

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del cliente: _____

DOB: _____ # de Seguro Social _____ Género _____

Inicio: _____ Cell #: _____ Trabajo: _____
(aceptar llamadas en el trabajo? ___ Yes / ___ No)

Dirección de correo electrónico: _____

Domicilio (a & Street, City, State, Zip): _____

Preferencia de contacto: Cell : _____ Correo electrónico _____

Estado civil: Soltero _____ Casado _____ Viudo _____ Separado/Divorciado _____

Familia (Otros que viven en el hogar): _____

Ocupación: _____ Empleador: _____ Cuánto tiempo: _____

En caso de contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

Tipo de consejería buscada: Individual _____ Familia _____ Marital/Parejas _____

Su razón para buscar consejería: _____

¿Has visto previamente a un terapeuta? Si es así - Nombre del terapeuta: _____

En una escala de 1-5 (es decir, 1-no se aplica, 3-alguna preocupación, problema significativo 5)) clasificar la respuesta que mejor se adapte a cada área:

Matrimonio/Compañero/a _____ Familia _____ Crianza _____ Relaciones _____ trabajo/escuela _____

Ansiedad/Nervios _____ Estado de ánimo/Depresión _____ Salud _____ Hábitos Generales _____ Finanzas _____

Dormir _____ Concentración _____ Controlar la ira _____ Situación Legal _____ Uso del Alcohol _____

Uso de Drogas _____ Espiritualidad _____ Otros _____

Resumen de la salud – problemas médicos actuales _____

Medicamentos actuales y dosis _____

Médico de Atención Primaria: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO

Si planea usar el Seguro para pagar los servicios, TMg, en la medida de sus posibilidades, le ayudará a recibir los máximos beneficios. Sin embargo, si no usa su compañía de seguros, usted, es responsable del pago total de los servicios. Le facturaremos su seguro a nuestra "Tarifa Estándar" dejándole responsable de su copago, deducible y cargos no cubiertos por el Seguro. En algunos casos es necesario la pre-certificación con su compañía de seguros antes de las sesiones. Si tiene más preguntas, por favor no dude en preguntar.

Nombre del Asegurado: _____ DOB del Asegurado: _____

Empleador del Asegurado: _____

Número de identificación: _____ Número de grupo: _____

Nombre de la Compañía de Seguros: _____ / Número de teléfono: _____

¿Hay otro seguro? Sí _____ No _____ Si Sí lista la información secundaria del Seguro a continuación

Nombre del Asegurado: _____ DOB del Asegurado: _____

Empleador del Asegurado: _____

Número de identificación: _____ Número de grupo: _____

Nombre de la Compañía de Seguros: _____ / Número de teléfono _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO

Al firmar este formulario, autorizo voluntariamente la divulgación de cualquier información relacionada con todas las reclamaciones de beneficios presentadas en nombre mío y/o dependientes. Además, estoy de acuerdo y reconozco que mi firma en este documento autoriza a Trinity Ministries Group Inc. a presentar reclamos por beneficios por los servicios prestados sin tener que obtener mi firma en todas y cada una de las reclamaciones que se presenten para mí y/ o mis dependientes, y que estaré obligado por esta firma como si hubiera firmado personalmente cada reclamo en particular.

Yo, _____, autorizo _____ pagar y por la presente cedo directamente a Trinity Ministries Group Inc., todos los beneficios, si los hay, pagaderos de otro modo a mí por los servicios descritos en este formulario. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos. Además, reconozco que cualquier beneficio de seguro, cuando sea recibido y pagado a Trinity Ministries Group Inc., se acreditará en mi cuenta de acuerdo con las asignaciones anteriores.

Reconozco mi derecho a solicitar una reconsideración (una apelación) en el caso de que la atención ambulatoria no esté certificada. Entiendo que puedo solicitar una Apelación directamente a través de mi Plan de Salud y que no arriesgué nada en el ejercicio de este derecho. También entiendo que puedo presentar una queja a mi practicante en cualquier momento para registrar una queja en mi nombre directamente a mi plan de salud. Además, entiendo que el Departamento de Corporaciones de California (DOC) es responsable de regular los servicios de atención médica. El DOC de California tiene un número gratuito (1-800-400-0815) para recibir quejas con respecto a los planes de atención médica. Si tengo una queja, puedo comunicarme con mi aseguradora y usar el proceso de apelación y queja. Si necesito la ayuda del DOS con una queja que involucre una apelación de emergencia o con una apelación que no haya sido resuelta satisfactoriamente por el plan, puedo llamar al número gratuito del DOC.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

O firmado por el Representante Personal: _____

En nombre de: _____ Fecha: _____

TARIFA ESTÁNDAR PARA SERVICIOS

Código de Procedimiento	Descripción	Tarifa LMFT	Cargo por pasante	Cuota de aprendiz
90791	Historial y evaluación	\$170.00 Inicial _____	\$65.00 Inicial ____	\$35.00 Inicial ____
90832	Psicoterapia (16-37 min)	\$ 60.00 Inicial _____	\$65.00 Inicial ____	\$35.00 Inicial ____
90834	Psicoterapia (38-52 min)	\$110.00 Inicial _____	\$65.00 Inicial ____	\$35.00 Inicial ____
90837	Psicoterapia (53-89 min)	\$130.00 Inicial _____	\$65.00 Inicial ____	\$35.00 Inicial ____
90847	Psicoterapia familiar con el cliente	\$125.00 Inicial _____	\$65.00 Inicial ____	Na
90846	Psicoterapia Familiar wo/Cliente	\$125.00 Inicial _____	\$65.00 Inicial ____	Na
99404	Psicoterapia EAP (53-89 min)	Cuota del contrato de seguro	Na	Na
90853	Psicoterapia grupal	\$ 45.00 Inicial _____	\$45.00 Inicial ____	Na
90785	Complemento (ea. add'l 30 min en sesión)	\$ 50.00 Inicial _____	\$45.00 Inicial ____	Na
90839	Psicoterapia para Crisis (60 min)	\$120.00 Inicial _____	\$65.00 Inicial ____	Na
90889	Preparación del informe	TBD por Terapeuta	TBD por Terapeuta	Na
99056	Por hora Otros explicar:	TBD por Terapeuta	TBD por Terapeuta	Na
LX-NS	> 24 hr. Cancelar/Fallar la cita	Tarifa estándar	Tarifa estándar	

TARIFA NEGOCIADA POR LOS SERVICIOS

El Terapeuta y el Cliente han acordado una tarifa negociada de: _____

Iniciales del Terapeuta: _____ Firma del Cliente: _____

PAGO POR SERVICIOS

TMg aceptará efectivo, cheques, tarjetas de crédito y giros postales. Su tiempo de sesión es muy importante para TMg. La racionalización de las condiciones de pago libera a nuestro personal de asesoramiento para concentrarse en usted y sus problemas cuando llegue a sus sesiones. Por lo tanto, TMg le pide que se tome el tiempo para tener su pago listo antes de su sesión. Si está pagando con tarjeta de crédito, puede presentar su tarjeta a su terapeuta o a uno de los empleados de la oficina.

Artículos devueltos (NSF), si el banco devuelve un pago, habrá una tarifa de servicio de \$25.00 además del monto original del cheque presentado para el pago.

Política de cancelación/No Show, si necesito cancelar o reprogramar mi cita debo hacerlo por lo menos 24 horas o más de anticipación, de lo contrario seré responsable de pagar la tarifa completa. Si no me presento para una cita programada, se me facturará el monto total también. La cancelación y no los cargos de la presentación **NO** están cubiertos por el Programa de Compensación de Seguros o VOC.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

O firmado por el Representante Personal: _____

En nombre de: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO Autorizo y solicito a mi practicante que realice exámenes psicológicos y/o psiquiátricos, tratamientos y/o procedimientos de diagnóstico que ahora o durante el curso de mi tratamiento se conviertan en, aconsejables. Entiendo que el propósito de estos procedimientos se me explicará a petición mía. También entiendo que si bien el curso de este tratamiento está diseñado para ser útil, mi practicante no puede hacer ninguna garantía sobre el resultado de mi tratamiento. Además, el proceso psicoterapéutico puede provocar sentimientos y reacciones incómodas como ansiedad, tristeza e ira. Entiendo que esta es una respuesta normal a trabajar a través de experiencias de vida no resueltas y que estas reacciones se trabajarán entre mi practicante y yo.

Confidencialidad, todas las comunicaciones realizadas por usted en el contexto de una sesión terapéutica se llevan a cabo en la más estricta confianza. Los miembros de la terapia de grupo serán informados de que deben estar de acuerdo para participar. Para que la información sea divulgada a terceros, debe firmar una divulgación de información. Sin embargo, hay excepciones a la confidencialidad.

Excepciones: La ley de California establece que se deben tomar medidas en las siguientes situaciones.

Peligro para sí mismo o para los demás – cuando la información se comunica a un terapeuta que una persona tiene la intención de dañarse a sí mismo, o tiene la intención de dañar a los demás.

Abuso infantil/Abuso de ancianos/Abuso de discapacitados– cuando un terapeuta (u otro reportero obligatorio) recibe información que crea una sospecha razonable de abuso/negligencia infantil; abuso de ancianos; abuso de personas con discapacidades físicas o mentales. La información sobre el presunto abuso debe ser re entregado a la agencia gubernamental correspondiente.

Escapar de la Fiscalía – cuando un cliente intenta usar la terapia como un medio para escapar del enjuiciamiento de un delito.

Declaración de Locura – cuando un cliente hace un "alegato de locura" como una defensa en los procedimientos penales.

Orden judicial: cuando un tribunal ordena una evaluación psicológica como parte de un procedimiento legal, o su expediente médico es citado por el tribunal, toda la información proporcionada es accesible al tribunal.

Menores – cuando es útil para los menores tener confidencialidad durante el tratamiento, excepto en los casos especificados por la ley, los padres tienen derecho a la información proporcionada por el menor en el curso de la terapia.

Otras circunstancias en las que la confidencialidad puede romperse.

Elección del cliente: si el cliente decide que se divulgue información a otra persona(s)

Seguro – la confidencialidad puede ser rota con el fin de proporcionar la información necesaria para el procesamiento de reclamos de seguro.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

O firmado por el Representante Personal: _____

En nombre de: _____ Fecha: _____

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (en lo que se requiere ('HIPAA) es un programa federal que requiere que todos los registros de salud y otra información de salud mental identificable individualmente utilizada o divulgada por nosotros en cualquier forma, ya sea electrónicamente, en papel, u oralmente, se mantengan debidamente confidenciales. Este acto le da a usted, el paciente, nuevos derechos significativos para entender y controlar cómo se utiliza su información de salud mental.

AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE LA INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD MENTAL (HIPAA)

Yo, _____
(Nombre del cliente)

(Nombre de la persona o instalación que tenga información)

Para: _____
(Nombre y título o nombre de la instalación para recibir información de salud)

(dirección de la calle, ciudad, estado, código postal) (Número de teléfono) (Número de fax)

Para los siguientes propósitos: _____

Esta autorización está en vigor hasta _____

Entiendo que al firmar esta autorización, reconozco la recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad que se me dio y entiendo que:

- autorizo el uso o divulgación de mi información de salud identificable individualmente como se describe anteriormente para el propósito enumerado.
- tengo derecho a retirar el permiso para la divulgación de mi información. Si firmo esta autorización para usar o divulgar información, puedo revocar esa autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y no afectará a la información que ya ha sido utilizada o divulgada.
- tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- firmo esta autorización voluntariamente y el tratamiento, el pago o mi elegibilidad para los beneficios no se verán afectados si no firmo esta autorización.
- entiendo además que una persona a la que se le divulgue registros e información de conformidad con esta autorización no podrá seguir utilizando o divulgando la información de salud a menos que se obtenga otra autorización de mí o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

O firmado por el Representante Personal: _____

En nombre de: _____ Fecha: _____

COMUNICACION POR CORREO ELECTRICO, TEXTO / OTROS MEDIOS NO SEGUROS

Puede ser útil durante el curso del tratamiento comunicarse por correo electrónico, mensaje de texto u otros métodos electrónicos. Tenga en cuenta que estos métodos, en su forma típica, no son un medio de comunicación confidencial. Si utiliza estos métodos para comunicarse, existe una probabilidad razonable de que un tercero pueda interceptar y espiar los mensajes. Si hay personas en tu vida a las que no quieres acceder a estas comunicaciones, por favor habla con tu Terapeuta sobre maneras de mantener tu comunicación segura y confidencial.

I _____ DO / _____ NO doy permiso para que la información de tecnología sea utilizada mientras estoy en terapia.

_____ Texto en el siguiente número: _____ / Encargado del servicio: _____

_____ Correo electrónico en la siguiente dirección de correo electrónico _____

He sido informado de los riesgos de transmitir mi información médica protegida por medios no seguros. Entiendo que no estoy obligado a firmar este acuerdo para recibir tratamiento. También entiendo que puedo rescindir este consentimiento en cualquier momento.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

ACCESO DE EMERGENCIA

Si usted tiene una emergencia, después del horario regular de oficina, debe comunicarse con su terapeuta en el número que le han proporcionado o puede llamar al número de la oficina principal 559-738-0700 para acceder a su correo de voz personal terapeuta. Si se trata de una emergencia extrema y no puede ponerse en contacto con su terapeuta o esperar una llamada, llame al 911 o dirijase a la sala de emergencias más cercana. También puede comunicarse con Salud Mental del Condado de Tulare al 1-800-320-1616.

He leído y entiendo la declaración anterior.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

O firmado por el Representante Personal: _____

En nombre de: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO

Información de contacto/facturación: (como se muestra en la tarjeta de crédito)

Nombre del cliente si es diferente del titular de la tarjeta: _____

Nombre del titular de la tarjeta (como se muestra en la tarjeta): _____

(dirección de la calle, ciudad, estado, código postal) (Número de teléfono)

Teléfono: _____

Tipo de tarjeta de crédito: _____ Visa _____ MasterCard _____ American Express

Tarjeta de crédito: _____ Fecha de exp. _____

Código de seguridad de la tarjeta de crédito: _____

Monto autorizado: \$ _____

Por favor, compruebe el párrafo apropiado:

Uso único: Por la presente autorizo a los Ministerios de la Trinidad a cobrar el crédito indicado la cantidad indicada anteriormente. Esta es una autorización de cargo de una sola vez. No estoy autorizando a Trinity Ministries a configurar mi cuenta dentro de un sistema de facturación recurrente; más bien, prefiero pagar con cheque o en efectivo en todas las facturas futuras. Entiendo que si quiero que los Ministerios de la Trinidad carguen cualquier saldo a mi tarjeta de crédito en el futuro, tendré que enviar otro formulario de autorización en ese momento, o elegir la selección a continuación.

Facturación Recurrente: Por la presente autorizo a los Ministerios De la Trinidad a cobrar a la tarjeta de crédito indicada de forma periódica el monto adeudado en esta cuenta de cliente. Esta Autorización de Pago Recurrente / Cargo Periódico permanecerá en vigor hasta que yo lo cancele por escrito.

Autorización:

Por la presente autorizo a los Ministerios de la Trinidad a cargar la tarjeta de crédito indicada. **Soy consciente de que hay una política de requerir 24 horas de anticipación para cancelar una cita, de lo contrario la tarifa completa se carga a la cuenta del cliente, y que mi seguro médico, si existe, no se puede cobrar por sesiones perdidas.** Estoy de acuerdo en que se trata de un cargo único o periódico que se hará como se indicó anteriormente, y no lo disputaré en el futuro. Además, acepto reembolsar a los Ministerios de la Trinidad cualquier costo involucrado con cualquier intento de disputa, independientemente del resultado. Para finalizar el proceso de facturación recurrente, si se selecciona, debo cancelar por escrito. Garantizo y garantizo que soy el titular legal de esta tarjeta de crédito y que estoy legalmente autorizado para celebrar este acuerdo de facturación de una sola vez o recurrente con los Ministerios de la Trinidad.

Firma del titular de la tarjeta (obligatorio) _____

Fecha: _____