

Por Favor, llene los documentos en negro

Fecha: _____ (Uso de la oficina: proveedor) _____
(Date)

Nombre: _____
(Name)

Dirección: _____
(Address)

Condado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
(County) (DOB) (Age)

Número de seguridad social: _____
(Social Security number)

Estado civil: _____
(Marital Status)

Número de teléfono: _____ Número celular: _____
(Telephone) (cell)

Guardián legal /Relación: _____
(Legal Guardian/Relationship)

Empleador /Escuela y nivel: _____
(Employer/Grade Level)

Contacto de emergencia /Número de teléfono: _____
(Emergency contact and number)

Doctor / Número de teléfono: _____
(Dr/phone number)

Medicamentos: _____
(Medications)

Alergias: _____
(Allergies)

La razón para
terapia: _____

(Reason for counseling)

Información del seguro: Insurance Information

Empresa del seguro: _____ Nombre del asegurado: _____
(Insurance comp.) (Name of insured)

Número de seguridad social del asegurado: _____
(Social Sec. Number of insured)

Fecha de nacimiento del asegurado: _____
(DOB of insured)

Número del póliza del asegurado: _____ (Policy number)

Número del grupo del asegurado: _____ (Group number)

Empleador del asegurado: _____ (employer)

Relación del asegurado con el cliente: _____ (relationship to client of the insured)

Número de autorización: _____ (authorization number)

Si su terapia está pagado por el programa para asistencia de empleados (EAP), por favor escribe el número de autorización y la cantidad de sesiones autorizadas:

Consentimiento informado

Compromiso de tiempo: La cita de hoy va a durar más o menos una hora. Nos da cuenta que empezando la terapia es una decisión grande y probablemente usted tiene preguntas. Con este documento y el documento de HIPPA, intentamos informarles de nuestras reglas, las leyes del estado y federal, y sus derechos. Si tiene más preguntas o preocupaciones, por favor pregúntenos e intentamos darles toda la información que necesita.

Emergencias: Si hay una emergencia en cual el cliente o guardián legal necesita atención inmediato, por favor llame a su terapeuta por su celular. Sin embargo, si su terapeuta no está disponible, puede llamar al número de la oficina para el número de Jodi o Kenneth Province. Si no hay nadie disponible, el cliente o guardián legal entiende que puede llamar a 911 o visite a la emergencia para servicios. También, puede llamar a Vaya a 1-800-849-6127 o Partners MCO a 1-888-235-HOPE, Cardinal Innovations a 704-939-7700, o al crisis móvil a 877-492-2785 o 336-838-9936. Esta agencia va a seguir estos servicios de emergencia con terapia y apoyo para el cliente o la familia del cliente. Para cualquier queja, también puede llamar al MCO para su área. Para cualquier queja, puede llamar al número anterior.

Riesgos y Beneficios: Aviso, hay riesgos y beneficios a terapia. Su terapeuta va a discutir los riesgos y beneficios específico para usted. Tratamientos alternativos también van a estar discutido. Cada licenciatura tiene su propio sistema de quejas. Si tiene un queja, puede contactar a la licenciatura directa.

Confidencialidad: Su comunicación verbal y los archivos clínicos son confidencial con algunas excepciones: a) información (diagnosis y fechas de servicio) compartido con su seguro para procesar reclamaciones b) información reportado por usted y/o su hijo(s) sobre abuso físico o sexual; por la ley de Carolina de Norte, su terapeuta está mandado reportar esta información al departamento de servicios sociales, y con un reporte que c) usted, el cliente, tiene una enfermedad infecciosa que usted va a transmitir a propósito para causar daño a otros d) cuando usted firme una liberación de información para compartir información específica e) si usted da información que informe a su terapeuta que usted intenta causar daño a usted u otros f) información necesario para supervisión o consultación de casos y g) cuando mandado por la ley.

Citas, Pagos Profesionales, y Cancelaciones: Citas normalmente duran 45 a 60 minutos. Entradas cuestan \$160.00, sesiones de terapia cuestan \$140.00, el precio para evaluaciones psicológicos dependen en cuanto tiempo duran y están pagados por la hora. Vamos a discutir el precio antes de la evaluación. Otros servicios incluyen reportes escritos, conversaciones por teléfono que duran más que 10 minutos, asistencia y reuniones con otros profesionales, asistencia o involucramiento en corte. Todos los otros servicios tiene un pago por la hora. Para una asistencia en corte, hay que pagar \$100 antes de la asistencia. Cartas/reportes cuestan \$45.

Como un cortesía le facturamos a su seguro, HMO, u otro pagador como usted quiere. Pedimos que usted paga el co-pago para cada sesión. Por si acaso, si no ha llegado a su deducible, hay que pagar el precio completo para cada sesión hasta que llegue a su deducible. Si su seguro niegue pagar o no cubre terapia, pedimos que usted paga el balance en este momento. Si su cuenta no está pagado por 60 días y no hemos acordado arreglos para el pago, tenemos la opción de usar el sistema legal para conseguir el pago. Este puede involucrar, pero no está limitado a , una agencia de colección o el corte de reclamos menores. Si eso fuera necesario, usted sería responsable para el todo el pago del corte incluyendo el pago de un abogado. En la mayoría de situaciones de colección, la única información librado sería el nombre del cliente, la dirección, los servicios prestados, y la cantidad debido. Apreciamos sinceramente su cooperación y si tiene preguntas de seguro, balances, o pagamos, puede preguntarnos en cualquier momento. También, debe de ser consciente que la mayoría de empresas de seguro mandan que usted nos autorice librar información confidencial como diagnosis clínicos, planes de tratamientos o resúmenes, o archivos con ellos. Esta información llega a ser parte de los archivos de la empresa de seguro. Todas empresas de seguro dicen que esta información queda confidencial, pero nosotros no tenemos control

por esta información después de la empresa de seguro la reciba. Es importante recordar que usted siempre puede para por los servicios usted mismo para evitar la potencial para estos problemas.

Page 2 of 4

Póliza de los medios de comunicación social de la práctica privada: Por firmar debajo, usted reconoce que podemos contactarle a los números dados en su perfil paciente. También eso nos da permiso para dejarle un mensaje en esos números de nuestra oficina. También eso nos da permiso para contactarle por el correo electrónico.

Esta sección describe nuestras pólizas sobre el uso de los medios de comunicación social. Por favor léalo para entender como nos dirigimos en el internet como profesionales de la salud mental y como usted puede esperar que vayamos a responder a interacciones varias entre nosotros en el internet. Si tiene cualquier pregunta de eso, por favor pregúntenos. Con tecnología nuevo y cambios al internet, probablemente va a ver momentos en cual necesitamos actualizar nuestra póliza. Le avisamos de cualquier cambio en póliza y aseguramos que tiene una copia escrita de la póliza actualizada.

Facebook: No aceptamos pedidos por Facebook u otros medios de comunicación social de clientes actuales o ex clientes. Creemos que relaciones por esos sitios pueden comprometer su confidencialidad y nuestra privacidad respectiva. También, se puede empañar las fronteras de la relación terapéutica. Si tiene preguntas de esta póliza, por favor pregúntenos. Desde Mayo 2015, hemos cerrado nuestra página de Facebook después de decidir que los riesgos de mantener una página así son más pesados que las ganancias. Algunas terapeutas mantienen una página de Facebook para el uso persona o profesional. Ellos pueden permitir que personas compartan sus entradas del blog y anuncios de la práctica con otros usuarios de Facebook. Usted puede ver más información en www.jodiprovincecs.com. Sin embargo, sobre blogs o entradas, no aceptamos “aficionados” de una página. Creemos que tener “aficionados” en Facebook creas una situación que puede comprometer la confidencialidad y creemos que sea mejor ser explícite para todos quien pueden ver una lista de “aficionados” que no va a ver un cliente en la lista. También, el código ético de la asociación americana de psicología prohíbe que solicito testimonios de clientes. Creemos que el termino “aficionado” implica un solicito público.

Siguiendo: Si publicamos un blog en nuestro sitio del web u otro medio de comunicación social y si usted use un nombre reconocido en Twitter (por ejemplo) y vemos que usted nos ha seguido en el sitio, posible lo vamos a discutir con usted y el impacto potencial por nuestra relación terapéutica. Nuestra preocupación primaria es su privacidad. Si usted comparta esta preocupación, hay otras maneras más privadas para seguirnos en Twitter (como usar una lista bloqueada). Eso eliminaría su seguida pública a un terapeuta. Avise, no le vamos a seguir. También no vamos a ver sus actividades por el internet sin su permiso y un acuerdo específico con usted por la gran potencial de un impacto negativo. Si usted quiere compartir estas cosas de su vida, puede traerlos a una sesión, en cual lo podemos ver y explorar juntos.

Comunicando: Por favor, no use SMS (mensajes textos celulares) o mensajes por medios de comunicación social como Twitter, Facebook, o LinkedIn para contactarnos. Estos medios no son seguros y no vamos a leer los mensajes. No use Wall mensajes, @ respuestas, o otras formas de comunicación por el internet público si ya hemos empezado una relación terapéutica. Comunicando por maneras así puede poner su confidencialidad en peligro. También, puede crear la posibilidad que eso discursos son parte del archivo médico y tienen que ser documentado y archivado. Si necesita contactarnos entre las sesiones, la mejor manera es llamarnos. Puede llamar a 336-818-0733 o 336-526-0073 para asuntos administrativos como cambiar una cita. Lea a la sección sobre correo electrónicos debajo para más información sobre eso.

Sitios de búsqueda: NO es parte de nuestras interacciones típicas para buscar nuestros clientes por Google o Facebook o otros sitios de búsqueda. Hay excepciones muy raros en momentos de crisis. Si sospechamos que usted está en peligro y no hemos escuchado de usted por las maneras normales, como llamadas, citas, o correo electrónico, puede haber un momento en cual usamos un sitios de búsqueda para encontrar usted, una persona cercana, o para asegurar su seguridad, como una parte necesario de

asegurar su seguridad. Estas son circunstancias muy raras y si tenemos que tomar esos pasos, los documentamos y lo discutimos con usted durante la próxima sesión.

Page 3 of 4

Google Reader: No seguimos clientes actuales o ex clientes por Google Reader. Tampoco compartimos artículos por Google Reader. Si usted quiere compartir información que usted ve como relevante a su tratamiento, puede ser noticias o cosas que usted ha creado, por favor trae estas cosas a su sesión.

Sitios de revista de negocios: Puede ser que usted encuentre nuestra práctica de consejería en sitios como Yelp, Healthgrades, Yahoo Local, Bing, o otros sitios que tienen negocios. Algunos de esos sitios tienen páginas en las cuales los usuarios pueden revisar a los proveedores. Muchos sitios así usan sitios de búsqueda para crear listas de negocios e automáticamente incluyen negocios a pesar de la política de medios de comunicación social de los negocios sin el permiso del negocio. Si usted encuentra nuestra práctica de consejería en algunos de esos sitios, por favor sepa que NO estamos pidiendo que usted revise, de un testimonio, o una recomendación para nuestra práctica en esos sitios. Claro, usted tiene el derecho para expresarse en cualquier sitio que usted quiere. Pero, por las reglas de confidencialidad, no podemos responder a ninguna revista por esos sitios a pesar de que es positivo o negativo.

Recomendamos que usted tome en cuenta su confidencialidad tanto que nosotros. Usted, también, debe de ser consciente que si usted está usando esos sitios para comunicar indirectamente con nosotros sobre sus sentimientos sobre nuestros servicios, hay una gran posibilidad que no vamos a ver su comunicación. Si estamos trabajando juntos esperamos que usted discuta sus sentimientos y reacciones a nuestro trabajo directamente dentro del proceso terapéutico. Esta puede ser una parte importante de terapia, aún si usted y su terapeuta deciden que no son un buen partido. La intención de eso no es para limitar lo que usted comparte con cualquier persona que usted quiera que usted participe en terapia. Confidencialidad significa que nosotros no podemos contar a nadie que usted es un cliente y nosotros vamos a seguir nuestro Código Ético. Sin embargo, usted puede contar a cualquier persona sobre su terapia o su experiencia en cualquier manera que usted quiere. Si usted elige escribir algo por una revista de negocios, esperamos que usted tome en cuenta que usted puede estar librando información personal en una manera pública. Recomendamos que usted cree un seudónimo que no está conectado con su correo electrónico o un correo electrónico de una amistad para su propia privacidad y protección. Si usted cree que hemos hecho algo dañoso o poco ético y usted no está cómodo discutiendo la situación con su terapeuta, siempre puede contactar la comisión para consejería para Carolina del Norte, la cual está en cargo de las licencias, y ellos pueden revisar nuestros servicios. PO Box 77819, Greensboro, NC 27417.

Correo electrónico: Por firmar nuestro consentimiento informado, usted nos da permiso para contactarle por correo electrónico para cualquier necesidad de su terapia como un cliente activo o inactivo. Usted es consciente que los correos electrónicos no son completamente confidenciales. Si usted elija comunicarse con nosotros por correo electrónico, sea consciente que todos los correos electrónicos se quedan en los archivos de los proveedores del correo electrónico. Probablemente, nadie va a ver los archivos, pero, en teoría, son disponibles para estar vistos por los administradores del proveedor de internet. También, debe de saber que todos los correos que recibimos de usted y que mandamos a usted son parte de su archivo legal. Gracias por tomar el tiempo para leer la política de los medios de comunicación social. Si tiene preguntas o preocupaciones, sobre nuestra política o reglas o nuestras interacciones potenciales por internet, por favor, pregunte a su terapeuta para discutirlos.

Citas programadas: Por favor, sea respetuoso de nuestro tiempo. Si tiene que reprogramar o cancelar una sesión, por favor, llámenos por los menos 24 horas antes para no recibir un costo por la sesión. Una muestra de citas faltadas va a resultar en cargas adicionales que no son cubiertas por el seguro y puede

resultar en un fin de tratamiento. Tres sesiones sin presentación (o una cancelación menos de 24 horas antes) va a resultar en un cancelación de su tratamiento. Por firmar nuestro consentimiento, usted es consciente de lo siguiente: clientes sin Medicaid pueden estar cobrados \$50 por sesiones no atendidas o canceladas en menos de 24 horas. Los cargos no son cubiertos por seguro y pagamiento va a ser necesario antes de recibir más servicios. Todos los clientes quien no presentan por 3 sesiones o cancelan 3 sesiones en menos de 24 horas pueden tener los servicios terminados.

Page 4 of 4

Por firmar debajo, usted reconoce que ha recibido y esta de acuerdo con “Consentimiento Informado.” También, reconoce que ha recibido nuestro “Derechos de Clientes e Información de HIPAA.” Podemos darle una copia de “Derechos de Clientes e Información de HIPAA” si quiere o usted puede revisar los documentos en www.jodiprovinceccs.com debajo de “Client Information”.

Acuerdo al Consentimiento Informado y recibo de Derechos de Clientes e Información de HIPAA:

Firma de cliente o guardián: _____ (client/guardian signature)
Fecha: _____ (date)

Firma de consejero: _____ (therapist signature)
Fecha: _____ (date)

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE NIÑOS O ADOLESCENTES:

Yo/Nosotros consiento que _____ (nombre de niño) puede recibir tratamiento en Jodi Province Counseling Services, PLLC. Por favor, sea consciente que la ley puede permitir que padres/guardianes tienen el derecho de examinar los archivos de tratamiento. Es nuestra póliza dar a padres/guardianes acceso a información sobre el tratamiento. Sin embargo, también pedimos de padres/guardianes que nos confíen a nos permiten mantener sus confianzas por información específico y que les damos información en general sobre las sesiones de tratamiento. En momentos, puede ser necesario arreglar una sesión durante el día escolar. Pedimos su cooperación para dar el tratamiento más pronto para usted y su niño.

Firma de cliente o guardián : _____ (client/guardian signature)
Fecha: _____ (date)

***Para firmar con su terapeuta en la sesión (no firme hasta que su terapeuta lo haya revisado con usted. No es necesario para todas las terapeutas.)**

He revisado y recibido una copia, por mi pedido, de la Declaración de Divulgación Profesional. Entiendo toda la información.

Firma del cliente y/o guardián: _____ (client/guardian signature)
Fecha: _____ (date)

Firma de la terapeuta: _____ (therapist signature)
Fecha: _____ (date)