

Center Point

Hoja de Información y Contrato de Tratamiento

La orientación es una empresa cooperativa con la responsabilidad que se apoya tanto en el terapeuta y el cliente. Por favor lea cuidadosamente la información más abajo. Si tiene algunas preguntas, su terapeuta estará encantado de discutir las con Usted.

DERECHOS DE LOS CLIENTES: Ud. tiene el derecho de decidir no entrar en terapia o terminar su terapia en cualquier momento. Ud. Tiene el derecho de hacer cualquier pregunta, en cualquier momento, sobre lo que se hace durante la terapia, y recibir respuestas que le satisfacen. Ud. tiene el derecho de no permitir cierto tipo de técnica de terapia. Ud. tiene el derecho a la confidencialidad del tratamiento con ciertas excepciones (véase abajo). Ud. tiene el derecho de examinar sus archivos y conseguir copias para otros profesionales.

LIMITES EN LA CONFIDENCIALIDAD: En lo general, las comunicaciones entre el cliente y el terapeuta son confidenciales. Tal información no será publicada a nadie, incluso otras agencias, sin su consentimiento por escrito. Sin embargo, hay algunas limitaciones en la confidencialidad. Como mandatos reporteros, la ley del estado de Georgia requiere que el terapeuta reporte a las autoridades apropiadas cualquier abuso sospechoso (incluso el abuso sexual, el abuso físico y la negligencia) de un menor de edad, de un anciano, o de un adulto dependiente/discapacitado. Los mandatos reporteros también están obligados a reportar un riesgo inminente de suicidio y amenaza(s) de homicidio. Además, si el terapeuta recibe una citación o un orden judicial para declarar en un asunto legal en el cual un cliente está involucrado, el terapeuta tiene que contestar. En caso de una emergencia médica, profesionales médicos serán contactados inmediatamente. Si decide usar su seguro de salud para cubrir parte del costo del tratamiento, Center Point tendrá que revelar A) el hecho de que Ud. es un cliente; B) el diagnóstico primario por lo cual está recibiendo tratamiento.

DURACIÓN DE LA SESION: la hora terapéutica dura entre 45 y 50 minutos. El Tiempo se necesita para reservar la próxima sesión, recibir el pago y llenar notas de progreso.

CITAS TARDES: Los terapeutas están programadas para ver a sus clientes cada hora. Por lo tanto, es necesario estar a tiempo para su sesión. *Si un cliente decide llegar tarde, solo el resto del tiempo de la sesión programada será utilizado. Si un cliente llega más de 20 minutos tarde, la cita será cancelada y será reprogramada para otro día y el cliente será cobrado una tarifa por la cita perdida.*

CANCELACIONES: La asistencia regular producirá máximo beneficio posible. Si usted debe cancelar, por favor llame a su terapeuta y deje un mensaje en el correo electrónico al menos de 24 horas antes de su cita programada. *Se cargará una tarifa para las cancelaciones que se reciban menos de 24 horas de anticipación.*

LLAMADAS TELEFÓNICAS: Su terapeuta le dará un número telefónico donde podrá dejar un mensaje confidencial para él/ella. Cuando llame, por favor deje su nombre y número telefónico (deje su número aunque ya lo tengamos). Le regresaremos su llamada en una manera oportuna.

PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA: A fin de asegurar pronta atención durante una emergencia en que Ud. no puede ponerse en contacto con su terapeuta, Ud. necesita contactar con **Northeast Georgia Medical Center (770) 535-3553**, donde hay personales de emergencia de salud mental disponibles 24 horas por día. Por favor llame al 911 para asistencia inmediata.

PAGO: El Pago se realiza al día de la cita y se puede pagar con efectivo, cheque, o tarjeta de crédito. Por favor haga todos los cheques a nombre de Center Point. Hay una tarifa de \$25 por cualquier cheque devuelto a los fondos insuficientes.

SEGURO: Sólo los terapeutas con licencia profesional pueden aceptar seguros. Hay muchas variaciones de planes de seguros individuales incluso a planes con cantidades deducibles, cantidades copagos y cantidades del coaseguros. Center Point se pondrá en contacto con su compañía de seguro para informarse de la cantidad requisita para cada sesión y tratara las reclamaciones de su parte. Sin embargo, Ud. es responsable del pago si por alguna razón su reclamación es negada aun si ya no recibe servicios en Center Point.

Al firmar abajo, doy mi consentimiento para recibir tratamiento como se describe en este formulario y estoy de acuerdo con estos términos y condiciones:

1. _____ es la cantidad que tendré que pagar por sesión
2. _____ es la tarifa para las citas faltadas y entiendo que no será pagada por mi seguro de salud pero es mi responsabilidad de pagar
3. ___ Doy mi consentimiento al tener la información de mi tarjeta de crédito en archivo
4. ___ No doy mi consentimiento al tener la información de mi tarjeta de crédito en archivo
5. Me han ofrecido y / o he revisado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Center Point
6. He sido informado de que Center Point está en conformidad con el Acto de Portabilidad de la Información de Salud (HIPPA)

**Para aquellos clientes que acceden a sus beneficios de seguro de salud*

7. Doy mi consentimiento a Center Point a divulgar la información de salud necesaria para tratar mis reclamaciones de seguro
8. Autorizo el pago directo a Center Point de los beneficios debidos para el tratamiento
9. Estoy de acuerdo en decirle a mi terapeuta de cualquier cambio en mi seguro de salud

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

* La firma del padre custodial o guarda se requiere para clientes menos de 18 años de edad.

Terapeuta: _____ Fecha: _____