

Ben Novell, MS, LMFT, LPCC  
 Marriage and Family Therapist  
 State License MFC25733



Janelle K. Novell, MA, LMFT, RPT-S  
 Marriage and Family Therapist  
 State License MFC32101

## Informacion del Cliente

Nombre del Cliente	Direccion		
Primer:	Calle:		
Apellido:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:

Marque el cuadro para indicar el numero preferido para llamadas

<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Trabajo	Correo Electronico
( )	( )	( )	

Fecha de Nacimiento	Seguro Social	Numero de Licencia

Estado Matrimonial	Cuanto tiempo el su relacion actual?

Ocupacion	Empleador/ Escuela
Direccion de Empleador / Escuela	
Calle:	Ciudad: Estado: Codigo Postal:
Cuanto tiempo con su empleador?	

Aseguranza:
Direccion de Aseguranza
Calle: Ciudad: Estado: Codigo Postal:

Miembros de Familia que viven en su hogar	Edades

## Informacion del Cliente (cont)

<b>Razon por la que busca nuestros servicios?</b>

<b>Si has sido referido aquí, quien lo refirió?</b>

<b>Alguna vez ha sido visto por un psiquiatra, psicólogo o consejero?</b>		
Si ( )	No ( )	Si es Si:
<b>Quien?</b>	<b>Cuando?</b>	<b>Donde?</b>
<b>Por Cual Razon?</b>		

<b>Contacto de Emergencia</b>		<b>Dirección</b>	
<b>Primer:</b>		<b>Calle:</b>	
<b>Apellido:</b>		<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:      Codigo Postal:</b>
<b>Relacion</b>	<b>Hogar</b>	<b>Celular</b>	<b>Trabajo</b>
( )	( )	( )	( )

### Persona Responsable

(Si el cliente es menor de edad o tiene Conservador)

<b>Nombre</b>		<b>Direcion</b>	
<b>Primer:</b>		<b>Calle:</b>	
<b>Apellido:</b>		<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:      Codigo Postal:</b>
<b>Marque el cuadro para indicar el número preferido para llamadas</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Hogar</b>	<input type="checkbox"/> <b>Celular</b>	<input type="checkbox"/> <b>Trabajo</b>	<b>Correo Electronico</b>
( )	( )	( )	
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Seguro Social</b>	<b>Numero de Licencia</b>	
<b>Occupacion</b>		<b>Empleador</b>	
<b>Direcion de Empleador</b>			
<b>Calle:</b>			
<b>Ciudad:</b>		<b>Estado:</b>	<b>Codigo Postal:</b>
<b>Firma</b>		<b>Fecha</b>	

## Informacion del Cliente (cont.)

### Persona Responsable Adicional

<b>Nombre</b>		<b>Direccion</b>	
Primer:		Calle:	
Apellido:		Ciudad:	Estado:      Codigo Postal:
<b>Marque el cuadro para indicar el número preferido para llamadas</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Hogar</b>	<input type="checkbox"/> <b>Celular</b>	<input type="checkbox"/> <b>Trabajo</b>	<b>Correo Electronico</b>
(    )	(    )	(    )	
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Seguro Social</b>	<b>Numero de Licencia</b>	
<b>Occupacion</b>		<b>Empleador</b>	
<b>Direccion de Empleador</b>			
Calle:			
Ciudad:		Estado:	Codigo Postal:
<b>Firma</b>		<b>Fecha</b>	



## Información General del Cliente

Agradecemos su interés en la búsqueda de ayuda profesional. Creemos que una clara comprensión de los aspectos prácticos de su relación con nosotros, en el inicio del tratamiento es en el mejor interés de la terapia. Es con esto en mente que presentamos el siguiente información a usted

- LA TERAPIA consiste de contacto cara a cara entre un profesional cualificado y la persona(s) en el tratamiento. La atención se centra en el problema actual y los sentimientos asociados, evaluando las posibles causas del problema y las posibles alternativas de acción y sus consecuencias. La frecuencia y el tipo de tratamiento se decidirán entre usted y su terapeuta. Se espera que usted se beneficie de la terapia, pero no hay ninguna garantía. Los máximos beneficios se producirán con la asistencia regular, pero puede sentirse temporalmente peor durante el tratamiento
- LA LISTA DE PRECIOS DE NOVELL Y NOVELL COUNSELING SERVICES ES LA SIGUIENTE:
  - La tarifa estándar de los servicios de orientación es de **\$150.00 por sesión clínica**. De vez en cuando, existe la necesidad de los servicios de dos terapeutas. El costo de este servicio es de **\$250.00 por sesión. Los clientes deben pagar por el servicio en el momento de prestar el servicio, a menos que otros arreglos se han hecho con el gerente de negocios**. Si usted está en necesidad financiera le animamos a discutir esto con el gerente de negocios.
  - Cuando hay una necesidad de un **informe escrito**, se le facturará a razón de **\$100.00 por página**. Generalmente, **no habrá ningún cargo para la correspondencia de una página o menos**. En el caso de que la correspondencia sea de larga duración, se le cobrará a razón de \$50.00 por página.
  - En ocasiones, la necesidad de comunicarse con su terapeuta puede surgir entre las sesiones. **Ningún cargo será hecho para el contacto de menos de 10 minutos. Contacto en exceso de este tiempo será prorrateado a razón de \$150.00 por hora**. (El contacto incluye teléfono, fax y cualquier forma de comunicación electrónica).
  - **Si usted no mantiene una cita o no cancela al menos 24 horas de antelación, se le cobrará \$50.00 por el tiempo reservado**. La adhesión a esta política será útil para otros clientes y su terapeuta para hacer un uso más eficiente del tiempo disponible. Entendemos que las emergencias ocurren y vamos a tomar esto en consideración.
  - **Arreglos de Pago: El pago se requiere en el momento del servicio. Aceptamos Master Card, Visa, tarjetas de débito y dinero en efectivo. Un cargo por servicio de 15% se añadirá a las cuentas que llevan a un equilibrio. No se aceptan cheques.**

Iniciales \_\_\_\_\_

- REEMBOLSO DE SEGURO:
  - Muchas compañías de seguros reembolsan para el tratamiento terapéutico. Si usted tiene seguro estamos dispuestos a procesar los formularios para usted. Sin embargo, **hasta que se verifique su cobertura de seguro, se espera que usted pague por los servicios en el momento que se presente al servicio**.
  - También debe entender que si usted tiene cobertura de seguro, usted sigue siendo responsable del pago del bill. Esto incluye los deducibles o cualesquiera cantidades impagadas por la cobertura de seguro, a menos que de otro modo contractualmente sea acordado entre el terapeuta y la Compañía de Seguros.
  - Puesto de que muchas compañías de seguros pagarán sólo una parte del tratamiento, se requiere un co-pago y a veces un deducible debe ser satisfecha y es su responsabilidad. **El pago se requiere en el momento de servicio**.
  - Si usted tiene alguna pregunta con respecto a su responsabilidad financiera, por favor hable con el gerente de facturación o el administrador. Estamos interesados en su éxito en el tratamiento y somos conscientes de que este problema puede llegar a ser una fuente de conflicto si no se resuelve antes de la consejería.

Iniciales \_\_\_\_\_

# Informacion General (cont)

- CONFIDENCIALIDAD DE DERECHOS:

- Se pretende informarle de que por ley y por las normas éticas, se le garantiza la confidencialidad de la comunicación. Sólo si se da permiso por escrito se dará a conocer la información. Sin embargo por la ley, existen las siguientes excepciones:
- Si usted tiene intenciones de hacerse daño a sí mismo o a otra persona
- Si usted comete un acto de abuso contra un niño.
- Usted puede ser reportado por actos criminales de violencia y maltrato a personas mayores.

Iniciales \_\_\_\_\_

- COMODIDAD DE CLIENTES Y REGLAS GENERALES:

- Para la comodidad de otros clientes, es importante que sus hijos estén bajo su control. Por favor supervise a sus niños por su seguridad y comodidad de los demás.
- Por favor, **nada** de comida o bebida en el vestíbulo. Por favor, abstenerse de fumar dentro o cerca del edificio de oficinas para la comodidad de todos.
- **No está permitido fumar en cualquier parte de la propiedad en el interior y el exterior del edificio, incluyendo el estacionamiento.**
- Por favor, espere en el vestíbulo hasta que salga su terapeuta. No camine delante de la ventana recepcionista sin ayuda, esto es importante para la confidencialidad del cliente y el respeto por el tiempo del otro cliente con su terapeuta. Si nos estamos quedando atrás puede estar seguro de que recibirá el mismo tiempo y atención.
- Por favor, registrarse en la ventana de su llegada. No registrarse puede resultar en un retraso de la sesión debido a la terapeuta no haber sido notificado de su llegada.
- Estamos interesados en sus comentarios. Por favor complete un cuestionario en cualquier momento. Usted puede dar la forma a la recepcionista o enviarla por correo a la atención del administrador.

Iniciales \_\_\_\_\_

- INFORMACION DE EMERGENCIA:

- En caso de una emergencia, **llame al 911.**

Iniciales \_\_\_\_\_

Esperamos que su relación con nosotros sea útil para usted. Si tiene cualquier duda respecto a estos acuerdos u otros aspectos de su relación con nosotros, por favor no dude en hablar con nosotros.

HE LEÍDO LO ANTERIOR Y ESTOY DE ACUERDO EN ACEPTAR EL TRATAMIENTO. ADEMÁS, YO ESTOY DE ACUERDO CON TODAS LAS CONDICIONES ADELANTE Y ENTIENDO MI RESPONSABILIDAD. TAMBIEN DOY MI CONSENTIMIENTO PARA CUALQUIER PRUEBA PSICOLÓGICA NECESARIOS EN EL CURSO DEL TRATAMIENTO.

\_\_\_\_\_  
Cliente o Persona Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Ben Novell, MS, LMFT, LPCC**  
**Marriage and Family Therapist**  
**State License MFC25733**



**Janelle K. Novell, MA, LMFT, RPT-S**  
**Marriage and Family Therapist**  
**State License MFC32101**

## Asignación de Beneficios

Autorizo mis beneficios del seguro que sean pagas directamente al proveedor y reconozco que soy financieramente responsable de los servicios no cubiertos.

También autorizo al proveedor para liberar toda la información necesaria a mi compañía de seguros en lo que respecta al tratamiento de mis reclamos y para aseguramiento de la calidad.

\_\_\_\_\_

Asegurado y / o la firma del cliente

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Testigo

\_\_\_\_\_

Fecha



## Aviso al consumidor de derechos y responsabilidades

### Dignidad y Respeto

- Usted tiene el derecho de ser tratado con consideración, dignidad y respeto y tiene la responsabilidad de respetar los derechos, la propiedad y el medio ambiente de todos los médicos y otros profesionales de la salud, empleados y otros pacientes.
- Usted tiene derecho a acceder a sus propios registros de tratamiento y tener la privacidad y la confidencialidad de los registros mantenidos
- Usted también tiene derecho a ejercer estos derechos sin importar su sexo, edad, orientación sexual, estado civil o la cultura, o estado económico, formación educativa o religiosa.

### Conocimiento y la Información

- Usted tiene el derecho a recibir información sobre los servicios de la organización, los profesionales, las guías clínicas, y derechos y responsabilidades de los miembros
- Usted tiene el derecho y la responsabilidad de conocer y comprender su cuidado y cobertura de salud, incluyendo:
  - o Participar con su médico y otros profesionales sanitarios en la toma de decisiones respecto a su tratamiento Después de haber participado y ponerse de acuerdo a un plan de tratamiento, usted tiene la responsabilidad de seguir el plan de tratamiento o informar a su proveedor de otro modo.
  - o Los nombres y títulos de todos los profesionales implicados en su tratamiento.
  - o Su condición clínica y el estado de salud.
  - o Cualquiera de los servicios y los procedimientos implicados en su curso de tratamiento recomendado.
  - o Cualquier continuación de atención médica después de ser dado de alta de la oficina, hospital, o el tratamiento de un programa.
  - o Su plan de salud funciona como se indica en su póliza y / o certificado.
  - o Los medicamentos prescritos para usted, para qué sirven, cómo tomarlos correctamente y los posibles efectos secundarios.

### Mejora Continua

- Como socio de su plan de salud y de cualquier profesional de la salud que puedan estar involucradas en su cuidado, usted tiene derecho a:
  - o Contactar a un socio de servicios para miembros para hacer frente a todas las preguntas e inquietudes, así como para hacer sugerencias para mejorar el plan de salud y / o de los derechos de los socios y políticas de responsabilidad.
  - o Hacer preguntas sobre cualquier consejo clínico o tratamiento prescrito si necesita una explicación o desea más información.
  - o Apelar cualquier decisión de atención de salud del comportamiento desfavorable siguiendo los procedimientos de recurso o de queja establecidos de su plan de salud.

# Aviso al consumidor de derechos y responsabilidades(cont'd)

## Responsabilidad / Autonomía

- Como un socio en su propio cuidado de la salud, usted tiene el derecho a rechazar un tratamiento- usted acepta la responsabilidad y las consecuencias de tal decisión - y el derecho a negarse a participar en cualquier proyecto de investigación médica.
- Usted tiene la responsabilidad de participar en la comprensión de sus problemas de salud mental y el desarrollo de metas acordadas mutuamente.
- Usted también tiene la responsabilidad de:
  - o Proporcionar a su proveedor actual con los registros de tratamientos anteriores , si se solicita; así como proporcionar información médica precisa y completa a otros profesionales de la salud involucrados en el curso de su tratamiento .
  - o Llegar a tiempo a todas las citas y notificar a la oficina de su proveedor con la mayor antelación como sea posible si necesita cancelar o reprogramar una cita.
  - o Recibir todo cuidado que no sea de emergencia o de urgencia a través de su proveedor de salud mental asignado y obtener autorización previa de servicio de su plan de salud del comportamiento.
  - o Informar a su proveedor de salud mental dentro de 48 horas -o lo más pronto posible - si está hospitalizado o recibe atención de emergencia.
  - o Pagar todos los co-pagos y deducibles requeridos en el momento de recibir los servicios de salud del comportamiento.
- Usted tiene el derecho en cualquier y todo momento de contactar a un representante de servicios de miembro para obtener ayuda con problemas con respecto a su comportamiento plan de salud.
- Usted tiene derecho a tener todos los derechos anteriores aplicados a la persona que ha designado con la autoridad legal para tomar decisiones con respecto a su atención médica.

**Si tiene cualquier pregunta o queja acerca de sus derechos,  
póngase en contacto con su Asociado del Comportamiento de Salud y Servicio al miembro**

Firma del Paciente o Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Proveedor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Ben Novell, MS, LMFT, LPCC  
Marriage and Family Therapist  
State License MFC25733



Janelle K. Novell, MA, LMFT, RPT-S  
Marriage and Family Therapist  
State License MFC32101

## CONTRATO PARA EL GRUPO DESPUES DE ADOPCION

Yo, \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo en participar en un grupo de Madres Adoptivas de 90 minutos. He leído y estoy de acuerdo con los siguientes requisitos:

### CUOTAS DEL GRUPO Y REQUISITOS DE ASISTENCIA:

La tarifa de asistencia es de \$50 por sesión de grupo. Las tarifas para el grupo se deben ser pagadas en su totalidad antes de comenzar el grupo.

### ASIGNACIONES:

La participación y la realización de las tareas dentro y fuera del grupo es esperado y requerido. Participantes pueden tener cargos importantes para pagar. La líder del grupo informará de los gastos antes de cada sesión de grupo.

Cada sesión comenzará a las 9:00 de la mañana el segundo sábado del mes, (En el caso de un día festivo la administradora le aconsejará en cuanto a una fecha alternativa.), Con la primera clase que comienza el \_\_\_\_\_, Voy a llegar por lo menos 10 minutos antes del comienzo de cada clase para asegurar un comienzo oportuno para todos los miembros. Cualquier retraso en la llegada de más de cinco (5) minutos se traducirá en no admisión a la clase de ese día.

Administradora del Programa: Janelle K. Novell, LMFT, RPT-S (951) 694-0695.

### EXPECTATIVAS DE CONFIDENCIALIDAD:

Debido a la naturaleza de este programa muchos clientes revelan información personal durante la clase. Se requiere que cualquier información discutida por otros miembros de la clase se mantendrá confidencial. No habrá discusión de cualquier individuo o información sobre esa persona fuera de la sesión de clase. Si usted viola la confidencialidad de otro miembro, usted será inmediatamente dado de alta de la clase y no se le será permitido regresar.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Ben Novell, MS, LMFT, LPCC**  
Marriage and Family Therapist  
State License MFC25733



**Janelle K. Novell, MA, LMFT, RPT-S**  
Marriage and Family Therapist  
State License MFC32101

## Apelaciones y Quejas

### Proceso de Apelaciones

**Reconozco mi derecho de solicitar la reconsideración (una apelación) en el caso de que se les niega la autorización para pacientes. Entiendo que solicitaría una apelación de mi Miembro de Salud del Comportamiento, o mediante la presentación de mi solicitud por escrito a mi Miembro de Salud del Comportamiento. También entiendo que mi terapeuta puede presentar una solicitud de apelación en mi nombre.**

### Quejas

**También entiendo que puedo presentar una queja a un Miembro Asociado de Salud del Comportamiento en cualquier momento para registrar una queja sobre mi cuidado. Soy consciente de que puedo comunicarme con el Departamento de Servicio de Salud del Comportamiento para recibir más información acerca del proceso de Apelaciones y Quejas.**

*El Departamento de Corporaciones de California es responsable de regular los planes de servicios de atención de salud. El departamento de División de Plan de Salud tiene un número de teléfono gratuito (1-800-400-0815) para recibir las quejas relacionadas a los planes de salud. Las personas con deficiencias auditivas o del habla pueden hacer uso del Servicio gratuito de Retransmisión de California al número o números (1-800-735-2939 (TTY) o 1-888-877-5378 (TTY)) para comunicarse con el departamento. El sitio de Internet del departamento (<http://www.corp.ca.gov>) tiene hojas de reclamaciones e instrucciones en línea. Si usted tiene una queja contra su plan de salud, usted debe comunicarse con el plan y utilizar el proceso de quejas de los planes. Si usted necesita la ayuda del departamento con una queja relacionada con una emergencia o con una queja que no ha sido resuelta satisfactoriamente por el plan, o una queja que no se ha resuelto en más de sesenta (60) días usted puede llamar al número de teléfono gratuito del Plan de Divisiones de Salud. Proceso de quejas del plan y el número gratuito de teléfono Divisiones plan de salud. El proceso de quejas de la Salud y el Proceso de revisión de la queja del Plan de División son adicionales a cualesquiera otros procedimientos de solución de controversias que pueden estar disponibles para usted y su falta de utilización de estos procesos no se opone a su uso de cualquier otro previstas por la ley.*

---

Firma del Paciente, Tutor Legal / Representante

---

Nombre (Imprimido)

---

Relación con al paciente

---

Nombre del paciente (si es diferente a la anterior)

---

Fecha



## Aviso de Prácticas de Privacidad

- ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.
- TENEMOS LA OBLIGACIÓN LEGAL PARA PROTEGER SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (IMP). La ley nos obliga a proteger la privacidad de su información médica, que incluye la información que se puede utilizar para identificar que hemos creado o recibido sobre su pasado, presente o futura salud o condición, la prestación de atención de salud a usted, o el pago de este cuidado de la salud. Debemos proveerle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, y este aviso que explica cómo, cuándo y por qué vamos a "utilizar" y "revelar" su IMP. Un "uso" del IMP se produce cuando compartimos, examinamos, utilizamos, aplicamos o analizamos dentro de nuestra práctica. Con algunas excepciones, no podemos usar o revelar más de su IMP de lo necesario para cumplir el propósito para el cual se hizo el uso o divulgación. Y, estamos legalmente obligados a seguir las prácticas de privacidad descritas en este aviso.
- Sin embargo, nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y nuestras políticas de privacidad en cualquier momento. Cualquier cambio se aplicará a toda la IMP que ya están en el archivo. Antes de hacer cualquier cambio importante en las políticas de privacidad, cambiaremos inmediatamente este aviso y publicaremos una nueva copia en nuestra oficina y en nuestra página web. También puede solicitar una nueva copia de este aviso en nuestra oficina en cualquier momento.
- COMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU IMP.  
Vamos a utilizar y divulgar su IMP por muchas razones diferentes. Para algunos de estos usos o divulgaciones, necesitaremos su autorización previa, sin embargo para otros, no lo hacemos. A continuación se enumeran las diferentes categorías de nuestros usos y revelaciones, junto con algunos ejemplos de cada categoría.
  - USOS Y REVELACIONES RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO, PAGO U OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA NO REQUIEREN SU CONSENTIMIENTO PREVIO POR ESCRITO. Podemos utilizar y divulgar su IMP sin su consentimiento por las siguientes razones:
    - PARA TRATAMIENTO. Podemos utilizar y divulgar su IMP a médicos, psiquiatras, psicólogos y otros profesionales de la salud con licencia que le proporcionan los servicios de atención de salud o están involucrados en su caso. Podemos divulgar su IMP a su médico con el fin de coordinar su atención.
    - PARA OBTENER EL PAGO DE TRATAMIENTO. Podemos utilizar y divulgar su IMP para facturar y cobrar pagos por el tratamiento y los servicios que usted recibió. Por ejemplo, podríamos enviar su IMP a su compañía de seguros o plan de salud para recibir el pago por el cuidado de la salud que hemos proporcionado a usted. También podemos proporcionar su IMP a nuestros socios de negocios, tales como compañías de facturación, compañías de procesamiento de reclamaciones, y otros que procesan nuestros reclamos de atención de la salud.
    - PARA OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA. Podemos usar o divulgar su IMP para operar nuestra práctica. Por ejemplo, podemos usar su IMP para evaluar la calidad de los servicios de atención médica que recibe o para evaluar el desempeño de los profesionales de la salud que proporcionan estos servicios. También podemos proporcionar su IMP a nuestros contadores, abogados, consultores y otros para asegurarse de que estamos cumpliendo con las leyes aplicables.
    - INFORMACIÓN. También podemos utilizar o divulgar su IMP a terceros sin su consentimiento en ciertas situaciones. Por ejemplo, no se requiere su consentimiento si necesita tratamiento de emergencia, siempre y cuando tratamos de obtener su consentimiento después de que se hace el tratamiento, o si tratamos de obtener su consentimiento pero usted es incapaz de comunicarse con nosotros (por ejemplo, si usted está inconsciente o en el dolor agudo) y creemos que usted da su consentimiento a dicho tratamiento si usted fuera capaz de hacerlo.
  - CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES NO REQUIEREN SU CONSENTIMIENTO. Podemos utilizar y divulgar su IMP sin su consentimiento o autorización por las siguientes razones:
    - CUANDO REVELACION ES REQUERIDA POR FEDERALES, ESTATALES O LOCALES; Procedimientos judiciales o administrativos; O APLICACIÓN DE LA LEY. Por ejemplo, podemos hacer una revelación a los oficiales aplicables cuando una ley nos obliga a intercambiar información con las agencias gubernamentales y las fuerzas del orden sobre las víctimas de abuso o negligencia; o cuando se le ordenó en un procedimiento judicial o administrativo.
    - PARA ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA. Por ejemplo, puede que tengamos que reportar información acerca de usted para el médico forense del condado.
    - PARA ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN DE LA SALUD. Por ejemplo, es posible que tengamos que proporcionar información para ayudar al gobierno cuando se lleva a cabo una investigación o inspección de un proveedor u organización de atención médica.
    - PARA FINES DE INVESTIGACION. En ciertas circunstancias, podemos proveer IMP para llevar a cabo una investigación médica..
    - PARA EVITAR DAÑOS. Para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad de una persona o del público. Es posible que necesitemos proporcionar IMP a las fuerzas del orden o las personas capaces de prevenir o disminuir ese daño.
    - PARA FUNCIONES ESPECIFICAS DEL GOBIERNO. Podemos divulgar su IMP de personal militar y veteranos en ciertas situaciones. Y podemos divulgar su IMP para fines de seguridad nacional, tales como la protección del Presidente de los Estados Unidos o la realización de operaciones de inteligencia.

# Aviso de Prácticas de Privacidad

- EFECTOS DE COMPENSACION DE TRABAJADORES. Podemos divulgar su IMP a fin de cumplir con las leyes de compensación al trabajador.
- RECORDATORIOS DE CITAS Y BENEFICIOS Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD. Podemos utilizar su IMP para recordarle sus citas o darle información sobre alternativas de tratamiento u otros servicios de atención de salud o beneficios que ofrecemos.
- CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES REQUIEREN QUE USTED TENGA LA OPORTUNIDAD DE Oponerse.
  - REVELACIONES A FAMILIARES, AMIGOS U OTRAS PERSONAS. Podemos proporcionar su IMP a un familiar, amigo u otra persona que usted indique está involucrado en su caso, o el pago de su atención médica, a menos que usted se oponga en su totalidad o en parte. La oportunidad de dar su consentimiento puede ser obtenida retroactivamente en situaciones de emergencia.
  - OTROS USOS Y REVELACIONES REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN PREVIA POR ESCRITO.  
En cualquier otra situación no descrita anteriormente en esta sección, le pediremos su autorización escrita antes de usar o divulgar su IMP. Si usted elige firmar una autorización para divulgar su IMP, después podrá revocar dicha autorización por escrito para detener todo uso o revelación futuros (en la medida en que aún no hemos tomado ninguna medida al amparo de dicha autorización).
- LOS DERECHOS QUE USTED TIENE SOBRE SU IMP.  
Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su IMP.
  - EL DERECHO DE SOLICITAR LÍMITES SOBRE USOS Y REVELACIONES DE IMP. Usted tiene el derecho de pedir que limitemos cómo usamos y divulgamos su IMP. Consideraremos su solicitud, pero no estamos legalmente obligados a aceptarla. Si aceptamos su solicitud, vamos a poner límites por escrito y cumplir con ellas, excepto en situaciones de emergencia. Usted no puede limitar los usos y divulgaciones que la ley nos exija o permita hacer.
  - EL DERECHO A ELIGIR COMO ENVIAREMOS SU IMP EN SU CASO. Usted tiene el derecho a solicitar que le enviemos información a usted en una dirección alternativa (por ejemplo, el envío de información a su dirección de trabajo en lugar de su domicilio) o por medios alternativos (como el correo electrónico en lugar de correo postal). Debemos aceptar su solicitud, siempre que podemos proporcionar fácilmente la PHI a usted en el formato y el método que ha solicitado.
  - EL DERECHO DE VER Y OBTENER COPIAS DE SU IMP. En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho a ver u obtener copias de su IMP que tenemos, pero debe hacer la solicitud por escrito. Si no tenemos su IMP pero sabemos que lo hace, le diremos cómo conseguirlo. Le responderemos dentro de 30 días de recibir su solicitud por escrito. En ciertas situaciones, podemos negar su petición. Si lo hacemos, le diremos, por escrito, las razones de la denegación y le explicaremos su derecho a que se revise la denegación.
  - Si usted solicita copias de su IMP, se le cobrará no más de \$ 25.00 para la transmisión electrónica de los registros. En vez de proporcionarle la IMP que usted solicitó, podemos proporcionarle un resumen o explicación de la IMP, siempre y cuando usted está de acuerdo con eso y con el costo por adelantado.
  - EL DERECHO DE OBTENER UNA LISTA DE LAS REVELACIONES QUE HEMOS HECHO. Usted tiene el derecho de obtener una lista de las instancias en las que hemos divulgado su IMP. La lista no incluirá usos o divulgaciones que ya ha autorizado, así como las realizadas para las operaciones de tratamiento, pago u operaciones de atención de salud, directamente a usted, ni a su familia. La lista tampoco incluirá los usos y divulgaciones hechas con propósitos de seguridad nacional, a correcciones o agentes del orden público, o revelaciones anteriores al 15 de abril de 2003.
  - Nosotros responderemos a su solicitud para obtener una lista de las revelaciones dentro de los 60 días de haber recibido su solicitud. La lista que le dará a usted incluirá revelaciones hechas en los últimos seis años, a menos que usted solicite un tiempo más corto. La lista incluirá la fecha de la revelación, a la que el IMP se dio a conocer (incluyendo su dirección, si se conocen), una descripción de la información divulgada, y el motivo de la divulgación. Vamos a proporcionar esta lista para usted sin costo alguno, pero si usted hace más de una solicitud en el mismo año, se le cobrará una tarifa basada en el costo razonable para cada solicitud adicional.
  - EL DERECHO DE CORREGIR O ACTUALIZAR SU IMP. Si usted cree que hay un error en su IMP o que una pieza de información importante falta, usted tiene el derecho de solicitar que corrijamos la información existente o añadir la información que falta. Usted debe proporcionar la petición y el motivo de la solicitud por escrito. Le responderemos dentro de los 60 días de recibir su solicitud para corregir o actualizar su IMP. Podemos negar su solicitud por escrito si el IMP es (i) correcta y completa, (ii) no fue creada por nosotros, (iii) no se les permite darse a conocer, o (iv) no es parte de nuestros registros. Nuestro rechazo por escrito indicará el motivo de la denegación y explicar su derecho a presentar una declaración por escrito de desacuerdo con la denegación. Si usted no presenta una, usted tiene el derecho a pedir que su solicitud y nuestra negativa se adjunten a todas las futuras divulgaciones de su IMP. Si aprobamos su solicitud, vamos a hacer el cambio a su IMP, le indican que lo hemos hecho, y decir a otros que necesitan saber sobre el cambio a su IMP.
  - EL DERECHO A RECIBIR ESTA NOTIFICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO. Usted tiene el derecho de obtener una copia de este aviso por correo electrónico. Incluso si usted ha aceptado recibir este aviso por correo electrónico, usted también tiene el derecho de solicitar una copia impresa de la misma.
- COMO PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE NUESTRAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD.  
Si usted piensa que hemos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su IMP, usted puede presentar una queja con la persona indicada más abajo. Usted también puede enviar una queja por escrito al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos en 200 Independence Avenue SW, Washington DC 20201 No tomaremos ninguna acción de represalia contra usted por presentar una queja acerca de nuestras prácticas de privacidad
- PERSONA DE CONTACTO PARA INFORMACIÓN SOBRE ESTE AVISO O PARA QUEJA SOBRE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.  
Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso o cualquier queja sobre nuestras prácticas de privacidad, o si desea saber cómo presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, por favor póngase en contacto con nuestro Gerente de Oficina en 951-694-0695.

Ben Novell, MS, LMFT, LPCC  
Marriage and Family Therapist  
State License MFC25733



Janelle K. Novell, MA, LMFT, RPT-S  
Marriage and Family Therapist  
State License MFC32101

## RECONOCIMIENTO QUE RECIBO EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Paciente o Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_  
*(Por favor imprima el nombre del paciente o del suscriptor)*

Yo, \_\_\_\_\_  
*(Escriba el nombre del paciente, el suscriptor, tutor legal, o padre que vaya a firma abajo)*

Reconozco que recibí la Notificación de Prácticas de Privacidad, lo que explica los límites sobre las maneras en que Novell y Novell Counseling Services puede usar o divulgar información de salud personal para proporcionar el servicio.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si no está firmada por el paciente, indique la relación : \_\_\_\_\_  
NOTA: Los padres deben tener la custodia legal. Los guardianes legales y conservadores deben mostrar prueba.

\*\*\*\*\*  
ESTA SECCION DEBE SER LLENADA SOLO POR EL PERSONAL DE NOVELL Y NOVELL COUNSELING SERVICES

### THIS SECTION TO BE FILLED OUT BY NOVELL & NOVELL COUNSELING SERVICES STAFF

Patient did receive the Notice of Privacy Practices, but did not sign this Acknowledgement of Receipt because:

- Patient left office before Acknowledgement could be signed.
- Patient did not wish to sign this form.
- Patient cannot sign this form because: \_\_\_\_\_

Patient did not receive the Notice of Privacy Practices because:

- Patient required emergency treatment.
- Patient declined the Notice and signing this Acknowledgement.
- Other: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_  
*(Print name of provider or provider's representative)*

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
*(Signature of provider or provider's representative)*