



# Veritas Counseling

## INVENTARIO DE INFORMACIÓN PERSONAL

**The truth shall set you free**

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

Nombre _____	Teléfono _____	Teléfono de Oficina _____
Dirección _____	Ciudad _____	Código Postal _____
Teléfono Celular _____	E-mail _____	
Por favor indique el mejor medio para dejar un mensaje de voz: Casa ____ Trabajo ____ Celular ____		
Educación (ultimo año completado): _____	No. De Seguro Social _____	
Ocupación _____	Sexo _____	Fecha de nacimiento _____ Edad _____
Estado Civil: Soltero(a) __ Unión Libre __ Casado(a) __ Separado(a) __ Divorciado(a) __ Viudo(a) __		

### INFORMACIÓN DE SALUD

Califique su salud (tache): Muy Buena \_\_\_\_\_ Buena \_\_\_\_\_ Promedio (normal) \_\_\_\_\_ Decadente \_\_\_\_\_

Su peso aproximado \_\_\_\_\_ lbs. Cambios de peso recientes: Peso Perdido \_\_\_\_\_ Peso Ganado \_\_\_\_\_

Enliste todas las enfermedades, heridas, alergias e discapacidades importantes, presentes o pasadas: \_\_\_\_\_

Fecha de último examen medico: \_\_\_\_\_ Reporte: \_\_\_\_\_

Su Médico: \_\_\_\_\_ Número telefónico \_\_\_\_\_

¿Actualmente toma medicamentos? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Ha usado fármacos/drogas para propósitos diferentes a tratamiento médico? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido un trastorno emocional severo? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Explique \_\_\_\_\_

**Mujeres únicamente:** ¿Alguna vez ha interrumpido un embarazo? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido un aborto involuntario? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido arrestado(a)? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Está dispuesto(a) a firmar una forma de liberación de información, de modo que su consejero pueda escribir para reportes sociales, psiquiátricos o médicos? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

¿Recientemente ha sufrido pérdidas de índole social, económica u otros cambios? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Explique \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido víctima de un crimen? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Está acudiendo a consejería debido a asuntos relacionados con el crimen? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

De ser así, ¿Alguna vez ha presentado una queja a la "Compensación de Víctimas del Crimen" de Texas? Sí \_\_\_\_

No \_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE PERSONALIDAD

¿Ha tenido algún tipo de terapia o consejería previamente? Sí \_\_\_ No \_\_\_. De ser así, indique el consejero o terapeuta y las fechas en que recibió dicho servicio: \_\_\_\_\_  
¿Cuál fue el resultado? \_\_\_\_\_

Circule cualquiera de las siguientes palabras que mejor le describan en este momento:  activo(a)  ambicioso(a)  
 con seguridad en sí mismo(a)  persistente  nervioso(a)  trabajador(a)  impaciente  impulsivo(a)  
 taciturno(a)  nostálgico(a)  alterable  imaginativo(a)  calmado(a)  serio(a)  despreocupado(a)  
 tímido(a)  con buen humor  introvertido(a)  extrovertido(a)  simpático(a)  líder  callado(a)  terco(a)  
 sumiso(a)  solitario(a)  cohibido(a)  sensible. **Otras:** \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN FAMILIAR Y MATRIMONIAL

Nombre de su esposo(a) \_\_\_\_\_ Fecha de casamiento \_\_\_\_\_ Años de casados \_\_\_\_\_  
Dirección de su esposo(a) (en caso de ser diferente a la proporcionada anteriormente) \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Teléfono de oficina \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de su esposo(a) \_\_\_\_\_  
Educación de su esposo(a) (indique en años) \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_  
¿Está su pareja dispuesta a asistir a consejería? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Incierto \_\_\_  
¿Alguna vez se han separado? Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Cuándo? De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
¿Alguno De ustedes ha solicitado el divorcio alguna vez? Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
Edad al momento de casarse: Esposo \_\_\_\_\_ Esposa \_\_\_\_\_  
¿Por cuánto tiempo había conocido a su pareja antes de casarse? \_\_\_\_\_  
Duración de noviazgo con su pareja \_\_\_\_\_ Duración de la relación una vez comprometidos \_\_\_\_\_  
Proporcione una información breve acerca de matrimonios anteriores \_\_\_\_\_

Información acerca de sus hijos:

*MP	Nombre	Edad	Sexo	¿Vive?		Educación en años	Estado Civil
				Sí	No		

\* Tache esta columna si su hijo(a) es de un matrimonio previo

Si usted fue criado por una persona diferente a sus padres, explique brevemente: \_\_\_\_\_

¿Cuántos hermanos \_\_\_\_\_ hermanas \_\_\_\_\_ mayores tiene usted?

¿Cuántos hermanos \_\_\_\_\_ hermanas \_\_\_\_\_ menores tiene usted?

**Solemnemente juro que toda la información proporcionada anteriormente es verdadera según tengo conocimiento**

**Firma del cliente o tutor (si se trata de un menor)**

En caso de emergencia, por favor indique el nombre, dirección y número telefónico de dos personas - en el área metropolitana- a quienes notificar.

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

## FORMA DE CONSENTIMIENTO DE SEGURO

Lo siguiente es **REQUERIDO** si su terapeuta hará reclamaciones en su nombre a la compañía aseguradora.

Autorizo el uso de esta forma en todas mis peticiones a la compañía aseguradora y permito que se use una copia de esta autorización en lugar de la original. Autorizo a mi terapeuta a actuar como mi agente, con el fin de ayudarme a obtener el pago correspondiente de mi compañía(s) aseguradora. Autorizo la liberación de información a todas mis compañías aseguradoras. Autorizo, además que se haga el pago de servicios directamente a mi terapeuta.

\_\_\_\_\_ Iniciales

Entiendo que **soy responsable por el pago de mi cuenta; no así mi compañía aseguradora**. Estoy al tanto de que en el caso que mi compañía aseguradora se niegue a pagar los servicios, aún soy responsable del pago de mi cuenta. Autorizo que se haga el pago directamente a mi terapeuta. Autorizo a mi terapeuta a iniciar una queja, derivada de cualquiera razón, al comisionado de seguros, en mi nombre.

\_\_\_\_\_ Iniciales

Entiendo que soy responsable por todos aquellos pagos proporcionales de mi póliza (deducible) y gastos anuales deducibles, cobrados por la compañía aseguradora. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi terapeuta acerca de cualquier cambio que ocurra concerniente a mi seguro, mientras me encuentre en terapia.

\_\_\_\_\_ Iniciales

### **INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR/PATRÓN:**

(No proporcionamos información a los empleadores, únicamente a las aseguradoras. Esta información es necesaria únicamente para procesar peticiones/reclamos referentes al seguro.)

Empleador/Patrón

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número Telefónico

Número de Empleado (Si aplica)

**AVISO IMPORTANTE:** Al registrar un reclamo con la compañía aseguradora, se manda adjunto un diagnóstico. Esta información llegará a ser parte de su registro médico permanente. Por favor esté consciente de que es prerrogativa de las compañías aseguradoras pagar o no por el servicio, como resultado de una petición presentada. De negarse a hacerlo, el pago se convierte en responsabilidad del cliente.

### **Información de Seguros (De la Tarjeta de Seguro):**

Nombre en la Tarjeta de Seguro: \_\_\_\_\_ Número de Identificación: \_\_\_\_\_

Número de grupo : \_\_\_\_\_ Teléfono de Servicios para Miembros o Salud Mental: \_\_\_\_\_

Es contra el Código de Aseguramiento de Texas desistir del pago de deducibles; Se considera una “devolución” y será considerado como fraude por la oficina del Fiscal de Estado. Si su terapeuta está solicitando el aseguramiento por usted, se esperará que usted pague su parte de los cargos regulares por el servicio, según se requiera de acuerdo a su póliza.

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
Por favor escriba con letra de molde (no cursiva)

Firma del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del reclamante, si es otro diferente al titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Vea el aviso de Prácticas Privadas para información detallada acerca de la revelación Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés). En pocas palabras, su PHI, nombre, dirección, número de seguro social, etc. podrá ser usado por su terapeuta para propósitos de tratamiento, operaciones de pago y servicios de salud, durante nuestras operaciones comerciales regulares.



# Veritas Counseling

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO FINANCIERO DEL PACIENTE

### The truth shall set you free

Todos los honorarios por consejería deberán cubrirse después de cada sesión, a menos que se hayan hecho otros arreglos de antemano. Veritas Counseling acepta pagos en efectivo/cheques/VISA/MC/Discover/AmericanExpress. Futuras citas podrían ser canceladas hasta que su saldo haya sido liquidado o se hayan hecho otros arreglos de pago con su consejero(a). Si tiene preguntas concernientes a su cuenta, por favor llame a su consejera al 972-831-0404.

Si ocurre que un cheque nos sea regresado (rebotado), se añadirá a su cuenta una tarifa por gastos administrativos de \$35.00. Adicionalmente usted deberá hacer un pago en efectivo o por orden de pago, por la cantidad del cheque rebotado y la tarifa de \$35.00. En caso de recibir un cheque y que éste le sea rebotado, su consejero podrá requerirle pago en efectivo para futuras citas. Su consejero le cobrará un cargo de \$60.00 por concepto de cancelaciones de cita tardías o no asistencia a una cita programada.

La tarifa normal para una sesión es de \$120.00. Usted podrá pedir un descuento profesional de su consejero. Las tarifas podrán cambiar en cualquier momento durante el transcurso de su terapia.

**He leído, entendido y estoy de acuerdo con la información de pago, establecida anteriormente.**

Firma del Cliente

## DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL CLIENTE Y DISCRECIÓN PROFESIONAL

**Con respecto a la naturaleza de la consejería:** En tanto usted hable de sus pensamientos, sentimientos y experiencias, trabajaremos juntos como compañeros para ganar el entendimiento y visión necesarios de modo que se suceda el cambio necesario. Cualquier meta y/o decisiones que usted haga respecto a la consejería a fin de facilitar el cambio dependen, en última instancia, de usted. Algunos clientes necesitan únicamente algunas sesiones de consejería para alcanzar sus metas; otros podrán requerir meses o aún años de consejería. En su calidad de cliente, usted puede terminar nuestra relación de consejería en cualquier momento, sin ninguna obligación moral, legal o financiera adicional a lo expresamente convenido; Aún así, pido su participación en una sesión de finalización. En cualquier momento, usted o yo podremos comenzar a discutir los efectos positivos o negativos de continuar o no continuar la consejería, así como la utilización o no de ciertas técnicas. Usted tiene el derecho de hacer cualquier pregunta acerca de los procedimientos utilizados durante la terapia. Si desea, puedo explicarle todos los procedimientos terapéuticos y sus justificaciones.

**Con respecto a las sesiones de consejería y el nivel de relación personal implicado:** Las sesiones usualmente se llevan a cabo semanalmente por alrededor de 50 minutos, cada una. A pesar de que nuestras sesiones pueden ser muy íntimas psicológicamente, la nuestra, es una relación profesional antes que social. Nuestro contacto se limitará a las sesiones de consejería que usted arregle conmigo. Debido a lineamientos éticos, le pido no me invite a reuniones sociales, me ofrezca regalos, me pida que escriba referencias para usted, o pida que me relacione con usted en manera alguna fuera del contexto profesional de nuestras sesiones de consejería. Usted recibirá un mejor servicio si nuestras sesiones se concentran exclusivamente en sus intereses. Mis servicios serán prestados en una forma profesional consistente con estándares éticos aprobados. Por favor note que es imposible garantizar ningún resultado específico en lo concerniente a sus metas dentro de la consejería. No obstante, trabajaremos juntos para alcanzar los mejores resultados posibles para usted.

Mi ética de confidencialidad personales está destinado a protegerlo. Si nos encontramos accidentalmente en público, voy a actuar como si yo no te reconozco debido a nuestra relación confidencial. Sin embargo, si usted se acerca y/ o me habla, que ha tomado la decisión de hacer tomar conciencia de nuestra relación con la presencia de los demás. Si decide participar, iniciando el contacto a través de correo electrónico o mensajes de texto, o hacer Vera García para iniciar tal contacto, y entender si Vera García responde, nuestra comunicación está exento de cualquier responsabilidad derivada de la confidencialidad de trazos en los mensajes de eventos son vistos por los demás ya que la comunicación por correo electrónico y mensajes de texto no es compatible con HIPAA.

En la terapia matrimonial o familiar, es muy difícil mantener la confidencialidad dentro de los parámetros de los participantes, sobre todo si también estoy reuniendo con uno/ambos en sesiones individuales. Voy a requerir adultos que consienten a firmar una liberación de información para ser capaz de hablar libremente a los respectivos cónyuges, de lo contrario voy a ofrecer una referencia para proteger la confidencialidad. Animo a la comunicación abierta entre los cónyuges/parejas, excepto cuando se determino la divulgación sería perjudicial y traer más daño a la otra pareja. Absolutamente no se permite la grabación de la cita (audio/vídeo) de cualquier sesión sin previa autorización por escrito de Vera García.

Existen ciertas situaciones en las que, como terapeuta, se me requiere (de acuerdo a regulaciones éticas) revelar información obtenida durante la terapia, a otras personas o agencias – aún si usted no otorga su permiso. Estas situaciones se encuentran delineadas en el documento “Aviso de Prácticas Privadas”. Si tiene cualquier pregunta acerca de dichas situaciones, por favor revise el documento, disponible a través del personal de nuestra oficina.

Usted tiene el derecho de decidir no recibir psicoterapia por medio de mí; Si desea, le proveeré de los nombres de otros terapeutas calificados. Podrá facilitarse también, a petición suya, una exploración verbal de las alternativas para recibir consejería. Si en cualquier momento se encuentra usted insatisfecho con mis servicios, por favor hágame saber. Usted tiene el derecho de dirigir cualquier queja en contra de consejeros profesionales acreditados a la Junta de Examinadores de Consejeros Profesionales del Estado de Texas, localizada en 1100 West 49th Street, Texas 78756, teléfono 1-800-942-5540.

Al firmar debajo, usted está afirmando que ha leído y entendido esta declaración. Adicionalmente, usted acepta participar en cualquier evaluación y/o tratamiento necesario. Además establece que sus preguntas concernientes a este documento han sido contestadas a su entera satisfacción. Por favor note – no están permitidas armas ocultas en las premisas de Veritas Counseling

Cliente: \_\_\_\_\_ Terapeuta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Veritas Counseling

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO FINANCIERO DEL PACIENTE

The truth shall set you free

### AVISO DE PRÁCTICAS PRIVADAS

ESTE AVISO DESCRIBE DE QUÉ FORMA SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y HECHA PÚBLICA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

El Acta de Responsabilidad y Portabilidad de Aseguramiento de la Salud, de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), nos demanda proveer confidencialidad a todos los registros médicos/mentales, así como otra información individualmente identificable, que se encuentre en nuestra posesión. Este aviso es para informarle a usted, como cliente, acerca de los usos y revelación pública de información confidencial, que pudiesen tener lugar por medio de esta práctica Veritas Counseling, así como informarle de sus derechos individuales y las obligaciones legales de la práctica con respecto a la información confidencial.

#### Formas en que podemos usar y revelar su información médica protegida:

Podemos usar y revelar, a nuestra discreción, sus registros médicos únicamente para cada uno de los siguientes propósitos: Tratamiento, pago y operaciones para el cuidado de la salud.

- **Tratamiento** se refiere a la provisión, coordinación o manejo de cuidados de la salud mental así como de servicios relacionados. *Por ejemplo* –Uso o revelación de información, por medio del proveedor de servicios de salud, en programas en los cuales “estudiantes, internos o practicantes del ramo de la salud mental” aprenden bajo supervisión, a fin de practicar o mejorar sus habilidades para consejería grupal, familiar o individual.
- **Pago** se refiere a actividades tales como la obtención de pago por los servicios de salud mental que prestemos a usted, sea a través de su compañía aseguradora o una tercera persona. *Por ejemplo*- Podemos incluir información junto con la cuenta a pagar, proporcionándosela a una tercera persona que realizará el pago, misma que puede identificarle a usted, así como su diagnóstico y los procedimientos llevados realizados.
- **Operaciones para el cuidado de la salud** incluyen los aspectos profesionales necesarios para el desempeño efectivo de nuestra práctica. Por ejemplo- aquellos necesarios para evaluar nuestro tratamiento y servicios, o para evaluar el desempeño de nuestro personal, mientras le atendemos.

Es posible que Veritas Counseling se comunique con usted para proveer servicios que le podrían ser de interés. Nosotros revelaremos la información de salud protegida de usted a cualquier persona que *usted identifique* por escrito que está involucrada en su cuidado o en el pago de su cuidado. Por ejemplo, un miembro de la familia, un pariente, amigo cercano, un pastor o un representante del pastor a quien usted ha otorgado permiso por escrito a Veritas Counseling para que contacte este individuo.

Usaremos y revelaremos su información médica protegida cuando así se nos requiera por una ley local, estatal o federal. Existen ciertas situaciones en las cuales, como terapeuta, se me demanda por regulaciones éticas, revelar a otras personas o agencias, información obtenida durante la terapia – aún si usted no concede su permiso. Estas situaciones son como a continuación se describe: (a) Si usted amenaza gravemente (o incluso pone en riesgo de muerte) su integridad física o la de otra persona, me es demandado por razones éticas informar a la posible víctima y/o las agencias legales correspondientes, acerca de esto. (b) Si usted me reporta tener conocimiento del abuso físico o sexual de un menor o un anciano (65 años en adelante), o de cualquier otra conducta/contacto sexual sostenidos con un menor, me es requerido por la ley informar a la agencia correspondiente encargada del bienestar del niño, misma que podrá después investigar acerca de dicho asunto; (c) Si una corte legal me demanda (a través de una orden de la corte) revelar registros a la misma corte, o soy requerido(a) para testificar acerca de dichos registros.

Cualesquiera otros usos o revelación de información, se harán solamente con su autorización escrita. Se le proveerá de una forma de autorización si así lo solicita. Se necesitará de una forma por separado para cada petición de revelación de información. La autorización para liberación de registros es válida hasta su expiración o revocación. Usted podrá revocar una autorización por escrito y nosotros deberemos honrar y mantener nuestro compromiso de respetar dicha petición escrita, excepto por aquello respecto a lo cuál ya hayamos tomado acciones mientras contábamos con su autorización.

## AVISO DE PRÁCTICAS PRIVADAS (CONTINUACIÓN)

### Sus Derechos acerca de Información Médica:

A pesar de que sus registros son propiedad física de Veritas Counseling, la información le pertenece a usted. Usted posee los siguientes derechos con respecto a su información, mismos que puede ejercer presentando una petición por escrito al administrado de nuestra oficina.

Usted tiene:

- El derecho de pedir restricciones en ciertos usos y revelación de su información. No estamos, sin embargo, obligados a estar de acuerdo con determinada o determinadas restricciones solicitadas. De estar de acuerdo con alguna restricción, deberemos apegarnos a ella a menos que usted exprese su acuerdo por escrito, para que ésta sea removida. *Por ejemplo* – una petición de no identificarnos al momento de contactarle (ej. “Somos Veritas Counseling, llamándole”).
- El derecho de inspeccionar y copiar la información que nosotros mantenemos acerca de usted. Sin embargo, podremos **negar el acceso individual**, (respetando sin embargo el derecho del individuo a solicitar se revise dicha negación) bajo las siguientes circunstancias:
  - Un proveedor de servicios de salud ha determinado, en el ejercicio de su juicio profesional, que el acceso solicitado podría **poner en peligro la vida o seguridad física del individuo u otra persona**;
  - La información **hace referencia a otra persona** (a menos que dicha persona sea el proveedor de servicios de salud) y el proveedor de los servicios ha determinado, en el ejercicio de su juicio profesional, que el acceso solicitado podría razonablemente causar un daño sustancial a esa otra persona; o bien
  - La petición de acceso ha sido hecha por el representante personal del individuo y el proveedor de servicios ha determinado, en el ejercicio de su juicio profesional, que el proporcional acceso a tal representante podría razonablemente causar **un daño sustancial al individuo u otra persona**.
  - Si desea inspeccionar, u obtener una copia de su información, deberá dirigir su petición por escrito a nuestra oficina. Tendremos 30 días para responder su petición acerca de la información que mantenemos en el lugar de desarrollo de nuestra práctica profesional.
- El derecho a contar con registros de su cuenta a pagar.
- El derecho a revocar su consentimiento para la liberación de información, excepto respecto a aquello sobre lo cuál la agencia haya tomado acción alguna, respaldada por la forma de consentimiento firmada por usted con anterioridad.
- El derecho a peticiones razonables a fin de recibir, de nuestra parte, comunicados confidenciales de información médica protegida por medios o locaciones alternos. *Por ejemplo*- durante su cita regular, o por correo electrónico o fax.
- El derecho a la corrección de su información si siente que está incompleta o no es acertada. Deberá hacer esta petición a su terapeuta, por escrito, estableciendo exactamente qué información está incompleta o no es acertada, así como los razonamientos que justifican su petición. Responderemos a su petición dentro de los siguientes sesenta (60). En algunos casos, aunque raramente sucede, su información podría ser negada. Para una descripción completa de los Derechos de Enmienda de Información, por favor contacte a su terapeuta.
- El derecho a recibir una notificación de los procedimientos de revelación de información médica (si los hay en su caso).
- El derecho a recibir de nuestra parte, previa petición suya, una copia en papel de esta notificación.
- El derecho a poner una queja si cree que hemos violado sus derechos de privacidad respecto a su información médica. Tiene el derecho a poner una queja por escrito con el administrador de nuestra oficina, con el director ejecutivo, o directamente con el Secretario(a) de Salud y Servicios Humanos.

Para poner una queja en nuestra oficina, deberá hacerlo dentro de los 180 días siguientes a la violación sospechada. Provea tantos detalles como pueda acerca de la violación que sospecha ocurrió, y envíe el documento a Veritas Counseling, a la siguiente dirección: 3021 Gateway Dr., Suite 290, Irving, Texas 75063. Debe saber que no habrá represalias producto del registro de su queja.

Para más información acerca de Acta de Responsabilidad y Portabilidad de Aseguramiento de la Salud (HIPAA) o para presentar una queja:

The U.S. Department of Health & Human Services  
Office of Civil Rights

200 Independence Avenue, S.W.

Washington, D.C. 20201

Teléfono (202) 619-0257 Lada sin costo: 1-877-696-6775

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro aviso, así como de hacer efectivos los nuevos lineamientos para toda la información médica protegida que mantenemos. Si, y cuando sea posible, usted podrá solicitar una copia escrita de un aviso revisado, a esta oficina.

Por favor firme para indicar que entiende cómo opera el uso de su información por nuestra parte, en cuanto a lo que a tratamiento, pago y servicios de cuidado de la salud se refiere, según lo establecido anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente/Parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

3021 Gateway Dr., Suite 290  
Irving, TX 75063  
972 831 0404 Fax: 972-831-0400

[www.veritascounsel.com](http://www.veritascounsel.com) [vgarcia@veritascounsel.com](mailto:vgarcia@veritascounsel.com)