



**Family**  
Counseling Service

*Stronger Families - Stronger Communities*

## Qué esperar de la Consejería

Muchos de nosotros incorporamos terapia esperando conseguir un alivio rápido de nuestra angustia que estamos experimentando. Somos conscientes que la terapia nos está costando en términos de tiempo, dinero, y la energía que nosotros queremos algún resultado inmediato, especialmente cuando estamos en dolor. Es importante que hables con tu terapeuta sobre tus expectativas y necesidades del proceso de consejería.

La Consejería es un tipo de aprendizaje... sobre su persona, sus sensaciones, y sus relaciones con otros. Hay muchos acercamientos diversos a la consejería; dependiendo de sus raíces, personalidad, y creencias, diversos consejeros tienen diversas visiones sobre cómo ayudar mejor a la gente. Hay, algunas cosas sobre el proceso de consejería que no cambian, no importa quien es su consejero.

Qué pasaría con la consejería si dependiera de las necesidades y fortalezas de cada una de las personas que buscaran ayuda. Por esta razón, cada experiencia de consejería es única, así como cada individuo es único. Las primeras reuniones generalmente son para aclarar el problema y examinar qué soluciones se han intentado ya. Esto es a menudo referido como la fase de evaluación de la consejería. Durante este tiempo su consejero puede recopilar la información sobre su pasado, su estilo personales y relaciones, así como tu funcionamiento intelectual y emocional. Esto ayuda al consejero en la determinación de qué estrategias de consejería que son las más provechosas para usted.

Algunas cosas para tener presente

- **Tarda tiempo** para establecer una relación confiable con un terapeuta.
- **Todos nos oponemos al cambio.** No se sorprenda si es tentado por abandonar la terapia antes de que ocurran algunos cambios verdaderos. **No la abandone** porque le es incómoda.
- Su consejero (a) esperará que le deje saber que es lo más importante para que hables. Harás la mayor parte de hablar. Puedes hablar de lo que se está refiriendo a ti.
- **Generally, your counselor will not give you advice or tell you what to do.** We support the development of your sense of responsibility for your own decisions and life. We help you to help yourself, through helping you to clarify what you think, feel, and value, and to generate alternate ways of thinking about yourself and dealing with your concerns.
- **Your counselor will not be able to “see through” you, or “read your mind.”** The more open and honest you are, the more helpful counseling can be. However, you will not be forced to talk about anything you don't feel ready to talk about. When you do choose to talk about something that is difficult for you, your counselor will listen in a non-judgmental manner.

## HISTORIA DE CLIENTE ADULTOS

Bienvenido a Aurora Family Counseling Service. Quisiéramos aprender un poco sobre usted para poderle proporcionar el mejor servicio posible.



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

¿Donde usted trabaja o va a la escuela?

Describa las actividades de tiempo libre, los tipos de entrenamiento que usted goza, y los campos de interés especiales.

Gente en su casa:

Nombre	Edad	Relación

¿Problemas de salud u hospitalizaciones?

¿Usted ha tenido una lesión en la cabeza, tal como una conmoción cerebral, siendo golpeado en la cabeza, accidente de coche, puntadas en el área de la cabeza, el etc.?  No  Si

¿Usted ha tenido un ataque, pérdida de sentido, o una exploración de CT, MRI, o un EEG anormal?  No  Si

¿Usted toma medicamento?

Nombre del medicamento	¿Para qué problema?	¿Parece funcionarle?

¿Usted ha recibido servicios de esta agencia, o una agencia similar, antes?

No  Si. favorde completar la tabla de abajo.

Agencia	Servicio recibido	Fecha

Tiene problemas o preguntas con su lugar de vivir?

No  Si. Describa por favor sus preocupaciones.

¿Cómo podemos ayudarle hoy?

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Por favor llene esta forma de acuerdo con SUS sentimientos personales con relación a las situaciones mencionadas y chequee la frecuencia con la que ocurren. **1 = Nunca**      **2 = Una vez al mes o menos**      **3 = Mas de una vez al mes**

SINTOMA	1	2	3	SINTOMA	1	2	3
Sentimientos de remordimiento				Roba			
Preocupación				Desesperado acerca del futuro			
Demasiada energia				Piensa en la muerte			
Agresividad				Piensa en el suicidio			
Temperamento descontrolado				Se siente poco adecuado			
Miedo a la escuela/el trabajo				Obsesionado con el pasado			
Miedo de salir de la casa				Llora excesivamente			
Camina dormido				Se siente triste			
Dificultades quedándose dormido				Pesadillas			
Dificultades manteniéndose dormido				Siente angustias			
Pérdida de la memoria				Siente pánico			
Dificultades para tomar decisiones				Siempre está con coraje			
Se siente solo/a				Celoso/a			
Dificultades para concentrarse				Impaciente			
Cambios repentinos de humor				No tiene confianza en sí mismo			
Está inquieto/a				Falta de respiración			
Se distrae mucho				Latidos del corazón rápidos			
Gasta mucho dinero				Dolores en el pecho			
No se valoriza a sí mismo				Problemas sexuales			
Excesivamente cansado				Sentimientos de irrealidad			
Poco apetito para comer				Problemas con apuestas			
Come demasiado				Desmayos o amnesia			
Come decontroladamente				Problemas de estómago			
Mucha preocupación con la comida				Pensamientos que no desaparecen			
Vómitos				Conductas que no puede parar			
Duerme demasiado				Abuso físico de usted o de otros			
Escucha voces				Abuso emocional de usted o de otros			
Problemas en el trabajo				Miente			
Problemas para llevarse con la gente				Otro:			



### CONSENTIMIENTO PARA GRABAR/OBSERVAR

- Yo (nosotros) otorgo (otorgamos) el permiso a Family Counseling Service of Aurora para grabar (audio/video) todas las sesiones de mi (nuestra) terapia. Entiendo (entendemos) que el contenido de dicha/grabaciones no se divulgara excepto para la discusion entre los profesionales empleados por Family Counseling Service con el proposito de la revision y supervision (consulta) profesional de distintos casos.
  
- Yo (nosotros) ademas otorgo (otorgamos) el permiso al equipo supervisor de la terapia para observar lo que transcurre en mi (nuestra) sesion a traves de la ventana uni-direccional.
  
- Yo (nosotros) no otorgo (otorgamos) mi (nuestro) permiso para grabar o observar mi (nuestra) sesiones.

\_\_\_\_\_  
Firma del Consejero/a

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PERMISO PARA REVELAR E INTERCAMBIAR  
INFORMACION SOBRE EL CLIENTE**

**Yo autorizo y solicito:**

Family Counseling Service of Aurora

70 S. River St.

Aurora, IL 60506

Tel. (630)844-2662 Fax (630)844-3084

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado

\_\_ **Para revelar/intercambiar información de manera verbal o escrita, sobre:**

\_\_ **Para revelar información solamente de manera verbal o escrita** \_\_\_\_\_ **a** \_\_\_\_\_ **sobre:**

Específicamente, servicios de salud mental:

- Evaluación y Diagnóstico
- Notas sobre el progreso
- Duración y tiempo envuelto en el programa
- Resumen de participación en el tratamiento/progreso
- Evaluación Psicológica
- Historia Social

Otros:

- Historia Médica
- Desempeño Académico
- Habilidades Sociales y
- Comportamiento en la Escuela
- Facturar e Información de Pago
- Forma de Notificación de médico
- Otros \_\_\_\_\_

**Sobre(Nombre del Cliente):** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Con el Propósito de:    \_\_ Asistir en la evaluación y tratamiento  
                                  \_\_ Coordinar Servicios  
                                  \_\_ Continuidad de Servicios  
                                  \_\_ El pago de cliente por terceros  
                                  \_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que este permiso automáticamente expira el día \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.

Yo entiendo que mi registro clínico puede contener información de salud mental, psiquiátrica, incapacidad en el desarrollo, abuso de alcohol y/o droga; y/o Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida(SIDA) y/o información y resultados de exámenes del VIH. Solo aquella información y/o registros que se consideren necesarios para los propósitos expresados arriba deberán ser revelados. Yo podré revisar y requerir las copias de los registros/información que puedan ser reveladas.

**Yo entiendo que:**

Es mi derecho cancelar este permiso para revelar esta información por escrito, en cualquier momento.

Yo consiento y doy mi permiso para revelar solamente la información especificada en esta hoja de permiso.

Asi mismo que la información recibida no puede ser enviada a otra agencia o persona sin mi consentimiento por escrito.

La información revelada puede ser solo usada para los propósitos indicados en la parte de arriba de este permiso.

Es mi derecho inspeccionar y copiar la información que será revelada.

Si yo rehuso a ofrecer la información indicada arriba, las consecuencias al negar esta información(si hay alguna) serán: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Cliente (12 años de edad o mas)**

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

\_\_\_\_\_  
**Firma del Personal/Testigo**

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

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Guardián**

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



**ACUERDO PARA RECIBIR  
SERVICIOS  
Servicios de Salud del  
Comportamiento**

Bienvenidos a Family Counseling Service de Aurora. Es un privilegio el ofrecerle servicios de consejería por medio de nuestra agencia. Este documento servirá como un acuerdo entre usted y Family Counseling Service durante su participación en servicios de salud mental.

**Riesgos y beneficios de la consejería:**

Antes de empezar a recibir servicios, es importante saber que la consejería trae consigo beneficios y riesgos. La terapia suele llevar a una reducción significativa de sentimientos de sufrimiento, mejoría en relaciones y resolución de problemas. Los riesgos a veces incluyen experimentar sentimientos incómodos tales como tristeza o ansiedad durante el curso de consejería.

**Aptitudes de los terapeutas:**

Family Counseling Service mantiene altos criterios en cuanto a la excelencia clínica. Nuestros terapeutas tienen títulos avanzados y licenciaturas en su área de especialidad, o están trabajando hacia lograr una licenciatura completa bajo supervisión directa de un profesional titulado. También nos sentimos orgullosos de ser una de las sedes premier de aprendizaje para estudiantes de postgrado de universidades locales. Si su terapeuta está trabajando hacia lograr una licenciatura completa, él/ella será supervisada semanalmente para vigilar la calidad de sus destrezas profesionales. Usted puede solicitar entrevistarse con el supervisor en cualquier momento. Se le hablará sobre las aptitudes de su terapeuta cuando comience la terapia y puede solicitar un cambio si prefiere a alguien con aptitudes distintas en ese momento.

**Tarifas y cancelaciones:**

Family Counseling está fundado por United Way y otros grupos fundadores públicos. Estos recursos cubren la diferencia entre el costo actual de servicios y las tarifas recolectadas. Ofrecemos una escala móvil para incorporar las circunstancias económicas de nuestros clientes.

La tarifa por la primera visita es \$35.00. La tarifa para el resto de las visitas será establecida por el personal de FCS. Si sus ingresos cambian o tiene inquietudes sobre su tarifa, por favor dialóguelo con su terapeuta. Es a veces posible reducir su tarifa si puede mostrar documentación que su tarifa actual no es manejable.

- ❖ Si no le es posible asistir a la sesión programada, por favor notifíquenos con por lo menos 24 horas de anticipación. Si falta a su cita, se le cobrará un recargo igual al monto de su tarifa por sesión y éste debe ser pagado antes de que otra sesión pueda ser programada. Esto es simplemente porque tenemos muchos clientes que están esperando citas disponibles y quisieramos poder ofrecer su cita si necesita cancelar por cualquier razón.
- ❖ La tarifa establecida por hora también puede ser aplicada a los siguientes servicios si son utilizados: (1) consultas llevadas a cabo con otros profesionales en nombre del cliente; (2) consultas telefónicas que sobrepasen 15 minutos; (3) informes escritos por solicitud del cliente; (4) Comparecer en los tribunales; (5) informes de la corte o informes de tratamiento.
- ❖ la mayoría de los servicios de contrato (por ejemplo, si una compañía de seguros o una Agencia Estatal está pagando sus servicios aquí) no nos reembolsan por las citas faltadas o canceladas. Si los servicios están siendo pagados por o a través de un contrato exterior y no cancela en 24 horas su cita, usted es responsable del pago por la sesión fallada.

### **La confidencialidad de su expediente:**

Como cliente, usted nos proveerá con información importante y delicada sobre su persona. Esta información se conoce como información de salud protegida. Family Counseling Service no revelará su información de salud protegida AMENOS que nos otorgue su autorización por escrito para hacerlo, excepto bajo las siguientes circunstancias especiales. Las leyes estatales y federales requieren que Family Counseling Service revele su información privada sin su consentimiento bajo ciertas circunstancias, incluyendo las siguientes:

- ❖ ***Abuso infantil*** - Si su consejero tiene razón suficiente para creer que un niño conocido por él en calidad de profesional pueda ser un niño abusado o descuidado, su consejero debe reportar esta creencia de acuerdo al *Decreto de informe de abuso y negligencia infantil*.
- ❖ ***Abuso doméstico y adulto*** – Si su consejero tiene razón suficiente para creer que un individuo (quien está protegido por la ley estatal) ha sido abusado, descuidado o explotado financieramente, él/ella debe reportar esta creencia de acuerdo al *Decreto de abuso y negligencia a ancianos del estado de Illinois*.
- ❖ ***Amenaza seria contra la salud o seguridad*** – Si su consejero cree que usted presenta riesgo eminente, serio de daño físico o mental o muerte hacia usted mismo, él/ella puede hacer revelaciones que considere necesarias para protegerlo de lastimarse. Si usted le comunica a su consejero una amenaza específica de daño eminente en contra de otro individuo o si él/ella cree que existe un riesgo eminente y claro de que un daño físico o mental pueda ser realizado contra otro individuo, él/ella puede hacer revelaciones que crea necesarias para proteger al individuo del daño de acuerdo con el *Decreto de*

*confidencialidad de discapacidades de salud mental y de desarrollo del estado de Illinois.*

La ley federal también nos permite usar su información de salud protegida con los siguientes fines:

- ❖ ***Para obtener pago:*** Nosotros podemos usar y revelar su información de salud protegida para ser reembolsados por los servicios médicos y útiles que le proveemos. Por ejemplo, su plan de salud o aseguradora puede pedir ver partes de su expediente médico antes de que ellos puedan proporcionarnos el pago por su tratamiento.
- ❖ ***Para operaciones de cuidado de salud:*** Podemos usar y revelar su información de salud protegida para el manejo del cuidado de salud, el cual incluye educación interna, administración, planeación y varias otras actividades que mejoran la calidad del cuidado que proveemos a nuestros clientes. Podemos revelar información de salud protegida a compañías externas para apoyar las funciones administrativas tales como análisis de datos, contabilidad o servicios legales, pero solo lo haremos cuando firmen un acuerdo declarando que ellos seguirán nuestra política de privacidad. Esta información es normalmente agregada, así que no se puede identificar a un individuo en específico.

### **Derechos del cliente:**

Como cliente de Family Counseling Service, usted tiene derecho a los derechos delineados en el Decreto de confidencialidad de salud mental y discapacidades de desarrollo y en el capítulo 2 del Código de salud mental Código de discapacidades de desarrollo. FCS también tiene ciertas responsabilidades como proveedor de servicio. Los derechos del cliente y las responsabilidades de FCS incluyen pero no se limitan a lo siguiente:

- ❖ Usted tiene derecho a ser provisto con cuidado y servicios adecuados y humanitarios en un ambiente con las menores restricciones posibles.
- ❖ Usted tiene derecho a que se le expliquen sus derechos utilizando un idioma o método de comunicación que usted entienda al comienzo de los servicios.
- ❖ Usted puede tener un tutor con el cual nosotros debemos cooperar o puede ser restringido legalmente por los tribunales o departamento de probatoria.
- ❖ Usted tiene el derecho a estar libre de abuso y negligencia.
- ❖ Usted tiene el derecho a un plan de tratamiento individualizado el cual será desarrollado con usted. También tiene el derecho a repasar periódicamente su plan de tratamiento con su terapeuta por los menos una vez cada seis meses.

- ❖ Usted tiene derecho a estar libre de restricción física, amenos que esté siendo usada como medida terapéutica con niños para prevenir daños físicos hacia ellos mismos o hacia otros. La reclusión no es permitida.
- ❖ Usted tiene el derecho a la privacidad y ninguna información sobre usted será revelada a otros sin su consentimiento por escrito, excepto por lo siguiente: FCS debe seguir leyes estatales sobre solicitudes de información especiales. Tenemos la responsabilidad de advertir a otros si usted amenaza con lastimarlos. Tenemos que informar cualquier sospecha de abuso o negligencia infantil o a ancianos. Es posible que comuniquemos información a otros si usted está en riesgo de lastimarse a sí mismo o a otros.
- ❖ Usted tiene el derecho a que no le sean negados servicios de salud mental debido a su edad, género, creencias religiosas, origen étnico, estado civil, orientación sexual, discapacidad física o mental o antecedentes criminales que no son relacionados con algún posible peligro en este momento.
- ❖ Usted tiene el derecho a que no le sean negados, suspendidos, reducidos o terminados servicios por ejercer sus derechos.
- ❖ Si usted cree que ha sido tratado injustamente, usted tiene el derecho a presentar quejas o a apelar decisiones adversas relacionadas con sus servicios. Usted tiene el derecho a presentar tales quejas o apelaciones a la persona con el puesto más alto en la agencia. Si usted está bajo tutela estatal, usted tiene el derecho a contactar al Guardianship and Advocacy Comission, Equip for Equality, Inc. y DCFS o DHS. Usted tiene el derecho a que le sea ofrecida ayuda del personal para contactar a estas organizaciones.



**Family Counseling Service de Aurora**  
**ACKNOWLEDGEMENT OF POLICIES**  
**Servicios de Salud del Comportamiento**

Al firmar abajo, yo estoy acordando recibir tratamiento en Family Counseling Service de Aurora. También entiendo y estoy de acuerdo con las siguientes condiciones:

- ❖ Se me ha informado de los posibles riesgos y beneficios de la terapia y deseo proseguir con los servicios en este momento.
- ❖ He leído el acuerdo de servicio y seguiré la política de tarifa y cancelación.
- ❖ Entiendo la política de confidencialidad que sigue Family Counseling Service.
- ❖ He recibido una copia de los Derechos del cliente.
- ❖ Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

Nombre del cliente (favor de usar letra de molde)	Fecha
Firma del cliente	Fecha
Firma del tutor (si el cliente es menor de 12 años)	Fecha
Nombre del terapeuta (favor de usar letra de molde)	Fecha
Firma del terapeuta	Fecha
Nombre del supervisor y credenciales (favor de usar letra de molde)	