

NUEVO CLIENTE DE ARBOR COUNSELING CENTER

Nombre del cliente: _____

Fecha y hora de la sesión inicial: _____

- Por favor complete y firme los formularios adjuntos.
- Favor de tener su tarjeta de seguro lista para ser copiada para nuestros archivos.
- Si tiene un Programa de Asistencia para Empleados (EAP), ingrese su número de autorización.

EAP Número de Autorización: _____

- Si está utilizando los beneficios del seguro, muchas compañías de seguro requieren autorización antes del tratamiento. Por favor ingrese su número de autorización si se le dio uno.

Número de Autorización de Seguro: _____

- Tenga su pago listo antes de la sesión. Su terapeuta puede aceptar su dinero en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. Se requiere un mínimo de \$ 50.00 por transacción para utilizar su tarjeta de crédito. Los cheques deben ser pagados a Arbor Counseling Center.
- Si tiene alguna pregunta sobre el pago, el seguro o los programas de asistencia para empleados, favor de consultar con su terapeuta.

¡BIENVENIDOS A ARBOR COUNSELING CENTER!

Gracias por elegir a Arbor Counseling Center como su proveedor. Por favor, revise cuidadosamente la siguiente información y proporcione las firmas apropiadas.

HIPAA: Arbor Counseling Center sigue todas las leyes federales de HIPAA. Un aviso de prácticas de privacidad está disponible si usted lo solicita.

Confidencialidad: Nos comprometemos a cumplir con todas las normas legales y éticas con respecto a la confidencialidad. No divulgaremos información sobre usted, ni confirmaremos su participación en nuestros servicios sin su consentimiento por escrito. Las siguientes son posibles excepciones:

- Mandato judicial
- Peligro claro y presente para uno mismo u hacia otros
- Sospecha de maltrato infantil
- Información requerida por las compañías de seguros o EAP para pagos de nuestros servicios

Asistencia y costos: una sesión de asesoría típica dura entre 45 y 60 minutos. La cuota para la sesión inicial es de \$ 200.00. Sesiones subsiguientes cuestan \$ 185.00. **Las tarifas pueden variar debido a las tarifas contratadas o negociadas.**

1. Si está utilizando su seguro, le facturaremos directamente a su compañía de seguros; sin embargo, su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. **Usted es responsable por todos los cargos no cubiertos por su seguro.** Tenga en cuenta que su copago se debe cada sesión y que usted es responsable por pagar la tarifa de la sesión completa si no ha alcanzado su deducible.
2. **Arbor Counseling Center no es un proveedor de Medicare/Medicaid.** Si está utilizando un seguro secundario o complementario y su factura no es pagada, usted es responsable por el saldo.
3. Las sesiones aprobadas por EAP serán exentas de pago.
4. El pago puede hacerse en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. Se requiere un mínimo de \$ 50.00 por transacción con tarjeta de crédito. Le solicitamos que proporcione una tarjeta de crédito / débito para mantenerla en sus archivos. Informe a su terapeuta si desea pagar con tarjeta de crédito. Solo utilizaremos su tarjeta de crédito con su permiso o si hay un saldo pendiente por más de 30 días.
5. Se pueden incurrir costos adicionales por servicios más allá de las tarifas de sesión. Estos pueden incluir la redacción de informes o sesiones fuera de la oficina. Estos servicios se cobrarán a nuestra tarifa por hora de \$ 185.00. El seguro rara vez cubre estos servicios.
6. **POLÍTICA DE CANCELACIÓN:** una vez que haya programado una cita, esa hora se reserva entre usted y su terapeuta. En el caso de que no pueda asistir a esa cita, se requiere un **aviso de 24 horas.** Si no se da aviso de 24 horas, se cobrará una tarifa igual al cargo de sesión.

He leído las declaraciones anteriores; Estoy de acuerdo con los puntos mencionados anteriormente y doy mi consentimiento para comenzar los servicios de asesoramiento.

Firma del cliente

_____ Fecha _____

Firma del Guardián

_____ Fecha _____

(Si el cliente es menor de 18 años.)

INFORMACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO

Marque si se trata de una FSA (cuenta de gastos flexible) o HSA (cuenta de ahorros para la salud)

Yo, _____, **acepto pagar todas las tarifas relacionadas con los servicios.**

Tarjeta de crédito MasterCard _____ Visa _____ Discover _____ American Express _____

De Tarjeta _____ Caducidad: _____ Código de seguridad: _____

Dirección _____ Código postal _____

Firma del titular de la tarjeta _____ Fecha _____

ARBOR COUNSELING CENTER

POLITICA DE MEDIOS SOCIALES

Arbor Counseling Center protege su privacidad de acuerdo con los estándares éticos de nuestra profesión y las leyes de HIPAA. Le pedimos que lea y acepte nuestra siguiente Política de Redes Sociales.

1. Los terapeutas de Arbor Counseling Center no pueden hacer “amigos” en ninguna comunicación de redes sociales con los clientes. Esto potencialmente compromete el derecho de privacidad de un cliente. Dichos sitios pueden incluir Facebook, Instagram, Linked In, Twitter, etc.
2. La información que se envía por correo electrónico puede convertirse en una cuestión de registro clínico. Haremos todo lo posible para proteger dicha información, pero no podemos garantizarla. Pedimos que los correos electrónicos permanezcan limitados a la comunicación básica y no incluyan información personal delicada.
3. Los mensajes de texto entre usted y su terapeuta deben limitarse a la información relacionada con la hora de la cita. Esto puede incluir recordatorios de citas, cambios o confirmaciones.
4. Una emergencia puede pedirle que llame a su terapeuta a través de nuestro sistema telefónico. Si su terapeuta no puede responder, intentaremos contactarlo a través de nuestro terapeuta de guardia. Enviar mensajes de texto, llamar a el teléfono celular de su terapeuta o enviar un correo electrónico no es un método apropiado para enfrentar una emergencia que ponga su vida en peligro. Los clientes que se encuentran en tal emergencia deben llamar al 911.

He leído y entiendo la política mencionada anteriormente.

Firma del cliente

Fecha

Firma del tutor (si el cliente es menor de 18 años)

Fecha

ARBOR COUNSELING CENTER FORMULARIO DE ADMISIÓN Fecha: _____

Fecha de la cita: _____

INFORMACIÓN DEL CLIENTE:

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____

Podemos enviarle un mensaje de texto con sus recordatorios de citas? Si No En qué teléfono(s) podemos dejar un mensaje? C ___M___T___

Dirección de correo electrónico: _____ Podemos enviarle información acerca de la práctica por correo electrónico? Si No

Estado Civil: Casado(a)___ Soltero(a)___ Divorciado(a)___ Viudo(a)___ Pareja___

Si está casado/en pareja, cuánto tiempo: _____ Nombre del cónyuge/pareja: _____

Nombre de **GUARDIAN/Tutor** y relación si el cliente es menor de 18 años:

Teléfono celular del guardián: _____ Teléfono de trabajo del guardián: _____

Podemos enviarle un mensaje de texto con sus recordatorios de citas? Si No En qué teléfono(s) podemos dejar un mensaje? C ___M___T___

Otras personas importantes para el cliente:

<u>NOMBRE</u>	<u>EDAD</u>	<u>RELACIÓN</u>
---------------	-------------	-----------------

--	--	--

--	--	--

--	--	--

INFORMACION DE BENEFICIOS:

Si está utilizando un beneficio del Programa de Asistencia para Empleados (EAP), ingrese los siguientes datos:

Empleado: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Empleador: _____

Compañía de EAP: _____ Numero de sesiones: _____ # De Autorización: _____

Si está utilizando un beneficio de seguro, ingrese los siguientes datos:

Nombre de la persona asegurada: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Empleador: _____ Dirección del asegurado: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____

Número de identificación del seguro: _____ Número de grupo del asegurado: _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: El que suscribe por este medio autoriza la divulgación de cualquier información relacionada con todas las reclamaciones de beneficios presentados en mi nombre y / o dependientes. Además, expresamente acepto y reconozco que mi firma en este documento autoriza a Arbor Counseling Center a presentar reclamos por beneficios por servicios prestados o por ser prestados, sin obtener mi firma en todos y cada uno de los reclamos que se presenten para mí y / o dependientes, y que estaré obligado por esta firma como si el suscrito firmara personalmente la reclamación en particular.

Firma del suscriptor: _____

Qué le hizo elegir Arbor Counseling Center? (✓ Marque **todas las casillas que corresponden.)**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Soy un cliente de antes | <input type="checkbox"/> Compañía de seguros |
| <input type="checkbox"/> Recomendación de otro cliente de Arbor | <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia para Empleados |
| <input type="checkbox"/> Arbor Counseling Center sitio web | <input type="checkbox"/> Internet _____ |
| <input type="checkbox"/> Recomendación de otro terapeuta _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Recomendación de la escuela _____ | |
| <input type="checkbox"/> Recomendación de hospital/médico _____ | |
| <input type="checkbox"/> Recomendación de Iglesia/Sinagoga /Mezquita _____ | |

*Uso Administrativo/Office Use Only RFV:
Therapist:*

ARBOR COUNSELING CENTER

LISTA DE VERIFICACIÓN DE INGRESO DEL CLIENTE

Estimado cliente: Para brindarle un mejor servicio y ayudarnos a asegurarnos de que cubriremos cualquier área de preocupación que pueda tener, marque su respuesta a cada pregunta a continuación. Gracias por su cooperación.

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Edad/ Fecha de nacimiento: _____

- | | | |
|---|----|----|
| 1) Tiene alguna enfermedad o historial médico actual? | Si | No |
| En caso afirmativo explicar _____ | | |
| 2) Está usted tomando algún medicamento/reciviendo tratamiento actual? | Si | No |
| En caso afirmativo, medicación/tratamiento _____ | | |
| Nombre del médico/teléfono _____ | | |
| 3) Tiene dificultad para dormir? | Si | No |
| 4) Le han preocupado a usted u a otras personas su consumo de alcohol o drogas? | Si | No |
| 5) Algún miembro de la familia tiene problemas de alcohol o drogas? | Si | No |
| 6) Pasa mucho tiempo sin comer o se hace vomitar? | Si | No |
| 7) Tiene preocupaciones sexuales? | Si | No |
| 8) Tiene pensamientos de lastimarse? | Si | No |
| 9) Tiene algún pensamiento acerca de lastimar a otros? | Si | No |
| 10) Siente que está en peligro de ser herido? | Si | No |
| 11) Se ha mudado en los últimos dos años? | Si | No |
| 12) Le resulta difícil hablar de problemas personales con otras personas? | Si | No |
| 13) Tiene problemas en sus relaciones con otras personas? | Si | No |
| 14) Prefiere no participar en actividades comunitarias o sociales? | Si | No |
| 15) Ha cambiado de empleo / escuela en los últimos dos años? | Si | No |
| 16) Odia ir al trabajo / a la escuela? | Si | No |
| 17) Tiene algún problema legal? | Si | No |
| 18) Está experimentando problemas financieros? | Si | No |
| 19) Ha perdido la esperanza de resolver su problema? | Si | No |
| 20) Ha perdido la motivación para trabajar en su problema? | Si | No |

COORDINACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

Para brindar servicios de calidad, le pedimos que apruebe o niegue el permiso para comunicarse con proveedores adicionales involucrados en su atención médica.

Por favor complete lo siguiente:

Nombre del cliente _____ Fecha de nacimiento _____ Género _____

No doy permiso para comunicarse con mis otros proveedores de atención médica.

Doy permiso para contactar a los siguientes proveedores, por ejemplo. Doctor general, psiquiatras, pediatras, etc. ...

1. Nombre _____

Práctica _____

Dirección _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

2. Nombre _____

Práctica _____

Dirección _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Firma del cliente _____ Fecha _____

Firma del tutor _____ Fecha _____

(Si el cliente es menor de 18 años)

Para La Terapeuta/ For Therapist Use:

New referral by physician (If more than one physician above, please note which is the referring physician.)

New referral not by physician

Current client

Additional information to include in physician collaboration letter:

Therapist name _____

ARBOR COUNSELING CENTER
CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, _____ autorizo a Arbor Counseling Center
para to Divulgar Recibir

A/DESDE _____

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO _____

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Progreso del caso Notas de progreso Recomendaciones de tratamiento

Asistencia Informes psicologicos Diagnóstico e impresiones diagnósticas

Y/O _____

CON EL PROPÓSITO DE:

Coordinación de Servicios Recomendaciones de tratamiento

Cumplimiento de la asistencia

Y/O _____

Entiendo que mi autorización permanecerá vigente desde la fecha de mi firma hasta _____, y la información se manejará con conformidad a todas las leyes de confidencialidad, y que puedo revocar la autorización en cualquier momento mediante una comunicación por escrito con fecha.

Firma del cliente

FECHA _____

Firma del tutor (Si el cliente es menor de 18 años)

FECHA _____

Testigo

FECHA _____