



**Journey Counseling Ministries**  
 250 E Elizabeth Street, Suite 111  
 Harrisonburg, VA 22802  
 Teléfono: (540) 908-3464  
[www.journeycounselingministries.org](http://www.journeycounselingministries.org)

Fecha: \_\_\_\_\_  
 Referido por: \_\_\_\_\_  
 Iglesia a la que asiste: \_\_\_\_\_

**Formulario Clínico Inicial**

**Información Demográfica**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_ Si es menor de 18, Padre/Guardián Legal: \_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_ Afiliación Religiosa (activa o inactiva): \_\_\_\_\_  
 Educación: Escuela Secundaria: \_\_\_\_\_ Universidad: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Años en este trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 ¿Experiencia militar? S/N \_\_\_\_\_ ¿Experiencia en combate? S/N \_\_\_\_\_ ¿Dónde?: \_\_\_\_\_  
 Rama/ Duración del servicio: \_\_\_\_\_ Tipo de baja: \_\_\_\_\_

**Información de Contacto:**

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Forma de contacto preferida: **Texto:** \_\_\_\_\_ **Llamada:** celular: \_\_\_\_\_ **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Información Terapéutica**

¿Cuál es su razón para buscar consejería? En una escala del 1 al 10, ¿qué tan angustiantes son estos síntomas?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzaron estos problemas? ¿Qué estaba sucediendo en su vida en ese momento?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Qué objetivos tiene? ¿Qué espera lograr a través de la consejería?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Qué tan motivado se siente para trabajar en los temas en terapia? (Ninguna motivación) 1-10 (Alta Motivación) Describa, por favor:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Información Actual del Hogar y Familia**

Estado civil: \_\_\_\_\_ Si está casado, fecha de matrimonio y años de casados: \_\_\_\_\_  
 Evaluación de la relación actual (si aplica): Mala \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Buena \_\_\_\_\_  
 Nombre de esposo/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de esposo/a: \_\_\_\_\_ correo electrónico de esposo/a: \_\_\_\_\_ ocupación: \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Años en este trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Matrimonios anteriores (si aplica): \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

Por favor, enumere la siguiente información sobre los miembros de su hogar:

Nombre	Relación (padre, cónyuge, hijo, hermano)	Edad	Sexo	Tipo (biológico, padrastro, etc.)	¿Vive con usted? (S/N)

**Historia Familiar**

¿Cómo describiría a su familia de origen? (ej. adjetivos para describir a su mamá y papá)

---



---

¿Está al tanto de algún trauma de nacimiento que su madre haya tenido durante su embarazo con usted o desde los 0-3 años?

---



---

¿Cumplió con todos sus hitos del desarrollo? ¿Hay alguna preocupación de desarrollo, discapacidades de aprendizaje u otros problemas de procesamiento que debamos saber?

---



---

¿Experimentó algún tipo de abuso en su infancia en su hogar (físico, verbal, emocional, espiritual o sexual) o fuera de su hogar? Describa lo que se sienta cómodo compartiendo.

---



---

¿Ha experimentado algún tipo de abuso en su vida adulta? (físico, verbal, mental, emocional, sexual, espiritual, financiero, etc.)

---



---

¿Cuáles son algunos de los aspectos clave de su cultura que son significativos para usted?

---



---

**Historia Legal:**

Por favor, enumere cualquier problema legal que esté afectando a usted o a su familia en este momento o que haya tenido un efecto significativo en usted en el pasado.

---



---

**Historia de Salud e Información de Tratamiento:**

Su estado de salud actual: \_\_\_\_\_ Muy Buena \_\_\_\_\_ Buena \_\_\_\_\_ Promedio \_\_\_\_\_ En declive

Por favor, enumere cualquier diagnóstico psiquiátrico que le hayan dado en el pasado:

---



---

Enumere cualquier problema médico agudo o crónico:

---



---

Por favor, enumere los medicamentos actuales, dosis y propósito de los medicamentos:

---



---

Enumere cualquier trastorno del sueño:

---



---

Por favor, enumere cualquier alergia:

---



---

**Médico de atención primaria**

Nombre: \_\_\_\_\_ Práctica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fechas bajo su atención: \_\_\_\_\_

¿Nos da permiso para informar al médico que está recibiendo tratamiento?

(Si es necesario obtener información de su médico, le pediremos completar un formulario de liberación de información)

No      Sí (La coordinación de Atención será enviada a su médico de atención primaria)

**Historia Psiquiátrica y de Tratamiento**

¿Ha buscado previamente ayuda clínica o psiquiátrica?  Sí  No

Consejero/ra: \_\_\_\_\_ Fechas bajo su atención: \_\_\_\_\_

¿Qué tan satisfactoria fue su experiencia?  Muy Buena  Buena  Promedio  Mala

¿Qué fue lo más útil que encontró en la terapia?

\_\_\_\_\_

¿Qué fue lo menos útil que encontró en la terapia?

\_\_\_\_\_

**Psiquiatra:** \_\_\_\_\_ Fechas bajo su atención: \_\_\_\_\_

¿Qué tan satisfactoria fue su experiencia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha estado alguna vez hospitalizado por alguna razón psicológica o psiquiátrica?  Sí  No

Si la respuesta es sí, describa cuándo y dónde estuvo hospitalizado, y por qué razones.

\_\_\_\_\_

**Historia de Adicciones y Tratamiento:**

¿Actualmente consume alcohol?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia bebe?  Diario  Semanal  Ocasionalmente  Rara vez

Si la respuesta es sí, ¿cuántas veces? \_\_\_\_\_

¿Actualmente consume tabaco?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿cuánto fuma o mastica? \_\_\_\_\_

¿Actualmente consume marihuana?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿cuánto fuma? \_\_\_\_\_

¿Actualmente usa alguna droga ilícita?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿qué drogas usa? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia usa drogas?  Diario  Semanal  Ocasionalmente  Rara vez

**Por favor, responda las siguientes preguntas con un S/N:**

1. ¿Alguna vez ha sentido que debería reducir su consumo de alcohol o drogas? \_\_\_\_\_
2. ¿Alguna vez ha tenido personas que lo molesten criticando su consumo de alcohol o drogas? \_\_\_\_\_
3. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su consumo de alcohol o drogas? \_\_\_\_\_
4. ¿Alguna vez ha tomado alcohol o consumido drogas a primera hora de la mañana para calmar los nervios, aliviar la resaca o empezar el día? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido tratamiento previo por el consumo de sustancias controladas? S/N

Si la respuesta es sí, ¿dónde fue? \_\_\_\_\_

Fechas bajo su atención: \_\_\_\_\_ ¿El tratamiento fue: Internado  Ambulatorio

¿Qué tan satisfactoria fue su experiencia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Asiste actualmente a reuniones de AA/NA? (O cualquier otro apoyo de adicción, como Celebrate Recovery, Ala-non, etc.)

Si la respuesta es sí, ¿dónde asiste? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia asiste?  Diario  Semanal  Ocasionalmente  Rara vez

**Fortalezas Personales:**

¿Qué le gusta de usted mismo?

\_\_\_\_\_

¿Qué actividades disfruta y se siente relajado cuando las realiza?

\_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus cualidades y habilidades? ¿Qué cualidades le han ayudado a superar dificultades en el pasado?

\_\_\_\_\_

¿Quiénes son algunas de las personas influyentes y de apoyo, actividades (como caminar) o creencias (como la religión) en su vida?

\_\_\_\_\_

Si aplica, ¿cómo describiría su vida espiritual?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Lista de Síntomas

Por favor, marque cualquiera de los siguientes que haya experimentado en las últimas 4 semanas:

### Estado de ánimo

- Depresión
- Ansiedad
- Pánico
- Desesperanza
- Desamparo
- Inutilidad
- Irritabilidad
- Cambios de humor
- Apatía
- Tristeza
- Energía intensa/excitada
- Ira/rabia
- Sentimientos de culpa/vergüenza
- Dificultad para disfrutar de la vida o actividades placenteras
- Confusión
- Falta de motivación
- Sentir poca emoción/adormecimiento
- Fobias, si es así, ¿a qué?:

### Pensamientos

- Ideación suicida (pensamientos de quitarse la vida)
- Medios suicidas para quitarse la vida
- Plan suicida para quitarse la vida
- Alucinaciones (ver o escuchar cosas que no están allí)
- Creencias extrañas que otros no comparten
- Pensamientos negativos intrusivos
- Pensamientos repetitivos
- Recuerdos intrusivos
- Pensamientos acelerados
- Paranoia
- Falta de atención
- Fácilmente distraído/dificultad para concentrarse
- Fácilmente se desvía del tema
- Pensamientos presuntuosos
- Problemas de memoria
- Baja autoestima
- Dismorfia corporal
- Indecisión

### Comportamiento

- Autolesiones - si es así, por favor describa:  
\_\_\_\_\_
- Comportamientos obsesivo-compulsivos (hacer lo mismo repetidamente)
- Gastos incontrolados o apuestas
- Aumento en el uso de alcohol
- Aumento en el uso de drogas
- Comportamiento imprudente/impulsivo
- Aumento de problemas financieros
- Cambio de empleo/insatisfacción laboral
- Lágrimas
- Llorar excesivamente
- Disociación
- Aislarse de los demás
- Hiperactividad
- Mal cuidado personal

### Interpersonal

- Aumento de conflictos con la pareja/esposo(a)
- Aumento de conflictos con la familia
- Aumento de conflictos con amigos
- Aumento de conflictos en el trabajo
- Dificultad para hacer o mantener amigos
- Mayor dificultad para tolerar a los demás
- Retraimiento social/aislamiento
- Aumento de la ansiedad social
- Participación en conductas sexuales de riesgo
- Problemas con la intimidad
- Problemas con la ley/figuras de autoridad
- Dependencia excesiva de los demás
- Infidelidad
- Divorcio
- Duelo
- Embarazo
- Pérdida de un hijo

- Adicción
- Problemas relacionados con el nuevo matrimonio/familia ensamblada
- Nacimiento de un hijo
- Abuso/Negligencia
- Soledad
- Preocupaciones espirituales

### Físico

- Aumento del sueño
- Disminución del sueño
- Dificultad para conciliar o mantener el sueño
- Pesadillas/sueños perturbadores
- Aumento del apetito
- Aumento de peso
- Comer en exceso
- Disminución del apetito
- Pérdida de peso
- Restricción alimentaria
- Agitación/inquietud
- Sensibilidades sensoriales (por ejemplo, gusto, olfato, luz, etc.)
- Dolores de cabeza
- Opresión en el pecho
- Latidos cardíacos rápidos
- Sudoración
- Entumecimiento o hormigueo
- Dolor abdominal/náuseas/diarrea
- Dificultad para respirar
- Ataques de pánico
- Temblores musculares
- Tensión muscular
- Dificultades sexuales/falta de deseo
- Baja energía/fatiga

### Información Adicional

Por favor, comparta cualquier información adicional que le gustaría que su consejero supiera:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Alguna otra experiencia traumática no mencionada anteriormente?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Consentimiento

Aquí hay información general que nos gustaría que supiera respecto a la consejería en “Journey Counseling Ministries”. Por favor, tómese un momento para revisarla. No dude en preguntar a su consejero sobre cualquier duda que pueda tener.

### Confidencialidad y Tratamiento:

Como consejeros, valoramos altamente la confidencialidad de la información que nuestros clientes comparten con nosotros. Esto significa que nunca divulgaremos información personal sin su consentimiento, excepto bajo las condiciones descritas a continuación. La confidencialidad de la información personal es vital para construir una relación terapéutica sólida. Existen excepciones importantes a la confidencialidad que requieren la divulgación de información personal sin su consentimiento:

1. **Amenaza Física:** Según el Código de Virginia 54.1-2400.1, si usted amenaza con hacerse daño a sí mismo o a alguien más y creemos que su amenaza es seria, estamos legalmente obligados a tomar las medidas necesarias para proteger a las personas de daños. Además, por ley, estamos obligados a informar a la agencia correspondiente si creemos que el bienestar de un niño está en riesgo.
2. **Procedimientos Legales:** Si usted está involucrado en cualquier tipo de dificultad legal actual o potencial, le sugerimos que consulte a su abogado antes de informarnos de las dificultades o de informar a otros sobre los servicios que ha recibido aquí. También le pedimos que nos informe sobre cualquier acción legal actual o potencial en su primera cita.
3. **Cooperación con otros Profesionales:** Si es necesario compartir información de sus registros con alguien que no trabaja aquí (por ejemplo, su médico u otro terapeuta), primero se le consultará y se le pedirá que firme un formulario dando su consentimiento para esta acción.
4. **Consultas con otros Profesionales:** Para mejorar continuamente nuestras habilidades como terapeutas, pedimos ayuda a otros profesionales en casos particulares, pero siempre protegiendo el anonimato del cliente.
5. **Registros:** La información personal que comparta con nosotros puede ser registrada en su expediente. Sin embargo, se hace un esfuerzo por evitar la entrada de información especialmente sensible o vergonzosa. Las únicas personas con acceso a nuestros archivos son los miembros del personal que están directamente involucrados en brindarle servicios. Estas personas son conscientes de la naturaleza estrictamente confidencial de la información contenida en los registros y a personas ajenas a nuestra oficina no se les permite el acceso a nuestros archivos.
6. **Seguro Médico:** Cuando se utiliza la cobertura de seguro, se considera que el cliente consiente en que los diagnósticos, planes de tratamiento y otros asuntos sean discutidos por el terapeuta con la compañía de seguros para facilitar la presentación de reclamos o la gestión de casos. Consulte con su proveedor de seguros para obtener más detalles sobre sus políticas.

Entendiendo lo anterior, yo/nosotros damos permiso para que \_\_\_\_\_ me/nos provea consejería.  
(Nombre del Consejero/a)

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

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del guardián legal (si el cliente es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del guardián legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Información de Contacto en Caso de Emergencia:

En caso de cualquier emergencia médica o que ponga en riesgo la vida, otorgo permiso a los empleados de Journey para contactar a las siguientes personas:

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación con usted

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación con usted

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

**Por favor, escriba sus iniciales en cada declaración a la que consienta:**

\_\_\_\_\_ Doy permiso para que la información (eventos de facturación y otros) se envíe a mi dirección de casa.

\_\_\_\_\_ Doy permiso para que mi terapeuta y el personal administrativo me contacten en mi teléfono de casa.

\_\_\_\_\_ Doy permiso para que mi terapeuta y el personal administrativo me contacten en mi teléfono móvil.

\_\_\_\_\_ Doy permiso para que mi terapeuta y el personal administrativo me contacten en mi teléfono de trabajo.

Doy permiso para que mi terapeuta y el personal administrativo me dejen un mensaje en (por favor escribe sus iniciales):

\_\_\_\_\_ Teléfono de casa      \_\_\_\_\_ Teléfono móvil      \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo

\_\_\_\_\_ Doy permiso para que Journey agradezca a la persona que me refirió.

**Reconozco que el correo electrónico y otras formas de comunicación por Internet no son medios seguros/confidenciales para transmitir datos. Al inicial cualquier declaración relacionada con la comunicación por Internet, renuncio voluntariamente a mis derechos otorgados por la ley HIPAA y otras leyes federales o estatales relacionadas con la confidencialidad y la transmisión de información a través de Internet. Otorgo voluntariamente mi permiso y no haré responsable a Journey y/o a mi terapeuta por la transmisión de estos datos.**

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

\_\_\_\_\_ Doy permiso para enviar y recibir comunicación de mi terapeuta a mi dirección de correo electrónico.

\_\_\_\_\_ Doy permiso para enviar y recibir comunicación del personal administrativo de Journey a mi dirección de correo electrónico.

**Finanzas y Citas:****Por favor, escriba sus iniciales en TODAS las declaraciones:**

\_\_\_\_\_ Entiendo que Journey tiene una política de cancelación de 24 horas. Se me cobrará la tarifa completa de mi sesión si no llamo al menos con 24 horas de anticipación para cancelar, a menos que tenga una enfermedad física grave. Si creo que hay circunstancias atenuantes que deberían afectar esta política, las discutiré con mi terapeuta.

\_\_\_\_\_ Entiendo que las sesiones de consejería duran aproximadamente 50 minutos, incluyendo el tiempo necesario para programar próximas citas.

\_\_\_\_\_ Entiendo que la tarifa actual de mi terapeuta es de \$ \_\_\_\_\_ por sesión y acepto ser personalmente responsable de esta tarifa. Si esta tarifa cambia en el futuro, Journey me informará con un mínimo de 30 días de antelación.

\_\_\_\_\_ Entiendo que si me involucro en procedimientos legales que puedan requerir la participación de mi terapeuta, se espera que pague por su tiempo profesional para papeles, preparación para la corte y comparecencias en la corte. La tarifa por preparación/comparecencia en la corte es de \$100/hora.

\_\_\_\_\_ Entiendo que Journey normalmente no factura a las compañías de seguros. Si deseo enviar mi consejería para reembolso de seguros, Journey emitirá un recibo de diagnóstico que yo enviaré al seguro, y la compañía de seguros me reembolsará directamente.

\_\_\_\_\_ Acepto hacer el pago al comienzo de cada sesión. Los pagos pueden hacerse en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. Debido a que Journey es una organización sin fines de lucro y para minimizar las tarifas incurridas con el uso de tarjetas de crédito, por favor pague en efectivo o cheque siempre que sea posible.

\_\_\_\_\_ Los cheques devueltos por el banco por falta de pago tendrán una tarifa de \$35 para cubrir los cargos bancarios y el tiempo administrativo adicional.

\_\_\_\_\_ Entiendo que si hay un cambio en mis circunstancias de empleo, salud u otros factores relacionados con mi capacidad de pago, me comunicaré con Journey Counseling para establecer un plan de pago o hacer arreglos.

\_\_\_\_\_ Entiendo que si mi cuenta no está pagada en 4 meses, se añadirá una tarifa del 10% a mi saldo pendiente. También entiendo que soy totalmente responsable de los costos de cobro o tarifas legales asociadas con la recolección de pagos si mi cuenta se vuelve morosa.

**Observación para Capacitación:****Por favor, escriba sus iniciales si consiente:**

\_\_\_\_\_ Journey Counseling a veces participa en la capacitación de internos y terapeutas. Solicitamos respetuosamente que considere permitir que un interno esté presente en sus sesiones con su consejero. Su sesión siempre se lleva a cabo bajo la más estricta confidencialidad, y el aprendiz está sujeto a los mismos estándares de confidencialidad que su consejero. Por lo tanto, acepto permitir que un aprendiz esté presente en mis sesiones con mi consejero si es solicitado. También entiendo que en cualquier momento, antes, durante o después de una sesión, puedo pedir que el aprendiz se retire.

\_\_\_\_\_ Entiendo que mi sesión puede ser grabada en video para propósitos de supervisión y capacitación. Este video solo será visto por los consejeros de Journey y será borrado después de la supervisión.

\_\_\_\_\_ También acepto no grabar audio o video de una sesión sin el conocimiento y consentimiento expreso de mi terapeuta.

**Políticas:****Por favor, escriba sus iniciales en TODAS las declaraciones**

\_\_\_\_\_ He recibido, leído y comprendido la hoja adjunta titulada "Visión de Journey sobre el Proceso de Consejería".

\_\_\_\_\_ Reconozco que he recibido la explicación escrita de Journey sobre su cumplimiento con HIPAA, titulada "Aviso de Prácticas de Privacidad"

\_\_\_\_\_ Entiendo que la liberación de los registros clínicos de matrimonio/pareja requerirá una autorización firmada por ambas partes.

\_\_\_\_\_ Entiendo que tanto la ley como los estándares de la profesión clínica requieren que mi terapeuta mantenga registros apropiados. Tengo derecho a recibir una copia de los registros previa solicitud por escrito, con excepciones limitadas. A veces los registros profesionales pueden ser mal interpretados y/o causar malestar, por lo que Journey recomienda encarecidamente que los revise con su terapeuta para que puedan discutir lo que contienen. Mi terapeuta proporcionará los registros a un profesional de salud mental adecuado, previa solicitud por escrito. Se cobrará una tarifa adecuada por el tiempo de preparación de los registros.



**Journey Counseling Ministries**  
 250 E Elizabeth Street, Suite 111  
 Harrisonburg, VA 22802  
 Teléfono: (540) 908-3464  
[www.journeycounselingministries.org](http://www.journeycounselingministries.org)

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE. LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.**

### **NUESTRO DEBER LEGAL**

Estamos obligados por las leyes federales y estatales aplicables a mantener la privacidad de su información de salud. También estamos obligados a entregarle este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos en relación con su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras esté en vigor.

Este Aviso entra en vigor el (10/1/08) y permanecerá en vigor hasta que lo reemplacemos. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, según lo permita la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer efectivos los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso para toda la información de salud que mantenemos, incluida la información de salud que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y pondremos el nuevo Aviso a su disposición previa solicitud.

### **USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD**

Usamos y divulgamos información de salud sobre usted para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por ejemplo:

**Tratamiento:** Podemos usar o divulgar su información de salud a un médico u otro proveedor de atención médica que le esté proporcionando tratamiento.

**Pago:** Podemos usar y divulgar su información de salud para obtener el pago de los servicios que le brindamos.

**Operaciones de Atención Médica:** Podemos usar y divulgar su información de salud en relación con nuestras operaciones de atención médica. Estas incluyen actividades de evaluación y mejora de la calidad, revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales de la salud, evaluación del desempeño de los profesionales y proveedores, y actividades de acreditación, certificación, concesión de licencias o credenciales.

#### **Su Autorización:**

Además de nuestro uso de su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, puede darnos una autorización por escrito para usar su información de salud o divulgarla a cualquier persona con cualquier propósito. Si nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento.

**A su familia y amigos:** Debemos divulgar su información de salud a usted, como se describe en la sección de Derechos del Paciente de este Aviso. Podemos divulgar su información de salud a un miembro de la familia, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con su atención médica o con el pago de su atención médica, pero solo si usted está de acuerdo en que lo hagamos.

**Personas involucradas en su cuidado:** Podemos usar o divulgar su información de salud para notificar o ayudar en la notificación (incluyendo la identificación o localización) de un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, sobre su ubicación, su estado general o su fallecimiento. Si está presente, antes del uso o divulgación de su información de salud, le daremos la oportunidad de oponerse a dichos usos o divulgaciones. En caso de su incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos la información de salud basándonos en nuestra mejor valoración profesional, divulgando solo la información de salud que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica.

**Servicios relacionados con la salud y marketing:** No usaremos su información de salud para comunicaciones de marketing sin su autorización por escrito.

**Exigido por ley:** Podemos usar o divulgar su información de salud cuando la ley lo requiera.

**Abuso o negligencia:** Podemos divulgar su información de salud a las autoridades competentes si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la posible víctima de otros delitos. 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 nacional:** Podemos divulgar información de salud a las autoridades militares del personal de las Fuerzas Armadas en ciertas circunstancias. Podemos divulgar a funcionarios federales autorizados la información de salud requerida para actividades legales de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos divulgar a una institución correccional o a un oficial de la ley que tenga la custodia legal de información de salud protegida de un recluso o paciente en ciertas circunstancias.

**Recordatorios de citas:** Podemos usar o divulgar su información de salud para proporcionarle recordatorios de citas (como mensajes de voz, postales o cartas).

**Servicios de Telemedicina:** Para utilizar Telemedicina, necesitará una conexión a internet y un dispositivo con cámara para video. Su consejero puede explicarle cómo iniciar sesión y usar las funciones en la plataforma de Telemedicina. Si la Telemedicina no es adecuada para usted, su consejero recomendará una opción diferente.

*Existen algunos riesgos y beneficios al usar Telemedicina: Riesgos al usar Telemedicina incluyen: Privacidad y confidencialidad: Es posible que se le solicite compartir información personal con la plataforma de Telemedicina para crear una cuenta, como su nombre, fecha de nacimiento, ubicación e información de contacto. Su consejero selecciona cuidadosamente cualquier plataforma de Telemedicina para garantizar que su información esté asegurada conforme a los estándares apropiados;*

*Tecnología: A veces, podría tener problemas con su internet, video o sonido. Si tiene problemas durante una sesión, su consejero seguirá el plan de respaldo que usted acuerde antes de las sesiones;*

*Gestión de crisis: Puede ser difícil para su consejero proporcionar apoyo inmediato durante una emergencia o crisis. Usted y su consejero desarrollarán un plan para emergencias o crisis, como elegir un contacto de emergencia local, crear un plan de comunicación y hacer una lista de servicios locales de apoyo, emergencia y crisis. Beneficios de la Telemedicina incluyen:*

*Flexibilidad: Puede asistir a la terapia donde le sea conveniente;*

*Facilidad de acceso: Puede asistir a las sesiones de Telemedicina sin preocuparse por viajar, lo que significa que puede programar menos tiempo por sesión y asistir a la terapia durante condiciones climáticas adversas o enfermedades.*

*Aquí están las siguientes recomendaciones a considerar al utilizar Telemedicina: Asegúrese de que otras personas no puedan escuchar su conversación ni ver su pantalla durante las sesiones; No use video o audio para grabar su sesión a menos que pida permiso a su consejero con anticipación; Asegúrese de informar a su consejero si no está en su ubicación habitual antes de comenzar cualquier sesión de Telemedicina.*

**Política de redes sociales:** Los consejeros y el personal de Journey no aceptarán solicitudes de amistad o contacto de clientes actuales en ninguna plataforma de redes sociales, lo que podría comprometer la confidencialidad del cliente y nuestra privacidad respectiva. Por favor, no utilice mensajes de texto móviles o mensajes en redes sociales para discutir ningún otro tema terapéutico excepto el relacionado con la programación de citas. Del mismo modo, limite el uso del correo electrónico con respecto al contenido de sus sesiones de terapia, ya que el correo electrónico no es un medio completamente seguro o confidencial de comunicación. En resumen, absténgase de participar en cualquier forma de comunicación o publicación en línea si ha existido una relación de cliente/consejero.

## **Derechos del paciente**

**Acceso:** Usted tiene el derecho de revisar u obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato diferente al de fotocopias. Usaremos el formato que usted solicite a menos que no sea factible para nosotros. (Debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su información de salud. Puede obtener un formulario para solicitar acceso utilizando la información de contacto que se encuentra al final de este Aviso. Le cobraremos una tarifa razonable basada en los costos, tales como copias y el tiempo del personal. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este Aviso. Si solicita copias, le cobraremos \$25.00 por el tiempo del personal para localizar y copiar su información de salud, y el costo del envío si desea que las copias se le envíen por correo. Si solicita un formato alternativo, le cobraremos una tarifa basada en los costos por proporcionarle su información de salud en ese formato. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información de salud por una tarifa. Contáctenos utilizando la información que aparece al final de este Aviso para obtener una explicación completa de nuestra estructura de tarifas.)

**Restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar que imponamos restricciones adicionales sobre el uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos con nuestro acuerdo (excepto en una emergencia).

**Comunicación Alternativa:** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. {Debe hacer su solicitud por escrito.} Su solicitud debe especificar los medios o la ubicación alternativa y proporcionar una explicación satisfactoria sobre cómo se manejarán los pagos según el medio o la ubicación alternativa que usted solicite.

**Modificación:** Usted tiene el derecho de solicitar que modifiquemos su información de salud. (Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué la información debe ser modificada). Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

**Aviso Electrónico:** Si recibe este Aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico, tiene derecho a recibir este Aviso en formato impreso.

## **PREGUNTAS Y QUEJAS**

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, por favor contáctenos. Usted tiene derecho a presentar una queja por escrito ante nuestra oficina o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos sobre violaciones de las disposiciones de este Aviso o de nuestras políticas y procedimientos. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud.

**Oficial de contacto: Director(a) Clínica, Ally Padilla, MA, LPC**  
**Teléfono: (540) 908-3464**  
**Dirección: PO Box 14, Dayton VA 22821**





**Journey Counseling Ministries**  
 250 E Elizabeth Street, Suite 111  
 Harrisonburg, VA 22802  
 Teléfono: (540) 908-3464  
[www.journeycounselingministries.org](http://www.journeycounselingministries.org)

## Visión del Proceso de Consejería

*La práctica de la consejería se basa en orientaciones teóricas particulares, así como en el estilo personal y la experiencia del consejero. Por lo tanto, creemos que es en su mejor interés explicarle brevemente nuestro trasfondo (como grupo) y nuestra visión del proceso de consejería. Vemos el proceso de consejería como la formación de una alianza con usted, para explorar la naturaleza de su problema o lucha personal. Aunque dedicaremos mucho tiempo a explorar el problema específico que lo llevó a la consejería, también exploraremos en profundidad la naturaleza de su relación con otras personas significativas en su vida. En nuestra orientación teórica, creemos que muchas de las fuerzas y dinámicas que han influido en la complejidad e intensidad de su problema están arraigadas en cuestiones relacionales. Al usar una base bíblica en nuestra consejería, creemos que usted está hecho para relacionarse profundamente—esto es tanto una fuente de gran alegría como de profundo dolor. Esto no es para simplificar su problema, sino para resaltar la complejidad del mismo y cómo interfiere con el profundo disfrute para el cual ha sido creado. Apuntar a la fuente del problema tiene el propósito de darle esperanza.*

*Las relaciones interpersonales son las áreas en las que el resultado de la ruptura de la humanidad es más evidente, y donde la necesidad de cambio es más obvia. Al trabajar hacia los objetivos de eliminar el problema inicial y crecer en madurez relacional, el proceso de consejería requerirá un esfuerzo firme para cambiar, lo que puede implicar un malestar significativo. Recordar y resolver eventos desagradables puede generar miedo intenso, ira, depresión, frustración y otras emociones poderosas que pueden parecer extrañas, pero son una parte normal del proceso de crecimiento. Buscar resolver problemas entre miembros de la familia, parejas matrimoniales y otras personas puede llevar de manera similar a incomodidades, así como a cambios en las relaciones que tal vez no hayan sido inicialmente intencionados.*

*Muchos de los resultados de la consejería dependerán de su determinación para enfrentar honestamente los temas que afectan poderosamente su vida. Somos seres humanos que han sido profundamente afectados por los efectos de la ruptura en un mundo caído. Somos personas dañadas que hacemos más daño a través de la manera en que manejamos nuestro dolor. Nos sentimos tentados a transformar nuestra sed de intimidad en cosas bajo nuestro control que nos mantienen sintiéndonos protegidos, y al mismo tiempo, en agonía. Este dolor a menudo aparece en forma de síntomas como depresión, trastornos alimentarios, disfunciones sexuales, ansiedad, rabia, etc. Sus síntomas son importantes. Señalan más allá de sí mismos la necesidad de una mirada interior en su vida. Esta “mirada interior” tiene la intención de sacar a la superficie—y con el tiempo, interrumpir—viejas dependencias poco saludables y ofrecer la idea tentadora de que la dependencia de Dios es una invitación que tanto hemos temido como anhelado en lo más profundo de nuestra alma. Creemos que ciertos problemas también pueden tener (o desarrollar) componentes físicos. En tales casos, se recomendará una consulta médica.*

*El curso de la terapia se determina mutuamente entre usted y su consejero. Se le anima a que haga libremente cualquier pregunta que tenga sobre los antecedentes educativos y profesionales o el enfoque terapéutico de su consejero. También se le anima a hacer preguntas relacionadas con su plan de terapia específico y su progreso. **A menudo las personas preguntan cuánto tiempo estarán en consejería.** Algunos clientes necesitan una terapia relativamente breve para comprender sus conflictos y alcanzar los objetivos que se han propuesto. Sin embargo, otros pueden requerir muchos meses o incluso años de trabajo para lograr el crecimiento que desean. Intentamos trabajar con las personas de tal manera que tengan el tiempo suficiente para alcanzar sus objetivos individuales de terapia, pero desalentamos que los clientes se vuelvan dependientes de manera inapropiada de la terapia. En consecuencia, la duración del tratamiento varía de persona a persona. Los clientes suelen saber cuándo están comenzando a “sentirse terminados” con el trabajo de terapia. Cuando esto sucede, le animamos a discutirlo con su consejero para que podamos cerrar nuestra relación con el mismo cuidado con el que comenzó. Los requisitos de certificación estatal para los consejeros profesionales no implican la efectividad del tratamiento. Es su responsabilidad determinar si los servicios ofrecidos son apropiados y, en última instancia, útiles.*

*Siempre es nuestra intención proporcionar servicios de manera profesional que sea consistente con los estándares éticos descritos en el Código de Ética de la AACC. Si en algún momento durante su trabajo con un consejero siente que ha habido un malentendido o tiene una pregunta o queja sobre los servicios de su consejero, por favor háblelo de inmediato para que su consejero pueda estar al tanto de su preocupación y resolver el asunto con usted.*