

HealthPoint Employee Assistance Program

información del gerente

Empleador: UT Austin UT System

Apellido legal _____ Nombre legal _____ Nombre preferido _____ UT EID _____

Posición: Personal Facultad (permanencia/ sin permanencia)

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) _____ Género _____ Pronombres _____ Teléfono de trabajo _____

Teléfono celular/doméstico _____ Correo electrónico preferido _____

Indique cualquier medio por el cual autoriza al EAP a comunicarse con usted: Teléfono de trabajo Podemos dejar un mensaje de voz?
 Celular/teléfono doméstico Podemos dejar un mensaje de voz? correo electrónico

Tenga en cuenta que, debido a la naturaleza de los medios electrónicos, no se puede garantizar la confidencialidad del correo electrónico. Sin embargo, toda la correspondencia por correo electrónico se tratará como privada y confidencial en la oficina del EAP.

¿Cómo se enteró de este servicio? Seleccione la opción que mejor represente su primera experiencia con el EAP.

Folleto Familia sitio web de HR/EAP colega correo de EAP BCAL Supervisor/a personal de HR taller de HR presentación Orientación para nuevos empleados Centro de salud mental para estudiantes (CMHC) Otro/a

Etnicidad (opcional): marque todas las que correspondan

Negro/Afroamericano Caucásico Nativo americano Asiático / isleño del Pacífico Hispano Otro/a

¿Podemos enviarle una encuesta de satisfacción del cliente a su correo electrónico? Sí No

Nombre del contacto de emergencia _____ Relación de contacto de emergencia _____ Número de teléfono de contacto de emergencia _____

Puesto de trabajo del empleado _____ Departamento del empleado _____ Colegio del empleado/VP _____

Seguro: UT Select sin seguro universitario Tiempo de trabajo: tiempo completo tiempo parcial _____ %

Describa brevemente por qué busca los servicios del EAP (opcional): _____

Información y consentimiento

Nuestros consejeros son profesionales de la salud mental que le ayudarán a evaluar y abordar sus inquietudes individuales. El consejero puede recomendar o brindar consejería a corto plazo para la resolución de problemas en el EAP, consultas con otra oficina de la universidad, consultas con un profesional de la salud mental o un médico de la comunidad, u otros servicios relevantes para su situación específica. El personal del EAP es empleado de la Universidad y no está afiliado directamente con su aseguradora. Su contacto con el EAP es privado y CONFIDENCIAL, según lo exige la ley. Los registros del EAP NO forman parte de su archivo de Recursos Humanos ni de ningún otro archivo personal.

He recibido la notificación de leyes y prácticas de oficina con respecto a la privacidad y confidencialidad.

Firma del empleado _____ Fecha _____