

Brazoria Centro de Orientación del Condado

120 E. Plum Angleton, Texas 77515

979 549 0889 - oficina 979

549 0878 - Fax

Ciente nuevo,

Por favor llene toda la documentación incluida en este paquete.

Si está utilizando EAP (Programa de Asistencia al Empleado) , Por favor, incluya la siguiente información:

- EAP Compañía
- Numero de autorización
- Tiempo sesiones EAP marco son válidos vez **TODAS** sesiones de EAP se utilizan y que desean continuar con los servicios de orientación,

tendremos que presentar futuras sesiones con su seguro de salud primaria. En caso debe continuar, **ADEMÁS** completar la sección de seguros (de nombre de la empresa, identificación de miembro #, # Grupo y número de teléfono compañía de seguros normalmente se encuentra en la parte posterior de la tarjeta de seguro),

Proporcionar la información solicitada seguros nos permitirá verificar los beneficios antes de su cita. entonces seremos capaces de ofrecerle la información más precisa disponible para nosotros en términos de co-pago y la información deducible vez se utilizan sesiones de EAP. Por favor inicie todas las páginas donde destacan.

Si va a devolver este paquete a través del correo electrónico antes de su cita, por favor incluya una copia de su tarjeta de seguro, licencia de conducir y tarjeta de crédito / débito se va a colocar en los archivos de nuestra oficina. ¡Esperamos contar con su presencia!

Gracias de antemano,

Brazoria Centro de Orientación del Condado

Brazoria Centro de Orientación del Condado

120 E. Plum Angleton, Texas 77515

979-549-0889

Información del cliente

Nombre: _____

Apellido

Nombre de pila

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono particular

_____ teléfono celular _____ EMAIL: _____ Sexo: (Un círculo) MF

Cumpleaños: _____ Soc Sec #: _____

Estado civil: (Un círculo) Solo Casado Separado Divorciado Viudo o un niño

Lugar de empleo y el trabajo #: _____ ¿Quién quisiera dar las gracias por

referirlo? _____ En caso de emergencia, por favor notifique a

_____ Teléfono: _____

SI EL NIÑO: Nombre de los padres, lugar de trabajo y el número de teléfono:

Mother _____ Padre:

_____ Estudiante en: _____

Teléfono de la escuela # _____ Dirección de Escuela: _____

Información del seguro:

Nombre del asegurado principal: _____ Fecha de nacimiento SS # _____ del asegurado principal: _____ Dirección del

asegurado principal: _____ nombre de la compañía de seguros:

_____ TelPropio para la elegibilidad: _____ Grupo #: _____ suscriptor ID #:

EAP Nombre: _____ autenticación # _____ Número de sesiones: _____ Teléfono: _____ Las fechas de vigencia para

EAP: _____ a _____

El que suscribe, certifica que mi dependiente o tengo cobertura de seguro con: _____ y asignar directamente el condado de Brazoria Centro de Orientación todos los beneficios del seguro, si los hay otro modo pagadero a mí, porque yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por seguro. Por la presente autorizo el condado de Brazoria Centro de Orientación para liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. Por otra parte, autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

Firma Responsable

Relación con el paciente

Fecha

Condado de Brazoria Centro de Orientación, LLC

En cuanto a la política de la Colección: Co-pagos, deducibles, Tasas y reclamaciones de seguros denegados

Como cliente de BCCC, usted será responsable del pago de los honorarios de asesoramiento y terapia. Si decide utilizar su cobertura de seguro de salud en relación con los servicios de terapia y asesoramiento, el personal administrativo intentará ayudarlo a dar respuesta y tratar tales reclamaciones de seguros. Sin embargo, es su póliza de seguro y por lo tanto su responsabilidad de asegurarse de que sus reclamaciones de seguros se paguen.

Las tarifas para la terapia y servicios de asesoramiento, incluyendo los co-pagos, deducibles y las reclamaciones de seguros negados por cualquier razón, a menos que se disponga otra cosa será su responsabilidad. Comisión se cargará contra la cuenta de tarjeta de crédito como se establece en el Acuerdo de cancelación.

Si el psicoterapeuta se preguntó alguna vez a testificar en la corte en usted o nombre de su hijo, usted es responsable de la tarifa testimonio profesional de \$ 100.00 por hora.

Si por alguna razón usted no paga o no paga su cuenta, Vamos a pasar su mora a una agencia de colecciones y usted será responsable por los costos que resulten de aplicación.

***** llamadas de confirmación de nuestra oficina son sólo una cortesía. Es NO nuestra responsabilidad para asegurarse **Estarás aquí. Si usted no da aviso suficiente, hay Habrá una cuota de no presentarse o cancelación tardía. Si son más de 15 minutos tarde, tendrá que volver a programar y pagar por que cita perdida.** *****

Contrato de cancelación

Ya sea como paciente en la terapia y / o la persona responsable del pago de tasas en relación con los servicios de orientación o testimonio de la corte profesional, estoy de acuerdo en que todas las citas de asesoramiento hacen con BCCC se mantendrá. Sin embargo, si por ALGUNA razón, cualquier cita programada no se mantiene a la hora programada, estoy de acuerdo para dar BCCC no menos de veinticuatro horas de anticipación. En el caso BCCC no recibe al menos veinte cuatro (24) horas

avanzar en el aviso de cancelación de cualquier cita programada, independientemente de la razón para dicha cancelación, estoy de acuerdo en pagar una tasa de cancelación de \$ 75.00 . Estoy de acuerdo en que la tarifa se cobrará a la cuenta de tarjeta de crédito se indica a continuación:

Visa • tarjeta MasterCard • Otro • _____ • Sin tarjeta (véase más adelante)

Número de cuenta _____ Fecha de caducidad: _____ / _____ (mm / año)

Número VIN (código de 3 dígitos en el reverso de la tarjeta): _____ Nombre del titular de la tarjeta: _____

Por favor imprimir

dirección de facturación de la tarjeta: _____ Fecha: _____

Firma del titular de la tarjeta del partido / Responsable: _____ Imprimir

Nombre: _____ Firma del terapeuta: _____

• Sin tarjeta

Estoy de acuerdo que soy totalmente responsable y deberá pagar todos los gastos de asesoramiento, las tarifas finales, sin gastos de espectáculos o tasas judiciales testimonio que pueden estar asociados con mi cuenta.

**Brazoria Centro de Orientación del Condado
120 E. Plum Angleton, Texas 77515
979-549-0889**

Nombre del cliente: _____

CONSENTIMIENTO PARA LA SALUD MENTAL

Yo, el firmante, de acuerdo voluntariamente a servicios de orientación, ya sea por grupo individual o familiar a ser proporcionada por el Condado de Brazoria Centro de Orientación. Soy consciente de que la práctica de la orientación no es una ciencia exacta. Como consecuencia de ello, reconozco que hay garantía se ha hecho a mí en relación con el resultado de cualquier evaluación o tratamiento que pueda ser prestados. Además, entiendo que la evaluación y el tratamiento pueden implicar la discusión de eventos personales en mi propia historia que, a veces, pueden ser incómodo.

Limitaciones a la confidencialidad:

Información sobre el diagnóstico, evaluación o tratamiento de un cliente con cobertura de Medicaid y la mayoría de los planes de seguros de salud privados suele ser información confidencial que esta oficina puede revelar sólo a personas autorizadas. Sólo el cliente puede dar permiso por escrito para la divulgación de cualquier información pertinente antes de que la información del cliente puede ser puesto en libertad, y la confidencialidad debe ser mantenida en todos los demás aspectos.

Los siguientes son excepciones a la confidencialidad que cada cliente tiene que entender de antemano. Si un consejero aprende de niño o el maltrato de ancianos que se está llevando a cabo o tiene la posibilidad de que se repitan, él o ella tiene la obligación legal de informar que el abuso a las autoridades correspondientes.

Si un cliente psicoterapia / asesoramiento, muestra la intención de hacer algo que es probable que hacerle daño / ella o los demás, se requiere que el consejero de reportar esa intención.

Si una orden judicial, otros procedimientos legales, o estatuto requiere la revelación.

DERECHOS BÁSICOS PARA TODOS LOS CLIENTES

Usted tiene el derecho de acceso imparcial al tratamiento independientemente de su raza, religión, sexo, origen étnico edad o discapacidad. Usted tiene el derecho a la consideración y tratamiento respetuoso y reconocimiento de su dignidad personal. Usted tiene derecho a una declaración escrita de sus derechos.

Usted tiene el derecho a ser informado de sus derechos en un lenguaje que entienda. Usted tiene el derecho a participar en las decisiones de tratamiento.

Usted puede terminar servicios en cualquier momento si no está prohibido legalmente de hacerlo.

Usted tiene el derecho a ser informado de las alternativas disponibles cuando salga de tratamiento, y se le dará seguimiento específico recomendaciones descritas.

Usted tiene el derecho a reportar cualquier incidente de abuso o negligencia, si usted es una víctima o un observador. Usted tiene el derecho de retirar su permiso en cualquier momento en los asuntos a los que haya consentido previamente. Usted tiene el derecho de solicitar la opinión de otro médico por su propia cuenta.

Procedimiento de queja o quejas

El terapeuta proporcionará servicios de una manera profesional consistente con todas las leyes, normas, directrices y códigos de ética y de conducta en relación con el terapeuta y la relación cliente / terapeuta regulación aplicable. Cualquier insatisfacción con los servicios o

otra queja debe ser discutido con el terapeuta. También puede presentar

una queja en relación con un terapeuta para:

**Junta Examinadora de Consejeros Profesionales del Estado de Texas
1100 West 49 • Calle Austin,
Texas 78756-3183
(512) 834-6658**

Certifico que: (Marque uno)

He recibido una copia de este documento antes del tratamiento. El personal ha explicado su contenido a mí en un idioma que entiendo.

Firma: _____

Fecha: _____

Behavioral Health / Coordinación de Proveedores Médicos de Atención

Por favor complete esta forma para el Condado de Brazoria Centro de Orientación puede comunicarse con médico de atención primaria o un psiquiatra. Si no hay ningún médico / psiquiatra o no quieren revelar información, por favor indique con una "X" en la parte inferior de la página y cartel con su nombre. Nombre del cliente:

_____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio del Cliente: _____ Teléfono durante el día #: _____

Médico de atención primaria o información psiquiatra

___ Cliente **no** tener un proveedor de salud médica.

Nombre del médico de atención primaria: _____ del médico Dirección: _____ # Teléfono del médico de atención primaria: _____ de fax del médico de atención primaria #: _____ El tratamiento y los medicamentos

actuales: _____ **Client no tener un psiquiatra. Nombre del psiquiatra:** _____

del psiquiatra Dirección: _____ Teléfono del psiquiatra #: _____ del psiquiatra Fax: _____

_____ El tratamiento y los medicamentos actuales: _____

Autorización de clientes:

Yo entiendo que soy **NO** obligado a firmar esta autorización como una condición para recibir los servicios de Brazoria County Counseling Center clínicos. La razón de la divulgación es para facilitar la continuidad y la coordinación de su tratamiento y puede incluir el diagnóstico de un trastorno de salud mental. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción se ha realizado en función de ella. En cualquier caso, este consentimiento expirará un (1) año a partir de la fecha de la firma, a menos que se revoque antes.

Fecha de vencimiento: _____

Doy mi autorización:

___ a dar cualquier información sobre salud mental aplicable a mi médico de atención primaria / psiquiatra que aparece arriba. ___ a dar cualquier información médica aplicable **DE** mi médico de atención primaria / psiquiatra para

Brazoria Centro de Orientación del Condado. ___ **YO NO HAGA** dar autorización para divulgar cualquier información a mi médico de atención primaria / psiquiatra.

x _____
Firma o los padres del cliente / Firma del Guardián

Fecha: _____

PARA USO DE LA OFICINA ONLY- clínico completar esta sección para comunicar al médico / psiquiatra.

Nombre: Brazoria Centro de Orientación del Condado Dirección: 120 E. Plum Angleton, Texas 77515

Tel: 979 549 0889

Diagnóstico del cliente: _____ Comentarios: _____

Brazoria Centro de Orientación del Condado
120 E. Plum Angleton, Texas 77515
979 549 0889

HIPPA Reconocimiento y Formulario de Consentimiento

Entiendo que bajo la Ley de 1996 Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- * Conducir, planear y dirigir mi tratamiento y seguimiento de la atención entre los múltiples proveedores de salud que pueden estar implicados en el tratamiento que directa o indirectamente.
- * Obtener el pago de terceros pagadores designados.
- * Llevar a cabo las operaciones normales de cuidado de la salud, tales como evaluaciones o evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He sido informado por su parte de su *Aviso de prácticas de privacidad* contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información médica (disponibles en la oficina en forma impresa). He revisado dicha Notificación de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento, y reconocer que he estudiado las prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento, y reconocer que he estudiado las prácticas de privacidad. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando, y que pueda ponerse en contacto con esta organización en cualquier momento a la dirección anterior para obtener una copia actual de los Avisos de prácticas de privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que esta organización restringen cómo es usada y revelada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica de mi información privada. También entiendo que la organización no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si la organización está de acuerdo, entonces es abundan cumplir con dichas restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la organización ha tomado acción confiando en este consentimiento.

Nombre del cliente _____

Fecha de Nacimiento: _____

(Mm / dd / aa)

Firmado (representante de pacientes o jurídica para Paciente)

Fecha:

Relación del
Representante Legal con el paciente