

## La información del cliente es tratada con confidencialidad profesional

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

### Información del cliente

Referido Por: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente:

\_\_\_\_\_

Apellido	Nombre	MI
----------	--------	----

Dirección:

\_\_\_\_\_

Calle	Ciudad	Codigo Postal
-------	--------	---------------

Sexo: M / F Fecha de nacimiento del cliente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

No. de seguro social: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular /Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Está bien dejar un mensaje de voz en cualquiera de estos números? Sí No

Que número prefiere por favor círculo: Casa Trabajo Celular

Quiere que le enviemos un mensaje grabado de su próxima cita? Sí / No

Email \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección del correo electrónico confidencial:

\_\_\_\_\_

(Si el cliente es menor de 18 años, usar el correo electrónico del padre/madre).

Nombre de la empresa/empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado de la relación (por favor círculo): Soltero / Casado / Compañero Principal / Separado / Divorciado/Viudo

### Si el cliente es un menor, complete los siguientes campos:

Nombre del guardian legal/padre: (Si el cliente es menor de 18 años de edad):

\_\_\_\_\_

Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente de la anterior):

\_\_\_\_\_

El # de seguro social del padre/guardian legal: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Información médica del cliente:

¿ Están recibiendo cualquier otro tratamiento psicológico? SÍ / NO

Si la respuesta es sí, a partir de cuando: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

El médico del cliente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

La medicina actual (para cuales condiciones con dosis y frecuencia): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Persona de contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

**Complete por completo y presente su tarjeta de seguro a su terapeuta**

**Información de seguros del client**

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

SSN del asegurado \_\_\_\_\_ Empleador/nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_ Política o número de identificación: \_\_\_\_\_

Número de autorización/Código: \_\_\_\_\_ Otra información de seguros: \_\_\_\_\_

Relación de cobertura para el cliente: Niño / Esposa / Nacional / Compañero Principal

En una escala de 1 a 5; 5 siendo muy urgente, cuál es la urgencia de su problema? 1 2 3 4 5

**Por favor describa brevemente el porque está buscando tratamiento:** \_\_\_\_\_

**Información importante de tratamiento**

**Riesgos de tratamiento:** Participación en la psicoterapia puede resultar en una mejor comprensión de sus objetivos personales y los valores, la mejora de las relaciones interpersonales y la resolución de los problemas específicos que le han llevado a buscar tratamiento. Psicoterapia implica ciertos riesgos, incluyendo la posible experiencia de intensos sentimientos como tristeza, enojo, miedo, o culpabilidad. Por favor recuerde que estas experiencias son naturales y normales, y una parte importante del proceso de psicoterapia. A veces en la psicoterapia, los clientes eligen para tomar decisiones importantes en su vida incluidas las decisiones acerca de la familia, las relaciones, el empleo, y los estilos de vida. Las decisiones tomadas durante el proceso de la psicoterapia puede ser el resultado de cuestionar viejas creencias y valores que puede traer cambios no previstos originalmente. Su terapeuta no puede garantizar el resultado final de la psicoterapia.

**Honorarios y seguros:** Cada proveedor establece tasas de tratamiento. Si usted está usando la cobertura de seguros para pagar su tratamiento, usted puede todavía tener un co-pago o una carga debido. Como un servicio, SU TERRAPEUTA puede facturar a su compañía de seguros directamente siempre que se autorice el pago del seguro hacerse directamente a SU TERRAPEUTA. Usted es responsable conocer los límites y características, incluyendo cantidades de co-pago y deducibles, de su cobertura de seguros. A menudo, esta información puede ser encontrada en el folleto resumen de beneficios del empleador. SU TERRAPEUTA puede ayudarle a aclarar su información de beneficios y cobertura.

*Independientemente de la cobertura de su seguro, usted es el único responsable de cualquier gasto incurrido. Con la mayoría de las compañías de seguros, hay procedimientos que se pueden usar para apelar un niego los cargos. Si su compañía de seguro le niega el pago de los servicios, usted es responsable de los cargos incurridos.*

*Política de devolución de cheques: Si su institución bancaria devuelve un cheque por cualquier motivo, habrá un cargo por servicio de \$25. Este pago deberá efectuarse en efectivo o con tarjeta de crédito.*

**Los clientes que son dependientes:** Como padre o guardian, usted tiene el derecho y la responsabilidad de cuestionar y comprender lo que ocurre en la terapia con su hijo, pero recuerde también es importante que su niño sea capaz de confiar en el proceso de la terapia. Así que, su terapeuta usará discreción clínica de lo que es apropiado a la divulgación de información. En particular, usted puede esperar que el terapeuta divulgará la información que es importante para el progreso de su niño y su participación en el tratamiento. Si el progenitor que tiene la custodia del niño, por favor proporcione su terapeuta con una copia de su orden de custodia de la corte.

**Confidencialidad de la información:** Usted tiene el derecho a una relación confidencial con su terapeuta. Información revelada por usted durante el curso de la psicoterapia se mantendrá confidencial y no será revelada a ninguna agencia o de otra persona sin su permiso por escrito. Hay excepciones importantes a la confidencialidad que son requeridos por la ley y detallados aquí:

1. Si amenaza con daño a otra persona
2. Si amenaza con daño a sí mismo
3. Si hay cualquier sospecha de incidencia(s) de abuso, negligencia o abuso sexual
4. Si hay cualquier sospecha de incidencia(s) de abuso físico de un anciano o adulto dependiente
5. Los terapeutas deben divulgar información citados por el tribunal, sí es requerido

Es importante recordar que la confidencialidad del material de sesión no puede ser garantizado por su terapeuta en una situación de terapia de familia o parejas. Por favor, comprenda que cada miembro de la familia que participa en la psicoterapia tiene la misma responsabilidad de mantener la confidencialidad de los otros participantes para garantizar la máxima oportunidad del éxito.

**Citas y políticas de cancelación:** Los servicios se provee por cita solamente. La duración de una cita es de 45-60 minutos. Por haberle reservadas las citas específicamente para usted, se requiere cobrar una tarifa de \$75 por las citas canceladas con una noticia menos de 24 horas por adelantado. La misma tarifa se aplica si no se presente para una cita programada sin llamar para cancelar. **Si usted pierda 2 citas sin aviso al terapeuta o cancela la sesión con menos de 24 horas de anticipación, nos reservamos el derecho de someter a otro recurso terapéutico.**

**Los mensajes y los procedimientos de emergencia:** En el caso de una emergencia que pone en peligro la vida, llame al 9-1-1. Si usted tiene una emergencia psiquiátrica, por favor vaya a la sala de emergencia del hospital más cercano y preguntar por el psiquiatra de guardia. Si usted tiene un médico de atención primaria, esta persona también puede ser contactado para facilitar la atención psiquiátrica de emergencia. Si usted necesita comunicarse con su terapeuta, usted puede dejar un mensaje para su terapeuta en su extensión de correo de voz.

**La terminación de servicios:** Terminación de la psicoterapia puede ocurrir en cualquier momento y puede ser iniciado por usted o su terapeuta. Póngase en contacto con su terapeuta si usted decide suspender su psicoterapia de manera que pueda programar y reunirse para una sesión final. La terminación puede ser un proceso muy constructivo y recomendamos que discuta los planes para terminar su tratamiento tan pronto posible. Si las referencias son justificadas, el terapeuta se las proveerá en ese momento.

**Tus derechos:** En cualquier momento, usted puede cuestionar y/o hegar procedimientos terapéuticos diagnósticos, métodos o terapéuticos también usted puede solicitar información adicional acerca de los procedimientos. No dude discutir cualquier inquietud y/o queja con su terapeuta para que podamos trabajar hacia una resolución. Las preocupaciones también pueden ser llevados a la atención del Departamento de Asuntos del Consumidor de California, La Junta de Psicología de California y La Junta de las Ciencias del Comportamiento California.

## Consentimiento para el tratamiento de

Favor de, completar y firmar lo siguiente:

Doy mi consentimiento para participar en servicios de psicoterapia con SU TERAPEUTA y en acuerdo con las políticas de esta oficina tales como estan escritas en los párrafos anteriores. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar mi comprensión de estas políticas y no tenga algo ni cualquier ni desacuerdos. He leído, comprendido y aceptado el "Aviso de prácticas de privacidad" y he recibido una copia para mis recuerdos o puedo acceder al aviso de HIPAA en [www.abbeyfieldpsych.com](http://www.abbeyfieldpsych.com) por el internet.

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

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

Autorizo a mi compañía de seguros pagar los beneficios asociados con mi tratamiento directamente a SU TERAPEUTA y autorizo la publicación de la información necesaria para coordinar los beneficios, el tratamiento y el pago (incluyendo los esfuerzos de mejoramiento de calidad donde sea aplicable).

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

## Citas y Políticas de Cancelación

Servicios de psicoterapia son solo por cita. La duración de una cita es de 45 minutos. **Si usted pierda 2 citas sin aviso al terapeuta o o cancela la session con menos de 24 horas de anticipacion, nos reservamos el derecho de someter a otro recurso terapéutico.** (dejando una notificación de correo de voz de su extensión del terapeuta es aceptable).

Porque cada hora de la cita está reservado específicamente para usted, es necesario cargar una **tarifa de cancelación de \$75 para las citas que o cancela la session con menos de 24 horas de anticipacion. La misma tarifa se aplicará si no se muestran para una cita programada sin llamar a cancelar.** Si utiliza seguro para pagar por sus servicios de psicoterapia, por favor, ser conscientes de que su seguro no pagará por un citas perdidas o cancelaciones tardías.

## Comprensión de nombramiento y Políticas de Cancelación

He leído la declaración anterior y comprender que si yo no notifiquen a mi terapeuta dentro de las 24 horas que voy a cancelar mi cita programada, o no mostrar para una cita, me será personalmente responsable por los \$75 cancelación tardía o no-show fee.

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

Su Terapeuta:

He revisado las políticas antes mencionadas y el consentimiento informado con el cliente y/o el padre o tutor.

Terapeuta Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para el tratamiento de clients menores:**

**Yo soy o representante legal del cliente y en nombre del cliente doy mi autorizacion legal a SU TERRAPEUTA ofrecer los servicios de salud mental para el cliente. También comprendo que todas las políticas descritas en esta declaración se aplican al cliente que represento.**

**La firma de ambos padres (guardian legales):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Relación al cliente**

**Relación al cliente**

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

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

## HIPAA federales prácticas de privacidad

Yo, \_\_\_\_\_, queda acusar recibo de una copia del aviso de  
(Nombre del cliente)

Prácticas de Privacidad, políticas y procedimientos.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**En caso de que se pida esta solicitud el representante personal del individuo:**

\_\_\_\_\_  
Firma del representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación al representante personal



## Formulario de consentimiento de pago con tarjeta de crédito

### ► De quien es la tarjeta:

Primera

Inicial media

Último

### ► AUTORIZO a SU TERAPEUTA cargar de mi tarjeta de crédito para servicios profesionales tales como:

#### **Firme con iniciales todos los que apliquen**

\_\_\_\_\_ A. Todas las visitas en los próximos 12 meses, a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ B. Cargos recurrentes para la fecha(s) de servicio

\$\_\_\_\_\_ mensuales, \$\_\_\_\_\_ semi-mensual,

\$\_\_\_\_\_ semanal o \$\_\_\_\_\_ por visita.

\_\_\_\_\_ c. Cargar de mi tarjeta para el balance de tarifas no pagadas o cubiertas por mi compañía de seguros dentro de los 180 días de la denegación del pago.

\_\_\_\_\_ d. Cargar mi tarjeta para el balance de tarifas no pagadas de 180 días a partir de la terminación del servicio(s).

\_\_\_\_\_ e. Cargar mi tarjeta para cualquier cita o las citas canceladas con menos de las 24 horas enadelantado para la tarifa de \$75.

\_\_\_\_\_ f. Cargar mi tarjeta para cualquier copago no cobrado al momento del servicio.

**g. Comprendo que se agrega una tarifa de conveniencia de \$3.00 (por transacción) a cualquier cobrado. Mi terapeuta no se quede esta tarifa y es pagado para ayudar a mantener este servicio.**

► Tipo de tarjeta:  Visa  MasterCard  AMEX: Fecha de caducidad de la tarjeta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

► El número de tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_ Código de seguridad: \_\_\_\_\_

► La dirección de facturación del titular de la tarjeta para recibos de tarjetas de crédito:

Domicilio

Ciudad

Estado

Codigo postal

► La dirección de correo electrónico del titular de la tarjeta para recibos de tarjetas de crédito:

► La firma del titular de la tarjeta:

La firma

Fecha