compartida con otros proveedores de tratamiento, entidades legales, pagadores de terceros, y otros cuando es necesario para proporcionar el cuidado y la coordinación administrada necesaria.



10. *Miembros de la Familia.* Aparte de ciertos menores, clientes incompetentes, o clientes involuntarios, información protegida de la salud no puede ser proporcionada a miembros de la familia sin el consentimiento del cliente. En situaciones donde miembros de la familia son presentes durante una discusión con el cliente y puede ser inferido razonablemente de las circunstancias que el cliente no se opone, la información puede ser revelada en el curso de esa discusión. Sin embargo, si el cliente opone, su información protegida no estaría revelada. Bajo la Ley de Colorado C.R.S. § 14-10-123.8, los padres de un menor tienen derecho a tener acceso a la información de tratamiento de sus hijos a menos que la corte haya restringido dicho acceso. Si usted me pidiera información sobre el tratamiento le podría proveer un resumen de tratamiento, de acuerdo con la ley de Colorado y normas de HIPAA.
11. *Emergencias.* En emergencias de amenazar la vida el proveedor revelará información necesaria para evitar daños graves o muerte.
12. *Derechos del Cliente.* (1) Usted está intitulado a recibir información sobre los métodos de consejería, técnicas aplicadas, la duración de la consejería, y el costo. Por favor dígame si le gustaría recibir dicha información. (2) Usted puede buscar una segunda opinión de otro consejero o a terminar la terapia en cualquier momento. (3) En una relación profesional como la nuestra, la intimidad sexual entre el cliente y consejero/a nunca es apropiada. Si algún acto de intimidad sexual debiera ocurrir, debe ser reportado al Departamento de Agencias Reguladoras.
13. *Confidencialidad.* Generalmente hablando, la información proveído por y al cliente en una relación profesional con un psicoterapeuta es legalmente confidencial, y el terapeuta no puede divulgarla sin consentimiento del cliente. Existen varias excepciones a dicha confidencialidad, algunas están descritas en CRS 12-43-218 y otras en la ley Colorado y federal. Es aconsejado que la confidencialidad legal no siempre aplica en un acto criminal ni delincuencia. Si surgieran excepciones legales a la confidencialidad durante la relación profesional, se lo hará saber cuando sea necesario y apropiado. El Mental Health Practice Act (CRS 12-43-101) está disponible en <http://www.dora.state.co.us/mental-health/Statute.pdf>
14. *Sostener Inofensivo.* Concuero a sostener inofensivo, y yo no instituiré ni formaré parte de ningún reclamo ni serie contra los terapeutas, los evaluadores, el personal, y la agencia en su provisión y administración de mis servicios y programa de tratamiento.
15. *Revelar de Información.* Información en su caso puede ser compartido con los terapeutas y internos de ChildSafe para el propósito de consultación y supervisión. Esa información es considerada confidencial para cada de esas profesionales. Su firma da su consentimiento para esa consultación y supervisión.

*B. Autorización del Cliente o Revelar de Información.* Cualquier otro uso o revelación se hará solo con su permiso por escrito. Usted puede revocar su permiso en cualquier momento presentando una solicitud escrita y nosotros estamos requeridos a honrar y respetar su petición, excepto hasta el punto en que hemos actuado basándonos en su permiso.

## **II. Sus Derechos Como Cliente**

*A. Acceso a su Información de Salud Protegida.* Tiene el derecho de acceso, revisión, copias, o enmiendas a su información de salud protegida. Sin embargo, no tiene el derecho de inspeccionar ni obtener una copia de notas de psicoterapia. Hay otras limitaciones a este derecho, que le será proporcionado en el tiempo de su petición, si cualquiera limitación aplica. Para hacer una petición, pregunte a su terapeuta.

*B. Enmienda de su Registro.* Tiene el derecho de solicitar que el proveedor enmienda su información de salud protegida. El proveedor no está requerida a enmendar su registro si determine que el registro es preciso y completo. Hay otras limitaciones, que le será proporcionado en el tiempo de su petición, si es relevante, con el proceso de apelación. Para hacer una petición, pregunte a su terapeuta.

*C. Contabilidad de Revelaciones.* Tiene el derecho de recibir una relación de las revelaciones a su información de salud protegida. Sin embargo, esa contabilidad no incluye revelaciones hacen para el propósito de tratamiento, pago, ni operaciones de cuidado de salud. También, no incluye las revelaciones hacen para usted, hacen para una autorización firmada, ni revelaciones hacen antes del 14 de abril 2003. Hay otras limitaciones que le será proporcionado si hace una petición. Para hacer una petición, pregunte a su terapeuta.

*D. Restricciones Adicionales.* Tiene el derecho de solicitar restricciones adicionales en el uso o la revelación de su información de salud. El proveedor no tiene que aceptar esa petición y hay ciertos límites a cualquier restricción, que le será proporcionado en el tiempo de su petición. Para hacer una petición, pregunte a su terapeuta.

E. *Medios Alternativos para Recibir Comunicación Confidencial.* Tiene el derecho de solicitar comunicación confidencial sobre su información de salud protegida por medios alternativos o en lugares alternativos. Por ejemplo, si no quiere que el proveedor mande sus cuentas u otros materiales a su casa, puede solicitar que esa información esta mandada a otra dirección. Hay limitaciones a otorgar esas peticiones, que le será proporcionado en el tiempo del proceso de petición. Para hacer una petición, pregunte a su terapeuta.

F. *Copia de Este Aviso.* Tiene el derecho de recibir otra copia de este Aviso a petición suya.

### **III. Información Adicional**

A. *Las Leyes de Privacidad.* Estamos requeridos por ley a mantener la privacidad de su información de salud protegida y a proveerle a usted sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a información de salud protegida.

B. *Términos del Aviso y Cambios al Aviso.* Estamos requeridos a atenernos a los términos del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad en efecto. Nos reservamos el derecho de hacerle cambios a nuestro Aviso y de aplicar el Aviso revisado o modificado a la información de salud protegida que ya tenemos. Revisiones a nuestro Aviso se colocaran en la fecha en que entre en vigor el mismo y usted puede solicitar una copia del Aviso Revisado.

C. *La Regulación de los Psicoterapeutas.* La Sección de Licenciatura de Salud Mental dentro de la División de Registros, se encarga de regular la práctica de personas licenciadas o registradas en el campo de la psicoterapia y puede ser contactados escribiendo o llamando a: 1560 Broadway, Suite 1350, Denver, Colorado 80202, (303) 894-7800. Los requisitos reguladores para profesionales de salud mental disponen que un Trabajador Social Clínico con Licencia, un Terapeuta Matrimonial y Familiar con Licencia, y un Consejero Profesional con Licencia deban poseer un título de maestría en su profesión y dos años de supervisión post-maestría. Un psicoterapeuta registrado es un psicoterapeuta en la lista de base de datos del Estado de Colorado y está autorizado por la ley para practicar psicoterapia en Colorado, pero no tiene licencia en el Estado de Colorado y no se le requiere satisfacer ningún requisito educativo o pasar alguna prueba de requerimiento para ser registrado en el Estado de Colorado.

D. *Declaración Sobre Litigios de Custodia y Divorcio.* Si usted está involucrado en un litigio de custodia o divorcio, mi papel de terapeuta no es el de hacer recomendaciones a la corte concernientes a asuntos de custodia o crianza de hijos. Al firmar esta Declaración de Derechos, usted está acordando a no citarme a testificar en la corte o a divulgar información de tratamiento en dicho litigio; y usted está acordando a no pedirme que escriba ningún reporte, haciendo recomendaciones concernientes a custodia, a la corte o a su abogado. La corte puede nombrar a profesionales, quienes no tienen previa relación con los miembros de la familia, a conducir una investigación o evaluación y hacer recomendaciones a la corte concernientes a las responsabilidades o tiempo de los padres que estén en el mejor interés de los hijos de la familia.

E. *Información Adicional.* Si desea información adicional sobre sus derechos de privacidad, pregunte a su terapeuta. He sido informado de los grados, credenciales, y licencias de mi terapeuta.

## **Personal Clinico**

**Val Macri-Lind, MS, LMFT #234**  
**Clinical Director**  
EMDR Practitioner  
(970) 472-4133 Ext. 202

**Jana Carson, MS, MFTC #13837**  
Bilingual Therapist  
(970) 472-4133 Ext. 206

**Marian Febvre, M. Ed., LPC #2909**  
EMDR Practitioner  
(970) 472-4133, Ext. 207

**Melissa Garcia, MS, LPC #14380**  
EMDR & Neurofeedback Practitioner  
(970) 472-4133 Ext. 208

**Danielle Aimone, MSW, LCSW #9926128**  
(970) 472-4133 Ext. 209

**Bri Kurt-Hurst, MA, LPC #16228**  
(970) 472-4133 Ext. 212

**Kristin Mjelde, MA, LPC #13380**  
EMDR & Neurofeedback Practitioner  
(970) 472-4133 Ext. 220

**Sandi Robbins, MA, LPC #12258**  
EMDR & Neurofeedback Practitioner  
(970) 472-4133 Ext. 210

**Brian Williams, MA, LPC #13569**  
EMDR Practitioner  
(970) 472-4133 Ext. 213

## **Internos**

**Alexandra Maes**  
(970) 472-4133 Ext. 11211

**Brea Giancaterino**  
(970) 472-4133 Ext. 11216

**Emma McKenzie**  
(970) 472-4133 Ext. 11218

**Kathleen Maier**  
(970) 472-4133 Ext. 11205

**Morgan Hatling**  
(970) 472-4133 Ext. 11217

## **Consultores**

**Ana Pasini**  
**Spanish Translator**  
(970) 472-4133

## **Personal Administrativo**

**Carol Bennis**  
**Executive Director**  
(970) 472-4133 Ext. 203

**Tim Alexander**  
**Business Operations Manager**  
(970) 472-4133 Ext. 201

**Pam McCulloch**  
**Billing Coordinator**  
(970) 472-4133 Ext. 200



2001 S. Shields St., Bldg. K  
Ft. Collins, CO 80526  
(970) 472-4133

## INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

**Por favor conteste cada pregunta cuidadosamente y pregunte una aclaración si no entiende. La información en el cuestionario será útil en la planificación de los servicios para usted, es confidencial, y no será divulgada sin su permiso.**

Nombre de Cliente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Sexo: M/F Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_  
¿Se puede dejar un mensaje? \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ ¿Discapacitado?: Sí/No

Nombre de Padre/Guardián Legal \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo: M/F

Estado Civil \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Ingreso Familiar Mensual \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_  
¿Se puede dejar un mensaje? \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

¿Discapacitado?: Sí/No Teléfono Celular \_\_\_\_\_  
¿Se puede dejar un mensaje? \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
¿Se puede contactarle por correo electrónico? Sí/No

¿Le gustaría recibir el boletín electrónico de ChildSafe y otros anuncios? Sí/No

### Otros Miembros de la Familia:

Nombre	Edad	Fecha de Nacimiento	Relación
1) _____	-- _____	_____	----- _____
2) _____	-- _____	_____	----- _____
3) _____	-- _____	_____	----- _____
4) _____	-- _____	_____	----- _____
5) _____	-- _____	_____	----- _____

Razón de Buscar Ayuda \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Quién le refirió a ChildSafe? \_\_\_\_\_

Nombre del médico del cliente \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Lista cualquier medicación que el cliente está tomando ahora y la razón \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Previamente ha recibido terapia psicológica o psiquiátrica? \_\_\_\_\_

Nombre del terapeuta y la razón de buscar ayuda \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene seguro de salud que cubre el tratamiento de salud mental para pacientes externos? \_\_\_\_\_

Si es así, ChildSafe necesitará una copia de su tarjeta de seguro. Usted es responsable por cualquier aprobación previa si su póliza de seguro requiere ese proceso antes de empezar terapia.

Nombre de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de la Póliza \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Numero de Seguridad Social del Titular de la Póliza \_\_\_\_\_

Si usted califica para la Compensación a Víctimas y/o el financiamiento de los servicios del Departamento de los Servicios Humanos por favor tenga en cuenta que su seguro de salud debe ser facturado antes de ChildSafe puede facturar esos recursos. Su firma en esta forma le da permiso a ChildSafe a facturar esos recursos en su nombre y también le da permiso para que los terapeutas puedan presentar los planes de tratamiento a su compañía de seguros, Compensación a Víctimas, y Servicios del Departamento de los Servicios Humanos.

Usted es responsable de todos los saldos impagados. Por favor ver la Declaración Financiera adjunto.

Firma de la Parte Responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Terapeuta de Admisión \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



2001 S. Shields St., Bldg. K, Fort Collins, Colorado 80526  
Phone (970) 472-4133 Fax (970) 493-6655

## **Personal Clinico**

**Val Macri-Lind, MS, LMFT #234**  
**Clinical Director**  
EMDR Practitioner  
(970) 472-4133 Ext. 202

**Jana Carson, MS, MFTC #13837**  
Bilingual Therapist  
(970) 472-4133 Ext. 206

**Marian Febvre, M. Ed., LPC #2909**  
EMDR Practitioner  
(970) 472-4133, Ext. 207

**Melissa Garcia, MS, LPC #14380**  
EMDR & Neurofeedback Practitioner  
(970) 472-4133 Ext. 208

**Danielle Aimone, MSW, LCSW #9926128**  
(970) 472-4133 Ext. 209

**Bri Kurt-Hurst, MA, LPC #16228**  
(970) 472-4133 Ext. 212

**Kristin Mjelde, MA, LPC #13380**  
EMDR & Neurofeedback Practitioner  
(970) 472-4133 Ext. 220

**Sandi Robbins, MA, LPC #12258**  
EMDR & Neurofeedback Practitioner  
(970) 472-4133 Ext. 210

**Brian Williams, MA, LPC #13569**  
EMDR Practitioner  
(970) 472-4133 Ext. 213

## **Internos**

**Alexandra Maes**  
(970) 472-4133 Ext. 11211

**Brea Giancaterino**  
(970) 472-4133 Ext. 11216

**Emma McKenzie**  
(970) 472-4133 Ext. 11218

**Kathleen Maier**  
(970) 472-4133 Ext. 11205

**Morgan Hatling**  
(970) 472-4133 Ext. 11217

## **Consultores**

**Ana Pasini**  
**Spanish Translator**  
(970) 472-4133

## **Personal Administrativo**

**Carol Bennis**  
**Executive Director**  
(970) 472-4133 Ext. 203

**Tim Alexander**  
**Business Operations Manager**  
(970) 472-4133 Ext. 201

**Pam McCulloch**  
**Billing Coordinator**  
(970) 472-4133 Ext. 200