



New Dawn Counseling and Consulting, Inc
2200 Outlet Center Drive Suite 430
Oxnard, CA 93036 (805) 278-0799

GRACIAS Y BIENVENIDOS A SERVICIOS DE CONSEJERÍA

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR/OBTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre del cliente _____

DOB: _____

Yo _____ Autorizaré el centro de New Dawn Counseling para
(cliente/padre/representante autorizado del cliente)

Liberar Obtener

Información hacia/desde (como se especificó anteriormente):

Esta autorización se refiere a la siguiente información:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento | <input type="checkbox"/> Admisión/evaluación |
| <input type="checkbox"/> Progreso hasta la fecha | <input type="checkbox"/> Resumen de la descarga | <input type="checkbox"/> Historia psicosocial/prueba |
| <input type="checkbox"/> Medicamento | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Historia de la salud |
| | | <input type="checkbox"/> Registro completo |

Otros: _____

Con el Propósito de:

- Consulta Evaluación/planificación del tratamiento
 Otros: _____

Esta información se proporcionará en el siguiente formato:

Escrito Verbal Audio y/o visual

Este consentimiento puede ser revocado por el infrascrito en cualquier momento. Si no se revoca antes, este consentimiento finalizará un año a partir de la fecha firmada.

Fecha

Firma del cliente

Testigo

Firma del padre o representante autorizado del cliente

Si este consentimiento se revoca antes de un año, fecha revocada: _____



New Dawn Counseling and Consulting, Inc
2200 Outlet Center Drive Suite 430
Oxnard, CA 93036 (805) 278-0799

Cancelación de 24 horas y polizas de tarifas "no show"

Cada vez que un paciente omite una cita sin proporcionar un aviso adecuado, se impide que otro paciente reciba atención. Por lo tanto, New Dawn Centro de Consejería se reserva el derecho de cobrar una tarifa de \$90,00 por todas las citas perdidas ("no shows") y citas sin una razón justificada, que no se cancelan con un aviso anticipado de 24 horas.

Los honorarios de "no show" se cargarán al paciente. Este cargo no está cubierto por el seguro y debe pagarse antes de su próxima cita. Múltiples "no shows" pueden resultar en terminación de servicios.

Agradecemos su comprensión y cooperación a medida que nos esforzamos por satisfacer mejor las necesidades de todos nuestros pacientes.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido este aviso y entiende la pólizas

Entiendo que la oficina de New Dawn Counseling ha reservado el tiempo para mí, y tiene el derecho de cobrar un \$90,00 "no show fee" para cualquier cita no cancelada 24 horas antes de la hora programada.

Nombre del paciente (imprimido): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del Padres o tutores _____ Fecha: _____

Le agradecemos en antemano
su comprensión y cooperación.

Sinceramente,

New Dawn Counseling and Consulting



New Dawn Counseling and Consulting, Inc
2200 Outlet Center Drive Suite 430
Oxnard, CA 93036 (805) 278-0799

“No Show” Autorización de Pago Recurrente con Tarjeta de Crédito

Autorizo cargos programados regularmente a mi tarjeta de crédito. Entiendo que se me cobrará la cantidad indicado a continuación por cada servicio. Acepto que no se proporcionará ninguna notificación previa a menos que la fecha o el monto cambien.

Yo _____ autorizo a New Dawn Counseling and Consulting, Inc. para cargar mi tarjeta de crédito indicada a continuación por \$ 90.00 por cada cita no cumplida o cancelación con menos de 24 horas de anticipación.

Datos de facturación

Dirección de Envío _____ Teléfono # _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____ Correo electrónico _____

Detalles de tarjeta

Visa MasterCard Discover American Express

Nombre del titular de la tarjeta _____

Cuenta/número de tarjeta _____

Fecha de Vencimiento ____/____

CVV _____ Código postal _____

Entiendo que esta autorización permanecerá vigente hasta que la cancele por escrito, y acepto notificar a New Dawn Counseling por escrito sobre cualquier cambio en la información de mi cuenta o la cancelación de esta autorización al menos 15 días antes de la próxima fecha de facturación. Si las fechas de pago indicadas anteriormente caen en fin de semana o día de fiesta , entiendo que los pagos pueden ejecutarse el siguiente día de negocio. Reconozco que el origen de las transacciones con tarjeta de crédito en mi cuenta debe cumplir con las disposiciones de la ley de EE. UU. Certifico que soy un usuario autorizado de esta tarjeta de crédito y no discutiré estas transacciones programadas; siempre y cuando las transacciones correspondan a los términos indicados en este formulario de autorización.

FIRMA _____
(Firma del titular de la tarjeta)

FECHA _____

**Identificación e
Información Financiera del Pagador
Programas para la Juventud Y Familias**

Para uso de la oficina	Special Pop: C W N
ID Number _____	Billing No. _____
Admit Date _____	Site No. _____

1. Información del Menor / Cliente

Nombre legal: _____ Sexo: _____ Fecha de Nac: _____
Apellido Nombre 2º Nombre mm dd año
 Nombre de nacimiento (diferente del legal) _____
Apellido Nombre 2º nombre
 Otro nombre que ha usado: _____ Lugar de nac. _____
Condado Estado País
 No. de Seguro Social: _____

2. Información del Cuidador Principal (No llene si el cliente vive en forma independiente)

Nombre: _____ Relación con el Menor: _____
 Domicilio: Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona P. _____
 Tel _____ Otro Teléfono _____

3. Información en caso de Emergencia

Nombre: _____ Relación con el Menor / Cliente: _____
 Domicilio: Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona P. _____
 Teléfono: _____ Otro teléfono: _____

4. Lugar donde Reside el Cliente (si el menor / cliente reside fuera de casa, favor de llenar esta sección)

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona P. _____
 Teléfono _____ Otro teléfono _____ Nombre del lugar _____

5. Facturación / Responsab. Financiera:

Enviar factura a: Cuidador principal Lugar donde reside Menor/Cliente Contacto emergencia Otro (llenar:)
 Persona Responsable _____ Relación: _____ Teléfono: _____
 Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona P. _____

6. Cobertura de Seguro de Salud del Menor / Cliente: Healthy Families No tiene seguro

No. de Medi-Cal _____
Código Condado Código Ayuda Fecha de emisión
 Compañía de Seguros _____ Nombre Grupo y No. _____
 Miembro del Plan _____ No. de ID del miembro _____

7. Autorización de pago

Autorizo la divulgación de cualquier información de salud necesaria para procesar este reclamo a Medi-Cal y autorizo el pago de estos beneficios a Ventura County Behavioral Health. La información proporcionada es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender.

Firma del Cliente / Menor _____ Fecha _____
 Firma del Padre o Tutor _____ Fecha _____
 Administrado por teléfono a: _____ Fecha _____
 Firma del Representante de Salud Mental _____ Fecha _____

FAVOR DE LLENAR EL DORSO DE ESTE FORMULARIO



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TELEHEALTH

Para satisfacer sus necesidades durante estos tiempos, New Dawn Counseling and Consulting, Inc. proporcionará servicios de TeleSalud. Puede decidir optar por no recibir estos servicios y recibir referencias para otras agencias o tomar un descanso temporal hasta que comencemos los servicios en persona. Al firmar este formulario, usted acepta recibir servicios de telesalud durante este período.

Entiendo que tengo los derechos con respecto a la telesalud:

1. Entiendo que Telehealth puede incluir comunicación a través de Internet, llamadas telefónicas, correo electrónico, videoconferencia, correo de voz y, a veces, mensajes de texto a su consejero.
2. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información personal también se aplican a la telesalud. Como tal, entiendo que la información revelada por mí durante el curso de mis sesiones es generalmente confidencial. Sin embargo, existen excepciones obligatorias y permisivas a la confidencialidad, que incluyen, entre otras, denunciar el abuso de menores, adultos mayores y adultos dependientes; expresé amenazas de violencia hacia una víctima comprobable; y donde hago que mi estado mental o emocional sea un problema en un proceso legal. También entiendo que la difusión de cualquier imagen o información de identificación personal de la interacción de telesalud a otras entidades no ocurrirá sin mi consentimiento por escrito.
3. Entiendo que tengo el derecho de retener o retirar mi consentimiento para el uso de telesalud en el transcurso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro.
4. Entiendo que existen riesgos y consecuencias de la telesalud, incluida, entre otras, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables por parte del consejero, de que: la transmisión de mi información personal podría verse interrumpida o distorsionada por fallas técnicas, la transmisión de mi información personal podría ser interrumpida por personas no autorizadas, y / o el almacenamiento electrónico de mi información personal podría perderse o acceder involuntariamente a personas no autorizadas. New Dawn Counseling utilizará un software de transmisión de audio / video seguro y encriptado para entregar TeleHealth.
5. Entiendo que mi información de atención médica se puede compartir con otras personas para fines de programación y facturación. Otros también pueden estar presentes durante la consulta además de mi consejero para operar el equipo de video. Todas las personas mencionadas anteriormente mantendrán la confidencialidad de la información obtenida. Además, entiendo que se me informará de su presencia en la consulta y, por lo tanto, tendré derecho a solicitar lo siguiente: (1) omitir detalles específicos de mi historial médico que sean personalmente sensibles para mí, (2) preguntar al personal no clínico salir de la sala de telesalud y / o (3) finalizar la consulta en cualquier momento.
6. Entiendo que se requiere mi consentimiento para enviar mi información de identificación personal a un tercero.

Client Full Name:

EPSDT(only)County ID:

Site:7680

7. Comprendo que tengo derecho a acceder a mi información médica y copias de mis registros médicos de acuerdo con las leyes relacionadas con el estado en el que resido.
8. Al firmar este documento, acepto que ciertas situaciones, incluidas emergencias y crisis, son inapropiadas para los servicios de psicoterapia basados en audio / video / computadora. Si estoy en crisis o en una emergencia, debe llamar inmediatamente al 9-1-1 o buscar ayuda de un hospital o centro de atención médica orientado a la crisis en mi área inmediata.
9. La siguiente información se refiere específicamente a videoconferencias y sesiones telefónicas:
 - a. Debido al material sensible que se cubre en cada sesión, esté solo en la sala, a menos que se acuerde lo contrario con su proveedor de salud mental.
 - b. No llame a su consejero por videoconferencia mientras conduce o en un área pública
 - c. Por favor llame a su consejero si llega tarde
 - d. Vístase como si fuera a una cita en persona.
 - e. Tenga sesiones en una habitación con distracciones mínimas (no envíe mensajes de texto, envíe correos electrónicos, navegue por Internet ni participe en ninguna otra actividad mientras esté en su sesión).
 - f. Asegúrese de que todos los dispositivos electrónicos estén apagados durante la sesión (TV, radio, ipods, estéreos)
 - g. No fumar, vapear o usar productos de tabaco durante las sesiones.
 - h. No asista bajo la influencia del alcohol u otras sustancias.
 - i. Asegúrese de tener sus dispositivos completamente cargados antes de su cita programada.

Consentimiento del paciente para el uso de telesalud

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre telesalud, la he discutido con mi consejero y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

He leído este documento detenidamente y entiendo los riesgos y beneficios relacionados con el uso de los servicios de telesalud y me han explicado mis preguntas sobre el procedimiento.

Por la presente doy mi consentimiento informado para participar en el uso de los servicios de telesalud para el tratamiento en los términos descritos en este documento. Con mi firma a continuación, declaro que he leído, comprendido y acepto los términos de este documento.

No tengo acceso a una cámara web / teléfono inteligente y necesito hacer sesiones por teléfono sí no

Correo Electrónico

Teléfono

Nombre del Cliente

Nombre del padre / madre o tutor

Firma del cliente o padre

Fecha