# Información general del cliente

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: | Segundo Nombre: | | Apellido: | | |
| Correo Electrónico: | | Fecha  De Nacimiento: | | Edad: | H ☐ M ☐ |
| Dirección Postal: | | | | | |
| Ciudad: | Estado: | Código  Postal: |  | | |
| Numero  Telefónico: | Cell: | | Numero de  Trabajo: | | |
| Empleador: | | **Titulo/** Posición de trabajo: | | | |
| Estado Civil: Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ | | | | | |
| **Referido por**: | | | | | |
| **¿Como supo de nuestros servicios?** | | | | | |
|  | | | | | |

**Contacto de Emergencia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: | Teléfono #: | Trabajo #: | Cell#: |
| Relación a Ud.: | Nombre de  Adulto Responsable: | | Cell#: |

**Información de Contacto**

Como favor a usted, intentaremos contactarlo para recordarle de sus próximas citas. Marque la línea correspondiente para indicar su método preferido de notificación e incluya la información de contacto.

|  |  |
| --- | --- |
| * **TEXTO** | Numero: |
| * **LLAMADA** | Numero: |
| * **CORREO ELECTRONICO** | Dirección electrónica: |

Entiendo que la comunicación electrónica (texto, correo electrónico, teléfono celular) no siempre es un medio seguro de comunicación. Estoy consciente de que Eagle Counseling puede negarse a comunicarse a través de la comunicación electrónica dependiendo de la naturaleza de la información médica compartida. No somos responsables de correos electrónicos mal dirigidos, mal entregados o interrumpidos, ni somos responsables por violaciones de confidencialidad causadas por usted o una tercera persona. Los problemas urgentes deben ser atendidos por teléfono. Doy permiso para que Eagle Counseling use la comunicación electrónica conmigo.

Firma del Cliente o Adulto Responsable Fecha 1

# Póliza de cancelación: Todas las citas deben ser canceladas con 24 HORAS de anticipación. Si no se cancela dentro de este plazo, se generarán los cargos enumerados:

# Sin cargo por primera vez; $ 25 por segunda vez; $ 50 por todas las demás ocurrencias

# Poliza de Ausencia:

* A los clientes que no cancelen y no asistan a las citas programadas se les cobrará una **tarifa de**  
  **ausencia de $ 50.**
* Si se cobra a la cuenta un cargo por cancelación tardía o ausencia, el cliente es responsable del saldo antes de la reprogramación de cita.
* En el caso de que un cliente tenga servicios bajo un Programa de Asistencia al Empleado (EAP) o Atención Administrada (Managed Care), la tarifa de cancelación u ausencia se le cobrará al cliente y no al programa de beneficios.

He leído y entiendo la póliza de **cancelación** tardía y **ausencia** tal como se explica y describe en esta declaración. Acepto adherirme a la póliza y seré responsable de la información contenida en ella.

Firma del Cliente o Adulto Responsable Fecha

## Póliza de Pago

Los clientes son responsables de todos los pagos al momento de recibir servicios. Se aceptan cheques, efectivo/cash, y tarjetas de Visa y MasterCard.

Con mi firma, autorizo a Eagle Consulting a retener la información de mi tarjeta de crédito / débito en sus archivos confidenciales y cargar automáticamente mi tarjeta de débito / crédito al momento de cada sesión/ cita, renunciando a la necesidad de autorizaciones individuales. Si elijo descontinuar este método de pago, notificaré a Eagle Consulting.

Visa:\_\_\_\_\_\_\_\_ Mastercard:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Discover:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en la Tarjeta:

Numero de Tarjeta: Fecha de Expiracion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Frima: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Acuerdo de Consejeria

## Declaración de Confidencialidad

Como cliente, visita, invitado o estudiante de Eagle Consulting, entiendo que las Regulaciones Federales

sobre confidencialidad requieren que yo como consejero/a no revele la identidad de ninguna persona que

a la cual le proveo consejería en Eagle Consulting. Entiendo que cualquier divulgación de información del

paciente, incluyendo la presencia de la persona en el tratamiento, o la descripción de cualquier persona

sin el consentimiento específico por escrito de esa persona puede interpretarse como un delito penal

federal.

Acepto mantener la confidencialidad de los pacientes de Eagle Consulting. Cualquier solicitud de

información se entregará al director, quien divulgará dicha información dentro de los lineamientos de póliza

de Eagle Consulting.

Mantengo la confidencialidad de quienes reciben atención y consejería en Eagle Consulting para facilitar un

entorno seguro para el tratamiento y la salud de los demás y de mí mismo.

Firma del Cliente, Visita o estudiante Fecha

***Confidencialida de Expedientes del Cliente***

La ley Federal protege la confidencialidad de los expedientes de clientes mantenidos por este programa. En general, el programa no puede decirle a una persona ajena a Eagle Consulting que un cliente asiste al centro, ni divulgar ninguna información que identifique a una persona como cliente de Eagle Consulting a menos que:

1.El cliente o padre de un menor provea consentimiento por escrito.

2.La divulgación está permitida por una orden de corte/judicial.

3.La divulgación se realiza a emergencias médicas.

4.La divulgación es sobre sospecha de abuso o negligencia de niños menores o/e infantil.

5.La divulgación se refiere al comportamiento que pone al cliente u otros en peligro mientras trabaja el consejero en lo que el/ella pueda asumir razonablemente como una posición sensible

a la seguridad.

He leído y entiendo las limitaciones de confidencialidad y divulgación de información como se explica y describe

en esta declaración.

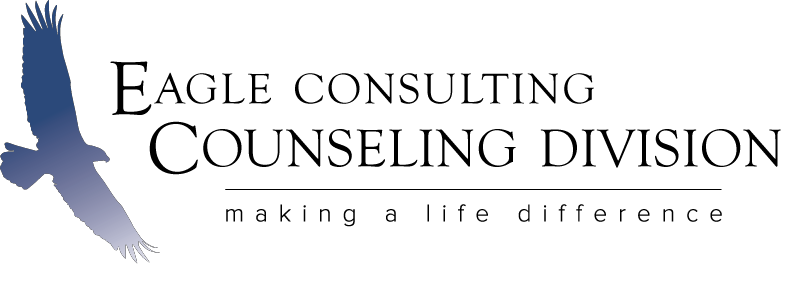
Firma del Cliente o Adulto responsable Fecha

## Acuerdo de Consentimiento

Por la presente, doy permiso para que los consejeros de Eagle Consulting puedan proveer consejería, observación de asesoramiento o evaluación de diagnóstico determinada ser necesario para tratamiento. Entiendo que las sesiones de consejería para mi familia, mi matrimonio o para mí son estrictamente confidenciales.

Firma del Cliente o Adulto Responsable Fecha

3



# Programa de Asistencia al Empleado (EAP)/Seguro Medico/Tercera Cobertura

Si los clientes asisten a sesiones de consejería a través de un programa de asistencia al empleado (EAP), seguro médico o una tercera cobertura, se requiere aprobación previa y el número de sesiones preestablecidas. Para los clientes que asisten a través de un seguro médico, el número de sesiones está determinado por el número autorizado por la compañía de seguros. Si el EAP, el seguro médico o una cobertura tercera no cubren las tarifas de la sesión, el saldo se devolverá al cliente para ser pagado.

# Información de Seguros Medicos/Aseguranza

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Seguro Medico: | | | | |
| Nombre de asegurado: | 2do Nombre: | | Apellido: | |
| Relación del Asegurado/a al Cliente: ☐El/Ella Mismo/a ☐Esposo/a ☐Hijo/a ☐Otro: | | | | |
| Dirección Postal del Asegurado/a: | | | | |
| Numero Telefónico de Asegurado #: | | Numero del Trabajo #: | | Cell #: |
| Numbero de Poliza#: | | Numero de Grupo#: | | |
| Fecha de Nacimiento de Asegurado/a: | | * H ☐M (Sexo) | | |
| Empleador del Asegurado/a: | | | | |

**Consentido de Facturación**

#### Con este consentimiento, autorizo a Eagle Consulting poder llamar a mi hogar u otra ubicación alternativa en referencia a cualquier artículo que ayude a la práctica clínica. Esto incluye elementos tales como preguntas sobre seguros médicos, preguntas sobre el pago de servicios y todas llamadas relacionadas con la atención clínica.

**Además, autorizo a Eagle Consulting a divulgar a mi compañía de seguro médico cualquier información**

**necesaria para procesar reclamos cuando accedo a los beneficios. Esto puede incluir un diagnóstico y**

**razones de tratamiento, así como notas que se han tomado de progreso de mi atención clínica.**

**Firma de Asegurado/a**: **Fecha**:

Adulto responsable (no el asegurado/a): Fecha:

#### Co-Pago

#### Su copago se espera en su totalidad en cada visita al consultorio. Le pedimos que pague antes de la cita para su conveniencia. Esta cantidad ha sido establecida por su compañía de seguro médico, su empleador y/o Eagle Consulting.

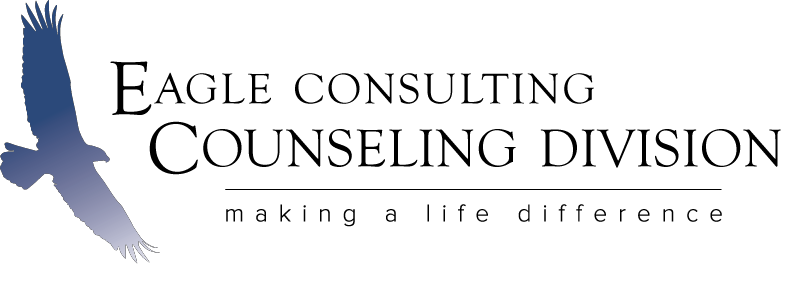
#### Servicios no cubiertos

Tenga en cuenta que algunos de los servicios que reciba usted, pueden no estar cubiertos por su seguro

médico o plan EAP. Algunos de estos servicios a veces incluirán pruebas de perfil de personalidad, contratos

familiares, libros, sesiones telefónicas, clínica médica o correspondencia con otros proveedores o agencias.

Usted es responsable del pago de estos servicios.



**HIPPA\***

Para su conveniencia, una copia del Aviso de prácticas de privacidad de HIPPA se encuentra en el área de

espera de Eagle Consulting. Si desea obtener una copia de esta póliza, consulte la recepción y estaremos

encantados de ayudarle. Si tiene alguna pregunta sobre esta póliza, no dude en comunicarse con Kim

Smith al 256-341-0811.

Yo, , se me ha notificado que una copia del Aviso de prácticas de privacidad de HIPPA de Eagle Consulting, que detalla cómo se puede usar y divulgar mi información según lo permitido por las leyes federales y estatales, se encuentra en el área de espera de Eagle Consulting. Además, entiendo el contenido de la Notificación. Por ley, Eagle Consulting debe obtener su firma que indique que ha leído / recibido el documento. Su firma a continuación no cede ningún derecho o confidencialidad.

FIRMADO: FECHA:

\* *La Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) es una ley federal que establece normas acerca de quiénes pueden ver y recibir información sobre su salud. Esta ley le da derechos con respecto a la información sobre su salud y sobre cuándo puede compartirse dicha información. También exige que sus médicos, farmacéuticos y demás proveedores de atención médica, así como también su plan de salud, le expliquen sus derechos y la manera en que la información sobre su salud puede utilizarse o compartirse.*

*Gracias por elegir a Eagle Consulting / Counseling.*

*Reconocemos que tiene una opción al considerar proveedores de consejería, y le agradecemos su confianza en nosotros. Nos complace ofrecerle la más alta calidad de servicios terapéuticos y clínicos. A cambio, apreciamos su cooperación con nuestro personal y las recomendaciones de tratamiento. Si en algún momento no queda satisfecho con los servicios que está recibiendo o desea cambiar de consejero/a, discuta estas inquietudes con su consejero/a y / o el director clínico. Intentaremos acomodarlo cuando sea apropiado o ayudarlo a referirlo a otra agencia.*

*¡Gracias nuevamente por elegirnos para acompañarle a usted durante esta temporada de su vida!*

[**www.counselingtec.com**](http://www.counselingtec.com)

5