



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre de los padres (si el paciente es menor de edad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Plan de Seguro Medico: \_\_\_\_\_

Número de identificación del miembro: \_\_\_\_\_

**\*\*\* Por favor, incluya una copia de su tarjeta de seguro ( delante y detrás) \*\*\***

**IMPORTANTE: POR FAVOR, COMPLETE ESTAS INSTRUCCIONES PARA PODER COMUNICARSE CON USTED:**

**Deseo que se pongan en contacto conmigo de la siguiente manera** (marque todo lo que corresponda):

[ ] En el número de mi casa: \_\_\_\_\_ [ ] OK para dejar un mensaje

[ ] En el número de mi trabajo: \_\_\_\_\_ [ ] OK para dejar un mensaje

[ ] En mi número de celular: \_\_\_\_\_ [ ] OK para dejar un mensaje de voz / TEXTO

**CONTACTO DE EMERGENCIA:**

En el caso de que no pueda ser contactado a través de cualquiera de los números de teléfono y direcciones anteriores, o en el caso de una emergencia, doy permiso para que el personal de Minette LCSW Psychotherapy Services se ponga en contacto con mi contacto de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para el tratamiento y nuestras pólizas**

Para autorizar el tratamiento de salud mental, necesitamos la siguiente información. Este documento es para el cliente o para el padre/tutor de un menor (niño/adolescente).

**Cancelaciones y citas perdidas-** Es necesario que hagamos citas para ver a nuestros pacientes tan eficientemente como sea posible. Citas perdidas o cancelaciones tardes causan problemas que van más allá de un impacto financiero en nuestra práctica. Cuando se





le hace una cita a usted, se quita un espacio de tiempo disponible a otro paciente. Una "cita perdida" es faltar a una cita programada. Una "cancelación tarde" es cancelar una cita sin llamarnos para cancelar 24 horas antes de la cita. Entendemos que a veces se producen situaciones de emergencia médica. Estas situaciones se revisaran caso por caso. Las cancelaciones de citas excesivas o las citas perdidas en exceso darán lugar a que su caso en nuestra consulta sera cerrado. Sólo podrá reprogramar una vez la consulta gratuita de 15 minutos.

**Accesibilidad Telefónica-** Para cancelar o reprogramar una cita por favor llame o envíe un mensaje de texto a su terapeuta directamente. Esta política está en efecto para asegurar que todos nuestros pacientes tengan la oportunidad de ser vistos de manera oportuna.

Si necesita ponerse en contacto con los terapeutas entre las sesiones, por favor deje un mensaje en su buzón de voz. A menudo no estamos disponibles inmediatamente; sin embargo, el personal intentará devolverle la llamada en un plazo de 24 horas. Por favor, tenga en cuenta que en caso de que se encuentre en crisis y/o necesite apoyo adicional, disponemos de sesiones telefónicas de emergencia para su comodidad. También puede enviar un correo electrónico a nuestro correo electrónico general: minettepsychotherapy@gmail.com y el personal intentará devolverle el correo electrónico en un plazo de 24 horas.

**Comunicación electrónica:** Si usted prefiere comunicarse vía Email o Texto para asuntos relacionados con la programación o cancelación de citas, así lo haremos. Aunque intentaremos devolverle los mensajes a su debido tiempo, no podemos garantizarle una respuesta inmediata y le rogamos que no utilice estos métodos de comunicación para tratar contenidos terapéuticos y/o solicitar asistencia en caso de emergencia.

Servicios por medios electrónicos, incluyendo pero no limitado a la comunicación telefónica, Internet, máquinas de fax y correo electrónico se considera telemedicina por el Estado de Nueva York. Si usted y su terapeuta deciden utilizar la tecnología de la información para una parte o la totalidad de su tratamiento, debe entender que

- (1) Usted conserva la opción de retener o retirar el consentimiento en cualquier momento sin que ello afecte al derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro o arriesgarse a la pérdida o retirada de cualquier prestación del programa a la que, de otro modo, tendría derecho. a las que de otro modo tendría derecho.
- (2) Todas las protecciones de confidencialidad existentes son igualmente aplicables.
- (3) Se garantiza su acceso a toda la información médica transmitida durante una consulta de telemedicina, y se pueden obtener copias de esta información por una tarifa razonable.
- (4) La divulgación de cualquiera de sus imágenes identificables o información de la interacción de telemedicina a investigadores u otras entidades no se producirá sin su consentimiento.

**Seguros-** Participamos en la lista de proveedores de varios planes de seguros. Presentaremos las facturas del seguro de en su nombre a los planes de seguro con los que estamos en lista. Por favor, vaya a nuestro web <https://www.minettepsychotherapy.com/> para obtener una lista completa de los seguros que estamos actualmente en lista con. Por





favor, recuerde que el seguro es un contrato entre el cliente y la compañía de seguros y en última instancia, el cliente es responsable del pago en su totalidad.

**Pagos-** ¡Gracias por elegir nuestra práctica! Estamos comprometidos en el éxito de su tratamiento médico y su cuidado. Por favor entienda que el pago de su factura es parte de este tratamiento y cuidado. Su cuenta consiste en cargos por servicios proveídos por Minette LCSW Psychotherapy Services. El pago se requiere el día en que se proporcionan los servicios. El pago incluirá cualquier deducible no cubierto, co-seguro, cantidad de co-pago, o cargos no cubiertos por su compañía de seguro. Si usted no tiene seguro, o si su cobertura está bajo una cláusula de condición preexistente, el pago total se espera el día que se proporcionan los servicios. **Ofrecemos tarifas competitivas y asequibles para los clientes sin seguro, clientes que tienen seguros fuera de la lista de seguros con cuales contractamos y clientes cuales pagan por cuenta propia.** Si usted tiene alguna pregunta con respecto a su factura, o necesita ayuda con su factura, nuestro personal de contabilidad está disponible para ayudar. Puede llamarnos al (201) 724-5489.

**Servicios Forenses y Litigantes-** Es la filosofía declarada de Minette LCSW Psychotherapy Services que no participamos en juicios de ningún tipo en nombre de un demandante, a menos que sea obligado a hacerlo por citación u orden judicial. Si usted se ve involucrado en un procedimiento legal que requiere la participación de su terapeuta, se espera que usted pague por el tiempo profesional del terapeuta, incluyendo la preparación, deposición, tiempo de teléfono, gastos de transporte, presentación ante el tribunal, preparación de informes, consulta y supervisión, incluso si el personal es llamado a testificar por la otra parte. Tenga en cuenta que aunque usted (el cliente) sea responsable de los gastos del testimonio, esto no significa que el testimonio vaya a ser únicamente a su favor. Los terapeutas sólo pueden testificar sobre los hechos del caso y, si están cualificados para tal fin por el tribunal.

Si el terapeuta va a recibir una citación, entonces el abogado o el personal del consultorio jurídico tendrá que llamar a nuestra oficina y fijar una hora para que la citación sea entregada durante el horario de oficina. Solicitamos un mínimo de 72 horas hábiles de aviso de cualquier presentación ante el juez para que los cambios de horario para el terapeuta se pueden hacer dentro de un plazo razonable.

Cuando se trata de una acción judicial, se aplican las siguientes tarifas:

1. Tiempo de preparación (incluyendo la presentación de registros): \$400.00
2. Llamadas telefónicas: Tarifa plana \$85.00 por llamada
3. Depositiones: \$250.00/hora
4. Tiempo requerido para dar testimonio: \$250.00/hora
5. El cargo mínimo por una presentación ante el juez: \$1500

Se debe pagar un depósito de \$1500 al menos 5 días laborables antes de la presentación programada ante el juez. El resto de los costos serán facturados después de la presentación ante el juez y serán pagados al recibirlos. Si el terapeuta es citado y el caso es reprogramado con menos de 3 días laborales de anticipación al comienzo del día de la citación programada, el juicio, y/o el testimonio no es dado, entonces se le cobrará al cliente \$500 (además del anticipo original de \$1500 por tener que presentarse en la corte).





**Consentimiento voluntario e informado para el tratamiento** - Mi firma a continuación indica el consentimiento voluntario para la evaluación o la evaluación y el tratamiento para mí o, si el cliente es un menor, para ese menor (niño/adolescente). Si el cliente es menor de edad, afirmo que soy el tutor legal del menor y tengo el derecho de autorizar la evaluación o la evaluación y el tratamiento para este menor. Este consentimiento se aplica a todos los proveedores de Minette LCSW Psychotherapy Services que pueden proporcionar servicios y permite el intercambio de información entre el personal de Minette LCSW Psychotherapy Services con el fin de facilitar el mejor plan de tratamiento para mi tratamiento, y / o ayudar en el caso de una emergencia clínica.

**Telesalud/ Telesalud mental/ Servicios telefónicos/ Telepráctica (Telesalud-comunicaciones)**- La telesalud es la distribución de servicios e información relacionados con la salud a través de tecnologías electrónicas de información y telecomunicaciones. Permite el contacto a distancia entre paciente y terapeuta, la atención, el asesoramiento, los recordatorios, la educación, la intervención, el seguimiento y los ingresos a distancia.

Las comunicaciones telesalud pueden ser beneficiosas para un sistema sanitario diverso, sobre todo cuando los servicios in situ no están disponibles o se retrasarían debido a la distancia, la ubicación, la hora del día o la disponibilidad de recursos. Las ventajas de las comunicaciones telesalud incluyen la mejora del acceso a la asistencia, la prestación de asistencia a nivel local de forma más oportuna y la mejora de la continuidad de la asistencia, el cumplimiento del tratamiento y la coordinación de la asistencia.

Esta póliza se aplica a los servicios de Telehealth-communications "Office to Home" y "Home to Home". Es la política de Minette LCSW Psychotherapy Services proveer a todos nuestros clientes con la opción de tener sus servicios proveídos via Telehealth/ Telehealth-communications. Esto se aplica a los siguientes tipos de proveedores: consejeros de salud mental, psicólogos, profesionales cualificados de salud mental, psicoanalistas licenciados, psicólogos licenciados, terapeutas matrimoniales y familiares, consejeros de salud mental, CASAC, trabajadores sociales (LMSW o LCSW) y estudiantes en prácticas de las disciplinas anteriormente mencionadas.

Los servicios de telesalud/ telesalud-comunicaciones se prestarán a través de plataformas de vídeo y teléfono protegidas por la HIPAA, como Zoom for healthcare y Doxy.

**Duración del consentimiento**- Entiendo que el consentimiento expira cuando ya no soy cliente de Minette LCSW Psychotherapy Services, a menos que este consentimiento sea revocado por medio de una solicitud escrita a mi proveedor. Entiendo que este consentimiento es para la evaluación o el tratamiento y no incluye la participación en estudios de investigación.

**Cuidado de emergencia**- En caso de una emergencia, entiendo que el personal de Minette LCSW Psychotherapy Services se reserva el derecho de contactar al 911 si mi terapeuta ha evaluado que estoy bajo una emergencia que amenaza mi vida, o que estoy en riesgo de hacerme daño a mí mismo o a otros. El personal de Minette LCSW Psychotherapy Services se reserva el derecho de avisar al personal de emergencia (EMS) sobre mis necesidades en ese momento.

**Límites de la confidencialidad**- La información que le doy a mi proveedor es generalmente confidencial y sólo se divulgará fuera de Minette LCSW Psychotherapy Services con mi permiso por escrito (o con el permiso de un padre o tutor de un menor). Sin embargo,





reconozco estos límites a la confidencialidad bajo los Estatutos Federales y Estatales de Nueva York: a) El terapeuta puede utilizar la información dentro de Minette LCSW Psychotherapy Services y con sus asociados comerciales para el tratamiento, pago y otras operaciones de atención médica. b) El proveedor generalmente está obligado a responder a ciertas citaciones u órdenes judiciales, a informar sobre amenazas de homicidio o suicidio, a informar sobre la sospecha de abuso infantil o negligencia infantil, y puede informar sobre el abuso de ancianos o el abuso de una persona discapacitada o un crimen que pueda ocurrir en el futuro.

**Divulgaciones limitadas-** Todas las divulgaciones se harán a las personas apropiadas según la ley, como las autoridades, los padres de los menores o las víctimas previstas de la violencia. Cuando el proveedor deba revelar información sin su consentimiento, la información revelada se limitará a lo necesario para protegerle a usted o a otros, o a la información limitada necesaria para el cobro de una factura vencida, o la información que se haya ordenado entregar a una corte. Cuando la información se divulgue con su consentimiento, revelaremos la información que usted nos pida que revelemos.

**Terminación de la terapia-** Nuestro objetivo es proporcionar un servicio de calidad en el período más corto de tiempo que sea necesario para que usted obtenga beneficios de la terapia. Usted tiene derecho a retirarse del tratamiento por cualquier motivo y en cualquier momento. También puede elegir a alguien por su cuenta o de otra persona que le haya referido. Le pedimos que acepte tener una última sesión con su terapeuta después de notificarle la terminación voluntaria de su tratamiento, para que él/ella pueda revisar y evaluar responsablemente sus razones, y hacer recomendaciones relacionadas con la terminación de su tratamiento. **En caso de que no haga una cita con su terapeuta durante cuatro semanas consecutivas**, a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado, por razones legales y éticas, debemos considerar que usted ha terminado voluntariamente el tratamiento y nuestra relación profesional se ha terminado.

**Consentimiento informado-** Entiendo que tengo derecho a tomar una decisión informada sobre mi tratamiento. El personal de Minette LCSW Psychotherapy Services me ha proporcionado una explicación de este consentimiento, de los límites de la confidencialidad y de los costos de mi tratamiento. Cualquier pregunta que he tenido sobre este consentimiento o las pólizas de la práctica han sido contestadas por un empleado de Minette LCSW Psychotherapy Services.

*Por este medio doy mi consentimiento para la evaluación y/o tratamiento por parte del personal clínico de Minette LCSW Psychotherapy Services. Soy consciente de que los servicios pueden proporcionarse en persona en el consultorio o a través de telesalud, si así lo solicito.*

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

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

**Si el paciente es menor de 18 años de edad, el padre/tutor tiene que firmar abajo**

Nombre del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_

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

