

***¡Bienvenidos al Equine Healing Collaborative
("El Colaborativo Curativo del Caballo")!***



¡Saludos y bienvenidos al Equine Healing Collaborative! Nos alegra su participación y esperamos que su tiempo aquí le pueda generar experiencias nuevas que le ayuden a enfrentar cualquier obstáculo que encuentre en su camino. Como personal de EHC, esperamos que Ud. encuentre el poder del método de psicoterapia basado en la conciencia plena acudido por caballos. No importa su nivel de experiencia o comodidad con los caballos, hemos encontrado que la práctica con ellos le puede beneficiar en casi cualquier situación.

Su primera sesión aquí consistirá en una evaluación, plan de tratamiento, y plan de seguridad que completará con su consejera/o principal. Ya que complete estos primeros pasos, iniciaremos el proceso de psicoterapia acudido por caballos. Al terminar los servicios, su consejera/o le proveerá referencias para servicios continuos si es necesario.

Ofrecemos servicios en pago de escala, beca, o con su aseguranza de Medi-Cal/ Beacon. Usamos las ganancias para ayudar con el cuidado de los caballos. Ellos nos ayudan a ayudarle a Ud., y les encanta recibir su "pago" en forma de botanas, atención veterinaria, u otras necesidades.

También tenemos varios formularios de registración en los cuales le pediremos su repaso y firma. El formulario incluye la Notificación de Prácticas de Privacidad de El Colaborativo Curativo del Caballo. Las formas que necesitaremos son las siguientes:

Consentimiento para el Tratamiento

Firma que recibió la Notificación de Prácticas de Privacidad y confirmación de recibo de las pólizas

Consentimiento de consejera/o en proceso de licencia (si sea necesario)

Liberación de Responsabilidad Legal

Le pediremos que firme los formularios y los traiga a su primera cita. Complete los formularios a su mejor habilidad y si es necesario, le podemos guiar. Si tiene cualquier pregunta referente a estos formularios, favor de comunicarse con:

Jennifer Fenton, LMFT tel: (831) 582-1017

Gracias,

Personal del Equine Healing Collaborative

The Equine Healing Collaborative

Consentimiento Informado para Psicoterapia Acudido por Caballos

¡Bienvenidos al Equine Healing Collaborative! Esperamos que encuentre el poder curativo de las actividades terapéuticas con nosotros y con los caballos. Nuestro programa no incluye montar caballos y todo el trabajo toma lugar en el piso. Este documento contiene información importante referente a nuestros servicios y pólizas del negocio. También contiene información de la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (en inglés “HIPPA”), una ley federal que provee protecciones de privacidad y derechos para pacientes del uso y revelación de su Información de Salud Protegida (en inglés “PHI”) para los propósitos de tratamiento, pago, u operaciones de la provisión de atención médica. Aunque estos documentos son largos y a veces complicados, es importante que Ud. los entienda. Al firmar este documento, también representará un acuerdo entre nosotros. Podemos repasar cualquier pregunta que tenga al momento de firmar o cualquier momento en el futuro.

PSICOTERAPIA ACUDIDO POR LOS CABALLOS (“PAC”)

PAC es una forma de relacionarse humanos con los caballos que funciona en parte debido a los derechos y responsabilidades definidos claramente por cada participante. Como cliente en PAC, Ud. tiene ciertos derechos y responsabilidades que son importantes de entender. También hay limitaciones legales a estos derechos que debe de tomar en cuenta. Yo, como su consejera/o tengo responsabilidades correspondientes. Estos derechos y responsabilidades están descritos en las siguientes secciones.

Psicoterapia Acudido por los Caballos viene con ciertos riesgos. Aunque hacemos cada esfuerzo para asegurar que los caballos están seguros con los participantes, son animales grandes de presa y si ellos se sienten amenazados u atrapados intentarán escapar la amenaza. Escapar puede incluir jalar, correr, patear, brincar, o morder. Es imperativo que Ud. se viste apropiadamente (pantalones de mezclilla y zapatos o tenis macizos) a cada sesión. Si en cualquier momento se siente inseguro con el caballo, déjenos saber. Dos áreas básicas de evitar son inmediatamente enfrente u inmediatamente atrás del caballo. Su consejera o caballista le recordará las reglas de seguridad si es necesario.

Generalmente, PAC se conduce con dos personas: su consejera/o y un caballista. Sin embargo, depende de su consejera puede ser solamente Ud. con su consejera. El caballista sería un paraprofesional y está requerido cumplir con los mismos términos de confidencialidad como las consejeras/os. Los caballistas y consejeras/os solamente platican lo que ocurre fuera de la sesión con la supervisora clínica Jennifer

Fenton LMFT. Estas pláticas tocarán los temas de las intervenciones (que es lo que funcionó, qué es lo que no funcionó), y maneras de mejorar el programa.

El Equine Healing Collaborative cuenta con acuerdos generosos con el espacio de los dueños y operadores de Vista Nadura, Flying Pig Ranch, y Divine Equine Therapy. Vista Nadura, Flying Pig Ranch, y Divine Equine Therapy también actúan como alojamiento público de caballos y hay miembros del público en la propiedad a varias horas durante el día. Consejeras/os y caballistas harán cada esfuerzo asegurar que su sesión se haga fuera de los espacios frecuentados por el público, sin embargo, el público tiene acceso a todas partes de las propiedades. En el evento que una persona del público nos acerca durante una sesión, suspenderemos la sesión temporalmente hasta que su confidencialidad este asegurada de nuevo.

PAC tiene beneficios tanto como riesgos. Riesgos se pueden incluir experimentar con emociones incómodas como tristeza, ansiedad, enojo, frustración, soledad, e impotencia debido a que el proceso de PAC puede requerir platicar de los aspectos desagradables de su vida. Pero PAC ha mostrado impacto positivo para los que participan. PAC puede ayudar con una reducción en sentimientos de angustia, más satisfacción en relaciones interpersonales, aumento de conciencia y perspicacia, e aumento de capacidad de manejar el estrés y para encontrar soluciones a problemas específicos. Sin embargo, no hay garantía de lo que puede suceder. PAC requiere un esfuerzo muy activo de parte de Ud. Para maximizar la oportunidad para el éxito, Ud. tendrá que reflejar y trabajar en cosas que platicamos fuera de las sesiones.

PAC es una terapia de corto plazo, que se enfoque en sus esfuerzos. La primera sesión será una evaluación de sus necesidades, en seguida la formación de un plan de tratamiento donde llegaremos a un acuerdo de la meta de las sesiones de PAC. Ud. debe de evaluar esta información y agenda y llegar a su propia decisión si se siente cómodo en participar con el Equine Healing Collaborative. Si tiene cualquier pregunta de nuestros procedimientos, favor de hacernos saber. El Equine Healing Collaborative le proveerá un mínimo de tres referencias si desea continuar psicoterapia después de terminar con nosotros y le alentamos continuar su camino de sanación.

CITAS

Generalmente las citas durarán 40-50 minutos, una vez por semana a un horario acordado. Las sesiones pueden ser más o menos frecuentes si es necesario. El horario para su cita está asignado solamente a Ud. Si necesita cancelar o cambiar su sesión, pedimos que nos de 24 horas de aviso. Si no nos avisa con 24 horas, le cobraremos un tarifa de \$50.00 por no presentarse a su cita. Además, Ud. es responsable de llegar a tiempo a la sesión; si llega tarde, su sesión todavía acabará a la hora acordada. Aparte de los servicios que ofrecemos en persona, también ofrecemos servicios de telesalud (en inglés, "TeleHealth"), en caso de inclemencias del tiempo, enfermedades, u alguna otra circunstancia.

TARIFAS

El Equine Healing Collaborative es una organización sin fines de lucro que ofrece los servicios en pago de escala (refiera a la gráfica de escala de pagos), Medi-Cal/ Beacon, beca, y programa de Víctimas a un Crimen. Pero no le negaremos servicios basados en su capacidad pagar. Favor de platicar su capacidad de pagar con su consejera/o.

EXPEDIENTES PROFESIONALES

Es un requisito mantener expedientes apropiados de los servicios de psicoterapia que proveemos. Su expediente se mantiene en forma electrónica. Mantenemos documentación breve que Ud. participó, sus razones para buscar terapia, las metas que establecemos para el tratamiento, su diagnóstico, los temas de platica, su historial médico, social, y de otro tratamiento, documentación recibida de otros proveedores, copias de documentación que nosotros mandamos a otros, e información de las tarifas. Ud. puede pedir acceso a su expediente en cualquier momento; en el evento que quiere obtener su expediente, favor de comunicarse con Jennifer Fenton, LMFT por escrito al siguiente correo electrónico: theequinehealingcollaborative@gmail.com.

CONFIDENCIALIDAD

Nuestras pólizas de la confidencialidad, tanto como otra información de sus derechos de privacidad, están completamente descritas en un documento separado titulado “Notificación de Prácticas de Privacidad.” Le hemos proveído copia de aquel documento y hemos platicado de los temas incluidos. Recuerde que Ud. puede abrir diálogo del tema en cualquier momento.

PADRES Y MENORES

Aunque la privacidad es de gran importancia al progreso exitoso en la terapia, involucración paterno también puede ser esencial. Para el tratamiento de menores, pedimos un acuerdo entre el cliente y sus padres permitiéndonos compartir información general referente al progreso en y asistencia a las sesiones, y también un resumen del tratamiento al completar las sesiones si se pide por el padre o el menor. Toda la demás comunicación requerirá permiso del menor, a menos que observemos un asunto de seguridad. En dado caso haremos cada esfuerzo notificar el menor de la intención divulgar información antes de compartirla, y haremos cada esfuerzo manejar cualquier objeción.

PARA COMUNICARSE CON NOSOTROS

Frecuentemente no estamos disponibles inmediatamente por teléfono. No contestamos el teléfono cuando estamos con cliente o indisponible. En estos tiempos, nos puede dejar un mensaje confidencial y le

regresaremos la llamada tan pronto que sea posible pero posiblemente tomaremos un día o dos para asuntos no-urgentes. Si, por cualquier razón, Ud. no recibe una llamada para atrás o no podemos comunicarnos con Ud. y se siente que no puede esperar o no puede mantener su seguridad personal: 1) contacte el Equipo de Crisis en el Centro Médico de Natividad 831-755-4111, 2) váyase al hospital/ sala de emergencias más cercano, o 3) llame al 911 y pida hablar con un oficial entrenado en "CIT" (un oficial entrenado en prácticas para emergencias de salud mental). Haremos cada esfuerzo informarle de antemano de ausencias planeadas, y le daremos un numero de contacto para el personal de respaldo.

OTROS DERECHOS

Si está infeliz con algo que está pasando en sus sesiones, esperamos que lo comparta con nosotros para darnos oportunidad responder a sus preocupaciones. Tomaremos su comentario en serio y será manejado con cuidado y atención. También puede pedir que lo refiramos a otro terapeuta/o y Ud. tiene la libertad de terminar sus sesiones en cualquier momento. Tiene el derecho a cuidado atento, seguro, y respetuoso; sin discriminación basada en su raza, etnicidad, color, orientación sexual, edad, religión, origen nacional, o fuente de pago. Tiene derecho hacer preguntas de cualquier aspecto de su terapia y pedir información de mi entrenamiento y experiencia.

CONSENTIMIENTO A PSICOTERAPIA

Su firma abajo indica que ha leído este Acuerdo y la Notificación de Prácticas de Privacidad y está de acuerdo con los términos.

Firma del Cliente o Guardian

_____ (_____)

Nombre en letra de molde (y relación si aplica)

Firma del cliente (si es menor de 18 años)

Nombre en letra de molde (under the age of 18)

Fecha _____

Aviso de Prácticas de Privacidad de “El Colaborativo Curativo del Caballo”

Tu información. Tus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. Por favor revíselo con atención.

Tus derechos

Tienes derecho a:

- Obtener una copia de su registro médico en papel o electrónico
- Corregir su historial médico en papel o electrónico
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtenga una copia de este aviso de privacidad
- Elija a alguien para que actúe en su nombre
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

Tus opciones

Tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos la información cuando:

- Cuénteles a sus familiares y amigos sobre su condición.
- Proporcionar ayuda en caso de desastre
- Incluirlo en un directorio de hospitales
- Brindar atención de salud mental
- Comercializar nuestros servicios y vender su información
- Recaudar fondos

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir su información cuando:

- Le estamos proporcionando tratamiento
- Dirigir nuestra organización
- Facturar sus servicios
- Ayuda con problemas de salud y seguridad pública
- Hacer investigación
- Cumplir con la ley
- Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Atender la compensación de trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Responder a demandas y acciones legales

Tus derechos

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

Obtenga una copia electrónica o impresa de su registro médico

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

Pedir que corriamos su historial médico

- Puede solicitarnos que corriamos la información médica sobre usted que crea que es incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos 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, por teléfono de su casa o de la oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.

- Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

Pedir que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectaría su atención.
- Si paga un servicio o artículo de atención médica de su 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 hemos compartido su información de salud durante seis años antes de la fecha en que solicite, a quién lo compartió y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y otras divulgaciones (como las que nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero cobraremos una cantidad razonable tarifa basada en el costo si solicita otro 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 de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel con prontitud.

Elija a alguien que actúe por usted

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

Presente una queja si siente que se han violado sus derechos

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos comunicándose 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. UU. Enviando una carta al 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 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 lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la elección 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 casos de desastre.
- Incluyamos su información en un directorio del hospital

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

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

- Fines o propósitos de comercialización

- Venta de su información
- La mayor parte del intercambio de notas de psicoterapia

En el caso de la recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos 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 médica?

Por lo general, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratamiento

Podemos usar su información médica 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 general de salud.

Administración de nuestra organización

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

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

Factura por sus servicios

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

Ejemplo: proporcionamos 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 exige que compartamos su información de otras formas, generalmente de formas que contribuyan al bien público, como investigaciones de salud. 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 salud y seguridad pública

Podemos compartir información médica sobre usted en determinadas situaciones, como:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar con el retiro de productos
- Informar reacciones adversas a medicamentos
- Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Hacer investigación

Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Consentir con ley

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

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.

Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajar con un médico forense o director de funeraria

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

Abordar las solicitudes de compensación para trabajadores, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos utilizar o compartir su información médica:

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

Responder a demandas y acciones legales.

Podemos compartir información médica sobre usted 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 seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y darle una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita

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 seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y darle una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea como se describe aquí, a menos que usted nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, usted 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 bajo solicitud 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 _____ (Relacion) _____

Firma _____ (Fecha) _____

**The Equine Healing Collaborative Autorización para el
Uso/Intercambio/ Revelación de Información Confidencial de
Salud Mental**



Completar este documento autoriza la revelación de información confidencial de la salud mental de Ud. o su hija/o. Es importante completar este documento si desea que The Equine Healing Collaborative use, revele, o intercambie información confidencial de Ud. o su hija/o.

Yo, _____
(nombre del cliente o su representante legal), autorizo que The Equine Healing Collaborative revele información referente a mi o mi hija/o a la siguiente persona/ organización:

_____ (nombre de persona u organización), para los siguientes propósitos:

Esta autorización se expira 90 días después de que termine el tratamiento para mi o mi hija/o, o cuando ya no haya necesidad acceder la información por parte de los proveedores del Equine Healing Collaborative, lo que sea más pronto.

Tengo el derecho de negar firmar esta autorización. Puedo revisar o obtener una copia de la información que estoy pidiendo que sea revelada.

Puedo revocar la autorización en cualquier momento por escrito, o al comunicar verbalmente a mi terapeuta/o del Equine Healing Collaborative. La revocación tomará efecto inmediato, a menos que otros ya han actuado de acuerdo con esta autorización

Tengo derecho recibir una copia de esta autorización.

Información usada, cambiada, o revelada debido a esta autorización no será revelada de nuevo por ningún recipiente a menos que haya requisito o permiso legal.

Firma del cliente (si es menor de 18 años) _____ (Fecha) _____

Terapeuta/o del EHC

Nombre en letra de molde _____

Firma _____

(Fecha) _____

Nombre de Guardián en letra de molde _____

Firma de Guardián _____

(Fecha) _____

The Equine Healing Collaborative Liberación de Responsabilidad Legal

En cambio de participación en la actividad de psicoterapia basado en la conciencia plena acudido por caballos organizado por The Equine Healing Collaborative LLC y/o el uso de la propiedad Vista Nadura (8767 Carmel Valley Rd, 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 personal de The Equine Healing Collaborative LLC, servicios de The Equine Healing Collaborative LLC, yo acepto, y si se aplica para miembros de mi familia, hacer lo siguiente:

Acuerdo de seguir instrucciones: Estoy de acuerdo de observar y hacer caso a todas las regulaciones y advertencias puestas, y estoy de acuerdo seguir instrucciones verbales hechas por personal del Equine Healing Collaborative, sus agentes, y/o voluntarios.

Presunción de los riesgos y liberación de responsabilidad legal: Reconozco que hayan riesgos sistémicos asociados con las actividades descritas arriba y presumo responsabilidad completo para daños personales y (si aplica) para miembros de mi familia, libero responsabilidad y descargo The Equine Healing Collaborative LLC, Vista Nadura, Divine Equine Therapy, Flying Pig Ranch y sus dueños e operadores, cualquier pérdida o daño a resultado del uso mio o de mi familia, o la presencia en los locales usados por The Equine Healing Collaborative LLC, ya sea causado de mi parte, de parte de mi familia, The Equine Healing Collaborative LLC, o alguno de los caballos de The Equine Healing Collaborative.

Indemnificación: Estoy de acuerdo en indemnizar y defender The Equine Healing Collaborative LLC, Vista Nadura, Flying Pig Ranch y Divine Equine Therapy de todos los reclamos, causas de acción, daños, perjuicios, costos y gastos, incluyendo tarifas del abogado y otros gastos litigios, que puede resultar del uso mio o de mi familia de cualquier manera en los locales de The Equine Healing Collaborative LLC, Vista Nadura, Flying Pig Ranch, y Divine Equine Therapy.

Cobros: Estoy de acuerdo en pagar todos los daños a los locales de The Equine Healing Collaborative LLC, Vista Nadura, Flying Pig Ranch y Divine Equine Therapy si sea causado por cualquier negligencia, descuido, o acción consciente mio o de mi familia.

Consentimiento: Yo, _____ (nombre),
_____ (nombre de mi hija/o), consiento a la participación mía y/o de mi familia en la actividad de psicoterapia basado el la conciencia plena acudido por caballos, y/o Curso en Empatía, e estoy de acuerdo en nombre del menor a todos los términos y condiciones de este acuerdo. Al firmar este Liberacion de Responsabilidad Legal, aclaro que tengo toda la autoridad legal por e custodia de _____ (nombre del menor).

Autorización Médica: En el evento de herida a un participante y/o el menor descrito arriba durante las actividades descritas arriba, doy mi permiso a The Equine Healing Collaborative LLC, o su personnel, voluntarios, u otros representantes arreglar atención médica necesaria y que para el cual yo me responsabilizo económicamente. Esta autoridad temporaria iniciará _____ (el día de hoy) y estará en efecto durante mi presencia en el programa de The Equine Healing Collaborative. The Equine Healing Collaborative LLC tendra los siguientes poderes:

- a. El poder buscar atención médica apropiada para mi o mi hija/o como sea requerido por los circunstancias, incluyendo sin cualquier limitación, la atención de un médico licenciado y/o un hospital;
- b. El poder autorizar tratamiento médico o procedimientos médicos en una situación de emergencia; y
- c. El poder tomar decisiones apropiadas referente al arropamiento, alimentación, y alojamiento.

Ley Aplicable. Cualquier reclamo legal o equitativo que puede resultar de participación en las actividades descritas arriba debe de ser resuelto bajo las leyes de California.

No Coacción. Estoy de acuerdo y reconozco que no estoy bajo presión ni intimidación al firmar este documento y que me han dado una oportunidad razonable de revisarlo antes de firmar. Además estoy de acuerdo que estoy libre de pedir que mi propio consejo legal revise este documento si deseo.

Arbitración. Cualquier controversia o reclamo que resulta de o que relaciona a este contrato, o el traspaso de, debe de ser resuelto en arbitración dispensado por el American Arbitration Association de acuerdo con su Reglas de Arbitración Comerciales, y el veredicto de la recompensa dado por los árbitros puede entrar en cualquier tribunal que tendrá autoridad.

Nombre en Letra de Molde _____ (Relacion) _____

Firma _____ (Fecha) _____

Contact en Caso de Emergencia _____ (Numero Telefonico) _____



The Equine Healing Collaborative utiliza consejeras/os sin licencia que están en proceso de completar los requisitos para su licencia clínica, y otro personal que no son elegibles para una licencia. Aquellas consejeras/os han recibido autorización por el Departamento de Salud Mental del Estado de California para proveer servicios de salud mental. Todas estas consejeras trabajan bajo la supervisión de un profesional licenciado. La persona

indicada abajo es la persona sin licencia que proveerá servicios a Ud., su hija/o (o guardian), y/o su familia. El nombre del profesional de salud mental licenciado que provee supervisión a su consejera/o también está indicado abajo. Favor de hablar con el profesional de supervisión si tiene alguna pregunta referente a este acuerdo. Su firma abajo indica que Ud. ha recibido información de este arreglo y que consiente en recibir servicios de una consejera/o sin licencia, con supervisor licenciado.

Nombre del cliente/ Firma _____

Guardian del Cliente/ Firma _____

Fecha _____

Nombre del Consejero/ _____

Supervisora Clinica: Jennifer Fenton LMFT 51078

Numero telefonico: 831-582-1017



Opciones de Pago

En el Equine Healing Collaborative, creemos en construir comunidades fuertes tras la Psicoterapia Acudido por Caballos. Para asegurar que a nadie le falte la oportunidad de participar, hemos generado el formulario abajo con las opciones de pago para que puedan participar sin preocuparse del costo. Favor de marcar la caja que corresponde con su forma de pago preferido para indicar a su consejera/o como prefiere pagar.

Hay varias formas de pagar:

- Medi-Cal/Beacon: Favor de proveer una copia de su tarjeta de MediCal.
- Pago de escala: Marque la línea más consistente con su ingreso neto para ver el costo de cada sesión. Haga un círculo alrededor del costo.
- “Super-Factura”: Ud. daría pago directamente a su consejera, y su consejera le dará una “Súper-Factura” que Ud. puede dar a su aseguradora para pedir un reembolso.
- Beca: Hable con su consejera referente a una beca.
- Víctima de un Crimen: El Colaborativo es proveedor de servicios para Víctimas de un Crimen. Si sus síntomas de salud mental son resultado de un acto criminal, podemos dirigirle donde obtener este beneficio.

Ingreso Mensual (Neto)	Costo por sesión
0.00 to 3000.00	45.00
3000.00 a 3500.00	55.00
3500.00 a 4000.00	65.00
4000.00 a 4500.00	75.00
4500.00 a 5000.00	85.00
5000.00 a 5500.00	95.00
5500.00 a 6000.00	105.00
6000.00 a 6500.00	125.00
6500.00 a 7000.00	145.00
7000.00 y más	165.00

The Equine Healing Collaborative Entrevista de Admisión



Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____

Dirección: _____

Nombre de un contacto en caso de emergencia: _____

Número telefónico del contacto de emergencia: _____

(Para menores de 18 años) Nombre de Guardián: _____

(Para menores de 18 años) Numero telefonico del Guardián: _____

¿Cuáles son sus razones para buscar apoyo del “Colaborativo Curativo del Caballo”?

¿Por cuánto tiempo le ha afectado este problema?

¿Hay algún evento o situación de su pasado o su presente que está contribuyendo a cómo se siente ahora?

¿Ha usado en el pasado o en el momento presente usa Ud. alguna sustancia? ¿Si la respuesta es sí, por cuánto tiempo y que tipo de sustancia?

Con quien vive actualmente?

¿Qué es lo más aterrador que te ha pasado?

¿Ha estado Ud. en un hospital psiquiátrico? Si la respuesta es sí, ¿cuándo y porqué?

¿Ha tenido pensamientos/ sentimientos/ planes de hacerse daño a sí mismo o a otra persona? Si la respuesta es sí, favor de describir.

¿Alguna vez ha tenido problemas legales/arrestos? Si la respuesta es sí, por favor describa:

¿Alguien de su familia ha sido diagnosticado con un problema de salud mental? Si la respuesta es sí, por favor describa:

¿Cuál es una meta que le gustaría lograr mientras esté aquí?

Describa su experiencia con los caballos:
