



NOMBRE DEL CLIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ CLIENTE #: _____

ACUERDO DE TRATAMIENTO INICIAL

1. Cada sesión es de aproximadamente 45 - 55 minutos de duración.
2. La información dada para el médico es confidencial y sólo puede ser compartida con su consentimiento escrito específico, a menos que usted es referido para servicios de acuerdo con las circunstancias legales, si las condiciones de emergencia prevalecen, o una situación inusual que implique el sistema judicial. Kinder Konsulting & Parents Too y sus contratistas están obligados por ley a informar de todas las sospechas de negligencia o abuso a la agencia apropiada, así como la amenaza de hacer daño o la intención de causarse daño a sí mismo o a otra persona.
3. Cualquier información relacionada con su salud mental se debe discutir con su terapeuta. Es su responsabilidad el proporcionar su número de seguro social / de su niño y la fecha de nacimiento con el fin de confirmar quien fue asignado o identificar a su / o terapeuta o al psiquiatra de su hijo. Ninguna otra información será facilitada por teléfono a menos que Kinder Konsulting & Parents Too y su personal también pueda confirmar su identidad.
4. Un plan individualizado de tratamiento se completará con los servicios individuales con el cliente, el padre / tutor legal, y el terapeuta. Todos los involucrados participarán voluntariamente y de acuerdo en seguir el plan como se indica.
5. Se hará lo posible para concertar las citas, estas serán lo más conveniente posible para que usted asista. Aunque a veces, se necesitara de su compromiso.
6. Si usted sabe que no puede acudir a su cita, por favor llame para cancelar al menos con 24 horas de anticipación.
7. Si cancela o no se presenta a dos citas programadas, un supervisor puede revisar su caso. Se puede determinar que usted ya no es elegible para recibir servicios. Usted será informado de los trámites dirigidos a poner fin a los servicios.
8. Kinder Konsulting & Parents Too y los médicos\terapeutas no están de guardia y no son capaces de atender situaciones fuera del horario laboral normal (8:30 - 5:00). Si se produce una situación de crisis, se recomienda proceder a la sala de emergencias más cercana.
9. Los niños no deben ser dejados en sus citas o dejarse desatendidos mientras está en la sala de espera.



NOMBRE DEL CLIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ CLIENTE #: _____

ROL DEL TERAPEUTA

- 1. El Terapeuta le dará una descripción del programa, y la información acerca de su propia experiencia y credenciales.
- 2. El Terapeuta trabajará con usted para determinar las áreas problemáticas y establecer objetivos para el tratamiento específico de acuerdo a sus necesidades. El terapeuta va a desarrollar el plan de tratamiento y el enfoque junto con usted durante el proceso de evaluación.
- 3. La planificación del alta comienza en el momento de la admisión y continúa durante todo el proceso de tratamiento.

RECONOZCO QUE HE RECIBIDO UNA COPIA DE ESTE ACUERDO DE TRATAMIENTO Y UN FOLLETO LISTANDO MIS DERECHOS COMO CLIENTE.

Doy mi dirección de correo electrónico y número de teléfono celular a continuación, estoy consintiendo en electrónica Comunicación, incluyendo correos electrónicos y mensajes SMS.



Firma del Padre/Tutor: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Email del Padre/Tutor: _____

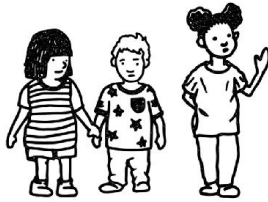
Teléfono: _____

Firma del Terapeuta: _____

Nombre del Terapeuta: _____

Fecha: _____

Teléfono del Terapeuta: _____



NOMBRE DEL CLIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ CLIENTE #: _____

CONSENTIMIENTO - LUGAR DEL TRATAMIENTO

DECLARACIÓN DE AUTORIDAD PARA CONSENTIR

yo certifico que tengo la autoridad legal para dar consentimiento para el tratamiento, medicación, divulgación de información y todas las gestiones legales que implica al cliente mencionado anteriormente. Proporcionare a Kinder Konsulting & Parents Too, Inc. la documentación legal requerida para certificar esta afirmación. En caso de que mi condición como tutor legal cambie, certifico que inmediatamente notificare a Kinder Konsulting & Parents Too, Inc. del nombre, dirección y teléfono de la persona que ha asumido la tutela del cliente mencionado.



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y LUGAR LED TRATAMIENTO

Doy mi consentimiento para que el cliente mencionado participe en:

Evaluación y servicios ambulatorios de salud mental

Evaluación y servicios de análisis de la conducta

a través de Kinder Konsulting & Parents Too, Inc en los siguientes lugares:

Si No **Hogar del Cliente:** _____

Si No **Escuela del Cliente:** _____

Si No **Otro:** _____

También doy mi consentimiento para que las siguientes personas/organizaciones participen en el tratamiento del cliente mencionado anteriormente. Endiento que estas personas tendrán acceso a información de salud privilegiada con el fin de las operaciones de evaluación, tratamiento y cuidado de la salud.

Personal de la Escuela: Profesor Consejero Especialista en Comportamiento
 Principal Coordinador de Personal Otro: _____

Otros Miembros de la Familia: Padrastro/madrastra Hermanos Abuelos
 Padres Adoptivos Otro: _____

Nombre de la Fuente de Referencia & Agencia: _____

Nombre de Otros Proveedores de Tratamiento Existentes & Agencias: _____



NOMBRE DEL CLIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ CLIENTE #: _____

EXCEPCIONES A SU PRIVACIDAD:

En algunas circunstancias, estamos obligados a reportar información privada acerca de usted. Tenemos el deber de informar cualquier sospecha de abuso infantil y negligencia al Estado de Florida. Tenemos el deber de advertir a posibles víctimas si creemos que sus vidas están en peligro. Otras excepciones a su privacidad se explican en el Acuerdo de Privacidad.

AUTORIZACIÓN DE FINANCIAMIENTO

Yo autorizo a _____ (agencia responsable) de pagar los servicios directamente a Kinder Konsulting & Parents Too, Inc. Entiendo que seré responsable por los cargos adeudados no cubra esta fuente de financiamiento. Además, entiendo que información confidencial de salud tendrá que ser compartida con la fuente de financiamiento mencionado anteriormente con el propósito de procesar reclamaciones y obtener reembolsos. En caso de que Medicaid no cubra el costo de los servicios recibidos, la agencia podrá someteré pago a través de Central Florida Cares Health System (CFCHS). Autorizo a CFCHS a pagar por los servicios recibidos directamente a Kinder Konsulting & Parents Too, Inc., y entiendo que, en este proceso, la información de salud confidencial será compartida con CFCHS con el propósito de reclamación de pago y obtener un reembolso.

PROCESO DE QUERRELLA

si usted no esta satisfecho con las servicios que recibe del personal asignado a usted o desea presentar una queja, por favor llame al Gerente del programa. Si no esta satisfecho con a resuesta del Gerente del program, usted puede presentar una querella por escrito al director del programma, quien respondera dentro de 14 dias. Si no esta satisfecho con la resupesta del Director del programa, usted puede enviar su querella por escrito al Driector Ejecutivo. El Director Ejecutivo proveera una decision dentro de 14 dias, que sera inapelable. Una copia del protocolo de querellas esta a su disposion.

Una copia de este documento será valida como el original.



ESTE CONSENTIMIENTO VENCE 1 AÑO DESDE LA FECHA DE FIRMA, O AL CIERRE DEL CASO

- He recibido una copia del Kinder Konsulting & Parents Too, Inc. "Acuerdo de Privacidad".**
Este acuerdo explica como su información médica puede utilizarse, divulgarse y como usted puede obtener acceso a esta información. **Por favor revísela cuidadosamente.**

Se me ha explicado la información en esta página. Entiendo que puedo revocar el consentimiento anterior en cualquier momento, sin embargo, yo no puedo revocar el consentimiento para una acción que ya ha sido tomada.



NOMBRE DEL CLIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ CLIENTE #: _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

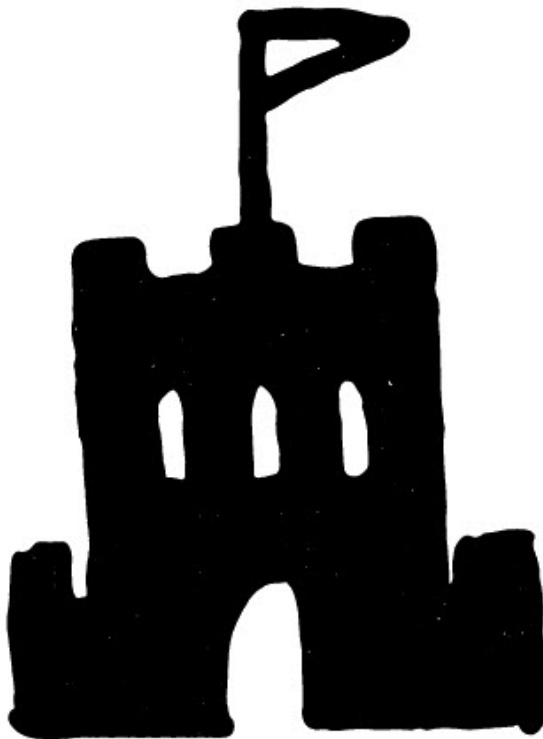
Email del Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____

Firma del Terapeuta: _____

Nombre del Terapeuta: _____ Fecha: _____

Email del Terapeuta: _____

Teléfono del Terapeuta: _____





NOMBRE DEL CLIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ CLIENTE #: _____

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

El aviso de prácticas de privacidad le informa como Kinder Konsulting & Parents Too, Inc. puede usar información sobre usted. No todas las situaciones serán descritas. KKP está obligado a darle notificación de nuestras prácticas de privacidad por la información que colectamos y mantenemos sobre usted.

Admito que recibí el Aviso de Practicas de Privacidad:

He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre como mi información será usada, compartida y protegida.

Firma del Padre/Tutor: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Email del Padre/Tutor: _____

Teléfono: _____

¿Es esto un tratamiento de emergencia? Si No

MÉTODO DE RECIBO DEL AVISO

¿Se le proveyó el Aviso por escrito?	Yes	No
¿Se le proveyó el Aviso de otra manera?	Yes	No
¿Si no se le dio el Aviso por escrito, que método se usó?	Verbal Fax Email Website	

RECIBO DE AVISO

¿El cliente firmo el recibo del Aviso de prácticas de privacidad?	Yes	No
¿Si no firmo, el cliente acepto y entendió el Aviso de prácticas de privacidad?	Yes	No
¿Si el aviso fue aceptado de otra manera, que método fue usado?	Verbal Fax Email Website	

Si no se recibió confirmación, documente la razón por la cual esto no fue posible y los intentos realizados para obtenerlo:

Firma de la persona obteniendo el recibo de Aviso de Prácticas de Privacidad:

Nombre de la Persona que Documenta: _____ **Fecha:** _____



NOMBRE DEL CLIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ CLIENTE #: _____

REPRESENTACIÓN DE LA AUTORIDAD LEGAL – CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

DECLARACIÓN

Con mi firma y las iniciales abajo, y como un incentivo para Kinder Konsulting & Parents Too, Inc para proveer servicios a mi hijo menor de edad se ha descrito anteriormente, por la presente declara y el consentimiento de la siguiente manera.

Tengo el derecho legal de autorizar el tratamiento para que mi hijo se ha descrito anteriormente. Yes No

Doy mi consentimiento para el tratamiento de mi hijo se ha descrito anteriormente. Yes No

Tengo el derecho legal y autorización para acceder los registros médicos/ terapia de mi hijo se a descrito anteriormente y ningún tribunal ha limitado mis derechos. Yes No



Firma del Padre/Tutor: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Email del Padre/Tutor: _____

Teléfono: _____

Firma del Terapeuta: _____

Nombre del Terapeuta: _____

Fecha: _____

Teléfono del Terapeuta: _____



NOMBRE DEL CLIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ CLIENTE #: _____

USTED TIENE EL DERECHO

1. A ser respetado siempre.
2. A tener dignidad, intimidad, y cuidado humano.
3. A participar en su tratamiento.
4. A saber, que clase de medicina está tomando y para qué es la medicina.
5. A recibir cuidado médico pronto y apropiado.
6. De que su registro medico sea mantenido confidencialmente bajo este programa.
7. De tener la información comunicada a usted y a su familia (verbalmente o por escrito) en su lengua nativa.
8. De llamar la LÍNEA DIRECTA al 1-800-962-2873 si usted siente que cualquier persona de esta oficina le ha amenazado, golpeado o preguntado algo sexual; el Comité de Apoyo de Derechos humanos (1-800-342-0825) y/o el Centro de Apoyo para Personas con Incapacidades (1-800-342-0823). Usted siempre debe informarle al director del programa o a su consejero.
9. A obtener respuestas rápidas a sus preguntas.
10. De saber quién es su proveedor.
11. De saber las reglas y las regulaciones de su programa.
12. De informar cualquier queja que usted puede tener con respecto a estos derechos utilizando el sistema de trámite de quejas.



Firma del Padre/Tutor: _____
Nombre del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____
Email del Padre/Tutor: _____ **Teléfono:** _____

Firma del Terapeuta: _____
Nombre del Terapeuta: _____ **Fecha:** _____
Teléfono del Terapeuta: _____



NOMBRE DEL CLIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ CLIENTE #: _____

CONSENTIMIENTO Y EXENCIÓN

CONSENTIMIENTO Y EXENCIÓN

El abajo-firmante reconoce que Kinder Konsulting & Parents Too, Inc., de aquí en adelante referido como KKP, está brindando servicios a, o con el beneficio de requerir, como consideración parcial para brindar dicho servicio, la ejecución de este Consentimiento y Renuncia, el cual está siendo completado por el abajo-firmante como el padre biológico, encargado, u otra parte responsable del cliente antes mencionado.

Los términos específicos de este Consentimiento y Exención son los siguientes:

1. KKP está brindando servicios incluyendo, pero no limitados a, consulta de salud mental, servicios de análisis de comportamiento, evaluación, desarrollo del programa, y tratamiento para el paciente/cliente antes mencionado.
2. KKP proveerá los servicios antes mencionados de una manera profesional y se tomará cada precaución, dentro de lo razonable, para asegurar la seguridad del paciente/cliente. KKP ha informado al abajo-firmante que las estrategias del tratamiento están basadas, a menudo, en el juego o interacción en la naturaleza y por consecuencia, puede, potencialmente, presentar un riesgo de lesión al paciente/cliente.
3. El abajo-firmante reconoce el riesgo potencial de una lesión inadvertida.
4. El abajo-firmante reconoce los riesgos potenciales de lesión basados en las estrategias implementadas por KKP y consiente lo mismo a pesar de los riesgos revelados. Además, el abajo-firmante renuncia, a nombre del abajo-firmante así también como el paciente, junto con los herederos, ideados, o cesionarios del abajo-firmante o el paciente, cualquier responsabilidad por lesión personal, física, o de otro tipo, que se puede incurrir por el paciente/cliente como resultado de la rendición de servicios.
5. El abajo-firmante, a nombre del abajo-firmante así también como el paciente/cliente, los herederos, ideados o cesionarios, están de acuerdo en mantener inofensivo e indemnizar a KKP de cualquier pérdida en la cual KKP pueda experimentar o ser expuesta a causa de una lesión al paciente/cliente por la rendición de servicios como se indica aquí. La indemnización incluirá cualquier pérdida, así como también los costos y tarifas del abogado.



NOMBRE DEL CLIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ CLIENTE #: _____

6. El abajo-firmante reconoce y está de acuerdo que la ejecución de este documento, y las promesas y condiciones establecidas en este documento, son una consideración parcial para la rendición de servicios para el paciente/cliente por KKPT.

7. El abajo-firmante reconoce y está de acuerdo que el abajo-firmante entiende completamente los términos de este Acuerdo y ha tenido la oportunidad de consultar con un/a abogado/a independiente antes de completar este documento.

Firma del Padre/Tutor: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Email del Padre/Tutor: _____

Teléfono: _____

Firma del Terapeuta: _____

Nombre del Terapeuta: _____

Fecha: _____

Teléfono del Terapeuta: _____



NOMBRE DEL CLIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ CLIENTE #: _____

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS EN PERSONA Y RENUNCIA

Entiendo y reconozco que permitir que mi hijo tenga contacto directo con su terapeuta para Las sesiones cara a cara en mi hogar pueden representar un riesgo para la salud de mi hijo, mi familia y / o el terapeuta si hay alguna exposición inadvertida a los virus, incluidos, entre otros, COVID-19. Con ese fin, doy fe y acepto lo siguiente:

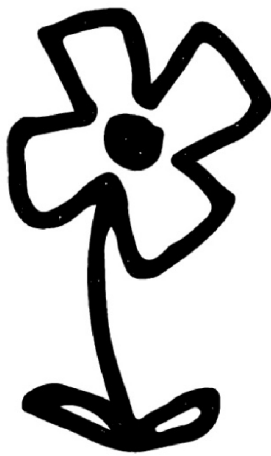
- Entiendo que el terapeuta y la agencia están informados de cualquier guía aplicable de los CDC y tomarán las medidas apropiadas para mitigar los riesgos de enfermedad.
- Estoy de acuerdo en que yo, mi hijo y todos los demás en el hogar participaremos en las medidas recomendadas por el terapeuta para limitar y prevenir la transmisión de enfermedades. Esto puede incluir el uso de cubiertas faciales, que nos tomen la temperatura y otras medidas.
- Entiendo que el terapeuta no vendrá a mi casa para realizar sesiones en persona si tiene síntomas como fiebre, dolor de garganta, tos u otros síntomas similares a la gripe.
- Acepto informar al terapeuta, antes de su visita, de los síntomas que mi hijo u otras personas en el hogar pueden presentar, como fiebre, dolor de garganta, tos u otros síntomas similares a la gripe. Entiendo que las sesiones no se llevarán a cabo en el hogar si los síntomas están presentes.
- Entiendo que si el terapeuta, al llegar a mi casa, cree que mi hijo u otras personas en el hogar pueden tener síntomas, la sesión se cancelará.
- Entiendo y acepto que, por la seguridad de todos, tanto el terapeuta como yo debemos comunicarnos abiertamente con respecto a las preocupaciones de un posible contagio, como mi hijo, los miembros de nuestro hogar y / o el terapeuta que tiene síntomas o es diagnosticado con una enfermedad contagiosa.





NOMBRE DEL CLIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ CLIENTE #: _____

A pesar de todo lo anterior, entiendo que a pesar de los mejores esfuerzos de Kinder Konsulting ("la agencia"), terapeuta, yo y mi hogar, algunas enfermedades aún pueden propagarse, incluso cuando todas las partes son asintomáticas.



Entiendo que, al participar mi hijo en sesiones de terapia en persona, estoy asumiendo el riesgo de una posible exposición a enfermedades contagiosas para mí, mi hijo y mi hogar. Entiendo que tengo la opción de que mi hijo reciba terapia a través de la telesalud y he elegido que mi hijo reciba servicios de terapia en persona. Notificaré a la agencia si en cualquier momento quiero que mi hijo reciba servicios a través de la telesalud. Entiendo que la agencia puede requerir que los servicios se brinden a través de la telesalud si la agencia lo considera necesario.

- Estoy de acuerdo en que ni la agencia, ni el terapeuta, ni yo ni mi hogar seremos responsables de las enfermedades contraídas mientras se realizan sesiones de terapia en persona con mi hijo.

Firma del Padre/Tutor: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Email del Padre/Tutor: _____

Teléfono: _____

Firma del Terapeuta: _____

Nombre del Terapeuta: _____

Fecha: _____

Teléfono del Terapeuta: _____



NOMBRE DEL CLIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ CLIENTE #: _____

POLÍTICAS DE CANCELACIÓN Y NO PRESENTACIÓN

La asistencia regular es requerida para que nuestros servicios sean efectivos. También, la asistencia irregular cuesta en ambos, el empleado y el tiempo y dinero del programa. Por lo tanto, la responsabilidad del cliente o su padre/encargado asistir a todas las citas coordinadas.

POLÍTICA DE NO PRESENTACIÓN

1. Si usted no llama para cancelar antes de que el empleado salga para su casa, es considerado como NO SE PRESENTO.
2. Por cada NO PRESENTACIÓN, a usted se le cobrará una tarifa de NO PRESENTACIÓN de \$20, para cubrir parcialmente los costos involucrados. La facture será enviada a su casa con un sobre de devolución para que sea enviado por correo devuelto a Kinder Konsulting & Parents Too, Inc.
3. Luego de la primera NO PRESENTACIÓN, el empleado se comunicará para coordinar nuevamente la cita.
4. Luego de la segunda NO PRESENTACIÓN, la directora del Programa le enviará una carta explicando que usted debe llamarla si desea continuar con los servicios.
5. Luego de la tercera NO PRESENTACIÓN, su caso será cerrado.
6. Para los servicios de ABA, consulte el consentimiento adicional de la política con respecto a las sesiones de no show, la asistencia y el acuerdo de programación.





NOMBRE DEL CLIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ CLIENTE #: _____

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

1. Si usted se comunica con el empleado antes de que el/ella salga para su casa, es considerado una CANCELACIÓN.
2. Luego de la primera cancelación, el empleado se comunicará con usted para coordinar nuevamente la cita.
3. Luego de dos cancelaciones consecutivas, la directora del Programa le enviará una carta explicando que usted debe llamarla si usted desea continuar con los servicios.
4. Luego de la tercera cancelación consecutiva, su caso será cerrado.
5. Si usted cancela tres veces, con alguna asistencia entre cada cancelación, su terapeuta discutirá con usted algunas posibles soluciones para el problema de asistencia irregular.
6. Para los servicios de ABA, consulte el consentimiento adicional de la política con respecto a sesiones canceladas, asistencia y acuerdo de programación.

Yo, el abajo-firmante, entiendo las Políticas de No Presentación & Cancelación de Kinder Konsulting & Parents Too, Inc., y estoy de acuerdo con los términos.



Firma del Padre/Tutor: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Email del Padre/Tutor: _____

Teléfono: _____

Firma del Terapeuta: _____

Nombre del Terapeuta: _____

Fecha: _____

Teléfono del Terapeuta: _____



NOMBRE DEL CLIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ CLIENTE #: _____

CONSENTIMIENTO PARA GRABACIÓN AUDIO/VIDEO

El abajo-firmante reconoce que Kinder Konsulting & Parents Too, Inc., de aquí en adelante referido como KKP, está brindando servicios a, o con el beneficio de requerir, como consideración parcial por brindar dicho servicio, la ejecución de este Consentimiento y Renuncia, el cual está siendo ejecutado por el abajo-firmante como el padre biológico, encargado, u otra parte responsable del cliente antes mencionado.

Los términos específicos de este Consentimiento y Renuncia son los siguientes:

1. Entiendo que cuando KKP esté brindando servicios al cliente/paciente antes mencionado en un lugar que no sea la oficina de KKP, como la escuela, guardería, u otra ubicación, es posible que el dueño/operador de dicho lugar puede estar comprometido en una grabación de audio/video por seguridad u otros propósitos.
2. Si y en la medida que KKP tenga conocimiento actual de que cualquier grabación está tomando lugar, el terapeuta utilizará sus mejores esfuerzos para informarle al padre, encargado o parte responsable del cliente.

Aunque KKP utilizará sus mejores esfuerzos para mantener tanta discreción como sea práctica y para proveer servicios al cliente de forma confidencial, el abajo-firmante consiente el rendimiento de servicios para el paciente/cliente en ubicaciones donde la grabación audio/video pueda tomar lugar, y entiende y conoce que KKP no puede asegurar la confidencialidad y privacidad de los servicios rendidos en tales lugares. En consecuencia, el abajo-firmante renuncia y libera cualquier reclamo en contra de KKP relacionado al rendimiento de servicios por KKP en lugares no confidenciales y no privados, como los descritos anteriormente, donde la grabación de audio/video pueda estar tomando lugar.

Firma del Padre/Tutor: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Email del Padre/Tutor: _____

Teléfono: _____

Firma del Terapeuta: _____

Nombre del Terapeuta: _____

Fecha: _____

Teléfono del Terapeuta: _____



NOMBRE DEL CLIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ CLIENTE #: _____

CONSENTIMIENTO DE TELESALUD/TELEMEDICINA

El testigo reconoce que Kinder Konsulting & Parents Too, Inc., reconocido como KKPT, está brindando servicios a, o para el beneficio de _____, y requiere, como consideración parcial para proveer dicho servicio, la implementación de este Consentimiento y exención, el cual está implementado por la firma de la madre/padre biológico, guardián, u otra persona responsable del paciente/cliente antes mencionado.

Los términos específicos de este Consentimiento y exención son los siguientes

Yo, el/la firmante, entiende y está de acuerdo con lo siguiente:

1. Entiendo que KKPT utiliza una plataforma de tele consulta que cumple completamente con la ley HIPAA y se une a las directrices y estándares de la Asociación Americana de Telemedicina (AAT), y como tal, es apropiada para los servicios de salud mental. Aun así, entiendo que cuando KKPT este brindando servicios al paciente/cliente antes mencionado a través de tele consulta puede haber posibles limitaciones/riesgos debido al tipo de terapia de tele consulta. Al usar este servicio, entiendo y estoy de acuerdo en mantener a la agencia sin riesgo de cualquier pérdida o daños que pueda incurrir por el uso de estos servicios debido a los factores fuera de control de la agencia.
2. Aunque KKPT utilizará los mejores esfuerzos para mantener la mayor discreción posible y proveerá servicios al cliente de forma confidencial, y en un entorno privado, es contingente en la capacidad del cliente para recibir los servicios de tele consulta en un entorno privado. Estoy de acuerdo en mantener el nivel de privacidad y no haré responsable a la agencia de que alguien escuche la conversación del cliente en el entorno de mi hogar. Asimismo, estoy de acuerdo en notificar al terapeuta de cualquier persona que no sea visible para la cámara. Por lo tanto, renuncio, libero y reclamo en contra de KKPT en relación con el desempeño de los servicios de KKPT en un entorno como los descrito anteriormente.
3. Estoy de acuerdo en ser responsable para configurar el sistema de videoconferencia en mi lugar (bajo las directrices del terapeuta o personal de KKPT) y establecer un espacio privado para que los servicios tomen lugar.
Factores claves para proporcionar un espacio adecuado incluye:
 - a. Privacidad de otras personas fuera de la habitación;
 - b. Asientos cómodos;
 - c. Iluminación adecuada- preferiblemente que ilumine los rostros de los participantes. La iluminación artificial y luz de la ventana pueden impedir la claridad del video.



NOMBRE DEL CLIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ CLIENTE #: _____

- d. Computadoras o dispositivos móviles deben estar en una plataforma estable, segura, y posicionado en un ángulo para permitir que las caras del cliente y/o cuidador sean visibles para el terapeuta.
4. Entiendo que en el evento de problemas técnicos, el terapeuta (u otro personal de KKPT) se comunicará por vía telefónica o mensaje instantáneo en la plataforma de tele consulta para solucionar los problemas. KKPT hará todo esfuerzo para resolver los problemas técnicos, sin embargo, entiendo que ellos no tienen control sobre los problemas que surjan por la tecnología y/o cuestiones de Internet/celulares de mi parte.
5. Entiendo que es la política de KKPT de nunca grabar las sesiones de teleconsulta sin mi consentimiento y notificación expresado de cómo se va a almacenar, proteger y acceder la información. Además, entiendo que no debo grabar las sesiones sin discutir esto, previamente, con el terapeuta y el terapeuta aceptando por escrito, y estoy de acuerdo con no compartir ninguna grabación o porción de la grabación con el público general.



Firma del Padre/Tutor: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Email del Padre/Tutor: _____

Teléfono: _____

Firma del Terapeuta: _____

Nombre del Terapeuta: _____

Fecha: _____

Teléfono del Terapeuta: _____



NOMBRE DEL CLIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ CLIENTE #: _____

AUTORIZACIÓN PARA INTERCAMBIAR INFORMACIÓN DE SALUD MÉDICO PRIMARIO

El propósito de este consentimiento de HIPAA es divulgar u obtener protección electrónica o una condición de salud física o mental futura, la prestación de mi atención médica o el pago de mis servicios de atención médica.

1. La persona la cual esta información puede ser compartida, usada o intercambiada es:

Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____

2. La información podrá divulgarse o intercambiarse con:

- Cualquier proveedor
- Solo la Entidad especificada en la siguiente información
 - La Entidad: Configurado para el intercambio electrónico
 - No configurado para el intercambio electrónico

Entidad de intercambio externo: _____

Estado del médico de atención primaria: _____ Cliente tiene proveedor
Cliente no tiene proveedor

Nombre del Médico: _____

Nombre de la Práctica Médica: _____

Dirección: _____ Fax: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono: _____



3. La información que puede ser divulgada/intercambiada incluye todos os informes de diagnósticos y tratamientos. Las notas de psicoterapia no están autorizadas para incluirse en este reporte.

Limitaciones adicionales de divulgación:

4. Esta información está permitida para ser divulgada / intercambiada solo con fines de tratamiento.

Detalles adicionales relacionados con el propósito de esta revelación de información:



NOMBRE DEL CLIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ CLIENTE #: _____

5. Este documento autoriza a las organizaciones o personas recibiendo esta información a compartirla con otras agencias o individuos proveyendo servicios a este cliente. Entiendo que Kinder Konsulting & Parents Too, Inc. no puede garantizar que el recipiente no vaya a redistribuir o compartir su información con otra entidad la cual no esté sujeta a las leyes federales que gobiernan la privacidad de información de salud.

6. Consentimiento:

- Autorizo el intercambio de información de salud protegida
- No autorizo el intercambio de información de salud protegida

Efectivo: _____

Expira: _____ o al cierre del caso



7. Entiendo que este permiso puede ser revocado/cancelado. También entiendo que cualquier reporte ya distribuido antes de revocar este permiso no podrá ser obtenido. Cualquier persona/organización que obtuvo dicha información utilizando el consentimiento previo, podrá continuar el uso de estos reportes y la información de salud protegida como sea necesario para completar actividades o servicios ya autorizados por esta forma. En adición, entiendo que debo proveer notificación por escrito de esta revocación al oficial de privacidad en Kinder Konsulting & Parents Too, Inc.

8. Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento de Kinder Konsulting & Parents Too, Inc.

Declaro que soy la persona/guardián legal de la persona de la cual los reportes serán compartidos, intercambiados como anteriormente descrito en este documento.

Firma del Padre/Tutor: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Email del Padre/Tutor: _____

Teléfono: _____

Firma del Terapista: _____

Nombre del Terapista: _____

Fecha: _____

Teléfono del Terapista: _____



NOMBRE DEL CLIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ CLIENTE #: _____

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL PROTEGIDA

El propósito de este consentimiento (HIPAA) es para obtener o compartir información de salud privada del cliente mencionado. Esta información puede estar relacionada a mi salud física o mental pasada, presente o futura, la procedencia de mi cuidado médico, o el pago de estos servicios de salud.

1. La persona la cual esta información puede ser compartida, usada o intercambiada es:

Nombre: _____

Fecha De Nacimiento: _____



2. La información puede ser compartida/intercambiada con:

Nombre y Dirección del Entidad/Escuela: _____

Fax: _____

Teléfono: _____

3. Localización/lugar de los servicios:

AUTORIZO que mi niño(a) reciba servicios en la escuela/guardería la cual atiende.
NO AUTORIZO que mi niño(a) reciba servicios en la escuela/guardería la cual atiende.
Este consentimiento es SOLO para el intercambio de información, y no para que los servicios ocurran en ese lugar.

4. La información que puede ser compartida/intercambiada incluye todos los informes de diagnósticos y tratamientos. Las notas de psicoterapia no están autorizadas para incluirse en este reporte.

Limitaciones de Información adicional:

5. El intercambio o revelación de esta información es solo permitida por razón de tratamiento.

Detalles adicionales relacionados con el propósito de esta revelación de información:



NOMBRE DEL CLIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ CLIENTE #: _____

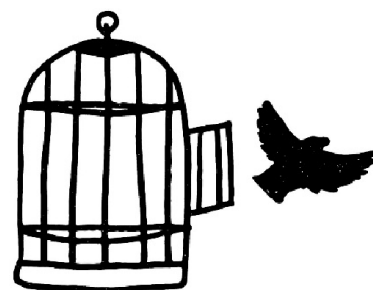
6. Este documento autoriza a las organizaciones o personas recibiendo esta información a compartirla con otras agencias o individuos proveyendo servicios a este cliente. Entiendo que Kinder Konsulting & Parents Too, Inc. no puede garantizar que el recipiente no vaya a redistribuir o compartir su información con otra entidad la cual no esté sujeta a las leyes federales que gobiernan la privacidad de información de salud.

7. Consentimiento:

- Autorizo el intercambio de información de salud protegida.
- No autorizo el intercambio de información de salud protegida.

Efectivo: _____

Expira: _____ o al cierre del caso



8. Entiendo que este permiso puede ser revocado/cancelado. También entiendo que cualquier reporte ya distribuido antes de revocar este permiso no podrá ser obtenido. Cualquier persona/organización que obtuvo dicha información utilizando el consentimiento previo, podrá continuar el uso de estos reportes y la información de salud protegida como sea necesario para completar actividades o servicios ya autorizados por esta forma. En adición, entiendo que debo proveer notificación por escrito de esta revocación al oficial de privacidad en Kinder Konsulting & Parents Too, Inc.

9. Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento de Kinder Konsulting & Parents Too, Inc.

Declaro que soy la persona/guardián legal de la persona de la cual los reportes serán compartidos, intercambiados como anteriormente descrito en este documento.

Firma del Padre/Tutor: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Email del Padre/Tutor: _____

Teléfono: _____

Firma del Terapeuta: _____

Nombre del Terapeuta: _____

Fecha: _____

Teléfono del Terapeuta: _____