



Información del cliente

Cliente 1 _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Teléfono _____ Cell _____ Email _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono _____

Cliente 2 _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Teléfono _____ Cell _____ Email _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono _____

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

Información del seguro

Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento _____ Relación _____

Nombre del seguro _____ Empleador _____

ID del miembro _____ Grupo # _____ Teléfono _____

Yo autorizo a Memorial Relationships & Couples Center, PLLC o a Rocio J. Tharp, M.Ed., LPC, LMFT para que compartan mi información médica o cualquier otra información necesaria para el cobro de servicio prestado. Yo autorizo el pago de los servicios prestados y reportados al proveedor. Yo entiendo que soy finalmente el responsable por cualquier, y por todos los gastos que mi servicio genere.

Firma del Asegurado

Fecha

Coverage Information

(To be fill out by the office)

Services covered: Individual ___ Couples ___

Start Day: _____

Deductible: _____

Met the deductible: Yes ___ No ___

Co-Payment: _____

Authorization #: _____

Authorization Units: _____

DX: _____



Límites de la Confidencialidad

Gracias por escoger el servicio de terapia con nosotros. Le damos la cordial bienvenida. Nuestra meta es ofrecerle un servicio de calidad profesional. Siéntase con la confianza de preguntarnos lo que considere importante acerca de los papeles que está firmando o a cerca de la terapia, y con gusto le contestaremos. Se le entregará una copia de todos los papeles que firme, si usted así lo desea.

Toda su información, es confidencial y no podrá ser compartida con terceras personas a menos que el cliente lo solicite por escrito o en caso de que usted quiera pagar sus sesiones con su seguro médico.

Existen cuatro razones por las cuales un terapeuta, sin autorización de su cliente, puede proporcionar información a terceras personas:

En caso de negligencia o abuso físico o sexual ha:

- niños menores de edad,
- personas de la tercera edad, y/o
- personas consideradas con necesidades especiales (discapacitadas).

O cuando un juez envía una orden al terapeuta para obtener la información del expediente de un cliente específico.

Entiendo que durante el curso de la terapia puedo llegar a sentirme peor por la naturaleza de los temas a tratar y que la terapia no garantiza la solución de mi actual situación.

Reconozco que he leído o (recibido una explicación) y entiendo mis derechos como cliente, los procedimientos para reportar un mal servicio, y las razones por las cuales mis derechos de confidencialidad podrían ser afectados.

También entiendo que puedo pedir una copia de éste documento. Mi firma al calce significa mi consentimiento para recibir servicio de terapia, y que conozco los términos y limitaciones del servicio.

Mi firma abajo indica que puedo pedir una copia de la póliza de privacidad (HIPAA).

Firma del cliente

Fecha

Firma del cliente/miembro de la familia

Fecha

Terapeuta: Nombre y firma

Fecha



Acuerdo del Servicio de Terapia

Nuestro programa de servicio terapéutico se enfoca en las relaciones entre individuos, parejas o la dinámica familiar, así como el trabajo con grupos. Aun cuando el objetivo es brindar una terapia a corto plazo, no se descarta la posibilidad de seguir trabajando con otros aspectos que el cliente considere importante en el curso de las sesiones.

Dentro del servicio se ofrece una evaluación de los elementos que tal vez estén influyendo en la situación presente, el trabajo conjunto con el/los cliente(s) para encontrar soluciones que puedan mejorar la presente situación y la posibilidad de adquirir información de otros posibles servicios que no sean ofrecidos por nosotros y que ayuden al problema de forma multidisciplinaria.

El precio del servicio de terapia es \$150.00 para una sesión de 55 minutos. Para un nuevo cliente, se requiere un depósito de \$30.00 antes de su cita, que se aplicará hacia su balance del servicio.

Las citas deberán ser canceladas con 24 horas de anticipación o la sesión será cobrada en su totalidad. Las sesiones que son cobradas a través de su seguro médico no cubren citas que fueron canceladas o que el cliente olvido. Por lo tanto será responsabilidad del cliente pagar esas citas de su propio bolsillo. Si desea cancelar una cita puede llamar a su terapeuta al (832) 407-0487, enviarle un mensaje de texto, o un correo electrónico (email) a rt4@therapist.net.

Consultas por teléfono serán posibles por no más de 5 minutos sin costo; llamadas de 15 minutos o más serán cobradas a \$30.00 dólares por cada 15 minutos a menos que se acuerde otro precio.

Si está en una crisis o siente deseos de suicidarse y nuestra oficina está cerrada o no puede localizar a su terapeuta, por favor llame al 9-1-1 para recibir ayuda inmediata.

Otros posibles lugares que le pueden brindar servicio de consejería son:

Houston Galveston Institute: (Individuos, Familias y Parejas)

Niños y Adolescentes..... (713) 526-8390

Women’s Center (Centro para mujeres) (713) 528-6798

<hr/>		<hr/>	
Cliente 1	Fecha	Terapeuta/Supervisor	Fecha
<hr/>		<hr/>	
Cliente 2	Fecha	Terapeuta	Fecha



MEMORIAL RELATIONSHIPS &
COUPLES CENTER, PLLC

Autorización de tarjeta de credito

Nombre:		
Tipo de tarjeta:	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Otra	
Número de Tarjeta:		
Dígitos CVC #	Para VISA y MasterCard, los 3 dígitos atrás de la tarjeta: Para American Express, los 4 dígitos en el frente de la tarjeta: # _____	
Fecha de Expiración:	Mes _____ Año _____.	
Código Postal:		
Por favor seleccione una de las siguientes opciones		
	Cobre de mi tarjeta de crédito por cada visita la siguiente cantidad:	
	Cobre de mi tarjeta de crédito <u>por cada sesión que yo falte sin avisar</u> o por la cantidad que el seguro no pague:	\$90.00-seguro medico \$150.00- sin seguro
Yo confirmo que la información que doy es verdadera y completa. También estoy consciente que el servicio puede ser terminado a discreción de Memorial Relationships & Couples Center, PLLC o Rocio J. Tharp M.ED., LPC, LMFT's si cualquier cargo es rechazado o hay todavía balance pendiente sin pagar por servicios recibidos. Disputas por cantidades cobradas deberán ser inmediatamente reportadas a Rocio J. Tharp, M.Ed., LPC, LMFT. De la misma forma cambios en el estatus de esta tarjeta deberá ser reportado a Rocio J. Tharp, M.Ed., LPC, LMFT.		
El que firma tiene la autoridad para firmar como titular de la tarjeta.		
Firma Autorizada:		Fecha:



Autorización para el uso de medios digitales y electrónicos

Valoramos su privacidad y entendemos que su confidencialidad es primordial. No hacemos intercambios o vendemos nombres, correos electrónicos o cualquier otra información pertinente a nuestros clientes. Nosotros no obtenemos ganancias de listas de clientes o algo similar.

Con los avances tecnológicos la comunicación es conocido y está demostrado que la información es imperfecta y vulnerable a la piratería. Somos conscientes de la necesidad de ser cuidadosos en la transmisión y uso del internet, correo electrónico y en aspectos similares. Tomamos precauciones para cuidar de su información; sin embargo, el riesgo está siempre presente.

Yo, autorizo a Memorial Relationships & Couples Center, PLLC a usar comunicaciones de uso electrónico y digital, incluyendo correo electrónico (e-mail), smartphones, telecomunicaciones y videoconferencias (como VSEE), textos y mensajes instantáneos relacionados con mi servicio.

_____	_____	_____
Nombre del Cliente	Firma	Fecha

_____	_____	_____
Nombre del Cliente	Firma	Fecha



Autorización para la divulgación de información referente a la salud.

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Email: _____

1. Autorizo el uso o divulgación de la información referente a la salud de la persona anteriormente nombrada en esta forma (bajo el encabezado de la hoja), en la forma que se indica en seguida.
2. La persona u organización nombradas a continuación están autorizadas a compartir la información:

Nombre: **Mrs. Rocio J. Tharp; M.S.Ed., LPC, LMFT, CST**

Compañía: Institución o agencia: **Memorial Relationships & Couples Center, PLLC.**

Dirección: **955 Dairy Ashford Rd., Suite 108, Houston, Texas, 77079**

3. El tipo y la cantidad de información a ser compartida se describe a continuación:

___ Notas del caso

___ Plan de tratamiento

___ Evaluación

___ Diagnóstico

___ Otro. Se especifica: _____

4. Comprendo que la información puede incluir servicios referentes a la salud mental al igual que referencias para tratamiento de abuso de alcohol o consumo de drogas.
5. Esta información puede ser usada por, y **compartida con** la siguiente organización o individuo:

Nombre de persona autorizada: _____

Relación con el cliente: _____



6. Entiendo que tengo el derecho de cancelar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si cancelo esta autorización tengo que hacerlo por escrito y presentar la revocación escrita a la gerencia. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley provee a mi seguro el derecho de cuestionar un reclamo bajo mi póliza. A menos de que se haya revocado de alguna otra forma, esta autorización terminará en la fecha en seguida indicada, o por el evento o condición que en seguida se indique:

7. Si fallo en indicar una fecha de expiración, evento o condición, esta autorización caducará en 60 días. Entiendo que el que de la autorización de usar o compartir la información referente a mi salud, se da en forma voluntaria. Yo puedo negarme a firmar esta forma. No tengo que firmar esta forma para asegurarme de recibir servicios o tratamiento.

8. Entiendo que la información usada o compartida de acuerdo con esta autorización puede ser objeto de divulgación por parte de quien reciba mi información la cual pueda ya no ser protegida por la regla de privacidad de HIPAA.

Firma del cliente o representante legal

Nombre

Fecha

Firma del testigo

Nombre

Fecha