



# Cuestionario del Cliente

Pág. 1 Antecedentes

SÓLO PARA USO CONFIDENCIAL

Fecha \_\_\_\_\_

**1. Nombre del cliente principal (Si es familia, pareja, o grupo, la única persona que será el cliente identificado):**

Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Apellido(s) \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Dirección de Envío (si es diferente que la arriba): \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono (casa) \_\_\_\_\_ ¿Está bien dejar un mensaje? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
 Número celular \_\_\_\_\_ ¿Está bien dejar un mensaje? Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Está bien enviar un texto? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
 Número de teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_ ¿Está bien dejar un mensaje? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
 Número de licencia de conducir \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Número de seguro social \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ E-mail (del cliente) \_\_\_\_\_  
 Nivel de Estudios \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_

**2. Información de esposo/otro cliente (o si es un menor, dé información del padre/tutor abajo):**

Relación con el cliente principal: Esposo \_\_\_ Padre \_\_\_ Tutor Legal \_\_\_ Niño \_\_\_ Otro \_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Apellido(s) \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono (casa) \_\_\_\_\_ ¿Está bien dejar un mensaje? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
 Número celular \_\_\_\_\_ ¿Está bien dejar un mensaje? Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Está bien enviar un texto? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
 Número de teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_ ¿Está bien dejar un mensaje? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
 Número de licencia de conducir \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ E-mail (del cliente) \_\_\_\_\_  
 Nivel de Estudios \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_

Si estamos facturando a seguro, por favor llene la siguiente información completamente:

¿Está utilizando el programa de **Employee Assistance Program(EAP)**?  Sí  No **Si es así, a quién factura?** \_\_\_\_\_

Número de teléfono de EAP ( ) \_\_\_\_\_ ¿Cuántas sesiones? \_\_\_\_\_

Número de autorización \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros Principal \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_

**Dirección de facturación del seguro** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono (seguro)** \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código postal** \_\_\_\_\_

**Nombre de Abonado** \_\_\_\_\_ **Relación al cliente** \_\_\_\_\_

**Dirección de Abonado (si no está arriba)** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código postal** \_\_\_\_\_

**Empleador del abonado** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono** \_\_\_\_\_

¿Hay un seguro secundario? (por favor, dé información completa) \_\_\_\_\_

Firma de la persona financieramente responsable de la cuenta: (incluso la dirección y número de teléfono si no está arriba) \_\_\_\_\_



## Cuestionario del Cliente (seguido)

Pág. 2 Antecedentes

### 3) Estado civil:

Soltero/a \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
Casado/a \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
Separado/a \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
Divorciado/a \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
Viudo/a \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
Número de matrimonios anteriores \_\_\_\_\_

### 4) Niños

Nombre	Relación al cliente	¿Viviendo en casa?	Edad	Sexo	Escuela/Grado
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

5) Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
(nombre)

### 6) Información General

Ingreso Familiar Bruto \$ \_\_\_\_\_ semana mes año (marque con un círculo)

¿Ha recibido asesoramiento desde un pastor, un psiquiatra, u otro consejero (incluso hospitalización psicológica)?  Sí  No

Si es así, Nombre \_\_\_\_\_ ¿Cuándo y por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de la persona, la organización, o el anuncio que le envió usted a nosotros \_\_\_\_\_

¿Cuál es la razón principal que ve usted por buscar asesoramiento en este momento? \_\_\_\_\_



## Cuestionario del Cliente (seguido)

Pág. 3 Varón

### 7) Salud

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Último examen físico \_\_\_\_\_

Condiciones Físicas Relevantes \_\_\_\_\_

Medicaciones _____	Dosis _____
_____	_____
_____	_____

### 8) Por favor marca los siguientes síntomas que son una preocupación para usted en este momento o han sido en el pasado.

(Por favor marca "C" (actual) por síntomas dentro de las últimas 6 meses y "P" (pasado) por síntomas experimentados más de 6 meses en el pasado)

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abuso/ dependencia del alcohol | <input type="checkbox"/> Euforia/Estado de ánimo alta | <input type="checkbox"/> Problemas de empleo                           | <input type="checkbox"/> Rebeldía                                     |
| <input type="checkbox"/> Problemas de ira               | <input type="checkbox"/> Problemas familiares         | <input type="checkbox"/> Dificultades de aprendizaje                   | <input type="checkbox"/> Problemas maritales/de relaciones            |
| <input type="checkbox"/> Evitación/                     | <input type="checkbox"/> Fatiga/energía baja          | <input type="checkbox"/> Problemas legales                             | <input type="checkbox"/> Tristeza                                     |
| <input type="checkbox"/> Problemas con autoridad        | <input type="checkbox"/> Miedo del abandono           | <input type="checkbox"/> Pérdida de interés/placer                     | <input type="checkbox"/> Pensamientos/comportamiento autodestructivos |
| <input type="checkbox"/> Comilona/Purga                 | <input type="checkbox"/> Problemas financieros        | <input type="checkbox"/> Problemas de memoria                          | <input type="checkbox"/> Comportamiento de sabotaje a si mismo        |
| <input type="checkbox"/> Codependencia                  | <input type="checkbox"/> Flashbacks                   | <input type="checkbox"/> Tensión muscular                              | <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad por separación         |
| <input type="checkbox"/> Llanto (ocasional)             | <input type="checkbox"/> Problemas con el juego       | <input type="checkbox"/> Nerviosismo/Ansiedad                          | <input type="checkbox"/> Inestabilidad                                |
| <input type="checkbox"/> Llanto (frecuentemente)        | <input type="checkbox"/> Pena/Pérdida                 | <input type="checkbox"/> Pesadillas                                    | <input type="checkbox"/> Falta de aire                                |
| <input type="checkbox"/> Llanto (incontrolable)         | <input type="checkbox"/> Culpa                        | <input type="checkbox"/> Obsesiones/Compulsiones                       | <input type="checkbox"/> Problemas con dormir                         |
| <input type="checkbox"/> Llanto (nunca)                 | <input type="checkbox"/> Problemas de Salud           | <input type="checkbox"/> Problemas entre padre/hijo                    | <input type="checkbox"/> Pensamientos/creencias extraños              |
| <input type="checkbox"/> Estado de ánimo deprimido      | <input type="checkbox"/> Oyendo voces                 | <input type="checkbox"/> Pasividad                                     | <input type="checkbox"/> Estrés                                       |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse   | <input type="checkbox"/> Desesperanza                 | <input type="checkbox"/> Perpetrador de trauma físico/emocional/sexual | <input type="checkbox"/> Inutilidad                                   |
| <input type="checkbox"/> Desorden alimentario           | <input type="checkbox"/> Irritable                    | <input type="checkbox"/> Dolor físico                                  | <input type="checkbox"/> Otro _____                                   |
| <input type="checkbox"/> Tenso                          | <input type="checkbox"/> Aislamiento                  |  | <input type="checkbox"/> Otro _____                                   |

### 9) POR FAVOR CLASIFICA EL IMPACTO DE LOS SÍNTOMAS DE ARRIBA EN ESTAS ÁREAS DE VIDA DIARIA

	No Efecto	Efecto Apacible	Efecto Mediano	Efecto Notable	Efecto Extremo
Matrimonio/Relación/Familia	1	2	3	4	5
Trabajo/Escuela/Desempeño*	1	2	3	4	5
Amistad/Relaciones con colegas	1	2	3	4	5
Situación financiera	1	2	3	4	5
Pasatiempos/Intereses/Actividades	1	2	3	4	5
Salud Física	1	2	3	4	5
Actividades de la vida diaria	1	2	3	4	5
Hábitos de dormir**	1	2	3	4	5
Capacidad sexual	1	2	3	4	5
Hábitos de comer***	1	2	3	4	5
Capacidad de concentrarse	1	2	3	4	5
Capacidad de controlar el temperamento	1	2	3	4	5

\* Trabajo  Incapacidad/permiso  Riesgo de trabajo

\*\* Durmiendo  Dificultad de dormirse  Dificultad de seguir durmiendo  despertarse muy temprano

\*\*\* Comiendo  Pérdida de peso \_\_\_\_\_ libras  Aumento de peso \_\_\_\_\_ libras



## Cuestionario del Cliente (seguido)

Pág. 4 Mujer

### 7) Salud

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Último examen físico \_\_\_\_\_  
 Condiciones Físicas Relevantes \_\_\_\_\_

Medicaciones _____	Dosis _____
_____	_____
_____	_____

### 8) Por favor marca los siguientes síntomas que son una preocupación para usted en este momento o han sido en el pasado.

(Por favor marca "C" (actual) por síntomas dentro de las últimas 6 meses y "P" (pasado) por síntomas experimentados más de 6 meses en el pasado)

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abuso/ dependencia del alcohol | <input type="checkbox"/> Euforia/Estado de ánimo alta | <input type="checkbox"/> Problemas de empleo                           | <input type="checkbox"/> Rebeldía                                     |
| <input type="checkbox"/> Problemas de ira               | <input type="checkbox"/> Problemas familiares         | <input type="checkbox"/> Dificultades de aprendizaje                   | <input type="checkbox"/> Problemas maritales/de relaciones            |
| <input type="checkbox"/> Evitación/                     | <input type="checkbox"/> Fatiga/energía baja          | <input type="checkbox"/> Problemas legales                             | <input type="checkbox"/> Tristeza                                     |
| <input type="checkbox"/> Problemas con autoridad        | <input type="checkbox"/> Miedo del abandono           | <input type="checkbox"/> Pérdida de interés/placer                     | <input type="checkbox"/> Pensamientos/comportamiento autodestructivos |
| <input type="checkbox"/> Comilona/Purga                 | <input type="checkbox"/> Problemas financieros        | <input type="checkbox"/> Problemas de memoria                          | <input type="checkbox"/> Comportamiento de sabotaje a si mismo        |
| <input type="checkbox"/> Codependencia                  | <input type="checkbox"/> Flashbacks                   | <input type="checkbox"/> Tensión muscular                              | <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad por separación         |
| <input type="checkbox"/> Llanto (ocasional)             | <input type="checkbox"/> Problemas con el juego       | <input type="checkbox"/> Nerviosismo/Ansiedad                          | <input type="checkbox"/> Inestabilidad                                |
| <input type="checkbox"/> Llanto (frecuentemente)        | <input type="checkbox"/> Pena/Pérdida                 | <input type="checkbox"/> Pesadillas                                    | <input type="checkbox"/> Falta de aire                                |
| <input type="checkbox"/> Llanto (incontrolable)         | <input type="checkbox"/> Culpa                        | <input type="checkbox"/> Obsesiones/Compulsiones                       | <input type="checkbox"/> Problemas con dormir                         |
| <input type="checkbox"/> Llanto (nunca)                 | <input type="checkbox"/> Problemas de Salud           | <input type="checkbox"/> Problemas entre padre/hijo                    | <input type="checkbox"/> Pensamientos/creencias extraños              |
| <input type="checkbox"/> Estado de ánimo deprimido      | <input type="checkbox"/> Oyendo voces                 | <input type="checkbox"/> Pasividad                                     | <input type="checkbox"/> Estrés                                       |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse   | <input type="checkbox"/> Desesperanza                 | <input type="checkbox"/> Perpetrador de trauma físico/emocional/sexual | <input type="checkbox"/> Inutilidad                                   |
| <input type="checkbox"/> Desorden alimentario           | <input type="checkbox"/> Irritable                    | <input type="checkbox"/> Dolor físico                                  | <input type="checkbox"/> Otro _____                                   |
| <input type="checkbox"/> Tenso                          | <input type="checkbox"/> Aislamiento                  |  | <input type="checkbox"/> Otro _____                                   |

### 9) POR FAVOR CLASIFICA EL IMPACTO DE LOS SÍNTOMAS DE ARRIBA EN ESTAS ÁREAS DE VIDA DIARIA

	No Efecto	Efecto Apacible	Efecto Mediano	Efecto Notable	Efecto Extremo
Matrimonio/Relación/Familia	1	2	3	4	5
Trabajo/Escuela/Desempeño*	1	2	3	4	5
Amistad/Relaciones con colegas	1	2	3	4	5
Situación financiera	1	2	3	4	5
Pasatiempos/Intereses/Actividades	1	2	3	4	5
Salud Física	1	2	3	4	5
Actividades de la vida diaria	1	2	3	4	5
Hábitos de dormir**	1	2	3	4	5
Capacidad sexual	1	2	3	4	5
Hábitos de comer***	1	2	3	4	5
Capacidad de concentrarse	1	2	3	4	5
Capacidad de controlar el temperamento	1	2	3	4	5

- \* Trabajo     Incapacidad/permiso     Riesgo de trabajo
- \*\* Durmiendo     Dificultad de dormirse     Dificultad de seguir durmiendo     despertarse muy temprano
- \*\*\* Comiendo     Pérdida de peso \_\_\_\_\_ libras     Aumento de peso \_\_\_\_\_ libras



## Yolanda Villegas, MA LMHC

Family Foundations Counseling  
2002 65<sup>th</sup> Ave West  
Fircrest, WA 98466  
(253) 566-5559, FAX (253) 565-0274

### AUTORIZACIÓN DEL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA EL PROCESAMIENTO DE SEGURO

#### **TIPO DE INFORMACIÓN QUE VA A ESTAR DIVULGADO**

Yo, por la presente, autorizo a **Yolanda Villegas y/o su representante de facturación** para usar y/o divulgar la siguiente información de salud protegida:

**(Por favor firma con las iniciales)**

\_\_\_\_\_ Información necesaria para tramitar demandas manuales  
\_\_\_\_\_ Información necesaria para tramitar demandas electrónicas

#### **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS** (Por favor firma con las iniciales)

\_\_\_\_\_ Yo autorizo que mis beneficios se paguen directamente al prestador

#### **ASEGURADORA A DONDE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA IRÁ**

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

#### **REVOCACIÓN Y RE-DIVULGACIÓN**

Yo entiendo que esta autorización puede ser revocado por escrito en cualquier momento, excepto hasta el punto en que acción considerable puede que hubiera ocurrido, basada en autorización anterior, y/o incluso provisión de servicios de atención a la salud que requieren divulgación para efectuar pago. Re-divulgación desautorizada por el receptor es un riesgo potencial.

#### **DURACIÓN**

Si esta autorización no ha sido revocado anteriormente, expirará (1) año después de la fecha firmada abajo.

***Restricción Específica:*** Excepto a los pagadores de tercera parte, esta autorización no incluye divulgación para servicios de atención a la salud futuros que son recibidos más de noventa (90) días desde la fecha de la última firma.

#### **FIRMA**

Esta autorización cubre información de salud protegida relativo a (*cliente*) \_\_\_\_\_.  
La firma abajo autoriza el uso y/o la divulgación de información de salud protegida de acuerdo a lo anterior desde la fecha de esa firma (inicial o renovación). Reconozco que tengo la responsabilidad de pagar cualquier total adeudado. Acepto que no retendré ni retrasaré pago debido a la participación de cualquier seguro/tercera parte.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Paciente/Padre/Tutor/Otro representante legal para decisiones de atención a la salud \_\_\_\_\_  
Firma de renovación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**Yolanda Villegas, MA LMHC**  
Terapia de Individual, Parejas, y Familia

### **Reconocimiento de Liberación Tribunal**

Entiendo que yo, \_\_\_\_\_ estoy recibiendo terapia de Yolanda Villegas. Entiendo que Yolanda Villegas está proveyendo tratamiento de salud mental/de comportamiento y no está haciendo de un evaluadora.

Además, entiendo y acepto que no involucrar a Yolanda Villegas en disputas legales, ya que entiendo que no sería en el interés de mi tratamiento y sería contraproducente al proceso terapéutico.

Yo acepto que no involucrar a Yolanda Villegas en cualquier proceso judicial sobre cualquier tratamiento ahora o en el futuro, ni Yolanda Villegas será pedido a contar mi crónica sobre cualquier proceso judicial.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Yolanda Villegas, MA LMHC**  
Terapia de Individual, Parejas, y Familia

**Reconocimiento de Liberación Tribunal de Menores**  
(Para estar llenado por un padre o tutor cuando )

Entiendo que mi hijo/a, \_\_\_\_\_ está recibiendo terapia de Yolanda Villegas. Entiendo que Yolanda Villegas está proveyendo tratamiento de salud/de comportamiento y no está haciendo de evaluadora.

Además, entiendo que Yolanda Villegas no está llevando a cabo una evaluación de custodia ni visitación para mi hijo/a. Yo acepto que no involucrar a Yolanda Villegas en cualquiera disputa de custodia ni visitación, ya que entiendo que no sería en el interés del tratamiento de mi hijo/a, y sería contraproducente al proceso terapéutico.

Yo acepto que no involucrar a Yolanda Villegas en procedimientos judiciales con respeto a cualquier tratamiento de mi hijo/a ahora y en el futuro, ni Yolanda Villegas será pedido a contar la crónica de mi hijo/a sobre cualquier procedimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Firma de la Terapeuta

\_\_\_\_\_  
Date



## **Información del Cliente y Declaración de Divulgación**

Bienvenido a Family Foundations Counseling. El siguiente es para informarle sobre las normas de la oficina y sus derechos como cliente. Por favor, lea este material con cuidado y pida clarificación si es necesario.

### **Perfil Profesional**

Soy una terapeuta de nivel de maestría que está calificado con experiencia en hacer terapia uno a uno con individuales, adolescentes (15 años o más de edad) y parejas.

- Recibí mi Licenciatura de Arte de Evergreen College
- Recibí mi Maestría de Psicología de Chapman University of Washington Tacoma, con énfasis en terapia de Matrimonio y Familia
- Soy una terapeuta licenciada activa de Salud Mental en el estado de Washington.
- Soy un miembro de Pierce County Counseling Association
- He trabajado con la comunidad hispánica por más de 25 años.

Como un terapeuta calificado en la teoría de la sistema de la familia, llegué a entender que los individuos aprenden, crecen, y se comportan según su contexto y este se convierte en parte de su relaciones. Veo el procedimiento de terapia como una manera de formar un alianza con usted para explorar la naturaleza de su problema(s). Aunque dedicaremos tiempo a explorar los problemas específicas que le trajeron a terapia, también miraremos la naturaleza de sus relaciones con otra gente significativa en su vida. Según mi orientación teórica, muchas de las fuerzas y dinámicas que han influido la complejidad e intensidad de su problema(s) están originado en asuntos relacionales. Mi visión del mundo cristiana me lleva a pensar que usted está hecho para relacionar en una manera satisfactoria que da a usted mismo. Esta es la fuente de su mejor alegría pero también de sus problemas más profundos. Exploraremos como su estilo de relacionar interfiere con su habilidad de experimentar una vida significativa. Este también debe darle esperanza, que no solamente por encargarse de el problema, apuntamos a la fuente del problema. Creo que algunos problemas pueden tener un componente físico también. En casos semejantes, consulta médica será aconsejado.

Soy una profesional independiente privada. Mi trabajo como terapeuta es solamente mi responsabilidad y no refleja necesariamente el punto de vista de los terapeutas independientes de Family Foundations Counseling.

### **Servicios**

Nuestro tiempo juntos será principalmente conversacional pasará por 45-50 minutos por cada sesión de terapia individual o por 1.5 horas por terapia de grupo. Es importante notar que durante el procedimiento de terapia, sentimientos puedan ser intensos y perturbadores. Usted pueda sentir peor antes de que siente mejor. Esto es muy común durante el procedimiento de cambio. Sin embargo, no hay garantía con respeto a los resultados de tratamiento. Cambio deseado y resultados de terapia depende de usted.

Una parte importante de su terapia será practicando sus habilidades nuevas que usted aprende durante las sesiones. Pediré a usted que practique entre nuestras sesiones, y trabajaremos juntos para hacer tarea para hacer en casa. Usted probablemente tendrá que trabajar en las relaciones en su vida y hacer esfuerzos de larga duración para ver los resultados mejores. Estas son partes importantes de cambio personal. Cambio puede ser fácil y rápido, o lento y frustrante. No hay remedios sin esfuerzo ni instantes y no hay "pastillas mágicas." Sin embargo, usted puede aprender maneras nuevas de ver sus problemas que serán muy útiles por cambiar sus sentimientos y reacciones.

Típicamente, juntaremos una vez cada semana, luego menos frecuentemente, y eventualmente la terapia llega a su fin. El procedimiento de terminar la terapia, que se llama "término," puede ser una parte muy valiosa de nuestro trabajo. Usted tiene el derecho de terminar terapia en cualquier momento. Puede anticipar a ser oído sin juicio. Aunque personalmente, adhiero al sistema de creencia cristiano, respetaré a usted y trabajaré con usted, cualquiera creencia que tenga. Por favor, no dude en expresar sus convicciones de vida y religiosas abiertamente y honestamente. También, animarle a hacer preguntas sobre el procedimiento de terapia, el plan de tratamiento, o cualquier cosa. En caso de



que yo no pueda satisfacer las necesidades, proporcionaré una referencia para usted. Tiene el derecho de terminar la terapia en cualquier momento sin obligación adicional además de las ya acumuladas.

### **Confidencialidad**

La relación de terapia es una de confidencialidad. Cualquier cosa que usted cuenta conmigo será guardado con confianza. Creo que crecimiento personal está mejorado por comunicación honesta. Una manera que practico esto en terapia es para hacer las líneas de comunicación tan abiertas como posible. No guardo secretos entre parejas y miembros de la familia cuando todos son clientes.

Divulgación de información sobre usted a cualquier persona requiere su consentimiento escrito. Sin embargo, como terapeuta, estoy obligado legalmente y éticamente a lanzar información en las siguientes situaciones:

A. Como requerido por la ley (RCW 70.02.050):

1. Cuando hay amenaza o riesgo de autolesión (suicidio), o daño a otra persona (homicidio)
2. Cuando hay "causa razonable" de sospechar abuso o negligencia de un niño, persona discapacitada o de ancianos, de cualquier cosa declarado en una sesión de terapia.
3. Si recibo una citación desde un juzgado

B. Consulta profesional: Como parte de responsabilidad profesional, consulto con colegas, y también a veces yo reciba supervisión clínica desde supervisores calificados.

C. Seguro: Si está usando seguro, tome nota que su aseguradora puede que nos requiere a divulgar información confidencial. Una crónica de servicios de asesoramiento está guardada en la oficina. Usted puede pedir a ver la crónica y tener una copia por un precio mínimo.

### **Normas profesionales**

Yo sigo las normas profesionales y éticas de la ley reguladora del Estado de Washington (Washington State Licensing Law). Si tiene preguntas sobre nuestro trabajo juntos, por favor hable conmigo sobre esto para que podamos llegar a un acuerdo sobre sus necesidades específicas y la dirección de nuestro trabajo juntos. En el caso de que usted siente que yo hubiera actuado en una manera de poco ética, por favor discuta la situación conmigo para que podamos llegar a una resolución. Si usted encuentra que nuestra negociación no ha sido satisfactoria, puede contactar directamente al Secretario de Salud y Servicios Humanos del Estados Unidos (U.S. Secretary of Health and Human Services). Consejeros que practican asesoramiento por honorarios tienen que ser registrados o certificados con el departamento de salud para la protección de la salud y seguridad del público. La registración de un individuo con el departamento no incluye una reconocimiento de cualquier norma de práctica, ni necesariamente implica eficacia de cualquier tratamiento. (WAC 246-810-031)

### **Normas de la Oficina**

**Honorarios:** Mis honorarios por hora es \$125. La inicial/primer sesión (cuestionario del cliente) es \$160. Los recargos por citas prolongadas serán aplicados según su precio por hora. Esto también incluye llamadas de teléfono entre sesiones que duran más de 5 minutos. Además, si usted y yo estamos de acuerdo que será beneficioso si yo consulto con otro profesional pagado con respeto a su situación, usted será responsable por todos honorarios, incluso mi tiempo.

En el caso de que estoy pedido a testificar en cualquier procedimiento, un precio de \$100/hora será cobrado por cualquier cantidad de tiempo. Un precio por milla recorrida de 42.5 centavos por milla y cualquier tarifa de estacionamiento también será aplicado.

También será un precio por cartas enviado a una tercera parte (Ejemplos son: cartas a abogados, inmigración, cartas de apoyo, etc.) y el precio será discutido con su consejero.

Recompensa financiera es un parte necesaria de asesoramiento. La franqueza y la flexibilidad están necesarias mientras determinando la obligación financiera de un cliente. No permitir que un cliente acumule un saldo más de \$150 de deuda personal es parte de mis normas (excluyendo cantidad debido por seguro). Si en un momento su saldo va más allá de esa cantidad, una esfuerzos razonable tienen que ser hecho para reducir su saldo antes de continuar el asesoramiento.

**Seguro:** Si usted cree que su seguro de salud cubrirá mis servicios, por favor me provea toda la información importante para tramitar sus demandas. Nuestro director de la oficina facturará a la aseguradora por usted. Todas reclamaciones al seguro serán facturados al precio de \$100/hora. Estás responsable por pagar cualquier deducible o copago a cada sesión. Estás responsable por pagar honorarios por cualquier servicio que no está cubierto o pagado por su aseguradora o un proveedor de tercera parte. La compañía puede que limite su autorización a algunas sesiones o a alguna cantidad de pago cada año.

**Citas:** Una sesión típica dura aproximadamente **40-55 minutos**. Es importante que usted asista a cada sesión. Si no será capaz de llegar a su cita, por favor llame (253)566-5559 para notificar a la oficina de su cancelación 24 horas antes de su cita. **Usted será cobrado 50% del precio por hora de FFC si una cancelación no se recibe con un aviso suficiente. Si usted se pierde una cita sin cancelar previamente, será cobrado el precio total y una cita futura no se programa automáticamente para usted.** Esperaré oír de usted para reprogramar la cita. Si usted no llega dentro de 15 minutos después del tiempo programado de la cita, su sesión está considerado cancelado y pago puede ser que requiera\*\*. Por favor, firme aquí con las iniciales para indicar que usted entiende y acepta estas normas. Iniciales\_\_\_\_\_

En el caso de que yo esté ausente (vacaciones o enfermedad) usted será notificado si lo interfiere con una cita programada and será proporcionado con un número de una clínica de crisis para estar usado en situaciones de emergencia.

**Servicios de Emergencia**

Family Foundations Counseling no es un servicio las 24 horas ni de emergencia. En una emergencia, debe llamar 911, la línea de crisis de Pierce County (Pierce County Crisis Line) a 1-800-576-7764, servicios médicos de emergencia, o otras agencias adecuadas.

**Descargo de responsabilidad con respeto a niños (Menores)**

A menos que niños están parte de una sesión de terapia es recomendable que no estén traídos a la oficina. No puedo garantizar su seguridad si están en la sala de espera sin supervisión. También, nuestra recepcionista, si está presente, no es responsable por estar atento a ellos.

Padres de pacientes que tienen menos de 18 años y que no son emancipados deben ser consciente de que la ley puede que permita que los padres examinen las historias de tratamiento de sus niños. Ya que la privacidad en la terapia muchas veces es muy crítica por progreso exitoso, especialmente con los adolescentes, es normalmente parte de nuestras normas de solicitar un acuerdo de los padres que consienten a dar acceso a la historia de sus niños. Si están de acuerdo, durante el tratamiento, serán proveídos solamente con información general sobre el progreso del tratamiento de su niño, y su asistencia a las sesiones programadas. Un resumen del tratamiento del niño (cuando se completa) será proveído a los padres. Cualquier otra comunicación requerirá la autorización del niño. Una excepción a estas normas sería si la terapeuta creyera que el niño fuera un riesgo a si mismo o a otros. En un caso semejante, los padres serían notificados inmediatamente de la preocupación. Este sería discutido con el niño, si fuera posible, y cualquier objeción sería considerado.

**Consentimiento Firmado**

Su firma debajo indica que usted ha leído y ha sido ofrecido una copia de este documento, y también la oportunidad de clarificar cualquier pregunta que tiene con respeto a este documento.

Mi firma indica la exactitud de la información en este documento y mi declaración para mantener las condiciones declaradas dentro. Cualquier excepción o incorporación a esta declaración de divulgación aparecen debajo.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Terapeuta – Yolanda Villegas, MA LMHC  
Washington State License # LH60183269



## Aviso de Prácticas Privadas

Family Foundations Counseling

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE QUE SEA USADO Y DIVULGADO Y COMO USTED PUEDE ACCESAR ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE ESTE AVISO CON CUIDADO.**

---

Su historia médica contiene información personal sobre usted y su salud. La ley federal y del estado protege la confidencialidad de esta información, "Información de Salud Protegida," (ISP) es información sobre usted, incluso información demográfica, que puede que le identifique y que relaciona a su condición física o mental del pasado, presente, o futuro y atención médica relacionada.

### **Sus derechos con respeto a su ISP:**

Usted tiene los siguientes derechos con respeto a su ISP que yo mantengo sobre usted:

**Derecho de acceso a inspeccionar y copiar:** Usted tiene el derecho, cual puede que sea limitado solamente en circunstancias limitadas, a inspeccionar y copiar ISP que puede que sea usado para hacer decisiones sobre sus cuidados. Puede que yo cobre honorarios razonables por las copias.

**Derecho de modificar.** Si usted siente que la ISP que tengo sobre usted sea incorrecta o incompleta, puede pedirme a modificar la información, aunque no estoy requerida a estar de acuerdo con la modificación.

**Derecho de justificación de divulgaciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una copia de la justificación de divulgaciones requerida que hago de su ISP.

**Derecho de solicitar restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación del uso de su ISP por tratamiento, pago, o operaciones de atención médica. No estoy requerida de estar de acuerdo con su solicitud.

**Derecho de solicitar comunicación confidencial.** Usted tiene el derecho de solicitar que yo comunique con usted sobre asuntos médicos en una manera específica o en una ubicación específica. Admitiré solicitudes razonable y no preguntaré porque usted los hace.

**Derecho de una copia de este aviso.** Usted tiene el derecho de tener una copia de papel de este aviso.

**Derecho de demanda.** Usted tiene el derecho de presentar una demanda por escrito conmigo o con la Secretaria de Salud y Servicios Humanos (Secretary of Health and Human Services) si cree que yo haya violado su derecho de privacidad. No tomaré represalias contra usted por presentar una demanda.

### **MIS USOS Y DIVULGACIONES DE ISP POR TRATAMIENTO, PAGO, Y OPERACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA**

**Tratamiento.** Su ISP puede que sea usado y divulgado por yo para el propósito de proveer, coordinar, o manejar su tratamiento de atención médica y servicios relacionados. Puede que incluya la coordinación o dirección de su atención médica con una tercera parte, consulta con otras proveedores de atención médica o referencia a otro proveedor de servicios de atención médica.

**Pago.** No usaré su ISP para obtener pago por sus servicios de atención médica sin su autorización escrita. Ejemplos de actividades relacionadas a pago son: hacer una determinación de elegibilidad o cobertura por beneficios que otorga la póliza, tramitar demandas con su aseguradora, revisar servicios proveídos a usted para determinar necesidad médica, o emprender actividades de la revisión de utilización.

**Operaciones de Atención Médica.** Puede que yo use de divulgación, según se necesite, su ISP para apoyar las actividades de negocios de mi práctica profesional. Divulgaciones semejantes puede que sean divulgado, como se necesite, su ISP para apoyar las actividades de negocio de mi práctica profesional. Tal divulgaciones puede que se compartan con otros por educación de atención médica, o para proveer planeación, control de calidad, evaluación de sus pares, servicios administrativos, legales, o financieros para atender a la entrega de atención médica, siempre y cuando yo tenga un contrato escrito que requiere que el receptor(es) salvaguarde la privacidad de su ISP. También puede que yo le contacte a usted para recordarle sobre sus citas, informarle de alternativas de tratamiento y/o de productos o servicios relevante a su salud que pueden ser de interés a usted.

Iniciales \_\_\_\_\_

## **OTROS USOS Y DIVULGACIONES QUE NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN DE OPORTUNIDAD DE OBJETAR**

**Requerido por la ley.** Puede que yo divulgue su ISP hasta cierto punto que el uso de divulgación es requerido por la ley, hecho en cumplimiento con la ley, y limitado a los requisitos de la ley. Ejemplos son reportes públicos de salud y reportes de cuerpos de seguridad. También tengo que hacer divulgaciones a la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Secretary of the Department of Health and Human Services) para el propósito de investigar o determinar mi cumplimiento con los requisitos de la Regla de Privacidad (Privacy Rule).

**Supervisión de Salud.** Puede que yo divulgue el ISP a una agencia de supervisión de salud para las actividades autorizadas por la ley como licencia profesional. Agencias de supervisión también incluyen agencias gubernamentales y organizaciones que proveen asistencia financiera a yo (como pagadores de tercera parte).

**Abuso o Negligencia.** Puede que yo divulgue su ISP a una agencia local o del estado que es autorizado por la ley para recibir reportes de abuso o negligencia. Sin embargo, la información que yo divulgo es limitado a solamente información que es necesario para hacer el reporte inicial obligado. Puede que yo divulgue ISP con respeto a pacientes muertos para el propósito de determinar la causa de muerte, en conexión con las leyes que requieren la recopilación de estadísticas de muerte o otras estadísticas vitales, o permitir una investigación de la causa de muerte.

**Investigaciones.** Puede que yo divulgue ISP a investigadores si (a) un Consejo de Revisión Institucional revisa y aprovecha la investigación y una autorización o una exención a el requisito de autorización; (b) los investigadores establecen protocolos para garantizar la privacidad de su ISP; y (c) los investigadores aceptan que mantienen la seguridad de su ISP de acuerdo a las leyes y regulaciones relevantes.

**Amenaza a la salud o seguridad.** Puede que yo divulgue ISP cuando es necesario para prevenir una amenaza severa a su salud o seguridad o a la salud o seguridad del público o otra persona.

**Actividad criminal en el terreno de mi compañía/Contra mis empleados o yo.** Puede que yo divulgue su ISP a cuerpos de seguridad si usted ha cometido un crimen en mi sitio o contra mis empleados o yo.

**Proceso Obligatorio.** Divulgaré su ISP si una corte d jurisdicción competente emite un orden adecuado. Divulgaré su ISP si usted y yo hemos sido notificado por escrito por lo menos catorce días antes de una citación o otra demanda legal, y no orden de restricción ha sido obtenido, y tengo garantía satisfactoria que usted ha recibido aviso de una oportunidad de limitar o invalidar la demanda de descubrimiento de pruebas.

## **USOS Y DIVULGACIONES DE ISP CON SU AUTORIZACION ESCRITA**

Otros usos y divulgaciones de su ISP serán hecho solamente con su autorización escrita. Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, a menos que yo haya actuado en dependencia de la autorización del uso o divulgación que usted permitió, como proveer usted con servicios de atención médica para cuales tengo que hacer demanda(s) subsecuente(s) para pago.

## **ESTE AVISO**

Este Aviso de Prácticas Privadas describe como puede que yo use y divulgue su información de salud protegida (ISP) de acuerdo a todas leyes adecuadas. También describe su derecho con respeto a como usted puede tener acceso a y controlar su ISP. Soy requerido por la ley a mantener la privacidad de ISP y a proveerle la notificación de mis deberes legales y prácticas privadas con respeto a ISP. Soy requerido a obedecer los términos de este *Aviso de Prácticas Privadas*. Tengo el derecho de cambiar los términos de mi *Aviso de Practicas Privadas* en cualquier momento. Un *Aviso de Prácticas Privadas* nuevo será efectivo para todas las ISP que mantengo a ese tiempo. Proveeré un *Aviso de Prácticas Privadas* revisado por enviar por correo una copia a usted, bajo solicitud, o proveerle uno a su próxima cita.

## **DATOS**

Soy mi propia directora de privacidad. Entonces, si tiene cualquier pregunta sobre este *Aviso de Prácticas Privadas*, contácteme. Mis datos son:

Yolanda Villegas, MA, LMHC  
2002 65<sup>th</sup> Ave West  
Fircrest, WA 98466  
(253) 566-5559

Iniciales \_\_\_\_\_

**DEMANDAS**

Si usted cree que he violado sus derechos de privacidad, puede presentar una demanda por escrito a mi, como mi propia directora de privacidad, especificado en la primera página de este aviso. No tomaré represalias contra usted por presentar una demanda. También, puede presentar una demanda a la Secretaria de Salud y Servicios Humanos (Secretary of Health and Human Services).

La fecha efectiva de este aviso es el 14 de Abril, 2003.

**RECONOCIMIENTO**

Yo acepto, por la presente, que recibí una copia de este aviso.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma



## Normas Financieras

### Family Foundations Counseling

Gracias por elegir los proveedores de Family Foundations Counseling para su necesidades de atención a salud mental. Estamos comprometido con el éxito de su tratamiento. Recompensa es una parte importante de del proceso de asesoramiento. Es importante evaluar cuales recursos están disponibles para pagar por su tratamiento y lo que esta oficina espera de usted para que usted y su consejero puedan fijar metas y prioridades de tratamiento razonables.

Para proveerle el servicio de la más alta calidad mientras mantener el precio de facturación a un nivel bajo, le ofrecemos facturación sin papel. Simplemente guardamos su número de tarjeta de crédito o débito en el archivo para satisfacer todas honorarios cobrados incluso cancelaciones tardes e inasistencia y, si usando seguro, copago, deducibles, coaseguro, y otros saldos no cubiertos por su seguro. Nuestro Director de Cuentas estará dispuesta a darle más información sobre PAGO CONVENIENTE (EASY PAY).

**Todos clientes sin seguro están requeridos a pagar su honorarios en total en el momento de su servicio a menos que otros arreglos hayan sido hecho.** Estos arreglos serán hecho por el Director de Cuentas o su consejero para su segunda visita y tiene que estar por escrito para estar válidos. Si en cualquier momento usted paga más que lo que está debido, puede elegir o a recibir reembolso de su consejero o a usar el crédito hacia sesiones del futuro.

ACEPTAMOS por pago, Visa/MasterCard, Tarjetas de débito, Cheques, Giros Bancarios y dinero en efectivo. **Por favor haga cheques o giros bancarios pagable a SU CONSEJERO.** (Si usted usa servicios de banca electrónica para pagar, esté seguro que su vendedor es su consejero. Cualquier cheque devuelto a su consejero por fondos insuficientes serán cobrado a su cuenta junto con un recargo de servicio de \$20.00.

**Si usted es un cliente sin seguro puede saltarse la próxima sección e ir a página 2 y empezar a “Decretos de Divorcio.”**

### **SEGURO Y COBRO DE SEGURO**

Nuestro Director de Cuentas trabajará muy duro para asegurarse de su papeleo está archivado exactamente y rápidamente. Sin embargo, por favor entienda que reembolso de seguro puede ser un proceso largo y difícil. En realidad, aseguradoras rutinariamente postergarán, negar, y reducir pagos. Dependiendo del tipo, aseguradoras que negocian en el estado de Washington tienen 30 a 90 días para pagar o negar una demanda. Sin embargo, aunque nuestro Director de Cuentas ha experimentado entrenamiento para maximizar su reembolso de seguro, mientras reduciendo el tiempo para cual tiene que pagar, puede que sean instancias en que no hemos recibido un pago o negación de la aseguradora dentro del tiempo adecuado. En tal caso, usted se convierte en lo responsable por pagar la cuenta en total si no hemos recibido pago dentro de 90 días.

En tal caso, en que usted ha pagado su cuenta en total y seguro paga en una fecha en el futuro o usted paga más de lo que está debido, puede elegir a recibir un reembolso de su consejero o aplicar el crédito a cualquier sesión del futuro.

Usted debe leer la sección en su folleto de cobertura de seguro que describe servicios de salud mental con cuidado. Si tiene preguntas por favor llame su aseguradora y preguntarle. Su consejero del Director de Cuentas le ayudará en cualquier manera que puede si usted tiene problemas de entender la información que recibe de su aseguradora.

También usted debe ser consciente de que muchas acuerdos de seguro requieren que usted nos autorice para proveer un diagnóstico clínico, y a veces información clínica adicional como un plan o resumen de tratamiento, o en casos raros, una copia de la historia entera. Esta información se convertirá en parte del archivo de la aseguradora, y muy probablemente, algo de la será computarizado. Todas aseguradoras aseguran que mantienen esta información confidencialmente, pero una vez que está en sus manos no tenemos control de lo que hacen con la.

Para cada cliente que elige a presentar una reclamación al seguro necesitamos que el cuestionario sea llenado completamente (para seguro primario y secundario) y que la forma de “Autorización del Uso o Divulgación de Información de Salud Protegida para el Procesamiento de Seguro” esté firmada y que tenemos una copia de su tarjeta de seguro. **No podemos presentar una reclamación para usted sin que esta forma esté firmada.**

Iniciales \_\_\_\_\_

Como una cortesía, facturaremos su aseguradora por usted. Todos planes y copagos, si es aplicable, tienen que ser pagado **cada visita**. No hay excepciones por causa de reglas de contrato y cumplimiento uniforme. **Usted es responsable de encontrar información adecuada de referencias antes de su cita**. Por favor contacte su aseguradora y pida su beneficios de salud mental para pacientes externos a ver si esto aplica a usted. Si tiene un plan de **PPO** y su consejero está contratado con ellos, hemos estado de acuerdo de aceptar el precio de rebaja de su plan. Si usted tiene coaseguro en vez de o además de un copago, usted será facturado por esta suma después de que hemos recibido una explicación de beneficios desde su seguro. Para los planes **No contratados** también esperamos deducibles, coaseguro, y/o copagos a estar pagado en el momento de servicio. Algunas aseguradoras no-contratados puede que reembolsen usted por los servicios en vez de nosotros. Está requerido de pagarnos en total en el momento de servicio. Si no ha hecho esto, y recibimos un aviso del seguro que usted ha sido pagado, está esperado a dar esta suma a nosotros además de la suma que debe. Para los planes **No Contratados también tenemos el derecho de no facturar su seguro**. Será informado de esto al principio de su asesoramiento. En tal caso, recibirá el papeleo necesario para que usted pueda recibir reembolso de su aseguradora y será requerido de pagar en total al momento de servicio.

**Si usted quiere que facturemos seguro por usted, denos toda información necesaria en una manera oportuna para que no facturemos cualquiera aseguradora por fechas de servicios más de 90 días en el pasado a menos que estemos obligado de hacerlo bajo de contrato.**

### **Aseguradoras Secundarias**

Tener más de una aseguradora NO significa necesariamente que sus servicios son cubiertos 100%. Aseguradoras secundarias pagarán como una función de lo que su compañía de seguro paga. Puede que facturemos aseguradora secundaria como cortesía. Usted es responsable de pagar cualquier suma después de su seguro(s) ha hecho efectivo. La reglas arriba para seguros primario aplican como corresponde a seguros secundarios.

### **Tarde a una cita**

Si usted usa seguro y está tarde a una cita, solo podemos facturar seguro para el tiempo que usted está presente; por eso, usted está responsable del tiempo que estaba tarde. (Ej. Si usted llega más de 20 minutos tarde para una cita—facturaremos por la mitad de esa tiempo y usted por la otra mitad). Por firmando estas normas usted acepta que no aplicar sus derechos de cubrimiento de atención médica bajo sus beneficios y pagar en total sus porción de los servicios a cuales llegó tarde.

### **Hace inofensivo**

Su consejero puede que lleve a cabo, con su consentimiento, procedimientos que no están cubiertos bajo su póliza de seguro. Estos pueden incluir asesoramiento de familia, marital, y/o sexual además de trastornos de comportamiento y otros. También, es posible que usted ha conseguido servicios que no han recibido la autorización adecuada para la fecha de servicio proveído. Por firmando estas normas usted acepta que no aplicar sus derechos de cubrimiento de atención médica bajo sus beneficios y pagar en total por estos servicios proveídos hasta el punto que cualquier contrato permitirá.

### **Precios usuales y de costumbre**

Nuestro consulta está comprometido con proveer lo mejor tratamiento para nuestros clientes y cobramos lo que es usual y de costumbre para nuestro región. Usted es responsable del pago a pesar de la determinación arbitraria de precios usuales y de costumbre de la aseguradora. Esto aplica solamente a planes de no-participación.

### **Decretos de Divorcio**

Esta oficina NO es un parte a su decreto de divorcio. Clientes que son adultos están responsable de por su porción de la cuenta al momento de servicio. Las responsabilidades para menores están del adulto que lo/la acompaña. (Ve debajo para detalles adicionales). Una excepción puede que sea hecho si tenemos autorización escrita de una tercera parte, antes de la empieza de asesoramiento, que indica que ellos estarán responsable de honorarios facturados a ellos.

### **Pacientes que son menores**

El adulto que acompaña un menor y los padres (o tutores del menor) están responsable del pago en total. (Si el menor está cubierto por seguro, solamente las pólizas que son relevante a su tipo de seguro aplican). Para menores sin acompañar, tratamiento no de emergencia será negado a menos que cargos han sido autorizado a un pago de tarjeta de banco o Visa/MasterCard o de efectivo o cheque en el momento han sido verificado, o si tenemos la firma de la persona(s) que está responsable de la cuenta en nuestro archivo y que esta persona ha leído y firmado estas normas. El adulto del menor también da permisión para el terapeuta a hacer terapia fuera de la oficina como una herramienta de terapia. El terapeuta toma clientes a restaurantes de comida rápida en el área a veces para construir una relación terapéutica que está en un ambiente más relajado. El padre o adulto del menor considerará el terapeuta inofensivo por cualquier herida que puede que ocurra fuera de la oficina.

### **Honorarios de recobro y de facturación**

Aunque nunca preferimos hacer esto, puede que sea necesario a enviar una cuenta a una agencia de recobro de impagados. Usted es responsable de todos honorarios de recobro de impagados. Un precio inicial de \$30.00 será añadido a su cuenta para empezar el proceso de recobro de impagados.

Iniciales \_\_\_\_\_

No somos una compañía de facturación. Puede que cobremos un precio de facturación de \$10.00 por cada cuenta en cuentas que están tardes (más de 30 días).

Si usted no siguen los arreglos de pago o si su cuenta está enviado a una agencia de recobro de impagados y estás un cliente activo, sesiones no de emergencia serán suspendidos hasta cuando su cuenta está actualizada y pagado en total.

Si estás un cliente de nuevo que un consejero ha previamente visto en Family Foundations Counseling y en cualquier momento fue enviado a una agencia de recobro de impagados, usted será requerido de pagar su cuenta con la agencia de recobro de impagados (o nosotros) y luego, será requerido de pagar su consejero en total con efectivo o con giro bancario en el momento de servicio. La excepción es si usted tiene seguro con quien su consejero está contratado (proveedor preferido), continuaremos a facturar el seguro por usted y será requerido de pagar cualquier copago con efectivo o giro bancario en el momento de servicio. (Si su consejero es un proveedor no contratado con su aseguradora, usted pagará en total y, como una cortesía, puede que facturemos su seguro por usted. Cualquier pago de seguro que vienen a nosotros serán reembolsado a usted o aplicado a sesiones del futuro según sus instrucciones.) Si en cualquier momento un pago no está pagado en el momento de servicio, usted no será permitido reprogramar hasta su cuenta está pagado y actualizado.

### **Asesoramiento de guardia**

A veces es necesario que los clientes vean o hablen con un consejero de guardia a Family Foundations porque su consejero no está disponible y asesoramiento de emergencia o de crisis es necesario durante la ausencia de su consejero. Si usted necesita los servicios de un consejero "de guardia," usted está responsable de pagar el consejero "de guardia" en el momento de servicio. Si una llamada de teléfono dura por lo menos 15 minutos será un recargo de gastos extra. El recargo será el precio del consejero de guardia. **Seguro no será facturado por estas sesiones. Excepción:** Si el consejero de guardia es un proveedor preferido para su seguro and usted quiere facturar el seguro, entonces usted necesitará hacer el cuestionario con el consejero "de guardia" como si estuviera un cliente nuevo.

Gracias por entender nuestras normas financieras. Por favor, déjenos saber si usted tiene una pregunta o duda.

**Yo he leído las Normas Financieras. Yo entiendo y estoy de acuerdo con estas Normas Financieras:**

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o del Parte Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o del Parte Responsable