

PERFIL DEL PACIENTE: TERAPIA BASADA EN LA ESCUELA

Fecha: _____ (Solo para uso de la oficina — Proveedor): _____

Nombre: _____
 FIRST MIDDLE INITIAL LAST

DIRECCIÓN: _____
 CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

CONDADO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ SSN# _____

ESTADO CIVIL _____ N.º DE LICENCIA DE CONDUCIR# _____

TELÉFONO DE CASA _____ TELÉFONO DEL TRABAJO/CELULAR _____

TUTOR LEGAL/RELACIÓN _____

EMPLEADOR O ESCUELA A LA QUE ASISTE/GRADO _____

CONTACTO DE EMERGENCIA/TELÉFONO _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA/TELÉFONO _____

MEDICAMENTOS ACTUALES _____

ALERGIAS _____

NATURALEZA DE LA PREOCUPACIÓN QUE REQUIERE CONSEJERÍA: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

TIPO DE SEGURO:

Medicaid ☐: Número de identificación _____

Seguro privado ☐: Número de identificación _____

Sin seguro ☐: Número de identificación _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO — Actualizado el 30/04/2026

Al firmar a continuación, usted reconoce y acepta nuestro “**Consentimiento Informado**”, “**Derechos del Cliente e Información sobre HIPAA**” y “**Acuerdo Financiero**”. Con gusto le proporcionaremos una copia impresa de nuestro “Consentimiento Informado”, “Derechos del Cliente e Información sobre HIPAA” y “Acuerdo Financiero” si la solicita, o puede revisar estos documentos en www.jodiprovinceccs.com, bajo “**Información del Cliente/Formularios**”.

Asimismo, usted reconoce que sus terapeutas pueden utilizar notas asistidas por inteligencia artificial (IA) en su documentación y acepta este modelo de documentación, incluidos sus riesgos y beneficios.

Acuerdo y reconocimiento de nuestro Consentimiento Informado, Derechos del Cliente e Información sobre HIPAA, Acuerdo Financiero y notas asistidas por IA, así como reconocimiento de nuestra política de emergencias fuera del horario de atención, incluidos los números de contacto de emergencia:

Firma del Cliente o Tutor Legal _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE NIÑOS O ADOLESCENTES:

Yo/Nosotros damos nuestro consentimiento para que _____
(nombre del menor) pueda recibir tratamiento como cliente en **JP Counseling Services, PLLC**.

Tenga en cuenta que la ley puede otorgar a los padres/tutores legales el derecho de examinar los registros del tratamiento. Es nuestra política proporcionar a los padres/tutores legales acceso a información relacionada con el tratamiento. Sin embargo, también pedimos a los padres/tutores legales que confíen en nosotros y nos permitan mantener la confidencialidad de determinada información, y les proporcionaremos información general sobre las sesiones de tratamiento.

En ocasiones, puede ser necesario programar citas durante el horario escolar. Solicitamos su cooperación para poder brindar el tratamiento más oportuno para usted y sus hijos.

Firma del Cliente o Tutor Legal: _____ Fecha: _____

La declaración de divulgación profesional de su consejero se encuentra en jodiprovinceccs.com, bajo la sección “**Counselors**” (Consejeros). Al firmar a continuación, usted reconoce que ha leído o y comprendido este documento.

Firma del Cliente y/o Tutor Legal: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Médico

Yo (Nosotros) autorizo/autorizamos a Jodi Province Counseling Services, PLLC a divulgar y proporcionar información del expediente clínico de:

Nombre del cliente/beneficiario de los servicios de salud mental

Fecha de nacimiento

A, y permito/permitimos que dicha información sea inspeccionada y copiada por:

Centro/Proveedor/Dirección

Naturaleza de la información que se divulgará: **Recomendaciones para ayudar en el rendimiento escolar, diagnóstico.**

Propósito de la divulgación: **Terapia basada en la escuela y coordinación de la atención con el personal escolar para brindar un apoyo integral.**

La información que se divulgará y/o intercambiara incluye cualquier información disponible relacionado con el uso/abuso de sustancias o información sobre VIH/enfermedades infecciosas, según lo verifique el cliente con sus iniciales: Si _____ No _____

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, enviando una notificación a la oficina de JP Counseling Services, PLLC. Entiendo que una revocación no será válida en la medida en que la oficina de JP Counseling Services, PLLC haya actuado basándose en dicha autorización. Esta autorización es válida por 1 año a partir de la fecha de la firma.

Una copia de esta autorización tendrá la misma validez y efecto que el original. Al firmar a continuación, reconozco que se me ha informado que la divulgación de información solo puede realizarse con consentimiento, a menos que se trate de una emergencia o de alguna de las otras excepciones detalladas en los Estatutos Generales o en 45 CFR 164.512 de HIPAA.

Firma del cliente (12 años o mayor)

Fecha

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Relación del testigo

AVISO AL CENTRO/TERAPEUTO RECEPTOR:

No puede volver a divulgar ninguna de esta información a menos que la persona que dio su consentimiento para esta divulgación de específicamente su consentimiento para dicha redistribución. Entiendo que existe la posibilidad de que el receptor vuelva a divulgar esta información y, si eso ocurre, es posible que la información ya no este protegido por la ley federal.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Médico

Yo (Nosotros) autorizo/autorizamos a Jodi Province Counseling Services, PLLC a divulgar y proporcionar información del expediente clínico de:

Nombre del cliente/beneficiario de los servicios de salud mental Fecha de nacimiento

A, y permito/permitimos que dicha información sea inspeccionada y copiada por: Centro/Proveedor/Dirección

Naturaleza de la información que se divulgará:

Propósito de la divulgación:

La información que se divulgara y/o intercambiara incluye cualquier información disponible relacionado con el uso/abuso de sustancias o información sobre VIH/enfermedades infecciosas, según lo verifique el cliente con sus iniciales: Si No

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, enviando una notificación a la oficina de JP Counseling Services, PLLC. Entiendo que una revocación no será válida en la medida en que la oficina de JP Counseling Services, PLLC haya actuado basándose en dicha autorización. Esta autorización es válida por 1 año a partir de la fecha de la firma.

Una copia de esta autorización tendrá la misma validez y efecto que el original. Al firmar a continuación, reconozco que se me ha informado que la divulgación de información solo puede realizarse con consentimiento, a menos que se trate de una emergencia o de alguna de las otras excepciones detalladas en los Estatutos Generales o en 45 CFR 164.512 de HIPAA.

Firma del cliente (12 años o mayor) Fecha

Firma del padre/madre/tutor legal Fecha

Firma del testigo Fecha

Relación del testigo

AVISO AL CENTRO/TERAPEUTO RECEPTOR:

No puede volver a divulgar ninguna de esta información a menos que la persona que dio su consentimiento para esta divulgación de específicamente su consentimiento para dicha redifusión. Entiendo que existe la posibilidad de que el receptor vuelva a divulgar esta información y, si eso ocurre, es posible que la información ya no este protegido por la ley federal.