

Synchrony of Visalia, Inc.
Aplicación Para Servicios psicológico

Nombre de Niño: _____
Apellido Primer Medio

Dirección: _____
Calle Estado Código

Padres / Jurisprudencia Nombre: _____

Teléfono de Casa: _____ Número de Trabajo: _____

Número de Celular: _____ Cheque caja donde un mensaje puede ser dejado: Casa
 Trabajo Celular

Nombre teléfono y dirección de otro Padre: _____

(Si no mismo que arriba) _____

En caso de emergencia, contacte a: _____ Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento del niño: _____ Seguro Social del niño #: _____ - _____ - _____

Padres / Jurisprudencia

Estado Matrimonial: Divorciado(a) Casado(a) Vudo(a) Nunca

Casado (a) Cazado(a), pero actualmente separado(a) Otro _____

Padres / Jurisprudencia

Esta usted empliado(a) No Si Donde: _____ Ocupación: _____

Ingresos de familia completos del ano: \$ _____

Aseguransa Primaria: _____

Nombre del Asegurado (a): _____ Seguro Social del Asegurado: _____

Descripción Del problema: _____

Síntomas: Ansiedad Depresión ADD/ADHD Manico Otro

Fobia Familiar Desorden de comida

De Conducta Escolar RAD

Étnecidad: _____

Escuela Atendiendo: _____ Grado: _____

Cuál persona o agencia lo(a) referio(a) a Synchrony? _____

Tenemos permiso de notificar esta persona o Agencia, que usted izó una cita con nosotros?

Si No

Esta usted recibiendo Servicios de cuál quiere otra agencia? _____

Consejero(a) Anterior: _____ Fecha Aproximada _____

Su hijo(a) esta discapitado(a)? No Si Si usted esta, cual es la condición de discapacidad?

Nombre de Doctor: _____

Teléfono: _____ Medicamentos que esta tomando: _____

Yo mismo autorizó Synchrony que realicé cual quiere información relatada al procesó de mi clama de aseguracía y (o) un tercer pagador de clama para tratamiento recibido a mi o a mi hijo(a) que es menor de edad.

_____ (Firma de Padres / Jurisprudencia)

****Por favor vea Reverso****

Synchrony of Visalia, Inc.

Acuerdo de Servicios psicológico

Cargos

Los cargos por cita son \$110.00. Cual quier pago menos de \$110.00 es pago parcial. En orden de determinar si usted califica por un pago parcial (cual es basado en los ahorros de cada mes y el numero de dependientes), usted tiene que proporcionar nos con un talón de cheque, copias de impuestos regresados del ano pasado, o cual quiere otra prueba escrita de ingresos. Si no podemos verificar sus ingresos, usted puede pagar el precio complete de \$110.00. **Los cargos tienen que ser pagados en el tiempo de cada sesión de terapia si otros arreglos no fueron hechos.**

Asseguransa / Origen de pago

Si otros arreglos están hechos después del tiempo de cita, o su asseguransa es una de contacto manejado, todos cargos son debidos al tiempo que los servicios son dados. Synchrony va producir una cuenta de cargos necesaria para que sea mandada con su forma de reclamos.

Cancelaciones y Citas Falladas

Citas están planeadas por 50 minutos y deben ser canceladas 24 horas en avanza para evitar ser cobrado por la sesión fallada. **Si usted falla una cita planeada o cancela una cita en menos de 24 horas en avanza usted va ser cobrado por la sesión.** Puede dejar mensaje con el servicio de contestación si necesita llamar después de horas de negocio. Personas en terapia van a ser cobrados por todas las sesiones de grupo mientras sean miembro del grupo, incluyendo citas falladas.

Letras, Reportes, y otros Materiales Escritos

Cuando pidiendo letras, reportes, y otra información escrita acerca de las sesiones, clientes son preguntados que sometan su recuesta siete (7) días en avanza del día que el material esta necesitado. Cuentas de balanceó, si algunas, deben ser pagodas en complete antes que realicemos el material recuéstado, si otros arreglos no están hechos en avanza. Si ay cargos por cual quiere reporte y/o cesamiento narrativos.

Cuidado de Niños

El espacio es limitado y lo sentimos que el personal no puede serse cargo de los niños.

Información Confidencial

Bajo la ley de California, el contenido de tratamiento de salute mental es confidencial con el respecto de ciertas situaciones especificas. Esto quiere decir que nosotros no podemos realizar cual quiere información sobre usted a nadie, incluyendo miembros de familia, si su consienta escrita, con las excepciones seguidas: El personal de Synchrony debe reportar situaciones en que la salute y seguridad de otros puede ser arriesgada. Reportes no contienen información no relacionada con el reporte de condición. Su terapeuta tiene una lista de condiciones especificas y le encantara repasar las con tigo. También esta entendido que en la ocasión que su cuenta no sea pagada después de batallas razonables de colectar están hechas, su cuenta va ser pasada a una agencia de coleccion. Información proporcionada va ser limitada a su nombre, dirección, y número de teléfono y información de su cuenta. Su terapeuta, en usando juicio razonable y profesional, puede discutir aspectos de su caso con otros profesionales de salute mental que van a darle cobertura o consulta de el/ella por objeto profesional.

Si tiene preguntas sobre cual quiere aspecto de arriba, por favor de no vacile en preguntando el personal de la oficina y/o su terapeuta.

Eh leído y comprendo todo lo de arriba y estoy de acuerdo con todas las condiciones en la Aplicación de servicios psicológicos.

Firma: _____ Fecha: _____

Cliente puede tener copia al pedir