

Brazoria County Counseling Center
120 East Plum Angleton, Texas 77515
979-549-0889

Informacion del Cliente

Nombre: _____
Apellido Primer Nombre

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codico Postal: _____

Telefono (Casa): _____ Celular: _____ Coreo Electronico: _____

Sexo: (Circule Uno) M F Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Empleo: _____ Telefono de Empleo: _____

Quien lo refirio a esta agencia: _____

Nombre de Persona En Caso de Emergencia: _____ Telefono de esta persona: _____

Si cliente es menor de edad, nombres de padres, empleo, y telefono :

Madre: _____ Empleo: _____ Telefono de empleo: _____

Padre: _____ Empleo: _____ Telefono de empleo: _____

Nombre de la escuela: _____ Telefono de la escuela: _____

Direccion de la escuela: _____

Informacion del Seguro:

Nombre de primaria persona que pertenece a este seguro: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion de esta persona: _____ Seguro Social de esta persona: _____

Nombre del Seguro: _____

Telefono del Seguro: _____ Numero de Grupo: _____ Numero de Subscripcion _____

Yo, como persona primaria de este seguro, certifico que mi dependiente y yo tenemos cubrimiento con _____ y designo directament a Brazoria County Counseling Center todos los beneficios del seguro y si acaso de otra manera, pagado a mi. Entiendo que yo soy sumamente responsable de los gastos si no pagados por el seguro. Yo, por escrito, autorizo a Brazoria County Counseling Center que libere toda informacion necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Ademas, yo autorizo el uso de mi firma para todas las sumisiones del seguro.

Firma del Responsable Primario Relacion Fecha

Esta Parte Lo Completa El Personal:

Insur. Ph# _____ **Auth #/Dates** _____

Visits _____ **DED:** _____ **Co-Pay:** _____ **CPT Code(s):** _____

Claims mailing Address: _____

Brazoria County Counseling Center
Poliza Referencia de Coleccion
Co-pagos, Deductibles, Tarifas, y Reclamos de Seguransa Negados

Como cliente de BCCC, usted es responsable de los pagos, de las tarifas de la terapia y consejeria. Si usted escoje usar su seguro que cubre los servicios de terapia y consejeria, el personal administrativo atentara asistirle en presenter y procesar estos reclamos. Pero, su seguro, y usted es sumamente responsable de que sus reclamos se paguen.

Efectivo 15 de marzo de 2012, tarifas de los servicios de la terapia y consejeria incluyendo co-pagos, deductibles, y reclamos de seguro que estan negados por cual quier razon, sera cargado en la cuenta de credito apuesta en el "ACUERDO DE CANCELACION".

Si por cualquier razon no paga o su cuenta es delinciente, nosotros enviaremos su cuenta delinciente a una agencia de coleccion y usted sera responsable de todas las tarifas que se apliquen.

*****Por favor tome en cuenta que USTED ES RESPONSIBLE de hablar y cancelar entre 24 horas si es que usted no puede venir a su cita. Las llamadas de recuerdo solamente son llamadas de cortesia y NO ES nuestra responsabilidad de asegurar por usted si va venir a su cita. Si no da suficiente advertencia que no va asistir a la cita habra una tarifa por no venir o por no cancelar a tiempo. Si es que usted llega mas de 15 minutos tarde a su cita, tendra que volver hacer otra cita y pagar por esa cita que perdio.

ACUERDO DE CANCELACION

Como el cliente en terapia y/o la persona responsable del pago de las tarifas en cuestion de los servicios de consejeria, yo estoy de acuerdo que todas las citas de consejeria hechas con BCCC seran mantenidas. Pero si por ALGUNA razon una cita en el apuesto tiempo no se mantiene, yo estoy de acuerdo que le dare a BCCC no menos de 24 horas un aviso avansado. En el evento que BCCC no recibe por lo menos 24 horas de aviso avansado para cancelar una cita apuesta, sin importar la justificacion de la cancelacion, yo estoy de acuerdo de pagar una tarifa de cancelacion de \$75.00. Estoy de acuerdo que esta tarifa se cargara en la tarjeta de credito que esta indicado abajo:

Visa ___ Master Card ___ Other ___ Ninguna Tarjeta ___

Numero de la tarjeta de credito: _____

Fecha de Vencimiento: _____ / _____ (mes/año)

Numero de VIN (detrás de la tarjeta hay 3 numeros): _____

Nombre de persona que pertenece esta tarjeta: _____

Por Favor Imprima

Direccion de pago de la tarjeta: _____

Fecha de Hoy: _____

Firma del Responsable: _____

Imprima el Nombre del Responsable: _____

Firma de Terapista: _____

Yo estoy de acuerdo que yo soy completamente responsable y pagare las tarifas que se puedan agregar a mi cuenta por una cancelacion tarde o por no asistir a la cita apuesta.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del Cliente: _____

CONSENTIMIENTO PARA SALUD MENTAL

Yo, el abajo firmante, como resultado de este documento, estoy de acuerdo con los servicios proveados por Brazoria County Counseling Center de consejeria individual o de familia . Estoy conciente que la practica de consejeria no es un ciencia exacta. Como consecuencia, yo reconosco que nunguna garantia se me ha propuesto considerando el resultado de cualquier evaluacion o tratamiento. Ademas, yo comprendo que la evaluacion y el tratamiento podria incluir discusiones de eventos personales en mi propia historia que ha veces podrian hacer incomodas.

Limitaciones considerando la Confidencialidad:

Por lo regular, informacion del diagnosis, evaluacion, o tratamiento del cliente que usa Medicaid o otro seguro privado, es informacion personal y confidencial que nuestro personal solamente puede compartir con las personas autorizadas. Nadamas el cliente puede dar permiso por escrito para que cualquier informacion relevante se pueda compartir. De otro caso, todo queda bajo confidencia.

Las siguientes son excepciones de confidencia que todo cliente necesita entender en avance.

Si la consejera/terapista entiende que hay abuso o hay posibilidad que el abuso suceda otra vez de un menor de edad o anciano, la consejera/terapista esta legalmente responsable de delitar este abuso a las autoridades apropiadas.

Si la clienta/el cliente en terapia comparte que tiene intencion de hacer algo que podria lastimar a uno propio, la consejera/terapista es requerida de reportar esta intencion.

Si la corte lo ordena, u otro procidimiento legal o estatuto de ley require revelacion.

Derechos Basicos De Los Clientes

Usted tiene derecho de acceso imparcial para tratamiento independientemente de la raza, religion, sexo, edad, etnicidad, o desventaja.

Usted tiene derecho de tratamiento considerable y respetuoso y que se reconosca su dignidad personal.

Usted tiene derecho de sus derechos por escrito.

Usted tiene derecho que sus derechos sean compartidos en language que usted pueda entender.

Usted tiene derecho de participar en las decisiones de tratamiento.

Usted tiene derecho de terminar con nuestros servicios en cualquier tiempo a no ser que la ley lo prohíba.

Usted tiene derecho de estar informado(a) de desponisble alternativas cuando usted se vaya del tratamiento y se le dara recomendaciones especificas que podria seguir.

Usted tiene derecho de reportar cualquier incidente de abuso u negligencia si usted es victim u observador.

Usted tiene derecho de retirar su permiso en cualquier instante que antes viera dado.

Usted tiene derecho bajo su costo de consultar con otra consejera/terapista.

Procedimiento de Agravios y Quejas

La consejera/terapista le proporcionara servicios profesionales consistente con todas las leyes, reglas, regulaciones, y codices de etica y conducta aplicables a una relacion entre terapeuta y cliente. Cualquier insatisfaccion con los servicios o cualquier otra queja se necesita compartir con la consejera/terapista.

Tambien usted podria enviar una queja al respeto a una terapeuta a la siguiente direccion:

Texas State Board of Examiners of Professional Counselors
1100 West 49th Street
Austin, Texas 78756-3183
(512) 834-6658

Yo certifico que: (cheque uno solamente)

_____ Yo recibi una copia de este document antes del tratamiento.

_____ Personal me ha explicado el contenido en un language que yo he entendido.

Firma: _____

Fecha: _____

Brazoria County Counseling Center
120 East Plum, Angleton, TX 77515
979-549-0889

Comportamiento de Salud/Cordinacion de Cuidado de Medico

Por favor complete esta forma para que Brazoria County Counseling Center pueda comunicarse con su medico primario o psiquiatra. Si no tiene un medico o psiquiatra o no quiere reveler informacion, por favor indicar con una "x" en el ultimo espacio de la hoja y firma su nombre.

Nombre de Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Direccion de Cliente: _____ Telefono: _____

Informacion del medico primario o informacion de psiquiatra:

____ Cliente no tiene medico primario.

Nombre de medico primario: _____ Direccion de medico: _____
Telefono de medico primario: _____ Numero de fax: _____

Tratamiento y Medicamentos al momento: _____

____ Cliente no tiene psiquiatra.

Nombre de psiquiatra: _____ Direccion de psiquiatra: _____
Telefono de psiquiatra: _____ Numero de fax: _____

Tratamiento y Medicamentos al momento: _____

Autorizacion del Cliente

Yo entiendo que no estoy requerida de firmar esta autorizacion como condicion para recibir servicios de los consejeros/terapistas de Brazoria County Counseling Center. La razon de esta revelacion es para facilitar la continuacion y cordinacion del tratamiento y podria incluir el diagnosis de un trastorno de estado mental. Yo entiendo que yo puedo revocar este consentimiento en cualquier tiempo exepcto _____, En cualquier evento, este permiso se vence un (1) ano de la fecha en que fue firmada o si fue revocada antes.

Fecha de vencimiento: _____

Yo doy mi autorizacion:

____ que lanse cualquier informacion aplicable de la salud mental