# Solicitud

Por favor marque el tipo de trauma que ha experimentado el niño:

\_\_\_\_Fue testigo de violencia doméstica

\_\_\_\_Abuso físico

\_\_\_\_ Abuso sexual

\_\_\_\_ Descuido

\_\_\_\_Otro: Por favor explique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nombre, Apellido, IM):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ¿Ha asistido el deportista a asesoramiento psicológico anteriormente? \_\_\_\_\_ Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo, dónde y durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ATENCIÓN: Tenga en cuenta que la información contenida en este documento es CONFIDENCIAL. Si envía información confidencial por correo electrónico, tenga en cuenta que el correo electrónico del Servicio de Consejería Familiar no está encriptado y no asumirá responsabilidad por acciones de otros que resulten en violaciones de HIPAA.

#

Nombre del atleta: Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Último primero

Género (Marque uno) [ ] Masculino [ ] Femenino [ ] No binario [ ] Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pronombres preferidos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Etnia: \_\_\_ Talla de camisa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del domicilio del niño

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dirección Ciudad Estado Código Postal

Guardián legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Último primero

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Calle Ciudad Estado \_ Cremallera

Número de contacto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si el Deportista vive con ***alguien que no sea su tutor legal,*** se requiere esta información :

Nombre de la persona con la que vive el atleta \_\_\_\_\_\_ \_ Teléfono:(\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Último primero

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dirección Ciudad Estado Código Postal

**Contacto de emergencia (persona legalmente responsable del deportista):**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el atleta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono durante el día: (\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono nocturno: ( ) \_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dirección Ciudad Estado Código Postal

**Dietética/Alergias**

¿Alguna restricción dietética? Ej: intolerante a la lactosa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Restricciones

Explique cualquier restricción a la actividad física o necesidades especiales : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Explique cualquier otra restricción conocida para participar en deportes de equipo : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Información adicional para el personal sanitario de Terapia Deportiva : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Utilice este espacio para proporcionar cualquier información adicional sobre las necesidades de salud emocional o mental del atleta (es decir, depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático) que el personal de terapia deportiva debe tener en cuenta. **Esta información es importante para garantizar que su Deportista reciba la atención adecuada** .

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pídale al atleta que explique en sus propias palabras por qué quiere asistir a terapia deportiva (esta pregunta se puede hacer en una entrevista telefónica de seguimiento):

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Proporcione información sobre la exposición del Deportista a violencia doméstica, abuso sexual, abuso físico o negligencia. Proporcione toda la información que pueda, incluido el perpetrador, qué tipo de abuso fue experimentado/presenciado, cuándo y dónde ocurrió el abuso, y cuándo y cómo la familia abandonó la situación. ***Indique cuándo se informó esto a la policía y si hay una fecha de audiencia pendiente*** . Esto nos ayuda a comprender más sobre la situación específica de su atleta y garantizar que se haya contactado a las autoridades correspondientes.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si necesita más espacio, puede adjuntar páginas adicionales.

# Solicitud de servicio y consentimiento general

Derechos y responsabilidades del deportista

El Atleta y el proveedor tienen la responsabilidad mutua de garantizar que se brinde y utilice adecuadamente el mejor servicio posible.

# Cada Atleta tiene derecho a lo siguiente:

* Servicio considerado y respetuoso.
* Servicio brindado por personal calificado.
* Una respuesta razonable a su solicitud de servicio y una continuidad razonable de la atención.
* Presentar una queja, verbalmente o por escrito, cuando sienta que alguno de sus derechos al servicio ha sido violado por un representante de la agencia. El director ejecutivo le devolverá una decisión dentro de los 14 días posteriores a la recepción de su queja. Puede apelar la decisión, verbalmente o por escrito, ante la Junta Directiva del Servicio de Consejería Familiar. La recepcionista le proporcionará el número de teléfono y la dirección del actual presidente de la junta. La junta directiva le devolverá una decisión dentro de los 14 días posteriores a la recepción de su apelación. Los formularios están disponibles a través de cualquier miembro del personal.
* Libertad de represalias u otras consecuencias adversas como resultado de presentar una queja.
* Servicio sin discriminación por motivos de raza, religión, edad, estado civil, género, origen nacional o étnico u orientación sexual.
* Participar en el desarrollo de su plan de tratamiento.
* Aceptar o rechazar cualquier plan de tratamiento.
* Políticas del Servicio de Consejería Familiar (FCS), como la elegibilidad para el servicio, regulaciones y horas de servicio, e información de tarifas.
* Asistencia para localizar el servicio adecuado cuando FCS no puede proporcionar la continuidad de la atención.
* Examinar y recibir una explicación de su factura por el servicio, independientemente de la fuente de pago.
* Recibir una Copia de los Derechos y Responsabilidades del Atleta en el momento en que comienza el servicio.
* A ser informado del nombre, fecha, cargo y credenciales profesionales de toda persona que preste su servicio.
* Revisar su expediente de caso de acuerdo con la política de FCS.

**Cada Atleta tiene la Responsabilidad de:**

* Aceptar o rechazar el servicio.
* Dirija sus quejas, inquietudes y recomendaciones de cambio, verbalmente o por escrito, a su terapeuta, el director ejecutivo u otro personal de FCS. Los formularios de quejas o quejas están disponibles en el personal del área de recepción, su consejero o cualquier empleado de FCS.
* Mantenga todas las citas programadas o avise de cancelación con 24 horas de antelación . FCS se reserva el derecho de negarse a programar citas para aquellos que no se hayan presentado a dos o más citas. FCS cobrará a los Atletas una tarifa completa por las citas en las que no se notifique con menos de 24 horas de antelación.

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del atleta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Confidencialidad del atleta**

El personal clínico de FCS está obligado por ley, ética profesional y práctica estándar de la agencia a mantener la confidencialidad del Deportista. La confidencialidad de los registros de los atletas mantenidos por este programa está protegida por la ley federal (42 USC 290 dd-3 y 42 USC 290ee-30) y la regulación federal (42 CFR Parte 2). **Generalmente** , la agencia no puede decirle a una persona ajena a la agencia que un Deportista asiste a asesoramiento o tratamiento en la agencia, ni puede revelar ninguna información que identifique al Deportista como Deportista **a menos que :**

* El Deportista da su consentimiento por escrito, o
* La divulgación está permitida por orden judicial, o
* La divulgación se hace al personal médico en una emergencia médica, o a una persona calificada para investigación, auditoría o evaluación de programas, o
* El Deportista comete o amenaza con cometer un delito ya sea en la agencia o contra cualquier persona que trabaje para la agencia.
* El Deportista es un peligro para sí mismo o para otros y/o revela abusos a poblaciones vulnerables.

**y** , si un Atleta amenaza con suicidarse o causar daño corporal grave a otra persona, podemos optar por notificar a las agencias policiales apropiadas y/o a la víctima prevista. *Siempre que haya una razón para creer que un niño o una persona mayor está siendo objeto de abuso, la ley nos exige informar a las autoridades competentes y/o a las agencias de bienestar social.*

**y** , si un tribunal de justicia emite una citación legítima, la ley nos exige que proporcionemos la información específicamente descrita en la citación. Si un Deportista está en terapia o siendo evaluado por orden de un tribunal de justicia, los resultados del tratamiento o de las pruebas ordenadas pueden ser revelados al tribunal con el consentimiento del Deportista.

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del atleta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Liberación y renuncia de responsabilidad y acuerdo de indemnización.**

Además, acepto indemnizar, proteger, defender y eximir de responsabilidad al Programa de Terapia Deportiva del Servicio de Consejería Familiar, The Boys and Girls Club y Amazing Athletes y sus directores, funcionarios, empleados, voluntarios y/o agentes de y contra cualquier costo, daño. , gasto, reclamo o responsabilidad causado por o que surja de mi uso o presencia en las instalaciones que albergan el Programa de terapia deportiva del Servicio de asesoramiento familiar, The Boys and Girls Club y Amazing Athletes, incluida cualquier lesión o muerte de cualquier persona. , cualquier daño a cualquier propiedad real o personal en o alrededor de las instalaciones que albergan Sports Therapy de Family Counseling Service y The Boys and Girls Club, Amazing Athletes y cualquier honorario de abogado y/o costos que surjan de este Acuerdo.

Yo, el abajo firmante, por la presente renuncio a todos y cada uno de los reclamos que yo o mis herederos podamos tener contra los directores, funcionarios, empleados, voluntarios y/o agentes de Family Counseling Service Sports Therapy, The Boys and Girls Club, Amazing Athletes por cualquier lesión. o daños a la propiedad que puedan surgir mientras mi hijo participó en Family Counseling Service Sports Therapy, The Boys and Girls Club y Amazing Athletes. Reconozco que esta renuncia incluye cualquier reclamo por muerte por negligencia, lesiones personales o daños a la propiedad causados o que surjan de la negligencia de Family Counseling Service Sports Therapy, The Boys and Girls Club y Amazing Athletes, o sus directores, funcionarios y empleados. , voluntarios y/o agentes.

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del atleta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autorización para uso de fotografía** .

Por la presente autorizo a Sports Therapy por Family Counseling Service, The Boys and Girls Club y Amazing Athletes, para cualquier propósito, cualquier fotografía (incluidos medios digitales y cintas de video) tomada durante Sports Therapy por Family Counseling Service, The Boys and Girls Club, y Atletas increíbles que contiene la imagen de mi hijo.

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del atleta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## **Consentimiento para tratamiento**

He elegido recibir servicios de salud mental para mí y/o mi hijo, hijo de crianza o tutela del estado del Servicio de Consejería Familiar de No Nv (FCS). Mi decisión es voluntaria y entiendo que puedo cancelar estos servicios en cualquier momento, a menos que mi participación haya sido ordenada por un tribunal de justicia.

**Naturaleza de los servicios de salud mental**

Entiendo que durante el curso del tratamiento es posible que necesite discutir material de naturaleza perturbadora para poder resolver mis problemas. También entiendo que no se puede garantizar que me liberaré mejor una vez finalizado el tratamiento.

**Cumplimiento del plan de tratamiento.**

Acepto participar en el desarrollo de un plan de tratamiento individualizado. Entiendo que la asistencia constante es esencial para el éxito de mi tratamiento. Dos "No Shows" consecutivos/no consecutivos y/o cancelaciones tardías serán motivo de terminación de los servicios, así como de incumplimiento de mi plan de tratamiento en cualquier forma. Acepto que si no hago ningún contacto (llamada, correo electrónico, mensajes de texto para programar una sesión) con mi terapeuta durante más de un mes, mi expediente se cerrará. Entiendo que puedo volver a conectarme y solicitar servicios terapéuticos nuevamente; sin embargo, los servicios no están garantizados y es posible que lo coloquen en una lista de espera.

**Supervisión**

Entiendo que hay ciertas circunstancias que pueden requerir que los proveedores de FCS reciban supervisión. Estas circunstancias incluyen, entre otras, las siguientes:

* Las regulaciones de licencia estatales pueden requerir que mi terapeuta o proveedor de servicios reciba supervisión continua.
* Las organizaciones de acreditación, así como las compañías de seguros, pueden exigir que se revise mi plan de tratamiento.
* Los estándares de atención que guían a la mayoría de los profesionales de la salud mental recomiendan que se revise mi plan de tratamiento.
* Otras circunstancias especiales, como la preparación para testificar ante el tribunal.

**Emergencias**

Entiendo que puedo comunicarme con mi proveedor de FCS al 775-329-0623 o al 775-899-2696. Si no está disponible, puedo dejar un mensaje y me devolverán la llamada lo antes posible. Si tengo una situación de emergencia que pone en peligro mi vida, puedo llamar al 911.

He leído y entiendo todo lo anterior.

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del menor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del menor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_