

Synchrony of Visalia, Inc.

Acuerdo de servicios Psicológicos

Aseguranza/Metodo de pago: Al menos que se hayan hecho otros arreglos con anterioridad o su aseguranza tenga cobertura medica, eso tiene que estar resuelto antes que se le de cualquier tipo de servicio. Synchrony le proveera un estado de cuenta basado en los servicios que recibira. En dado caso que nos llegarán a regresar un cheque que no tiene fondos se le cobrara la cantidad de \$25.00 adicionales a los cargos que el banco nos pueda hacer.

Cancelación de una cita o no presentarse a la cita: Las citas son de 50 minutos y por lo menos tienen que cancelarse 24 horas antes para evitar cargos por no haber asistido a la sesión. **Si a usted se le olvida que tiene una cita o cancela en menos de 24 horas usted recibira cargos por esa sesión que no atendio.** Si usted llama despues de las horas de oficina por favor de dejar un mensaje en la maquina contestadora. Si usted esta asistiendo a una terapia de grupo y falta a su cita se le harán cargos por todas las sessions de grupo, mientras sea miembro del grupo.

Cartas, reportes, y otros matariales por escrito: Cuando se solicita una carta, un reporte o cualquier información por escrito acerca de las sessions, se le pide a los clientes que hagan su petición 7 dias antes del dia que van a necesitar dicha información. Cuando usted haga su petición tiene que **pagar el total de la cantidad acordada**, para poder darle la información que esta solicitando. Habra un cargo extra por cualquier información adicional que sea requerida.

Cuidado de niños : Lo sentimos mucho pero no tenemos cuidado de niños. No nos hacemos responsables por el cuidado de sus hijos.

Información confidencial: Bajo la ley del Estado de California, el contenido de este tratamiento de servicio de salud mental es confidencial, excepto en ciertas situaciones especificas. Esto quiere decir que no podemos proporcionar ningún tipo de información acerca de usted, incluyendo a miembros de su familia, sin su consentimiento por escrito, con las siguientes excepciones: Los empleados de Synchrony están autorizados para reportar cualquier situación donde estén en peligro la salud y la seguridad de otras personas. Los reportes no contienen información que no este relacionada con la condición o situación de la persona. Su terapeuta tiene una lista de las condiciones especificas y estaria dispuesta a revisarlas con usted. También se entiende que en dado caso de que el servicio no se este pagando despues que aya pasado un tiempo razonable ,el balance de la cuenta se tendra que mandar a una agencia de collección. La información que se les proveera sera limitado a su nombre, dirección y número de telefono, e información de su cuenta. Su terapeuta, usando su criterio profesional puede discutir algunos aspectos de su caso con otros profesionales en el servicio de salud mental solo cón fines profesionales. Si tiene cualquier pregunta referente a esta información, por favor no dude en preguntar a cualquier miembro de la oficina o a su terapeuta.

He leído y entendido toda la información que se me ha dado y estoy de acuerdo en los terminos contenidos en esta aplicación de servicios de consejeria.

Firma: _____ Fecha de hoy _____

Nombre: _____

Apellido

Primer nombre

Nombre del medio

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Estado

Codigo postal

Telefono de la casa _____ Telefono del trabajo _____ Telefono de emergencia _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____

Estado marital: Divorciado ___ Casado ___ Viudo ___ Nunca se ha casado ___ Casado, actualmente separado ___

¿Esta usted empleado? si ___ no ___ donde: _____

Ocupación _____ Ingresos por año _____

Aseguranza primaria: _____

Nombre de su aseguranza primaria: _____

Seguro social del asegurado _____

Descripción del problema: _____

Tipo de servicio solicitado: Matrimonial ___ Orientación para padres ___ Depresión ___

Familiar ___ Caso abusivo ___ Ansiedad ___ Otro ___

Etnicidad: Africano-Americano ___ Asiatico ___ Hispano ___ Nativo Americano ___ Otro ___

¿Que persona o agencia lo refirio a Synchrony? _____

¿Tenemos permiso para notificar a esta persona o agencia que usted ha echo una cita con nosotros? Si ___ No ___

¿Actualmente, esta usted recibiendo servicios de otra agencia? _____

Consejero anterior: _____ Fechas aproximadas _____

¿Esta usted desabilitado? No ___ Si ___ si ese es el caso ¿cual es la incapacidad que tiene? _____

Nombre del Doctor: _____ Telefono: _____

Medicamentos que esta tomando: _____

Yo autorizo a Synchrony para que revele cualquier información relacionada con el proceso de mi reclamo de aseguranza por tratamiento ofrecido a mi o a mi hijo menor de edad.

Firma: _____

Por favor vea al reverso de la hoja

