

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)

Razon por la que busca nuestros servicios?

Si has sido referido aquí, quien lo refirió?

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

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

Persona Responsable

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

Nombre		Direcion	
Primer:		Calle:	
Apellido:		Ciudad:	Estado: Codigo Postal:
Marque el cuadro para indicar el número 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	
Occupacion		Empleador	
Direccion de Empleador			
Calle:			
Ciudad:		Estado:	Codigo Postal:
Firma		Fecha	

Informacion del Cliente (cont.)

Persona Responsable Adicional

Nombre		Direccion	
Primer:		Calle:	
Apellido:		Ciudad:	Estado: Codigo Postal:
Marque el cuadro para indicar el número 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	
Occupacion		Empleador	
Direccion de Empleador			
Calle:			
Ciudad:		Estado:	Codigo Postal:
Firma		Fecha	

Condado de Riverside
Departamento de Salud Mental

Hoja de Registro

Nombre: _____
Primer Apellido

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Numero de Telefono: (___) _____

Seguro Social: _____

Edad: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de Nacimiento: _____
Ciudad Estado

Raza: _____

Estado Civil: _____

Idioma Principal: _____

Departamento de Salud Mental Del Condado De Riverside

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

Yo, _____ voluntariamente, doy mi consentimiento y estoy de acuerdo en recibir servicios psicológicos del Departamento de Salud Mental del Condado de Riverside. Estos servicios pueden incluir, pero no se limitan a; evaluación de diagnóstico, pruebas psicológicas, intervención en crisis, terapia individual, en grupo y/o con la familia; consultas y referencias a otros profesionales médicos especialistas en el comportamiento.

Entiendo que al dar mi consentimiento a que se me dé tratamiento, es posible que cierta información médica personal puede intercambiarse, solamente para los siguientes propósitos; ser tratado(a), para obtener pago, y para la administración de tratamiento médico.

Entiendo que tengo el derecho de finalizar mi tratamiento en cualquier momento dado. Además, comprendo que tengo el derecho de rehusarme a implementar cualquier recomendación, intervención psicológica, o procedimiento relativo al tratamiento.

Entiendo que se espera que el tratamiento me ayude, sin embargo no existe ninguna garantía implícita ni expresa de que el mismo me sea beneficioso.

Firma del Consumidor o el Representante Legal

Fecha



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

**DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE RIVERSIDE
RESUMEN HISTORIAL MÉDICO PARA ADULTOS**

**Parte I – DEBE SER LLENADA POR EL PACIENTE O EL INFORMANTE DEL PACIENTE
(Favor de escribir en letra de molde)**

Nombre del Paciente: _____
(Primero) (Segundo) Apellido) (Apellido Materno)

Nombre del Informante si no fue el Paciente/Parentesco: _____

Médico Actual: _____
(Nombre) (Domicilio/Ciudad)

Fecha del último examen físico: _____ Tiene alergias? Sí No

POR FAVOR MARQUE TODO LOS SIGUIENTE QUE HA TENIDO EN EL PASADO:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Uso de Drogas | <input type="checkbox"/> Problemas del hígado |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Respiratoria | <input type="checkbox"/> Cáncer/Enfermedades de la Inmunidad | <input type="checkbox"/> Hepatitis/Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Dolor/Presión en el pecho | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza frecuente/fuerte | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Alta presión arterial | <input type="checkbox"/> Lesión de la cabeza | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) |
| <input type="checkbox"/> Problemas estomacales | <input type="checkbox"/> Apoplejía | <input type="checkbox"/> Enfermedades sexualmente transmisibles |
| <input type="checkbox"/> Uso de Alcohol | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Asma/Fiebre del heno/Ronchas/Sarpullido |
| <input type="checkbox"/> Mareos /Desmayos | <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones | <input type="checkbox"/> Orinarse/Ensuciarse en la cama |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Problemas de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Sangrado inusual |
| <input type="checkbox"/> PMS (Síndrome previo a la menstruación) /Terapia hormonal | | <input type="checkbox"/> Embarazo |

OTRAS ENFERMEDADES SERIAS Y O PRUEBAS MÉDICAS: _____

SUBSTANCIAS A LAS QUE USTED ES ALÉRGICO(A): _____

DESCRIPCIÓN DE LOS SÍNTOMAS CAUSADOS POR LA ALERGIA/NATURALESA DE LA REACCIÓN: _____

DENTRO DEL ÚLTIMO AÑO, USTED HA TOMADO MEDICAMENTOS RECETADOS U OTROS MEDICAMENTOS PARA:

- | | | | | |
|--|---------------|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ¿Disturbios del sueño? | Nombre: _____ | ¿Actualmente usando? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> ¿Nutrición/¿Problemas del peso? | Nombre: _____ | ¿Actualmente usando? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> ¿Nervios/Ansiedad/Depresión? | Nombre: _____ | ¿Actualmente usando? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> ¿Dolor? Nombre | Nombre: _____ | ¿Actualmente usando? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> ¿Recreación/Relajamiento? | Nombre: _____ | ¿Actualmente usando? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
- ¿Está tomando, o ha tomado Antabuse? Sí No

Firma del Consumidor: _____ Fecha: _____

Consumer Name: _____

Part II – HISTORY TAKING FOR STAFF USE ONLY (Use Additional Sheets if Necessary)

1. SIGNIFICANT PAST ILLNESS, ACCIDENTS, HOSPITALIZATION, and MEDICAL PROBLEMS: _____

2. SIGNIFICANT FAMILY HEALTH HISTORY AND PROBLEMS: _____

3. SIGNIFICANT CURRENT MEDICAL PROBLEMS: _____

4. CURRENT PSYCHOTROPIC MEDICATION:

<u>Name</u>	<u>Strength /Dose</u>	<u>Duration of Use</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

5. PAST PSYCHOTROPIC MEDICATION:

<u>Name</u>	<u>Strength /Dose</u>	<u>Duration of Use</u>	<u>Adverse Reactions? (Yes/No)</u>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

6. OTHER CURRENT MEDICATIONS (Includes Prescription and Non-Prescriptive Drugs):

<u>Name</u>	<u>Strength /Dose</u>	<u>Indication</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

7. CURRENT USE OF ALCOHOL AND/OR STREET DRUGS:

<u>Name</u>	<u>Frequency/Amount</u>
_____	_____
_____	_____

8. PAST USE OF ALCOHOL AND/OR STREET DRUGS:

<u>Name</u>	<u>Frequency/Amount</u>
_____	_____
_____	_____

IF ENTRIES ARE MADE TO EITHER QUESTION 7 OR QUESTION 8, PLEASE COMPLETE DRUG/ALCOHOL ASSESSMENT.

COMMENTS: _____

Clinician Signature

Date

Reviewing Physician Signature

Date

Reviewing Physician Printed Name

CSI DATA COLLECTION

(Admissions Screen)

Last Name	First Name	Middle Name	SFX, i.e., Jr., Sr., etc.
Birth Name (If different from above)		Social Security Number	
Client's Maiden Name		Mother's First Name	
Beneficiary's Place of Birth (County only in CA)			
County	State	Country	

Living arrangement:

<input type="checkbox"/> House or apartment (Includes Trailers, Hotels, Dorms, Barracks)	<input type="checkbox"/> Adult res. Facility, Social Rehab Facility, Crisis Residential (transitional residential)
<input type="checkbox"/> Lives with relatives	<input type="checkbox"/> Mental Health Rehabilitation Center (24 hours)
<input type="checkbox"/> Skilled Nursing Facility	<input type="checkbox"/> Inpatient psychiatric hospital, Psychiatric Health Fac. (PHF)
<input type="checkbox"/> House or apartment and requiring daily support/supervision	<input type="checkbox"/> Justice related (Juv.Hall, CYA home, Correction Fac., Jail)
<input type="checkbox"/> Support Housing	<input type="checkbox"/> Homeless
<input type="checkbox"/> No identifiable residence	<input type="checkbox"/> Community Treatment Facility
<input type="checkbox"/> Foster Family Home	<input type="checkbox"/> Group Home (include 1-12 for children)
<input type="checkbox"/> Residential Treatment Center (Includes Levels 13-14 Children)	<input type="checkbox"/> Board and Care
<input type="checkbox"/> Unknown/Not Reported	<input type="checkbox"/> Other

Marital Status

<input type="checkbox"/> Single/Never married	<input type="checkbox"/> Separated	<input type="checkbox"/> Divorced/Annulled
<input type="checkbox"/> Married	<input type="checkbox"/> Widowed	<input type="checkbox"/> Unknown
<input type="checkbox"/> Remarried		

What is the consumer's employment status?

<input type="checkbox"/> Full time, 35 hrs or more. Per week	<input type="checkbox"/> Full time, 35 hrs or more. per week	<input type="checkbox"/> Actively looking for work	<input type="checkbox"/> Resident/inmate-institution
<input type="checkbox"/> Part time, less than 35 hrs Per week	<input type="checkbox"/> Part time, less than 35hrs per week	<input type="checkbox"/> Homemaker	<input type="checkbox"/> other
		<input type="checkbox"/> Student	<input type="checkbox"/> Unknown/not reported
		<input type="checkbox"/> 11= Volunteer worker	
		<input type="checkbox"/> 14=Retired	

Occupation: _____

What is the consumer's education level? _____ (state numeric years i.e., 14) _____ 98=other _____ 99=Unknown

Smoker/Tobacco

Current every day Current some days Former Smoker Never Unknown

(Supplemental Screen)

Sexual Orientation: _____ Heterosexual _____ Bi-Sexual _____ Gay _____ Lesbian _____ Questioning _____ Unreported

Does client self-identify as Transgendered: _____ Yes _____ No

CSI DATA COLLECTION

(CSI Screen)

Ethnicity: Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino Unknown /Not reported

Special Population: Assisted Outpatient Treatment Service(s) (AB 1421) (AB 3632) Individual Education Plan (IEP)

Governor's Homeless Initiative (GHI) Service(s) No Special Population Services

Welfare -to-work Plan Specified Services

Conservator court status:

Temporary conservatorship (W&I Code, Section 5353)

Lanterman-Petris-Short (W&I Code, Section 5358)

Murphy (W&I Code, Section 5008)

Probate (Probate Code, Division 4, Section 1400)

PC 2974 (Penal Code, Section 2974)

Representative payee without conservatorship
(W&I Code, Section 5686)

Juvenile Court, Dependent of the Court (W&I Code, Section 300)

Juvenile Court, ward- status offender (W&I Code, Section 601)

Juvenile Court, ward- juvenile offender (W&I Code, Section 602)

Not applicable

Unknown, not reported

Is Substance Abuse Affecting Mental Health? Yes No Unknown

Are Developmental Disabilities Affecting Mental Health? Yes No Unknown

Are Physical Health Disorders Affecting Mental Health? Yes No Unknown

Number of children less than 18 years of age that the client cares for/ is responsible for at least 50% of the time:

Number of dependent adult 18 years of age and above that the client cares for/ is responsible for at least 50% of the time:

Preferred Language: _____

Race (select up to five):

Is consumer an IRC consumer? Yes No

If so, IRC case worker's name: _____ Phone: _____

Provider name: _____

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

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

Autorización para el Pago de Servicios

Por la presente autorizo el Condado de Riverside DMH / DPSS a pagar directamente al proveedor. También autorizo que el proveedor pueda liberar toda la información necesaria, para el Condado de Riverside DMH / DPSS en cuanto a procesar mis reclamos y para el 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

Política de Terapia Familiar y Terapia de Pareja

Esta política por escrito tiene por objeto informar a ustedes, los participantes en la terapia familiar o la terapia de pareja, que cuando el terapeuta se compromete a trabajar con una pareja o una familia, el terapeuta considera que la pareja o familia (la unidad de tratamiento) sea el paciente. Por ejemplo, si hay una solicitud de los registros de tratamiento de la pareja o la familia, el terapeuta buscará la autorización de todos los miembros de la unidad de tratamiento antes de divulgar la información confidencial. Además, si los registros son citados, el terapeuta va a afirmar el privilegio entre psicoterapeuta y paciente en nombre del paciente (la unidad de tratamiento).

Durante el transcurso de la obra terapéutica con una pareja o una familia, el terapeuta puede ver una pequeña parte de la unidad de tratamiento (por ejemplo, un individuo o dos hermanos) para una o más sesiones. Estas sesiones deben ser vistas por usted como parte del trabajo que el terapeuta está haciendo con la familia o la pareja, a menos que se indique lo contrario. Si usted está involucrado en una o más de estas sesiones con el terapeuta, por favor entienda que estas sesiones generalmente son confidenciales en el sentido de que el terapeuta no divulgará ninguna información confidencial a un partido tercero a menos que el terapeuta está obligado por ley a hacerlo o a menos que el terapeuta tiene su autorización por escrito. Estas sesiones pueden y deben ser considerados como parte de la terapia familiar o de pareja, el terapeuta también solicita la autorización de los otros individuos en la unidad de tratamiento antes de la divulgación de información confidencial a un partido tercero.

Sin embargo, el terapeuta puede compartir la información aprendida en una sesión individual (o una sesión con sólo una parte de la unidad de tratamiento presente) con toda la unidad de tratamiento - es decir, la familia o la pareja, si el terapeuta siente que es efectivo a la unidad que está siendo tratada. El terapeuta utilizará su mejor juicio para decidir si, cuándo, y en qué medida la divulgación de tratamiento se hará a la unidad, y también, si procede, en primer lugar dar a la persona o la parte más pequeña de la unidad de tratamiento la oportunidad de hacer la divulgación. Por lo tanto, si usted siente la necesidad de hablar de asuntos y no quiere que sean compartidos con nadie, es posible que desee consultar con un terapeuta que puede tratarlo de forma individual.

Esta política tiene por objeto permitir a su terapeuta que continuará tratando al paciente (la pareja o familia) al impedir, un conflicto de intereses que surjan en que los intereses de un individuo puede no ser compatible con los intereses del ser unidad tratada. Por ejemplo, la información obtenida en el curso de una sesión individual puede ser importante o incluso esencial para el tratamiento correcto de la pareja o la familia. Si el terapeuta no tiene la libertad de ejercer un juicio clínico sobre la necesidad de llevar esta información a la familia o la pareja durante su terapia, el terapeuta puede ser colocado en una situación en la que él o ella tendrían que terminar el tratamiento de la pareja o la familia. Esta política tiene por objeto evitar la necesidad de tal terminación.

Nosotros, los miembros de la (pareja / familia / parejas) _____ (couple/family/partners) reconocemos por nuestras firmas individuales a continuación, que cada uno de nosotros ha leído la "Política de Terapia Familiar y de Pareja", que lo entendemos, y que entramos en la terapia de pareja / familia, de acuerdo con esta política.

Fecha: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Autorización de Divulgación, Comprobante de Información y/o Archivos
(Información Confidencial del Paciente – Código del Bienestar e Instituciones, la sección 5328)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

El Departamento de Servicios Sociales Públicos ha hecho arreglos y está aportando fondos para los servicios de tratamiento para usted, como parte de un plan de servicio a través del Tribunal Juvenil. Como parte de este proceso, es necesario compartir información entre su clínico médico / prestador de servicios, El Departamento de Salud Mental del Condado de Riverside y el Departamento de Servicios Sociales. La siguiente autorización para divulgar información permite que este intercambio de información tome lugar. Si no desea firmar este acuerdo, de cualquier manera puede recibir servicios confidenciales a través de sus propios recursos. Si lo desea, puede tratar los recursos de tratamiento potenciales con su clínico médico y, si quiere, con el trabajador social del Departamento de Servicios Sociales Públicos.

Yo, el infrascrito, por la presente autorizo lo siguiente para que se divulgue e intercambie mi información.

Prestador de servicios: _____ # de teléfono: _____

El Equipo de Consultas y evaluaciones del Departamento de Salud Mental del Condado de Riverside
 Departamento de Servicios Sociales Públicos del Condado de Riverside

La información puede divulgarse a sabiendas de que dicho contacto divulga el hecho de que se han o están prestados servicios relacionados a la salud mental y/o la dependencia química.

Esta divulgación puede incluir cualquiera de lo siguiente:

Evaluación y diagnóstico

Plan de tratamiento del cliente y el resumen de alta

Pruebas psicológicas

Pruebas médicas, neurológicas, de laboratorio y medicamentos

Informes de progreso

Este consentimiento toma vigencia _____. Este consentimiento puede ser revocado por el infrascrito en cualquier momento dado, salvo si la información ya se divulgó. Si no se ha revocado, la autorización caduca un año de la fecha que se dio la autorización. A su petición, usted tiene el derecho de que se le provee una copia de esta autorización.

Fecha: _____ Firma del Cliente: _____

El consentimiento se revoca: _____ Firma del Cliente: _____

Me rehúso a dar mi autorización.

Fecha: _____ Firma del Cliente: _____

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

Comunicado de Supervisión

El suscrito reconoce que los servicios de consejería serán recibidos y realizados por un becario, como se define por la junta de ciencias del comportamiento. Además el suscrito reconoce que el becario registrado será supervisado por un terapeuta matrimonial, familiar y infantil y que este caso será discutido con el supervisor. Además, la supervisión en grupo donde este caso será discutido en forma confidencial con otros internos registrados puede ocurrir.

Aviso de Permiso para ser Video y Audio Grabado

Soy consciente de que para fines de supervisión, las sesiones pueden ser audio o vídeo grabado.

Las cintas de audio y video solamente se utilizan para fines educativos y de supervisión. Las cintas que no se convierten en parte del expediente terapéutico son destruidas dentro de los 30 días.

Nombre del cliente

Padre, tutor o cuidador

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

Selección de Recordatorio de la cita

Novell & Novell Counseling Services, Inc. proporciona la opción para que los clients reciban correos electronicos, mensajes de texto o llamadas telefonicas 24 horas antes de su cita programada. Tenemos una poliza de cancelacion que require un aviso de 24 horas para evitar un cargo de \$50.00. Los recordatorios de cortesía pretenden evitar este cargo produciendo un recordatorio de una cita próxima y permitiendo tiempo suficiente para cancelar o reprogramar su cita.

Descargo de responsabilidad: Sigue siendo responsabilidad del cliente / proveedor de cuidado de recordar la fecha de la cita programada y el tiempo y de ponerse en contacto con la oficina para cancelar o reprogramar una cita con un mínimo de 24 horas de anticipación. El no haber recibido un recordatorio de cortesía o error en el recordatorio no elimina su responsabilidad de mantener su cita programada. Si no está seguro acerca o parece que hay confusión acerca de la cita, es su responsabilidad ponerse en contacto con la oficina inmediatamente.

No ay cargo de Novell & Novell Counseling Services, Inc. por este servicio, sin embargo cargos por recibir llamadas telefonicas, mensajes de texto, or correo electronico podrian ser cobrados por su proveedor de servicio.

Por favor, seleccione una de las siguientes opciones	
Si no selecciona una opcion, nuestra oficina colocara una llamada telefonica de recordatorio de cortesia 24 horas ante de su cita.	
<input type="checkbox"/>	Yo prefiero ser contactado/a por telefono a ese numero en respeto a recordatorios de citas: Numero Telefonico: _____
<input type="checkbox"/>	Yo prefiero ser contactado/a por correo electronico a la siguiente direccion en respeto a citas: Correo electronico: _____
<input type="checkbox"/>	Yo prefiero ser contactado/a por mensaje de texto en respeto a citas: _____ Numero de Telefono Nomre de proveedor de celular

Al firmar este documento, yo doy permiso para enviar sólo fecha de la cita y la información de recordatorio de tiempo por correo electrónico o mensaje de texto. Ninguna otra información protegida será enviada. Soy consciente de que los mensajes de texto y de correo electrónico no son métodos seguros de transmisión de información o protegidos. Otros pueden ser capaces de ver la información y una vez enviado, no se puede proteger esta información de las citas programadas. Entiendo los riesgos potenciales y guardare a otros a obtener acceso a la información de las fechas y horas de las citas programadas.

Nombre del Cliente / Guardián: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Le Gustaría Inscribirse Para Votar Aquí Hoy?

(Porfavor escoja uno)

No necesito una solicitud de registro para votar, yo ya estoy registrado para votar en mi dirección actual, o que no soy elegible para registrarse para votar.

Sí. Me gustaría inscribirse para votar.

No. No deseo registrarme para votar en este momento.

Nota: Si usted no marca ninguna casilla se le considerará que ha decidido no desea registrarse para votar en este momento.

Firma: _____ Fecha: _____

Este formulario se mantendrá con esta agencia.

Para registrarse para votar en California, usted:

1. Debe ser un ciudadano de los Estados Unidos.
2. Debe vivir en el Estado de California.
3. Debe tener al menos 18 años de edad antes de la fecha de las próximas elecciones.
4. Usted no puede estar actualmente en prisión o en libertad condicional por la condena de un delito grave, o ser juzgado por una corte como mentalmente incompetente.

ADVERTENCIA: Bajo la ley estatal y federal, es un delito de presentar una declaración jurada de inscripción de votante si usted sabe que usted no es elegible para votar.

Avisos importantes:

1. El hecho de inscribirse o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que se le proporcionará por esta agencia.
2. Si se muda a una nueva dirección, si cambia su nombre, o si cambia de partido político debe llenar un nuevo formulario de inscripción de votantes.
3. Usted puede llenar el formulario de inscripción de votantes en privado, o si necesita ayuda para llenar el formulario de inscripción de votante le ayudaremos. Sin embargo, la decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. **Si desea ayuda, por favor pregunte.**
4. Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o no inscribirse, o su derecho a la privacidad para decidir si inscribirse o solicitar registrarse para votar, usted puede presentar una queja ante el Secretario de Estado llamando al línea gratuita 800-345-VOTE o por escrito a la secretaria de Estado, 1500 11th Street, Sacramento, CA 95814.

Sólo para uso de la agencia For Agency Use Only

Voter Registration Form Completed: Yes__ No__ Employee Initials: _____



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)