

Coastal Haven Counseling, LLC  
220 Ronnie Ct Suite 2  
Myrtle Beach, SC 29579  
(843) 945-0346



Coastal Haven Counseling, LLC  
3100 Dick Pond Rd Ste D2  
Myrtle Beach, SC 29588  
(843) 945-0346

Sandra Quast, MA, LPC  
Cell: (843) 945-0346

Jill Anderson, MA, LPC  
Cell: (704) 223-0623

Sandy Johnson, MS, LPC  
Cell: (843) 605-0514

Lauren King, LISW-CP  
Cell (843) 504-8346

Jennifer McGonigal, LPC  
Cell: (843) 333-1040

Michael Pickett, LPC  
Cell: (843) 907-2024

Paola Goyeneche, LPC  
Cell: (843) 424-7705

Diane Clark PhD, LPC  
Cell: (910) 712-6824

Horas de disponibilidad: 9 am a 5 pm MWF, 9 am-7pm TR, 10 am-3pm Sat, con cita previa

## **DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN PROFESIONAL y consentimiento para el tratamiento**

Bienvenido a la Costa asilo asesoramiento, LLC y de agradecimiento por haber elegido para entrar en tratamiento con nosotros. Este documento contiene información importante acerca de nuestros servicios profesionales y políticas de negocio. También contiene información resumida sobre la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA). HIPAA es una ley federal que provee protección de la privacidad y los derechos de los pacientes con respecto al uso y divulgación de su información de salud protegida (PHI) con el propósito de tratamiento, las operaciones de facturación, pago y atención médica. HIPAA requiere que te proporcionará un aviso de prácticas de privacidad para el uso y la revelación de PI para las operaciones de tratamiento, pago y atención médica. El aviso se adjunta al presente acuerdo y explica HIPAA y su aplicación a su información médica personal con mayor detalle. La ley requiere que obtengo que la firma reconociendo que os he proporcionado con esta información durante esta sesión. Al firmar este documento, también representará un acuerdo entre nosotros. Usted puede revocar este acuerdo por escrito en cualquier momento. Que la revocación será vinculante para mí, si he tomado acciones de seguridad sobre ella o si no han satisfecho las obligaciones financieras que haya incurrido.

**TIPOS de clientes atendidos:** Adultos, niños y familias y parejas en forma ambulatoria.

### **Enfoques teóricos de la CONSEJERIA UTILIZADOS:**

- La terapia cognitivo conductual se utiliza para cambiar el patrón de pensamiento y conductas poco saludables y desarrollar una conciencia de la conexión entre los pensamientos de una persona, sentimientos y acciones.
- Terapia breve centrada en soluciones puede ser utilizado para proporcionar asesoramiento basado en la fuerza se centra en el presente y futuro para obtener el logro de metas en un plazo más corto.
- Terapia de la realidad puede ser utilizado para desarrollar una alineación exitosa de las necesidades básicas que se centran en el realismo, la responsabilidad y los patrones de pensamiento correcto o incorrecto.
- Terapia existencial también se puede utilizar para centrarse en resolver el conflicto interno en relación a dar sentido a la existencia humana de un individuo.
- modelos orientados cuerpo, como Experiencia Somática se pueden utilizar para fomentar la armonía del espíritu, el cuerpo y la mente después de una experiencia traumática o estrés crónico.

### **Educación y formación de CONSEJEROS:**

#### **Sandra Quast MA, LPC**

- LPC 2/2017
- MA Consejería, Universidad de Webster, 12/2014
- Certificada Carrera entrenador-Centro para el Ejecutivo y Coaching 2011

- BA Comunicaciones, Universidad William Paterson, 5/2007
- Consejero Certificado Nacional (NCC), 2018

**Jill Anderson MA, LPC**

- LPC SC 6063
- MA Orientación Profesional, Universidad de la Libertad, 12/2008
- Certificado Profesional Clínico Trauma, IATP
- BA Comunicaciones, Catawba College, 6/1897

**Sandy Johnson MS, LPC**

- LPC 8/2017
- MS Consejería de Salud Mental, Universidad Capella, 3/2010
- BA Psicología, Universidad de Carolina del Sur, Costa de Carolina, 5/1993
- Consejero Certificado Nacional (NCC) 2010
- Certificado Clínica Trauma Profesional- CCTP 2018

**PhD Diane Clark, LPC**

- LPC 4/2016 (SC); 3/2003 (NC)
- Doctor en Filosofía. Asesoramiento, Universidad de Carolina del Norte en Charlotte 08/2006
- MS asesoramiento, Canisius College of Buffalo 5/2000
- Educación BS, SUNY en Geneseo 05/1955
- Consejero Certificado Nacional (NCC), 2005; Consejero de Salud Mental Clínica Certificada (CCMHC), 2012; Aprobado Supervisor Clínica (ACS), 2016
- Certificado Clínica Trauma Profesional (CCTP), 2015

**Jennifer McGonigal BA, LPC**

- LPC-I
- LPC 2/2009
- MA Consejería de Salud Mental, Universidad de Webster, 1996
- Psicología BA, Indiana University of Pennsylvania, 1992

**Lauren Rey LISW-CP**

- LISW-CP 4/2018, 6/2012 LMSW
- Adicción Consejero de MAC Maestro 10/2012
- MA Trabajo Social, Universidad de Carolina del Sur, 2012, RSU
- BA Justicia Penal y Sociología, Menor: Trabajo Social, 2010

**Michael Pickett MA, LPC**

- LPC # 4576
- MA Consejería de Salud Mental, Universidad de Webster, 1999
- BA Inglés, Universidad de Carolina del Sur, Columbia, Carolina del Sur 1996

**Paola Goyeneche MA, LPC**

- LPC 2016
- MA Consejería, Universidad de Webster, 8/2014
- Psicología BA, Universidad de Costa de Carolina del 2011
- Consejero Certificado Nacional (NCC), 2018

## SERVICIOS

La terapia es una relación entre las personas que trabajan en parte debido a los derechos y responsabilidades claramente definidas en poder de cada persona. Este marco ayuda a crear la seguridad para asumir riesgos y el apoyo para tener el poder de hacer cambios en la vida de uno. Como cliente en psicoterapia, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades que son importantes para que usted sepa acerca. También existen limitaciones legales a los derechos que usted debe tener en cuenta. A medida que su terapeuta, tenemos responsabilidades correspondientes a ti. Estos derechos y responsabilidades respectivas se describen en la siguiente sección.

La psicoterapia tiene tanto beneficios como riesgos. Los riesgos incluyen a veces experimentar sentimientos incómodos como tristeza, culpa, ansiedad, ira, frustración, soledad y desamparo. La psicoterapia requiere a menudo discutiendo aspectos desagradables de su vida. Sin embargo la psicoterapia ha demostrado tener beneficios para la persona que lo llevan a cabo, tales como la reducción en la experiencia de incomodidad y una mayor satisfacción en las relaciones interpersonales, una mayor conciencia personal intra y perspicacia, el aumento de habilidades para manejar el estrés y las resoluciones a problemas específicos. No hay garantías sobre los resultados. La psicoterapia requiere un esfuerzo activo de su parte. Con el fin de ser el más exitoso, usted tendrá que trabajar en las cosas que discutimos fuera de las sesiones. La primera sesión y posibles algunas sesiones posteriores implicarán una evaluación completa de sus necesidades. entonces voy a ser capaz de ofrecer algunas impresiones iniciales de lo que nuestro trabajo podría incluir. En ese momento vamos a discutir sus metas de tratamiento y crear un plan de tratamiento individualizado, si decide continuar. Usted debe evaluar esta información, así como su propia evaluación acerca de si se siente cómodo trabajando con nosotros. Terapia implica un compromiso de tiempo, dinero y esfuerzo por lo que debe tener cuidado con el terapeuta que se seleccione. Vamos a discutir cualquier pregunta que tenga acerca de las intervenciones o procedimientos que puedan surgir. si decide continuar. Usted debe evaluar esta información, así como su propia evaluación acerca de si se siente cómodo trabajando con nosotros. Terapia implica un compromiso de tiempo, dinero y esfuerzo por lo que debe tener cuidado con el terapeuta que se seleccione. Vamos a discutir cualquier pregunta que tenga acerca de las intervenciones o procedimientos que puedan surgir. si decide continuar. Usted debe evaluar esta información, así como su propia evaluación acerca de si se siente cómodo trabajando con nosotros. Terapia implica un compromiso de tiempo, dinero y esfuerzo por lo que debe tener cuidado con el terapeuta que se seleccione. Vamos a discutir cualquier pregunta que tenga acerca de las intervenciones o procedimientos que puedan surgir.

## EQUIPO

Normalmente llevamos a cabo una evaluación que tendrá una duración de una a dos sesiones. Durante este tiempo, podemos decidir si queremos la mejor persona para proporcionar los servicios que necesita en ayudar a satisfacer sus objetivos de tratamiento. La sesión de evaluación inicial dura aproximadamente 60-90 minutos. Después de las evaluaciones se ha completado, por lo general programar sesiones individuales y / o de la familia durante 60 minutos. Los clientes son vistos generalmente por semana o más o con menos frecuencia, según sea necesario o acordado. Usted puede descontinuar el tratamiento en cualquier momento, pero puede ser útil para procesar decisión de interrumpir el tratamiento prematuramente.

La hora programada para su cita se le asigna a usted y sólo usted. Solicitamos que usted proporciona 24 horas de aviso si es necesario cancelar o reprogramar una sesión. Se le cobrará \$ 60 por una cita perdida, si no se cancela dentro de las 24 horas. Es importante tener en cuenta que la mayoría de las compañías de seguros no ofrecen el reembolso de las sesiones perdidas. Usted es responsable de acudir a las citas a tiempo, y si llega tarde a su cita seguirá siendo probable que tenga que terminar a tiempo.

**TERMINACIÓN O REFERENCIA:** Un cliente tiene el derecho de terminar los servicios en cualquier momento mediante una notificación por teléfono o por correo, en cualquier momento por cualquier razón. Esto puede hacerse verbalmente o por escrito. Cuando se necesita orientación adicional, una referencia puede ser hecha, a petición. El terapeuta puede terminar sesiones con un cliente si:

- El cliente no está progresando.
- Si los clientes perdieron 3 sesiones.
- Si el terapeuta siente que están en riesgo de sufrir daños.
- Si las necesidades del cliente están fuera del alcance y la especialidad del terapeuta.
- Por falta de pago de los servicios de una manera rápida.

## GREIVANCE Y CONTACTO CUMPLIMIENTO:

Carolina del Sur Departamento de Trabajo, Licencias y Regulación 110 Centerview Dr. PO Box 11329

## **REGISTROS PROFESIONALES**

Estamos obligados a mantener registros apropiados de los servicios de terapia que proporcionamos. Su historial clínico consiste en formas legales como este formulario y su forma de notificación de HIPPA, un registro de visitas y pagos, resultados de evaluación, plan individual de atención, resúmenes de progreso, y las copias de las comunicaciones electrónicas y notas de progreso. Estas notas de progreso contendrán suficiente información acerca de usted para justificar el tratamiento o apoyo recomendaciones. Aunque la psicoterapia a menudo incluye la discusión de la información sensible y privada, registros normalmente muy breves se mantienen tomando nota de su presencia, lo que se hizo en la sesión y una mención general de los temas discutidos. Usted tiene el derecho a ver el contenido de su tabla, y se pondrá a disposición de otros proveedores de copias con su consentimiento escrito por una tarifa. Sus registros se mantendrán en un lugar seguro en la oficina. En el caso de la muerte o la incapacitación de Sandra Quast, propietario de Coastal asilo asesoramiento, LLC, su ejecutor profesional como afirmó en su voluntad profesional, pueden tomar el control de los registros de los clientes y de contacto para hacer referencias para su beneficio.

## **MATRÍCULA**

Actualmente nuestras tarifas estándar son las siguientes: Una evaluación inicial es de \$ 120- \$ 160. sesiones individuales o familiares que duran 60 minutos pagan \$ 90- \$ 120. Todos los pagos se deben hacer en el momento se prestan los servicios y pueden ser en forma de dinero en efectivo, cheque personal local o tarjeta de crédito (Visa, MasterCard, Discover o American Express). Habrá un cargo de \$ 35.00 por cheques devueltos por falta de fondos. Dependiendo de las circunstancias, una escala móvil se puede ofrecer en función de las pautas establecidas de ingresos. A nadie se le niega el acceso a los servicios debido a la incapacidad de pago; y una lista de tarifas con descuento / deslizante está disponible para aquellos que califiquen. Si está interesado, por favor llene deslizamiento aplicación a gran escala antes de la sesión de asesoramiento inicial. Los formularios están disponibles en nuestro sitio web [www.coastalhavencounseling.com](http://www.coastalhavencounseling.com).

## **SEGURO**

Estamos en varios paneles de seguros, lo que significa que estamos considerando un “proveedor de la red” para los paneles específicos. Para otros seguros, somos un “proveedor fuera de la red. “Si va a usar el seguro para dar cobertura a los servicios de asesoramiento, por favor revise su cobertura actual con cuidado. Llamar al número 1-800 en la parte posterior de su tarjeta y preguntar acerca de sus beneficios de salud mental. Algunas compañías pagarán solamente para las sesiones que han sido “pre-autorizados” por la compañía de seguros, o sólo para los terapeutas dentro de su red de proveedores. Algunas compañías de seguros pagará una cantidad reducida hacia los servicios proporcionados por un proveedor fuera de la red. Para comprobar lo que está cubierto por su compañía de seguros, se recomienda que consulte a su compañía de seguros a las siguientes preguntas:

1. ¿Tengo beneficios de salud mental? 2. ¿Cuál es mi deducible? 3. ¿Tengo un co-seguro y co-pago y cuáles son estas cantidades? 4. ¿Cuántas sesiones por año calendario ¿Cubre mi plan? 5. ¿Es Coastal asilo asesoramiento, LLC en su lista de proveedores actuales? 6. Si la respuesta a la que no. 5 es negativo, es posible que desee preguntar cuánto se paga por un proveedor fuera de la red. 7. ¿Necesito un número de autorización previa para las sesiones a cubrir?

Algunos planes de seguros requieren número de autorización previa antes de que se reembolsará a los servicios de salud mental. Algunos ofrecen sólo un número limitado de sesiones pre-aprobado y que a veces es necesario obtener la aprobación para sesiones adicionales. Si supera la cantidad de sesiones que están

cubiertos o se considere médicamente necesario entonces debemos analizar las opciones de pagar de su bolsillo o sesiones o suspender el tratamiento. Las compañías de seguros no pueden reembolsar de citas perdidas o gastos adicionales incurridos por servicios distintos de la terapia directa. Por favor, recuerde que usted, y su seguro de otro pagador tercero o empresa, es responsable del pago o total de los honorarios.

### **secreto profesional**

La confidencialidad de las comunicaciones entre un cliente y un terapeuta está generalmente protegida por la ley y nosotros como sus terapeutas no puede y no va a decirle a nadie lo que han discutido o incluso que se encuentra en los servicios de orientación y sin su permiso por escrito. En la mayoría de situaciones que sólo podemos divulgar información sobre su tratamiento a los demás si firmas el permiso por escrito. En la mayoría de situaciones que sólo podemos divulgar información sobre su tratamiento a los demás si usted firma un formulario de autorización por escrito que cumpla con ciertos requisitos legales impuestos por HIPAA. Con la excepción de ciertas situaciones que se describen a continuación, usted tiene el derecho a la confidencialidad de su terapia. Usted puede solicitar que la información sea compartida con la persona que elija y usted puede revocar ese permiso en cualquier momento. Hay algunas excepciones a la confidencialidad en el que estamos legalmente obligados a adoptar medidas a pesar de que requiere revelar alguna información sobre el tratamiento de un cliente. Si es posible, haremos todo lo posible para tratar de informarle cuando éstos tendrán que ser puesto en práctica. Las excepciones legales a la confidencialidad incluyen pero no se limitan a lo siguiente:

1. Si hay buenas razones para creer que está amenazando graves daños físicos a sí mismo o a otros. Si creemos que un cliente está amenazando grave daño corporal a otro podemos ser requeridos para tomar medidas de protección que puede incluir la notificación a la víctima potencial, notificar a la policía o la búsqueda de la hospitalización apropiada. Si un cliente amenaza con hacerle daño si mismo / o a otro nos puede exigir a buscar hospitalización para los miembros de la familia del cliente o de contacto u otras personas que puedan proporcionar protección.
2. Si hay una buena razón para sospechar o evidencia de abuso o negligencia hacia los niños, las personas mayores o discapacitadas. En tal situación, estamos obligados por ley a presentar un informe a la agencia estatal correspondiente.
3. En respuesta a una orden judicial o cuando sea requerido por la ley.
4. En la medida necesaria para hacer una reclamación en cuenta en mora a través de la agencia de colección.
5. En la medida necesaria para la atención médica de emergencia que pudiera ser emitida.
6. Cuando se trata de su compañía de seguros, tales como hacer una reclamación, auditorías seguros, revisiones de casos o apelaciones.
7. En un desastre natural por el cual registros protegidos pueden estar expuestos.
8. Para fines de consulta supervisión profesional.

Política de restricciones y reclusión: No utilizamos las restricciones o las intervenciones de reclusión en esta práctica. Si alguien en el local cree que su seguridad física a verse amenazada, la policía será llamada y un informe hecho.

### **CONFIDENCIALIDAD DE CORREO ELECTRÓNICO, TELÉFONO CELULAR, TEXTO Y COMUNICACIÓN DE FAXES**

Es muy importante tener en cuenta que el e-mail o teléfono celular de comunicaciones o mensajes de texto pueden ser relativamente de fácil acceso por personas no autorizadas y por lo tanto la privacidad y confidencialidad de la comunicación puede verse comprometida. Los correos electrónicos son especialmente vulnerables a dicho acceso no autorizado debido al hecho de que los servidores tienen acceso ilimitado y directo a todos los correos electrónicos que pueden pasar a través de ellos. Los faxes pueden ser fácilmente enviados erróneamente a la dirección equivocada. Por favor notifique a mí en el comienzo del tratamiento si

se decide a evitar o limitar en modo alguno el uso de todos los dispositivos de comunicación mencionados anteriormente. Por favor, no utilizar el correo electrónico o fax en el caso de una emergencia.

### **Consentimiento para el tratamiento**

El cliente reconoce que he recibido, he leído o se me ha leído, y comprender la información que se me proporcionó sobre la terapia que estoy considerando y he pedido y había respondido alguna pregunta relacionada con el tratamiento. Por la presente busco y consentimiento para participar en el tratamiento por parte del terapeuta se menciona a continuación. Tengo entendido que el desarrollo de un plan de tratamiento con este terapeuta y regularmente revisar nuestro trabajo hacia el cumplimiento de los objetivos del tratamiento son en mi mejor interés. Estoy de acuerdo en desempeñar un papel activo en este proceso. Yo entiendo que no hay promesas se han hecho en cuanto a los resultados del tratamiento o de cualquiera de los procedimientos previstos por esta terapeuta. Entiendo interacciones o relaciones con los clientes actuales consejeros sexuales y / o románticas, están prohibidas sus parejas, o sus familiares. (Código de American Counseling Association de Ética, 2014; A.5.a) Soy consciente de que puedo parar mi tratamiento con este terapeuta en cualquier momento. Los únicos servicios que voy a ser responsable del pago de los servicios son los que ya he recibido. Yo entiendo que puedo perder otros servicios o puede que tenga que hacer frente a otras consecuencias si dejo de tratamiento. Yo sé que tengo que cancelar una cita programada dentro de al menos 24 horas antes de la hora de la cita. Yo entiendo que si no cancelo o venir a una cita programada, se me cobrará por esa cita. Soy consciente de que una tercera sociedad pagadora / seguro de responsabilidad civil se puede dar información acerca de los tipos, costos, fechas y los proveedores de los servicios que reciba. Los únicos servicios que voy a ser responsable del pago de los servicios son los que ya he recibido. Yo entiendo que puedo perder otros servicios o puede que tenga que hacer frente a otras consecuencias si dejo de tratamiento. Yo sé que tengo que cancelar una cita programada dentro de al menos 24 horas antes de la hora de la cita. Yo entiendo que si no cancelo o venir a una cita programada, se me cobrará por esa cita. Soy consciente de que una tercera sociedad pagadora / seguro de responsabilidad civil se puede dar información acerca de los tipos, costos, fechas y los proveedores de los servicios que reciba. Los únicos servicios que voy a ser responsable del pago de los servicios son los que ya he recibido. Yo entiendo que puedo perder otros servicios o puede que tenga que hacer frente a otras consecuencias si dejo de tratamiento. Yo sé que tengo que cancelar una cita programada dentro de al menos 24 horas antes de la hora de la cita. Yo entiendo que si no cancelo o venir a una cita programada, se me cobrará por esa cita. Soy consciente de que una tercera sociedad pagadora / seguro de responsabilidad civil se puede dar información acerca de los tipos, costos, fechas y los proveedores de los servicios que reciba. Yo sé que tengo que cancelar una cita programada dentro de al menos 24 horas antes de la hora de la cita. Yo entiendo que si no cancelo o venir a una cita programada, se me cobrará por esa cita. Soy consciente de que una tercera sociedad pagadora / seguro de responsabilidad civil se puede dar información acerca de los tipos, costos, fechas y los proveedores de los servicios que reciba. Yo sé que tengo que cancelar una cita programada dentro de al menos 24 horas antes de la hora de la cita. Yo entiendo que si no cancelo o venir a una cita programada, se me cobrará por esa cita. Soy consciente de que una tercera sociedad pagadora / seguro de responsabilidad civil se puede dar información acerca de los tipos, costos, fechas y los proveedores de los servicios que reciba.

Este formulario autoriza costera asilo asesoramiento, LLC y terapeutas contratados para liberar información de los registros de mi / la de los pacientes mantenidos mientras que era tratado por este proveedor. Esta información puede incluir, pero no se limita a los resúmenes de admisión, registros clínicos, resúmenes, planes de tratamiento, diagnóstico, progreso, recomendaciones, informes de alta y otros documentos clínicos. Información relacionada con el VIH y la información sobre las drogas y el alcohol contenida en dichos registros se dará a conocer en estos discos bajo este consentimiento si no se indica aquí. \_\_\_\_ no lo suelte.

Esta información puede ser enviada a un tercero pagador o sus agentes y es necesaria para los siguientes propósitos: -Receiving beneficios de seguro de salud, reembolsos, pagos por servicios y otros servicios similares

- Solicitud de vida, incapacidad u otro seguro

Esta información ha sido divulgada de registros cuya confidencialidad está protegida por leyes federales y estatales. Las regulaciones federales (42 CFR Parte 2, Sección 2.31 (a) y 2.33) y las regulaciones estatales le prohíben hacer cualquier otra revelación de la misma sin el consentimiento por escrito específico de la persona a quien pertenece o según lo permitido por dichas normas. Esto es estrictamente material confidencial y es para la información de sólo las personas que son profesionalmente capaz de comprender, apreciar y que actúan sobre ella de acuerdo a su formación profesional específica y avanzada en el campo de la salud mental. Por favor limite la disponibilidad de estos registros a las personas que en su empleo que tienen la formación y experiencia para interpretar y comprender la información contenida en ellos. Estas responsabilidades éticas y legales son suyos. El proveedor o el autor de estos registros pueden aceptar ninguna responsabilidad si se pone a disposición este material a cualquier otra persona o personas que carecen de dicha formación o que no sería tratarlo de una manera profesional y responsable o al que no debería tener acceso a la misma, incluyendo el paciente.

Redivulgación o retransferencia de estos registros está expresamente prohibido y tal re-divulgación puede estar sujeto a responsabilidad civil y penal.

Las leyes federales y estatales restringen el uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente alcohol o abuso de drogas.

Mi firma autoriza el pago directamente al refugio costero asesoramiento, LLC de las prestaciones debidas en virtud de nuestra política. Tengo entendido que tales pagos se acreditarán en mi cuenta con este proveedor. Además, entiendo que soy responsable de ese proveedor de los cargos no cubiertos o reembolsados por mi política, hasta la cuota de que el proveedor haya acordado aceptar.

Afirmo que todo en esta forma que no estaba claro se ha explicado a mi satisfacción.

Nombre de impresión de cliente: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_

Firma del terapeuta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**TU INFORMACIÓN. TUS DERECHOS. NUESTROS RESPONSABILITIES:** Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser usada y revelada y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor revise con cuidado.

**TUS DERECHOS** Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. En esta sección se explica sus derechos y algunas de las responsabilidades que le ayude.

- Puede pedir ver u obtener una copia electrónica o impresa de su historial médico y otra información médica que tenemos sobre usted. Nos preguntan cómo hacer esto.
- Vamos a proporcionar una copia o un resumen de su información de salud, por lo general dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.
- Nos puede pedir para corregir la información sobre su salud que usted cree que es incorrecta o incompleta. Nos preguntan cómo hacer esto.

- Podemos decir “no” a su solicitud, pero vamos a decir por qué por escrito dentro de los 60 días.
- Nos puede pedir a ponerse en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, el hogar o la oficina del teléfono) o para enviar correo a una dirección diferente.
- Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.
- Nos puede pedir que no usemos o compartir cierta información médica para tratamiento, pago, o de nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si afecta su cuidado.
- Si usted paga por un artículo del servicio o atención de la salud fuera de su bolsillo en su totalidad, puede pedir que no compartir esa información con el propósito de pago o las operaciones con su compañía de seguros. Diremos “sí” a menos que una ley nos obliga a compartir esa información.
- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud para los seis años anteriores a la fecha en que solicite, que compartimos con, y por qué.
- Vamos a incluir todas las revelaciones excepto aquellos sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y algunas otras revelaciones (como cualquiera que nos pida que haga). Vamos a proporcionar una contabilidad de un año de forma gratuita, pero se le cobrará una tarifa razonable basada en el costo si se le pregunta por otro plazo de 12 meses.

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir la notificación por vía electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel con prontitud.

- Si usted ha dado el poder médico a alguien de abogado o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tiene esta autoridad y puede actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.

Presentar una queja si siente que sus derechos son violados

- Usted puede quejarse si se siente que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros usando la información en la página 1.
- Usted puede presentar una queja ante la Oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Derechos Civiles de Estados Unidos mediante el envío de una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov / ocr / privacidad / HIPAA / quejas /](http://www.hhs.gov/ocr/privacidad/HIPAA/quejas/).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

**TUS OPCIONES** Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones acerca de lo que compartimos.

Si usted tiene una clara preferencia por la forma en que compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hablar con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos, y vamos a seguir sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la elección de decirnos a:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos, u otras personas involucradas en su cuidado
- Compartir información en una situación de socorro
- Incluir su información en un directorio del hospital

Si usted no es capaz de decirnos su preferencia, por ejemplo, si usted está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. 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 usted nos da permiso por escrito:

- fines de marketing
- Venta de su información
- La mayor intercambio de notas de psicoterapia

**NUESTRO USO Y DIVULGACIÓN**; Cómo típicamente usar o compartir su información de salud?

normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le atienden. Por ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.

Para ejecutar nuestra organización. Podemos utilizar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención, y en contacto con usted cuando sea necesario. Ejemplo: Utilizamos la información sobre su salud a manejar su tratamiento y servicios.

Para facturar por nuestros servicios. Podemos utilizar y compartir su información médica para facturar y recibir el pago de los planes de salud u otras entidades. Ejemplo: Le damos la información sobre usted a su plan de seguro médico por lo que va a pagar por sus servicios. ¿Cómo podemos utilizar o compartir su información de salud? Se nos permite o nos obliga a compartir su información de otras maneras - por lo general de forma que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, véase: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html). Para ayudar con los problemas de salud y seguridad públicas. Podemos compartir su información de salud para ciertas situaciones tales como:

- La prevención de la enfermedad, • Ayudar con la retirada de productos, • Declaración de reacciones adversas a los medicamentos,
- Informar una sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica, • prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Hacer una investigación. Podemos usar o compartir su información para investigación médica. Para cumplir con la ley. Vamos a compartir información acerca de usted si las leyes estatales o federales requieren que, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si se quiere ver que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad. Para responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos. Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.

Para trabajar con un médico forense o director de la funeraria. Podemos compartir información de salud con un médico forense o director de funeraria cuando una persona muere. Para hacer frente a la compensación de trabajadores, cumplimiento de la ley, y otras peticiones del gobierno. Podemos usar o compartir información sobre su salud:

- Para las reclamaciones de compensación de trabajadores
- Con fines policiales o con un oficial de la ley
- Con las agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales del gobierno, tales como militares, de seguridad nacional y presidenciales servicios de protección

Para responder a las demandas y acciones legales. Podemos compartir información sobre su salud 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 de salud protegida. • Nosotros haremos saber inmediatamente si se produce un incumplimiento que pueda haber puesto en peligro la privacidad o la seguridad de su información. • Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y le dará una copia de la misma. • No vamos a usar o compartir su distinta a la descrita aquí información a menos que nos diga lo que podamos por escrito. Si nos dice que podemos, que puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión. Para más información,

ver: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

**Los cambios en los términos de este aviso:** Podemos cambiar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a petición, en nuestra oficina, y en nuestra página web. Otras instrucciones para Aviso: • Fecha de vigencia de

este Aviso - 3/1/2017 • Nombre o título del funcionario de privacidad (u otro contacto privacidad) Sandra Quast, MA, LPC (843) 945-0346. • Nunca mercado o vender información personal. • La Regla de Privacidad requiere terapeuta para describir cualquier ley estatal o de otro tipo que requieren mayor límites en revelaciones. Por ejemplo, "Nunca compartiremos todos los registros de tratamiento de abuso de sustancias sin su permiso por escrito. • Si su entidad es parte de un OHCA (organizado convenio de atención médica) que ha aceptado una notificación conjunta, utilice este espacio para informar a sus pacientes de la forma de compartir información dentro de OCHA (como para el tratamiento, pago y operaciones relacionadas con OHCA). Además, describir las otras entidades cubiertas por este aviso y de sus lugares de servicio. Por ejemplo, "Este aviso se aplica a Sandra Quast, LPC, Costa de asesoramiento Haven, LLC y otros profesionales inscrito como mano de obra privada bajo contrato entidad del grupo.

### **Aviso de Privacidad de COSTERA HAVEN CONSEJERIA, LLC**

Fecha de vigencia: 1 Marzo 2017 ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA. POR FAVOR LEA CON CUIDADO. Esta práctica ofrece muchos tipos de servicios, tales como sesiones individuales, familiares y de grupo, referencias a servicios de tratamiento y la comunicación con los tribunales. La información sobre usted debe ser recogida para proporcionar estos servicios. La información recopilada sobre usted y su salud es privada. Estamos obligados a proteger esta información por la ley federal y estatal. Esta información se llama "información médica protegida" y se refiere como PHI. Este aviso de privacidad le indica cómo la información protegida sobre su salud puede ser utilizada o revelada en el curso normal del negocio. No se describirán todas las situaciones.

Estoy de acuerdo en seguir estas políticas. Sin embargo, si hay una necesidad de cambiar estas políticas se le notificará de cualquier cambio. Su información de salud protegida puede ser usada y divulgada sin su autorización.

Para Safety-Si usted es considerado como una amenaza a sí mismo oa otros, o si un menor de edad, discapacitados o ancianos si está siendo lastimado. Para el pago: PHI puede ser revelada para obtener el pago, o como lo requiere la ley y para la aplicación de la ley. PHI será utilizada o revelada cuando sea requerido o permitido por la ley federal o estatal o por una orden judicial. Para informes e investigaciones de abuso: estoy obligado a informar y revelar cualquier PHI que indica el abuso infantil. Para evitar daños: se me permite revelar su PHI a la policía con el fin de evitar una grave amenaza para la salud y la seguridad de una persona o del público. En caso de emergencia o por razones de seguridad nacional: Por ejemplo, si se cayó y estaba inconsciente, le diría a un EMT lo que sabía de su condición médica, incluso si yo no fuera capaz de obtener su consentimiento. Otros usos y divulgaciones requieren su autorización: Salud mental y los registros de tratamiento de drogas y alcohol: Usted debe dar su autorización por escrito antes de que sus registros de tratamiento de salud mental pueden ser revelados a nadie. el uso inusual: voy a pedir su autorización por escrito antes de divulgar la PHI en situaciones inusuales que no están cubiertos por estas directrices. Usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento por escrito.

**Sus derechos de privacidad de la PHI:**Derecho a ver y obtener copias de sus registros: En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho de ver u obtener copias de sus registros. Debe hacer esta solicitud por escrito. Se le puede cobrar una cuota por el costo de copiar sus registros. Derecho a solicitar a corregir o actualizar sus registros: Usted puede pedir cambiar o añadir faltante PHI a su registro si le parece que es un error. Usted debe hacer la solicitud por escrito y proporcionar un motivo de la solicitud. Derecho a solicitar limitación de los usos o divulgaciones de PHI. Usted tiene el derecho a solicitar que limite el uso o divulgación de su PHI. Usted debe hacer la solicitud por escrito y contar lo PHI desea limitar ya quién desea que se apliquen los límites. Derecho a obtener una lista de las divulgaciones: Usted tiene el derecho a solicitar una lista de

revelaciones hechas después del 1 de marzo de 2017. Usted debe hacer la solicitud por escrito. Esta lista no incluirá las veces que se divulgó PHI para tratamiento, pago o atención médica o de lo requerido por la ley. La lista no incluirá información proporcionada directamente a usted o su familia o información que fue enviada con su autorización. Derecho a elegir la forma en que nos comunicamos con usted: Usted tiene el derecho de pedir que su PHI se compartirá con usted de cierta manera o en un determinado lugar. Por ejemplo, usted puede ser enviado esa información a su dirección de trabajo en lugar de a su casa. Debe hacer esta solicitud por escrito y no es necesario para proporcionar una razón. Derecho a presentar una queja: Usted tiene el derecho de presentar una queja si no está de acuerdo con se usa o divulga su PHI. Mi firma afirma entiendo y cumpliré con todas estas políticas. pago u operaciones de atención médica o de lo requerido por la ley. La lista no incluirá información proporcionada directamente a usted o su familia o información que fue enviada con su autorización. Derecho a elegir la forma en que nos comunicamos con usted: Usted tiene el derecho de pedir que su PHI se compartirá con usted de cierta manera o en un determinado lugar. Por ejemplo, usted puede ser enviado esa información a su dirección de trabajo en lugar de a su casa. Debe hacer esta solicitud por escrito y no es necesario para proporcionar una razón. Derecho a presentar una queja: Usted tiene el derecho de presentar una queja si no está de acuerdo con se usa o divulga su PHI. Mi firma afirma entiendo y cumpliré con todas estas políticas. pago u operaciones de atención médica o de lo requerido por la ley. La lista no incluirá información proporcionada directamente a usted o su familia o información que fue enviada con su autorización. Derecho a elegir la forma en que nos comunicamos con usted: Usted tiene el derecho de pedir que su PHI se compartirá con usted de cierta manera o en un determinado lugar. Por ejemplo, usted puede ser enviado esa información a su dirección de trabajo en lugar de a su casa. Debe hacer esta solicitud por escrito y no es necesario para proporcionar una razón. Derecho a presentar una queja: Usted tiene el derecho de presentar una queja si no está de acuerdo con se usa o divulga su PHI. Mi firma afirma entiendo y cumpliré con todas estas políticas. La lista no incluirá información proporcionada directamente a usted o su familia o información que fue enviada con su autorización. Derecho a elegir la forma en que nos comunicamos con usted: Usted tiene el derecho de pedir que su PHI se compartirá con usted de cierta manera o en un determinado lugar. Por ejemplo, usted puede ser enviado esa información a su dirección de trabajo en lugar de a su casa. Debe hacer esta solicitud por escrito y no es necesario para proporcionar una razón. Derecho a presentar una queja: Usted tiene el derecho de presentar una queja si no está de acuerdo con se usa o divulga su PHI. Mi firma afirma entiendo y cumpliré con todas estas políticas. La lista no incluirá información proporcionada directamente a usted o su familia o información que fue enviada con su autorización. Derecho a elegir la forma en que nos comunicamos con usted: Usted tiene el derecho de pedir que su PHI se compartirá con usted de cierta manera o en un determinado lugar. Por ejemplo, usted puede ser enviado esa información a su dirección de trabajo en lugar de a su casa. Debe hacer esta solicitud por escrito y no es necesario para proporcionar una razón. Derecho a presentar una queja: Usted tiene el derecho de presentar una queja si no está de acuerdo con se usa o divulga su PHI. Mi firma afirma entiendo y cumpliré con todas estas políticas. usted puede ser enviado esa información a su dirección de trabajo en lugar de a su casa. Debe hacer esta solicitud por escrito y no es necesario para proporcionar una razón. Derecho a presentar una queja: Usted tiene el derecho de presentar una queja si no está de acuerdo con se usa o divulga su PHI. Mi firma afirma entiendo y cumpliré con todas estas políticas. usted puede ser enviado esa información a su dirección de trabajo en lugar de a su casa. Debe hacer esta solicitud por escrito y no es necesario para proporcionar una razón. Derecho a presentar una queja: Usted tiene el derecho de presentar una queja si no está de acuerdo con se usa o divulga su PHI. Mi firma afirma entiendo y cumpliré con todas estas políticas.

Imprimir Nombre del Cliente / Guardián \_\_\_\_\_

Cliente / Guardián Firma y Fecha \_\_\_\_\_

Terapeuta Firma y Fecha \_\_\_\_\_

**La autorización para usar y revelar específica  
Información de Salud Protegida**

Al firmar esta autorización, (cliente) \_\_\_\_\_, la presente ordeno el uso o la divulgación por Coastal asilo asesoramiento, LLC y / o asociados de cierta información de salud médica y / o mental referente a mi salud, mi atención de la salud, ni a mí mismo.

Esta autorización se refiere a la siguiente información médica / mental acerca de mí mismo:

\_\_\_ Marque aquí para obtener toda la información de salud mental para liberar,

**O especificar qué información específica para liberar:**

---

---

---

Esta información puede ser utilizada o revelada por Coastal asilo Counseling LLC y / o Associates y puede ser revelada a / recibida a partir de:

Nombre Nombre de la oficina del doctor / médico, o un partido perteneciente a continuación:

---

---

[NOMBRE LISTA o identificación específicas de la persona (S) o clase de personas a las que puede hacer que el USO / DIVULGACIÓN SOLICITADA]

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que la Costa asilo asesoramiento LLC y / o Asociados ya ha actuado en función de la autorización. Para revocar esta autorización, entiendo que debo hacerlo mediante solicitud por escrito. Yo entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y ya no está sujeto a la protección de la privacidad establecidos por la ley. Entiendo que no se requiere mi autorización por escrito de Costas asilo asesoramiento LLC y / o Asociados a usar mi información de salud protegida para tratamiento, pago y atención médica. Yo entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar la información que se va a utilizar o entregada como parte de esta autorización.

Reconozco que he leído las disposiciones de la autorización y que tengo el derecho de negarse a firmar esta autorización. Entiendo y estoy de acuerdo con los términos como se indica en este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o persona autorizada)

\_\_\_\_\_  
Testigo / Terapeuta

\_\_\_\_\_  
Fecha

Esta autorización se vence en un año desde la fecha firmada, a menos que se indique lo contrario:

---

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE MEDICAID y / o información SEGURO PRIVADO**

**SEGURO DE ENFERMEDAD:**Autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar las reclamaciones de Medicaid y pagos de solicitud de beneficios para:

Costera asilo asesoramiento, LLC / Sandra Quast, LPC 220 Ronnie Ct Ste 2  
Myrtle Beach, SC 29579  
Para los servicios prestados por ellos.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o persona autorizada)      Testigo / Terapeuta      Fecha

**SEGURO PRIVADO:**Autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar las solicitudes de \_\_\_\_\_ (nombre del cliente), y solicita el pago de beneficios a:

Costera asilo asesoramiento, LLC / Sandra Quast, LPC 220 Ronnie Ct Ste 2  
Myrtle Beach, SC 29579  
Para los servicios prestados por ellos.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o persona autorizada)      Testigo / Terapeuta      Fecha

**PAGO DE AUTO CON SEGURO**

Tengo entendido que, si bien soy un beneficiario de la cobertura del seguro de salud, estoy eligiendo a pagar de su bolsillo para servicios de asesoramiento en este momento. Estoy de acuerdo con las siguientes tarifas auto-pago.

evaluación Minuto 60-90 - \$ 120.00

\$ 90.00 - 60 minutos sesión de terapia

Cliente / Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del terapeuta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**AUTO DE PAGO SIN SEGURO**

Estoy eligiendo a pagar por los servicios de asesoramiento por medio de cheque, efectivo o tarjeta de crédito porque no tengo seguro. Estoy de acuerdo con las siguientes tarifas auto-pago.

evaluación minutos 60-90 - \$ 120.00

\$ 90.00 - 60 minutos sesión de terapia

Cliente / Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del terapeuta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**CRISIS Y PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA**

**Crisis de Salud Mental:** Una crisis de salud mental es una situación que no amenazan la vida en la que un individuo se expone perturbación emocional extrema o la angustia de comportamiento, teniendo en cuenta el daño a sí mismo oa otros, desorientado o fuera de contacto con la realidad, tiene una capacidad comprometida para funcionar, o que sea agitado e incapaz de ser calmado.

**Los ejemplos de una crisis de salud mental incluyen:**

- Hablando de las amenazas de suicidio
- Hablando de comportamiento amenazante
- La autolesión, pero no requieren atención médica inmediata
- El alcohol o abuso de sustancias
- Altamente errática o comportamiento inusual
- Trastornos de la alimentación
- Si no toma sus medicamentos psiquiátricos prescritos
- Emocionalmente perturbado, muy deprimido, enojado o ansioso

**Lo que hay que hacer en caso de una crisis de salud mental:**

1. Llamada Costera asilo Consejería / Sandra Quast, LPC (843) 945-0346 o su terapeuta inmediatamente a \_\_\_\_\_ compartir la crisis con el terapeuta del cliente.

**Después de horas y fines de semana:**

1. Tome cliente a su sala de emergencias de un hospital local para su evaluación.
2. Hacer terapeuta del cliente al tanto de la situación tan pronto como sea posible después de tomar a la sala de emergencias \_\_\_\_\_ en su número de teléfono indicado anteriormente.

**Emergencia de salud mental:** Una emergencia de salud mental es una situación que amenaza la vida en la que un individuo es una amenaza inminente daño a sí mismo oa otros, gravemente desorientado o fuera de contacto con la realidad, tiene una incapacidad severa a funcionar, o que sea perturbado y fuera de control.

**Los ejemplos de una emergencia de salud mental incluyen:**

- Que actúa sobre una amenaza de suicidio
- comportamiento homicida o amenazante
- La autolesión que requieren atención médica inmediata
- Gravemente afectada por las drogas o el alcohol
- comportamiento muy irregular o inusual que indica un comportamiento muy impredecible y / o una incapacidad para \_\_\_\_\_ cuidar de sí mismos.

**Lo que hay que hacer en caso de una emergencia de salud mental:**

1. Llame al 9-1-1 y / o tomar el cliente de inmediato a la sala de emergencias del hospital local para su evaluación.
2. Hacer terapeuta del cliente al tanto de la situación tan pronto como sea posible.

Mi firma afirma entiendo y cumpliré con todas estas políticas.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del terapeuta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_