



¡Bienvenidos a The Equine Healing Collaborative!

¡Hola y bienvenidos a The Equine Healing Collaborative! Estamos felices de que se una con nosotros y esperamos que a medida que avanza en su tiempo aquí, construya nuevas experiencias que lo ayudarán con cualquier desafío que pueda enfrentar. En The Equine Healing Collaborative pasaremos tiempo con usted y esperamos que así como nosotros, beneficiara del poder curativo de la psicoterapia asistida por equinos usando atención plena. Independientemente del nivel de comodidad o de experiencia que usted tenga con los caballos, sabemos que los caballos pueden ser útiles en casi cualquier situación.

Su primera sesión con nosotros incluirá una evaluación, un plan de tratamiento y un plan de seguridad que construirá con su terapeuta principal. Una vez que esto se haya completado, comenzaremos el proceso de Psicoterapia Asistida por Equinos usando atención plena. Cuando nuestro tiempo juntos haya terminado de ser necesario, su terapeuta le proporcionará referencias para la continuación de los servicios.

Le ofrecemos varias opciones para el pago de nuestros servicios incluyendo Coastal TPA, Medi-Cal/Beacon, Medicare, una escala móvil, o becas. Nuestros fondos se utilizan para ayudarnos a cuidar de nuestros compañeros equinos los cuales nos ayudan a ayudarlo, y en cambio, ellos reciben bocadillos que les encantan, obtienen atención veterinaria y otros suministros.

También tenemos formularios para firmar y le proporcionaremos el Aviso de Prácticas de Privacidad de The Equine Healing Collaborative. Los formularios que necesitan su firma incluyen:

Consentimiento para tratamiento
Firma de que recibió un aviso de prácticas de privacidad
Acuerdo de terapeuta sin licencia (si es necesario)
Liberación de responsabilidad

Se le pedirá que firme copias y las lleve a su primera cita. Completarlos lo mejor que pueda y con gusto lo guiaremos si es necesario. Si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a estos formularios, comuníquese con:

Jennifer Fenton LMFT al 831-582-1017.

Atentamente,

Personal de The Equine Healing Collaborative

Nombre del cliente: _____

Nombre del terapeuta: _____

Instrucciones para su sesión de admisión:

- Por favor, llegue puntualmente. Si no pudo completar la documentación, llegue 15 minutos antes de su cita. Si necesita el paquete de admisión al llegar, envíe un mensaje de texto a su terapeuta para avisarle que ya llegó y que necesita la documentación.
- Por favor, estacione en el estacionamiento para invitados y espere allí hasta que su terapeuta venga a recibirlo.
- Todos los menores necesitarán al menos un padre o tutor que los acompañe durante la primera mitad de la sesión de admisión para revisar la documentación.
- ¡Por favor, no gire a la izquierda para entrar a la propiedad! Queremos que esté seguro y le pedimos que conduzca hasta el semáforo en Pasadera/Boots Rd, justo después de nuestro rancho, dé la vuelta allí y gire a la derecha para entrar a la propiedad.
- Por favor, envíe un mensaje de texto a su terapeuta al llegar.
- Debido a que la terapia se realiza en todo el rancho y en la zona con los cerdos y las cabras, le pedimos que permanezca en el estacionamiento mientras espera la terapia y que las familias permanezcan allí durante las sesiones.

Normas del sitio

- Todas las mascotas deben permanecer en su vehículo en todo momento para su seguridad.
- No fumar en la propiedad, ni siquiera vapear.
- Todos los huéspedes deben permanecer en sus vehículos o en el estacionamiento.
- Para la privacidad de los clientes y de otras personas, no se pueden tomar fotos ni videos de los clientes a menos que tengan permiso y se encuentren en el estacionamiento.
- No cancelamos por mal tiempo.
- Por favor, comparta estas normas con cualquier persona que lo lleve a terapia.

Iniciales _____

Direcciones e indicaciones:

- Dirección postal: P.O. Box 1087, Monterey, CA 93942
- Rancho Bella Tierra (sitio principal): 902 Monterey Salinas Highway, Salinas, CA 93908
 - Si llega desde Salinas, pase el rancho y dé la vuelta en el semáforo de Pasadera/Boots Road. Entre a la propiedad por el lado derecho.
 - Si llega desde Monterey, pase el semáforo de Pasadera/Boots Rd. y la entrada estará a la derecha.
- Rancho Flying Pig (Prunedale): 10101 Equestrian Place, Salinas, CA 93907
 - Si llega desde la 101 Norte, tome Reese Road y luego gire a la derecha en Equestrian Estates. Última casa en la calle sin salida de Equestrian Place.
- Centro de Equitación y Terapia Monterey Bay/Academia Monterey Bay (Playa La Selva): 783 San Andreas Road, Watsonville, CA 95076. Tenga en cuenta que este es un espacio compartido. Al llegar, se registrará en el área de guardia. Indique que forma parte de Equine Healing Collaborative. Gire a la izquierda en el letrero de la Academia de Equitación Monterey Bay, gire a la derecha al final de la entrada y estacione a la izquierda en el estacionamiento. Espere allí a que su terapeuta le dé la bienvenida.
- Rancho Sur de San Jose: 1011 Metcalf Road, Scotts Valley, CA 95066. Estacionarse por el lado de la calle y mande un texto a su terapeuta. Espere hasta que su terapeuta le de la bienvenida.
- Scotts Valley: 3400 Bean Creek Road, Scotts Valley, CA 95066. Estacionarse y mande un texto a su terapeuta. Espere hasta que su terapeuta le de la bienvenida.

- Yorba Linda: 6122 Ridge Way, Yorba Linda, CA 92866. Estacionarse y mande un texto a su terapeuta. Espere hasta que su terapeuta le de la bienvenida.

Todos los sitios son solo con cita previa, y las casas en todas las propiedades son privadas y solo para empleados. No se permite la entrada en ningún momento.

Consentimiento Informado para Psicoterapia Asistida por Equinos

Bienvenido a The Equine Healing Collaborative! Esperamos que encuentre recuperación en su trabajo con nosotros y su compañero equino. No se montará a caballo en nuestro programa y todo el trabajo se lleva a cabo en el suelo.

Este documento contiene información importante sobre nuestros servicios y políticas comerciales. También contiene información resumida sobre la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés), una ley federal que brinda protecciones de privacidad y derechos de los pacientes sobre el uso y la divulgación de su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) con fines de tratamiento, pago y atención médica. operaciones de cuidado. Aunque estos documentos son largos y a veces complejos, es muy importante que los comprenda. Cuando firme este documento, también representará un acuerdo entre nosotros. Podemos discutir cualquier pregunta que tenga cuando los firme o en cualquier momento en el futuro.

PSICOTERAPIA ASISTIDA POR EQUINOS (EAP por sus siglas en inglés)

EAP es una relación entre individuos y equinos que funciona en parte debido a los derechos y responsabilidades claramente definidos de cada persona. Como cliente de EAP, es importante que comprenda sus derechos y responsabilidades, los cuales incluyen limitaciones legales a estos derechos. Yo, como su terapeuta, tengo responsabilidades correspondientes con usted. Estos derechos y responsabilidades se describen en las siguientes secciones.

La psicoterapia asistida por equinos viene acompañada por ciertos riesgos. Aunque se ha hecho todo lo posible para garantizar que nuestros equinos estén seguros alrededor de las personas, son animales grandes de presa y, si se sienten amenazados o atrapados, intentarán escapar de esa amenaza (el escape puede incluir tirar, correr, patear, saltar o morder). Es muy importante que use ropa adecuada (jeans y zapatos resistentes con punta cerrada) para cada sesión. Si en algún momento siente que su compañero equino es una amenaza a su seguridad, háganoslo saber. Debe evitar dos áreas básicas con su compañero equino incluyendo pararse directamente delante o detrás de ellos. Nuestros terapeutas y manejadores de caballos le recordarán estas reglas de seguridad si es necesario.

The Equine Healing Collaborative se basa en la generosa concesión de espacio por parte de los propietarios y operadores de Monterey Bay Horsemanship & Therapeutic Center/Monterey Bay Academy, Flying Pig Ranch y Bella sierra Ranch. También actúan como instalaciones de alojamiento públicas y hay miembros del público en la propiedad durante todo el día. Los terapeutas harán todo lo posible para proteger su sesión asegurándose de que su sesión de terapia se lleve a cabo fuera del entorno del establo; sin embargo, los miembros del establo tienen libre acceso a todas las partes de la propiedad. En caso de que otro miembro del establo se acerque a su sesión, suspenderemos la sesión temporalmente y la reanudaremos una vez que consideremos que se puede asegurar su confidencialidad.

EAP tiene beneficios y riesgos. Los riesgos pueden incluir experimentar sentimientos incómodos, como tristeza, culpa, ansiedad, ira, frustración, soledad e impotencia, porque el proceso de EAP puede requerir compartir los aspectos desagradables de su vida. Sin embargo, se ha demostrado que EAP tiene beneficios para las personas que lo realizan. A menudo, EAP conduce una reducción significativa de los sentimientos de angustia, una mayor satisfacción en las relaciones interpersonales, una mayor conciencia y percepción personal, mayores habilidades para manejar el estrés y la resolución de problemas específicos. Pero, no hay garantías sobre lo que sucederá.

EAP requiere un esfuerzo muy activo de su parte. Para tener más éxito, tendrá que esforzarse fuera de la sesión en lo que se ha discutido dentro de las sesiones.

EAP es un tipo de terapia basada en la fortaleza de uno mismo. La primera sesión involucra una evaluación de sus necesidades, seguida de un plan de tratamiento donde acordamos el objetivo de EAP. Debe evaluar esta información y hacer su propia evaluación sobre si se siente cómodo trabajando con The Equine Healing Collaborative. Si tiene preguntas sobre nuestros procedimientos, discutirlos cuando surjan. Al finalizar con nuestros servicios, The Equine Healing Collaborative le proporcionará al menos tres referencias si desea continuar con la psicoterapia y lo urgimos a continuar con su viaje hacia el bienestar.

CITAS

Normalmente, las citas durarán entre 40-50 minutos, una vez por semana, de acuerdo con el horario que se discutió. Puede ser que algunas sesiones sean más o menos frecuentes según sea necesario. El tiempo programado para su cita es asignado a usted y solo a usted. Si necesita cancelar o reprogramar una sesión, le pedimos que nos avise con 24 horas de anticipación. Si no se comunica con nosotros dentro de las 24 horas, se le cobrará una tarifa de 50.00 por no presentarse. Igualmente, usted es responsable de llegar a tiempo a su sesión; si llega tarde, su cita aún deberá terminar a tiempo. Ofrecemos servicios de telesalud en caso de mal tiempo, enfermedad u otras circunstancias. Tomamos su tratamiento seriamente y sesiones semanales son necesarias para asistirle en sus metas. Si no asiste a sus citas programadas y si falla de asistir más de tres sesiones en tres meses, se necesitará reevaluar su tratamiento y posiblemente descargarlo o ponerlo en la lista de espera.

INFORMACIÓN SOBRE NUESTROS TERAPEUTAS

EHC utiliza profesionales clínicos prelicenciados que están en proceso de completar los requisitos para obtener la licencia completa. Estos profesionales han recibido la autorización del Departamento de Salud Mental del Estado de California para brindar servicios de salud mental. Todos los profesionales clínicos prelicenciados trabajan bajo la supervisión de un profesional de salud mental con licencia. A continuación, se indica el nombre del profesional clínico prelicenciado que le brindará servicios a usted, a su hijo (o persona bajo su tutela) y/o a su familia. El nombre del profesional de salud mental con licencia que supervisa a nuestros profesionales clínicos es **Jennifer Fenton, LMFT 51078, con fecha de vencimiento: 31/08/2027**. Si tiene alguna pregunta sobre este acuerdo, comuníquese con Jennifer al 831-582-1017. Su firma a continuación indica que ha sido informado de este acuerdo y que consiente en recibir servicios de un profesional clínico prelicenciado y supervisado.

El asociado o practicante que le brinda servicios a usted, a su hijo(a) (o tutelado[a]) y/o a su familia es:

Nombre: _____ **Título [AMFT/ACSW/Practicante]:** _____

Número de registro de la BBS (si corresponde): _____ **Fecha de vencimiento:** _____

Clínica Supervisora: Jennifer Fenton, LMFT #51078, vencimiento de licencia 08/31/2027.

Contacto: 831-582-1017

Clínico(a) Supervisor(a) Adicional: _____, _____, **vencimiento de licencia:** _____ . **Contacto:** _____

TARIFAS DE EHC

EHC es una organización sin fines de lucro y ofrecemos seguros de facturación para nuestros servicios. Trabajamos con Medi-Cal/Beacon, Coastal TPA, becas, pago en efectivo con superfacturación y Víctimas de Delitos. No se le rechazará por su capacidad de pago; sin embargo, será incluido en la lista de espera. Por favor, hable con su terapeuta sobre su capacidad de pago. El costo total del tratamiento dependerá del número de sesiones necesarias lo cual se desconoce al inicio del tratamiento y se basará en sus necesidades, preferencias y progreso. Al firmar este documento, acepta que le hemos proporcionado un estimado de buena fe de los costos. Su terapeuta le informará sobre los costos, registrará todos los pagos recibidos en nuestro historial médico electrónico y se comunicará con usted sobre el pago.

REGISTROS PROFESIONALES

Estamos obligados a mantener registros apropiados de los servicios psicológicos que brindamos. Sus registros se mantienen a través de un registro electrónico. Mantenemos registros breves que indican que estuvo aquí, sus motivos para buscar terapia, las metas y el progreso que establecimos para el tratamiento, su diagnóstico, los temas que discutimos, su historial médico, social y de tratamiento, los registros que recibimos de otros proveedores, copias de registros que enviamos a otros, y sus registros de donación. Puede tener acceso a sus registros en cualquier momento; en caso de que desee obtener estos registros, comuníquese con Jennifer Fenton LMFT, por correo electrónico a theequinehealingcollaborative@gmail.com.

CONFIDENCIALIDAD

Nuestras pólizas sobre confidencialidad e información sobre sus derechos de privacidad, son descritas en un documento separado titulado Aviso de Prácticas de Privacidad. Una copia de este documento está incluido en este paquete y hemos discutido estos temas. Los terapeutas son denunciantes por mandato los cuales son obligados por la ley de reportar inquietudes de seguridad de los clientes a las agencia adecuada. Recuerde que puede reabrir la conversación en cualquier momento durante nuestro trabajo conjunto.

GRABACIONES DE SESIONES

El estado de California no permite grabación de interacciones confidenciales sin el permiso de los dos lados (Ca. Penal Code 632). Se aplica esta ley cuando un individuo tiene una expectativa razonable de confidencialidad. Puede ser que Equine Healing Collaborative le pedirá permiso para grabar toda o parte de su sesión terapéutica por razones educativas y mantendrá la transparencia de estas grabaciones. Todos los conocimientos para grabar la sesión serán documentados en el registro electrónico.

PADRES Y MENORES

La privacidad en la terapia es importante para tener un progreso exitoso; sin embargo, puede ser que la participación de los padres sea esencial. Para el tratamiento de niños, solicitamos un acuerdo entre el cliente y los padres que nos permita compartir información general sobre el progreso del tratamiento y la asistencia, así como un resumen del tratamiento al finalizar la terapia si lo solicita cualquiera de las partes. Todas las demás comunicaciones requerirán el consentimiento del niño, a menos que consideremos que existe un problema de seguridad, en cuyo caso haremos todo lo posible para notificar al niño de nuestra intención de divulgar información con anticipación y haremos todo lo posible para manejar cualquier objeción que surja.

CONTACTARNOS

A menudo, no estamos disponibles por teléfono inmediatamente. No contestamos el teléfono cuando estamos con clientes o si no estamos disponibles. En estos momentos, puede dejarnos un mensaje en nuestro correo de

voz confidencial y le devolveremos la llamada lo más antes posible; sin embargo, puede tomar uno o dos días para asuntos que no sean urgentes. Si, por cualquier razón no prevista, no podemos comunicarnos con usted, y siente que no puede esperar a que le devuelvan la llamada o si siente que no puede mantenerse seguro, 1) comuníquese con el equipo de crisis del Condado de Monterey al 888-258-6029 (pida hablar con el equipo de crisis), 2) vaya a la sala de emergencias de su hospital local, o 3) llame al 911 y pida hablar con un oficial entrenado en CIT (estos son oficiales de policía entrenados para asistir durante emergencias de salud mental). Haremos todo lo posible para informarle con anticipación sobre las ausencias planificadas y le proporcionaremos el nombre y el número de teléfono del profesional de salud mental que cubre nuestra práctica.

OTROS DERECHOS

Si no está satisfecho con nuestros servicios, esperamos que hable con nosotros para que podamos responder a sus inquietudes. Sus inquietudes y comentarios serán tomados en serio y serán tratados con cuidado y respeto. Igualmente, puede solicitar que lo remitamos a otro terapeuta y tiene la libertad de terminar la terapia en cualquier momento. Tiene derecho a una atención considerada, segura y respetuosa, sin discriminación por motivos de raza, etnia, color, género, orientación sexual, edad, religión, origen nacional o fuente de pago. Tiene derecho a hacer preguntas sobre cualquier aspecto de la terapia y sobre mi formación y experiencia específicas.

CONSENTIMIENTO PARA LA PSICOTERAPIA

Su firma a continuación indica que ha leído este Acuerdo y el Aviso de Prácticas de Privacidad y acepta sus términos.

_____	_____	_____
Nombre del cliente	Firma del cliente	Fecha
_____	_____	_____
Si el cliente es menor de 18 años: Nombre del tutor	Firma del tutor	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del terapeuta	Firma del terapeuta	Fecha

Aviso de Prácticas de Privacidad de The Equine Healing Collaborative

Su información. Tus derechos. Nuestras Responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede tener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente.

Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia de su registro médico de papel o electrónico
- Corregir este registro médico electrónico o de papel
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedir limitar la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien que actúe por usted y su bienestar
- Presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados

Sus Opciones

Usted tiene algunas opciones en la forma en que podemos usar y compartir su información:

- Comunicarle a su familia y amigos acerca de su condición
- Proporcionar alivio de desastres
- Incluirlo en un directorio del hospital
- Proporcionar cuidado de la salud mental
- Mercadeo de nuestros servicios y venta de su información
- Recaudación de fondos

Nuestros Usos y Divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información, al:

- Darle tratamiento
- Operar nuestra organización
- Cobrar por sus servicios
- Ayudar con problemas de salud y seguridad pública
- Realizar investigaciones científicas
- Cumplir con la ley
- Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o director de funeral
- Satisfacer indemnizaciones por accidentes laborales, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Solicitar que corrijamos su expediente médico

- Puede solicitarnos que corrijamos su información de salud que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa o de la oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si afectaría su atención.

- Si paga un servicio o artículo de atención médica de su propio bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos “sí” a menos que una ley nos exija compartir esa información.

Obtenga una lista de aquellos con quienes compartimos información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que compartimos su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que la solicita, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elija a alguien para que actúe en su nombre

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su guardián legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si

- Si cree que hemos violado sus derechos comuníquese con nosotros utilizando la información de la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado
- Compartamos información en una situación de ayuda en caso de desastre
- Incluir su información en un directorio del hospital

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información
- Compartimiento de las notas de psicoterapia

En el caso de la recaudación de fondos:

- Es posible que nos comuniquemos con usted para los esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede decirnos que no lo contactemos nuevamente .

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?

Por lo general, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

Para Tratarlo

Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando.

Ejemplo: un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.

Administrar nuestra organización

Podemos usar y compartir su información de salud para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Usamos su información de salud para administrar su tratamiento y servicios.

Facturar por sus servicios

Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades.

Ejemplo: Damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación científica. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con problemas de seguridad y salud pública

Podemos compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones, tales como:

- Prevención de enfermedades
- Ayuda con retiros de productos
- Informe de reacciones adversas a medicamentos
- Informe de sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o seguridad

Investigue

Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Cumplimiento de la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere asegurarse de que cumplimos con la ley federal de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

Podemos compartir su información de salud con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajar con un médico forense o director de funeraria

Podemos compartir información de salud con un médico forense, médico forense o director de funeraria cuando una persona fallece.

Satisfacer la indemnizaciones por accidentes laborales, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos usar o compartir su información de salud:

- Para reclamos de indemnizaciones por accidentes laborales
- Para fines de aplicación de la ley o con un oficial de la ley
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

Responder a demandas y acciones legales.

Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los Términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido y en nuestro sitio web. Al firmar a continuación, reconoce que ha leído y comprende los Términos de este Aviso.

Nombre en letra de molde _____

(Relación) _____

Firma _____ (Fecha de vigencia) _____

Autorización de The Equine Healing Collaborative para el uso/intercambio y/o divulgación de información confidencial de salud mental

Al completar este documento usted autoriza la revelación de información confidencial de la salud mental de usted o su hijo. Es importante que complete este documento si desea autorizar a The Equine Healing Collaborative a usar, divulgar o intercambiar información médica confidencial sobre usted o su hijo.



Yo,

_____ (nombre o representante legal) por la presente autorizo a The Equine Healing Collaborative a divulgar información confidencial sobre mí/mi hijo a la siguiente persona/entidad.

_____ (nombre de la persona o entidad), para los siguientes fines:

Esta autorización vence 90 días después de que finalice mi tratamiento o el de mi hijo o cuando ya no haya necesidad de acceso por parte de los proveedores de tratamiento de The Equine Healing Collaborative, lo que sea antes.

Puedo negarme a firmar esta autorización. Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que se me pide que permita el uso o la divulgación.

Puedo revocar la autorización en cualquier momento, ya sea por escrito o informando verbalmente a mi terapeuta de The Equine Healing Collaborative. Mi revocación entrará en vigencia al recibirla, excepto en la medida en que otros hayan actuado confiando en esta Autorización.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

La información utilizada, intercambiada y divulgada de conformidad con esta autorización no será divulgada nuevamente por ningún usuario o destinatario, excepto según lo requiera o permita la ley.

Nombre del cliente _____ Firma del cliente _____ Fecha _____

Si el cliente es menor de 18 años: Nombre del tutor _____ Firma del tutor _____
Fecha _____

Nombre del terapeuta _____ Firma del terapeuta _____ Fecha _____

Liberación de responsabilidad de The Equine Healing Collaborative

A cambio de la participación en la actividad de Psicoterapia Asistida por Equinos usando atención plena organizada por The Equine Healing Collaborative LLC y/o uso de la propiedad Vista Nadura (8767 Carmel Valley Road, Carmel, CA 93923), Flying Pig Ranch (10101 Equestrian Place, Salinas, CA 93907) y Divine Equine Therapy (505 Alfadel Lane, Soquel, CA 95073) todos los animales y el personal de The Equine Healing Collaborative, servicios de The Equine Healing Collaborative LLC, acepto para mí y, si corresponde, para los miembros de mi familia lo siguiente:

Consentimiento a seguir instrucciones. Estoy de acuerdo en observar y obedecer todas las reglas y advertencias publicadas, y también estoy de acuerdo en seguir las instrucciones orales dadas por el personal, los agentes y/o los voluntarios de The Equine Healing Collaborative.

Asunción de los riesgos y liberación. Reconozco que existen riesgos asociados con la actividad descrita anteriormente y asumo toda la responsabilidad por lesiones personales a mí y (si corresponde) a los miembros de mi familia, y además libero y descargo a The Equine Healing Collaborative LLC, Vista Nadura, Divine Equine Therapy, Flying Pig Ranch y sus propietarios y operadores, pérdida o daño que surja del uso o la presencia mía o de mi familia en las instalaciones utilizadas por The Equine Healing Collaborative LLC, ya sea causado por mi culpa, mi familia, The Equine Healing Collaborative LLC o cualquiera de los equinos de The Equine Healing Collaborative.

Indemnización. Acepto indemnizar y defender a The Equine Healing Collaborative LLC, Vista Nadura, Flying Pig Ranch y Divine Equine Therapy contra todos los reclamos, causas de acción, daños, juicios, costos o gastos, incluidos los honorarios de abogados y otros costos de litigio, que puedan surgir por el uso o la presencia mía o de mi familia en las instalaciones de The Equine Healing Collaborative LLC, Vista Nadura, Divine Equine Therapy.

Honorarios. Acepto pagar todos los daños a las instalaciones de la propiedad de The Equine Healing Collaborative LLC, Vista Nadura, Divine Equine Therapy, Flying Pig Ranch causados por cualquier acción negligente, imprudente o deliberada por parte mía o de mi familia.

Consentimiento. Yo, _____ (nombre),
_____ (nombre del niño), doy consentimiento en la participación mía y/o del niño en la actividad de Psicoterapia Asistida por Equinos usando atención plena y/o Curso de Empatía, y acepto, en nombre del menor, todas los términos y condiciones de este acuerdo. Al firmar esta Liberación de Responsabilidad, declaro que tengo la autoridad legal y la custodia de _____ (nombre del niño).

Autorización Médica. En el caso de una lesión que el participante y/o el menor mencionado sufran durante las actividades descritas anteriormente, doy mi permiso a The Equine Healing Collaborative LLC, o a los empleados, voluntarios u otro representante para que coordine todo el tratamiento médico necesario del cual estaré económicamente totalmente responsable. Esta autorización temporal comenzará el _____ (fecha de hoy) y permanecerá vigente durante la duración de mi presencia en el programa de The Equine Healing Collaborative. The Equine Healing Collaborative LLC tendrá las siguientes facultades:

- a. El poder de buscar el tratamiento o la atención médica adecuada en mi nombre o en el de mi hijo, según lo requieran las circunstancias, incluidas, entre otras, las de un médico con licencia y/o un hospital;
- b. El poder de autorizar tratamientos médicos o procedimientos médicos en una situación de emergencia; y
- c. El poder de tomar decisiones apropiadas con respecto a la vestimenta, la alimentación corporal y la vivienda.

Ley aplicable. Cualquier reclamo legal o equitativo que pueda surgir de la participación en lo anterior se resolverá bajo la Ley de California.

Sin coacción. Acepto y reconozco que no estoy bajo presión ni fuerza para firmar este acuerdo y que se me ha dado una oportunidad razonable para revisarlo antes de firmarlo. Además, acepto y reconozco que soy libre de que mi propio asesor legal revise este acuerdo si así lo deseo.

Arbitraje. Cualquier controversia o reclamo que surja de este contrato o se relacione con él, o su incumplimiento, se resolverá mediante arbitraje administrado por la Asociación Estadounidense de Arbitraje de conformidad con sus Reglas de arbitraje comercial, y el fallo sobre el laudo dictado por el o los árbitros puede presentarse en cualquier tribunal que tenga jurisdicción sobre el mismo.

Nombre del cliente Firma del cliente _____ Fecha _____

Si el cliente es menor de 18 años: Nombre del tutor _____

Firma del tutor Fecha _____

Contacto de emergencia _____ Número de teléfono _____

Opciones de pago de EHC

En Equine Healing Collaborative, creemos en fortalecer comunidades e individuos mediante el uso del EAP. Para garantizarlo, hemos creado un formulario con varias opciones de pago.

Marque una opción:

- Superfactura: Usted paga a su médico por adelantado y este le proporcionará una "Superfactura" para que se la entregue a su compañía de seguros para su reembolso.
- Beca o Escala Móvil: Hable con la oficina de EHC antes de su primera cita, ya que hay cupos limitados.
- Blue Shield – Fuera de la Red: Proporcione la información de su seguro a continuación, EHC enviará la facturación y usted pagará los costos estimados de EHC según su plan (incluido el copago) y su compañía de seguros le reembolsará directamente. Tenga en cuenta: Si elige esta opción, puede tardar un mes o más en recibir la Explicación de Beneficios (EOB) de su plan de seguro para que sepamos exactamente cuánto podemos cobrarle, y podría terminar con una factura elevada en efectivo.
- Medi-Cal/Beacon/Carelon/Central Coast Alliance: Proporcione la información y el número de su seguro a continuación y le facturaremos directamente su sesión.
- Coastal TPA: Proporcione la información y el número de su seguro a continuación y le facturaremos directamente su sesión. Su médico hablará con usted sobre los acuerdos de copago. Proporcione su número de grupo y la fecha de nacimiento del titular de la póliza.

Tenga en cuenta: Es su responsabilidad notificar a su médico sobre cualquier cambio en la información del seguro o del pago lo antes posible para evitar una factura elevada por los servicios.

Información del seguro

Seguro principal: _____ ID del afiliado: _____

Titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de grupo: _____

Seguro secundario: _____ ID del afiliado: _____

Titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de grupo: _____

Información de la tarjeta de crédito

Número de tarjeta de crédito _____

Fecha de vencimiento _____ Código de seguridad _____

Dirección de facturación _____

Ciudad Código postal _____

Firma que autoriza el uso de la tarjeta de
crédito _____

Nota: Para los clientes que pagan en efectivo, se cargará el importe acordado a su tarjeta de crédito después de cada sesión y su tarjeta se guardará de forma segura en su historial médico electrónico hasta que notifique a su terapeuta sobre cualquier cambio necesario para el pago. Si el EHC tiene algún problema con la facturación por cualquier motivo, el terapeuta se pondrá en contacto con el cliente o su tutor para notificarles la situación.

Colaboración para la sanación equina

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
Pronombres de género _____
Dirección/Ciudad/Estado/Código postal _____
Número de teléfono personal _____ ¿Se aceptan mensajes de texto? _____
¿Se acepta correo de voz? _____ Correo electrónico preferido _____
Número de teléfono de contacto en caso de emergencia _____
Si es menor de 18 años: Nombre del tutor _____
Número de teléfono del tutor _____

Datos demográficos

Esta sección opcional proporciona información que puede solicitarse en las solicitudes de subvención.

Orientación sexual _____ Estado civil _____
Raza _____ Etnia _____
Idioma principal _____ Otros idiomas _____
¿Fuma o ha fumado alguna vez? _____

Información de admisión

¿Qué le trae a The Equine Healing Collaborative?

¿Qué síntomas experimenta?

¿Cuánto tiempo lleva con su problema actual?

¿Ha recibido alguna vez algún diagnóstico de salud mental? De ser así, por favor, indíquelo.

¿Ha recibido alguna vez servicios de salud mental con un psicoterapeuta, psiquiatra, consejero escolar, terapeuta escolar u otro tipo de consejero? De ser así, describa

¿Alguna vez ha tenido pensamientos, sentimientos o planes para hacerse daño a sí mismo o a otra persona? De ser así, describa

¿Ha estado alguna vez hospitalizado psiquiátricamente? De ser así, ¿por qué y cuándo?

¿Qué es lo más aterrador que te ha pasado?

Por favor, menciona cualquier experiencia traumática que te haya impactado

Antecedentes familiares

¿Con quién vive actualmente?

Describa cualquier problema familiar (pasado o presente) que afecte su vida

¿Alguien en su familia ha sido diagnosticado con algún problema de salud mental? De ser así, descríballo.

¿Alguien en su familia ha consumido o ha tenido problemas con sustancias? De ser así, ¿cuánto tiempo y de qué tipo?

Historial médico

Enumere cualquier afección médica _____

Nombre del médico de cabecera _____

Medicamentos actuales y dosis (incluyendo vitaminas y/o suplementos)

¿Consume o ha consumido alguna sustancia? De ser así, ¿durante cuánto tiempo y de qué tipo? _____

Autocuidado y apoyo social

Enumere sus aficiones e intereses

¿En quién se apoya principalmente?

¿Qué creencias culturales, espirituales o religiosas han influido en su vida, si las hay?

Historial

De niño, ¿experimentó alguna preocupación en su desarrollo?

Por favor, describa su historial educativo y/o vocacional

¿Tiene o ha tenido un IEP o un plan 504? De ser así, explique las adaptaciones.

¿Ha tenido alguna vez problemas legales o arrestos? De ser así, descríbalos.

Objetivos

¿Cuál es un objetivo que le gustaría alcanzar mientras esté aquí?

¿Cuáles describiría como sus principales fortalezas?

¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos?
