



Updated:

120 East Trinity Place • Decatur, GA 30030
Phone (404) 378-2300 • Fax (404) 378-2394
pathways@pathwaystp.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO

NOMBRE:

FECHA:

- Este consentimiento para el tratamiento formulario cubre todos los procedimientos que no son de tal naturaleza que requieren una autorización especial, y ofrece protección a los procedimientos por parte del personal profesional de los programas de Pathways Transition Programs, Inc. Este formulario documenta que el cliente o el cliente padres / tutor tiene consentimiento para el tratamiento en Pathways Transition Programs, Inc. que incluyen pero no se limitan a la psicoterapia y consejería. Esto permite que el personal profesional para prestar servicios a usted.
- Esta forma proporciona evidencia de que no se hace garantía por cualquier profesional en Pathways Transition Programs con respecto al resultado del tratamiento. No hay garantía de que el tratamiento tenga éxito. Este formulario también proporciona evidencia de que el consentimiento se da sólo después de una completa explicación ha sido proporcionada por el personal de Pathways Transition Programs. Si usted tiene alguna pregunta acerca de este o cualquier otro asunto, es su responsabilidad de preguntar a su profesional de la salud mental. Al firmar este formulario, usted reconoce que entiende su consentimiento al tratamiento como se ha explicado.
- Todos los clientes reciben asesoramiento o servicios de salud mental recibirán una evaluación y un plan de tratamiento. Los clientes y las familias participarán en la determinación de los objetivos del tratamiento, y estos objetivos se pueden actualizar según sea necesario.
- Además, entiendo que los honorarios deben ser pagados al momento del servicio a menos que las tarifas son facturables a un seguro oa otra fuente de financiamiento y que el recibo será proporcionado. Informes de tratamiento se mantendrá en mi archivo en programas itinerarios de transición y protegida como toda la demás información médica privada de acuerdo con el Seguro de Salud y la Ley de Privacidad (HIPAA). He recibido información adicional con respecto a mis derechos en su relación con HIPAA.
- Las compañías de seguros, DFCS y Juzgados que pagan por sus servicios en Pathways Transition Programs tienen derecho a obtener una copia del informe de evaluación, plan de tratamiento, notas de la sesión, y el informe resumen de clausura.
- Los informes de mi progreso o las familias pueden ser suministrados a la fuente de referencia, pero sólo con mi autorización previa. Notas de progreso no será parte de la información que proporcionan información a cualquier tercero.
- Entiendo que estoy en busca de tratamiento privado de salud mental para mí o para mi hijo. Entiendo que puedo terminar el tratamiento en Pathways Treansition Programs en cualquier momento con una notificación por escrito a mi profesional de la salud mental. Mi profesional de la salud mental a discutir cualquier preocupación sobre mi tratamiento con mi para que juntos podemos hacer planes para asegurar mi bienestar.

NOMBRE:	FECHA:
----------------	---------------

- También entiendo que mi profesional de la salud mental puede terminar nuestros servicios para una de las siguientes razones.
 - El no asistir a las sesiones programadas o individuo de la familia.
 - La preocupación por la seguridad y el bienestar de los niños en el hogar
 - Los comportamientos agresivos que se consideran una amenaza para el personal
 - Riesgo de seguridad para el personal
- Entiendo que los empleados de los programas de Pathways Treansition Programs son denunciantes obligatorios para el bienestar del niño y la responsabilidad de informar todas las inquietudes acerca del abuso y abandono infantil.
- Entiendo que el objetivo del tratamiento es el desarrollo de habilidades de afrontamiento saludables. Pathways Treansition Programs cree en ayudar a individuos y familias con éxito moverse a través del camino de la vida.

He revisado lo anterior y consentimiento para participar en los siguientes servicios:

(Marque los servicios que se proporcionan al cliente)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> La Intervención breve
<input type="checkbox"/> Intervención Temprana
<input type="checkbox"/> Ayuda para Padres
<input type="checkbox"/> Ayuda de Comportamiento
<input type="checkbox"/> Cuidado Seguro
<input type="checkbox"/> Servicios Homestead
<input type="checkbox"/> Servicios de Preservación Familiar
<input type="checkbox"/> Evaluacion integral de Familia | <input type="checkbox"/> Deteccion de Drogas
<input type="checkbox"/> Valoracion de Abusar Sustancias
<input type="checkbox"/> Evaluación del desarrollo
<input type="checkbox"/> Evaluación Psicológica
<input type="checkbox"/> Padres evaluación de la aptitud
<input type="checkbox"/> Evaluación diagnostic
<input type="checkbox"/> Tratamiento de Salud Mental
<input type="checkbox"/> Otro: _____ |
|---|---|

Firma de el Cliente (Adulto)	Escriba el Nombre y Apellido	Fecha
------------------------------	------------------------------	-------

Firma de el Tutor Legal	Escriba el Nombre y Apellido	Relación	Fecha
-------------------------	------------------------------	----------	-------

Firma de personal de Pathways	Escriba el Nombre y Apellido	Titulo	Fecha
-------------------------------	------------------------------	--------	-------



Updated:

120 East Trinity Place • Decatur, GA 30030
Phone (404) 378-2300 • Fax (404) 378-2394
pathways@pathwaystp.com

HIPAA - LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD

NOMBRE:

FECHA:

Las siguientes declaraciones son para explicarle sus derechos como cliente de Programas de Pathways Transition Programs bajo HIPAA.

El principal objetivo de esta ley era facilitar a las personas a mantener un seguro médico, y ayuda a controlar los costos de la industria de los administrativos. Esta declaración de sus derechos abarca el Título II de la Ley y se llevó a efecto el 14 de abril de 2003. El objetivo de la regla de privacidad de la HIPAA provee protección para todos los clientes.

Sus derechos son los siguientes:

Pathways Transition Programs es una entidad cubierta y debe cumplir con todas las directrices de la HIPAA.

Todos los archivos y otros documentos que contenga cualquiera de su información privada y confidencial se mantendrá en un lugar seguro en todo momento.

Todos los miembros del personal, estudiantes internos y voluntarios en Pathways Transition Programs firmar acuerdos de confidencialidad que sostienen que toda la información sobre los clientes se llevará a cabo en confianza y que el individuo es personalmente responsable de cualquier violación de este acuerdo.

Los clientes referidos por el Departamento de Servicios para Familias y Niños deben tener en cuenta que el Departamento de Servicios Humanos y de la División de Servicios para Familias y Niños son socios comerciales con programas de Pathways Transition Programs. La información sobre su caso se comparte con colegas de trabajo y confidencialidad y en lo que respecta al Departamento de Servicios para la Familia y la Infancia es limitado.

Usted tiene derecho a ver su expediente en cualquier momento. Por favor, tenga en cuenta si un cliente es referido a nuestra agencia por el Departamento de Servicios para Familias y Niños para una evaluación, evaluación, terapia Homestead, o una Wraparound de los servicios, todos los registros, notas y evaluaciones son considerados propiedad de la Consejería de Familia e Infancia los servicios y sólo puede ser liberado por el condado que contiene los archivos.

Pathways Transition Programs mantiene la garantía para todos los Asociados de Negocios que la información privada será debidamente salvaguardados. Usted tiene el derecho de revisar los acuerdos de Asociados comerciales realizadas en las oficinas de Pathways Transition Programs.

Su información de identificación que no pueden ser liberados por los Programas de Pathways Transition Programs a alguien que no sea un asociado de negocios sin su consentimiento previo por escrito. La información identificable incluye: su nombre, su número de seguro social, número de Medicaid, información sobre seguros, direcciones y número de teléfono, fechas de servicio o registros de tratamiento.

Divulgaciones permitidos que pueden no requerir el consentimiento por escrito son:

- Para la aplicación de la ley excluyendo notas de tratamiento de abuso de drogas.
- Información sobre descendientes.
- Para evitar una amenaza grave a la salud y / o seguridad.

NOMBRE:	FECHA:
----------------	---------------

Se requiere autorización para la divulgación no permitidos por la Regla de Privacidad. La autorización debe tener una fecha de vencimiento y la declaración de que es revocable.

Usted puede solicitar una copia de su expediente en cualquier momento. Las solicitudes deben hacerse por escrito. Las copias se realizarán dentro de los treinta días siguientes a la recepción de las solicitudes por escrito. Las copias tienen un cargo de \$ 0.75 por página. Las excepciones a esta norma son: los clientes referidos por el Departamento de Servicios para Familias y Niños en el departamento es un socio de negocios. Los clientes deben hacer las solicitudes de copias de sus archivos a través del Departamento de Servicios de Familia y Niños Serivces oficina.

Al revisar las copias de su expediente, usted puede solicitar, por escrito, con una enmienda a su expediente. Solicitudes deben ser presentadas al Director Administrativo de Pathways Transition Programs. Pathways Transition Programs tiene sesenta días a partir de la recepción de la solicitud para responder por escrito a las solicitudes de su enmienda. Enmienda puede ser producida o recibirá una negativa a su solicitud con una explicación.

Usted tiene derecho a recibir un informe de todas las revelaciones hechas de Pathways Transition Programs de su información médica privada en los seis años o menos antes de la fecha solicitada.

Las quejas con respecto a sus derechos de privacidad se puede hacer a lo siguiente:

Pathways Transition Programs, Inc. Clinical Supervisor (404) 378-2300

Las quejas serán revisadas y presentadas al comité de calidad de mejora continua. Una respuesta a todas las quejas se pueden hacer a:

Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights
200 Independence Ave, SW
Washington, DC 20201
Toll free (877) 696-6775

You have the right to confidential communications between yourself and Pathways Transition Programs.

I understand my rights under HIPAA.

Firma de el Cliente (Adulto)	Escriba el Nombre y Apellido		Fecha
Firma de el Tutor Legal	Escriba el Nombre y Apellido	Relación	Fecha
Firma de personal de Pathways	Escriba el Nombre y Apellido	Título	Fecha



Updated:

120 East Trinity Place • Decatur, GA 30030
Phone (404) 378-2300 • Fax (404) 378-2394
pathways@pathwaystp.com

INFORMACION FINANCIERA Y PROMESA DE PAGO

NOMBRE:	FECHA:
----------------	---------------

El pago total se tiene que pagar en el momento de los servicios son prestados.

Una vez que la hora de la cita está reservada para usted, si usted necesita cancelar, hay que dar 24 horas de anticipación. De lo contrario, usted será responsable por el pago por el tiempo reservado.

En cuentas por más de treinta días, los intereses se agregarán a razón de uno y medio por ciento (1 1/2%) por mes.

Esta promesa de pago incluye el pago de todos los servicios a través de Pathways Transition Programs.

(Iniciales secciones adecuados abajo)

_____ Esta información es verdadera y correcta según mi leal saber y serán confidenciales. Yo también entiendo que soy responsable por el pago en el momento de servicios son prestados (a menos que el seguro se presentó en mi nombre). Si su proveedor de seguro indica que un co-pago es debido, el pago se realiza en el momento en servicios son prestados.

_____ Autorizo la divulgación de la información médica necesaria para procesar reclamaciones de seguros por los servicios prestados por los Programas de Pathways Transition Programs, Inc.

_____ Yo autorizo el pago de beneficios médicos a los programas Pathways Transition Programs, Inc. para servicios en los que se presente una reclamación en mi nombre.

_____ Yo autorizo a la correspondencia con el medico principal, según sea necesario para el seguro de aprobar / autorización de los servicios de salud mental.

Firma de el Cliente (Adulto) Escriba el Nombre y Apellido Fecha

Firma de el Tutor Legal Escriba el Nombre y Apellido Relación Fecha

Firma de personal de Pathways Escriba el Nombre y Apellido Título Fecha



Updated:

120 East Trinity Place • Decatur, GA 30030

Phone (404) 378-2300 • Fax (404) 378-2394

CLIENT INFORMATION SHEET

**THIS FORM WILL BE USED AS QUICK REFERENCE OF CLIENT'S PERTINENT INFORMATION.
COMPLETE EACH SECTION AND UPDATE AS INFORMATION CHANGES.**

FILE NAME:	DATE:
-------------------	--------------

CLIENT INFORMATION: (Assure correct spelling of name and correct DOB – verify with client and guardian)			
First Name:	Middle Name:	Last Name:	D.O.B.:
Gender:	Ethnicity:	SS#:	
Street Address:		Apartment/Unit #:	
City:		State:	Zip Code:
Home Phone:	Cell Phone:	Work Phone:	
E-mail Address:			

CHILD CLIENTS: <input type="checkbox"/> N/A			
Who does the child live with?	Full Name:	Relationship:	
Who has legal guardianship of child?	Full Name:	Relationship:	
Is child in foster care / DFCS custody:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Contact #:	

INSURANCE:	
Insurance Company:	ID Number:

MENTAL HEALTH: (Current)
Diagnosis:

PREVIOUS DIAGNOSIS, TREATMENT and/or PSYCHOTROPIC MEDICATION: <input type="checkbox"/> N/A

CURRENT TYPE OF SERVICES PROVIDED BY PTP:

CURRENT PTP STAFF WORKING WITH CLIENT:

Psychiatric Treatment (either provided by PTP or outside agency) <input type="checkbox"/> N/A		
Name of Psychiatrist	Phone Number:	
Street Address:	Suite Number:	
City:	State:	Zip Code:

MEDICAL:		
Medical & Psychotropic Medications:		
Allergies:		
Medical Conditions:		
Name of Primary Physician:	Phone Number:	
Street Address:	Suite Number:	
City:	State:	Zip Code:

FILE NAME:	DATE:
-------------------	--------------

IS THERE ANYONE FORBIDDEN CONTACT WITH CLIENT: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If YES , Full Name: _____ Relationship: _____

EMERGENCY CONTACT:			
First Name:	Last Name:	Relationship:	
Street Address:			Apartment/Unit #:
City:		State:	Zip Code:
Home Phone:	Cell Phone:	Work Phone:	
E-mail Address:			

DFCS CASE MANAGER: <input type="checkbox"/> N/A			
First Name:	Last Name:	County:	Contact Number:
E-mail Address:		Supervisor:	

SCHOOL INFORMATION: <input type="checkbox"/> N/A	
Child's School:	Grade:
School System:	Primary Teacher:

WERE YOU REFERRED TO OUR OFFICE: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - IF YES , BY WHOM?	
Name:	Agency:
Phone Number:	E-mail Address:

OTHER AGENCIES INVOLVED: <input type="checkbox"/> N/A	
Name:	Relationship:
Type of Involvement:	
Phone Number:	E-mail Address:

OTHER AGENCIES INVOLVED: <input type="checkbox"/> N/A	
Name:	Relationship:
Type of Involvement:	
Phone Number:	E-mail Address:

OTHER AGENCIES INVOLVED: <input type="checkbox"/> N/A	
Name:	Relationship:
Type of Involvement:	
Phone Number:	E-mail Address:

DATES OF REFERRALS AND SERVICES TO PATHWAYS:		
Dates:	Service Provided:	Staff:
Dates:	Service Provided:	Staff:
Dates:	Service Provided:	Staff:
Dates:	Service Provided:	Staff:
Dates:	Service Provided:	Staff:
Dates:	Service Provided:	Staff:
Dates:	Service Provided:	Staff:
Dates:	Service Provided:	Staff:
Dates:	Service Provided:	Staff:



Updated:

120 East Trinity Place • Decatur, GA 30030
Phone (404) 378-2300 • Fax (404) 378-2394
pathways@pathwaystp.com

VERIFICACIÓN DE DECLARACIÓN SOBRE LA SEGURIDAD ARMA DE FUEGO EN EL HOGAR

NOMBRE:

FECHA:

Nuestra compañía de seguros requiere que se obtenga la siguiente información.

Revise la declaración correspondiente a continuación:

- Yo / Nosotros afirmamos que no hay armas de fuego guardadas en mi / nuestra casa en este momento y que voy a informar a Pathways Transition Programs dentro de los 5 días naturales si las armas de fuego se mantendrán en mi / nuestra casa en el futuro, mediante notificación por escrito.
- Yo / Nosotros afirmamos que he / hemos hecho programas de Pathways Transition Programs sean conscientes de la existencia de todas las armas de fuego guardadas en mi / fuera de casa y que dicha arma de fuego **de forma segura segura (bajo llave o pinza de seguridad) e inaccesible** para los menores en el hogar.
- Yo / Nosotros afirmamos que he / hemos hecho saber a Pathways Transition Programs que sean conscientes de la existencia de todas las armas de fuego guardadas en mi / nuestra casa y dicho que las armas de fuego **NO ESTAN ASEGURADAS.**

Firma de el Cliente (Adulto)

Escriba el Nombre y Apellido

Fecha

Firma de el Tutor Legal

Escriba el Nombre y Apellido

Relación

Fecha

Firma de personal de Pathways

Escriba el Nombre y Apellido

Título

Fecha



Updated:

120 East Trinity Place • Decatur, GA 30030
Phone (404) 378-2300 • Fax (404) 378-2394
pathways@pathwaystp.com

INFORMACIÓN DE ORIENTACIÓN

NOMBRE:

FECHA:

Mi firma verifica que el personal de Pathways ha revisado lo siguiente conmigo, he recibido una copia de cada uno, y tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre estos temas.

- ✓ Carta de bienvenida
- ✓ Resumen de los derechos y obligaciones del consumidor
- ✓ HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad)
- ✓ Política de Comportamiento agresivo
- ✓ Política de Disciplina
- ✓ Información de Contacto de emergencia
- ✓ Procedimientos de Quejas del Consumidor
- ✓ Información Política Financiera y promesa de pago
- ✓ Consentimiento informado
- ✓ Verificación Declaración sobre seguridad de armas de fuego en la casa

Firma de el Cliente (Adulto)

Escriba el Nombre y Apellido

Fecha

Firma de el Tutor Legal

Escriba el Nombre y Apellido

Relación

Fecha

Firma de personal de Pathways

Escriba el Nombre y Apellido

Título

Fecha