

Tahoma Counseling

1346 Baldwin St.
Jenison, MI 49428

TahomaCounseling616@gmail.com
P: 616-765-8585

Instrucciones:

** Complete las seis (6) páginas de la forma más completa posible. Complete la mayor cantidad de información posible usando su computadora o dispositivo electrónico. Puede escribir su nombre en la línea de firma si tiene la intención de cargar este documento en nuestro portal de terapia segura y firmar electrónicamente. Si por alguna razón no puede subir a nuestro portal, imprima este formulario y firme las líneas de firma con tinta negra o azul. Luego traiga este documento firmado en su totalidad a su primera sesión. No podemos proporcionar servicios a menos que cada línea de este documento esté firmada**

Informacion personal

| | |
|------------------------------|------------------------|
| Fecha: | |
| Nombre completo del Cliente: | Nombre preferido: |
| Dirección: | Teléfono de casa: |
| Ciudad: Estado: | Teléfono móvil: |
| Codigo Postal: | Correo electronico: |
| Fecha de nacimiento: | Sexo: |
| SSN: | Orientación Sexual: |
| Estado civil:: | Pronombres preferidos: |

| | |
|---|---|
| ¿Cliente es menor de edad? Si No | ** En caso afirmativo, complete lo siguiente: |
| Nombre del padre: | |
| Número de teléfono de los padres: | |
| Correo electrónico de los padres: | |
| Dirección de los padres (si es diferente a la anterior) | |

¿Podemos llamar y/o dejar un mensaje en el teléfono de su casa? Si No
 ¿Podemos llamar, dejar un mensaje y enviarle un mensaje de texto a su teléfono celular?
 Si No
 ¿Podemos enviarle un correo electrónico?
 Si No

Tahoma Counseling utiliza el correo electrónico como método principal de comunicación. Al firmar a continuación, nos da permiso para enviarle un correo electrónico a la dirección de correo electrónico indicada anteriormente. También reconoce que comprende que el correo electrónico no siempre es un método seguro de comunicación y que Tahoma Counseling no es responsable de ninguna violación de la confidencialidad que ocurra a través del correo electrónico. **Tenga en cuenta que Tahoma Counseling hace todo lo que está a su alcance para reducir la probabilidad de violaciones de la confidencialidad y normalmente no comunica información confidencial o clínica por correo electrónico.

*Firma del cliente/tutor legal

Fecha

Tahoma Counseling | 1346 Baldwin St. | Jenison, MI 49428
P: 616-765-8585 | www.tahomacounseling.com |



Tahoma Counseling

1346 Baldwin St.
Jenison, MI 49428

TahomaCounseling616@gmail.com
P: 616-765-8585

Contacto de emergencia

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Información referencial

¿Cómo se enteró de Tahoma Counseling? _____

Insurance Information

| | |
|----------------------------------|----------------------|
| Seguro Primario: | |
| Número de póliza: | Número de grupo: |
| nombre del titular de la póliza: | fecha de nacimiento: |
| Empleador: | |
| Seguro Secundario: | |
| Número de póliza: | Número de grupo: |
| nombre del titular de la póliza: | fecha de nacimiento: |
| Empleador: | |

Llamadas telefónicas

Si hay una emergencia de salud mental, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Si hay un problema URGENTE y necesita hablar con su terapeuta, Llamar: 616-795-0298

Este teléfono se monitorea diariamente y los problemas urgentes casi siempre se atenderán dentro de las 24 horas.

Para problemas que no son urgentes, las llamadas generalmente se devuelven dentro de las 48 horas.

Tenga en cuenta que se aplica una tarifa a las llamadas telefónicas que duran más de 10 minutos. Estas tarifas **NO SON FACTURABLES POR EL SEGURO**. Las tarifas son las siguientes:

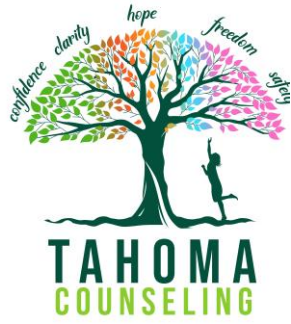
- <10 min llamada = Sin cargo
- Llamada de 10-20 minutos = \$20
- Llamada de 20-30 minutos = \$40
- 30+ minutos de llamada = \$80

*Firma del cliente/tutor legal

Fecha

En situaciones Crisis

Nuestros consejeros no son consejeros de crisis y no tenemos ningún médico de guardia. Si tiene una crisis de cualquier tipo, diríjase directamente a la sala de emergencias más cercana o llame al 911. También puede llamar a la línea directa de crisis local al 1-866-512-4357 y alguien lo ayudará de inmediato.



Tahoma Counseling

1346 Baldwin St.
Jenison, MI 49428

TahomaCounseling616@gmail.com
P: 616-765-8585

*Firma del cliente/tutor legal

Fecha

Asistencia

Cuando haces una cita, Tahoma Counseling reserva ese tiempo para ti. Es su responsabilidad asistir a la cita. Debido a que el tiempo de nuestros consejeros es valioso y asistir de manera confiable a sus sesiones mejora la efectividad del tratamiento, hay una tarifa asociada con las citas perdidas y las citas que se cancelan sin un aviso de al menos 24 horas. Las tarifas a continuación **NO SON FACTURABLES POR EL SEGURO**. Las tarifas no son sanciones, sino que son el pago por el tiempo que reservó con su consejero.

Recargo por retraso: aún se le cobrará la totalidad de la sesión si llega tarde o se va temprano
Cargo por cancelación (sin previo aviso de 24 horas): \$75
Cargo por ausencia: \$75

Entiendo que se debe dar un aviso de 24 horas para todas las citas canceladas para evitar el cargo por cancelación de \$75.

*Firma del cliente/tutor legal

Fecha

Costo del tratamiento

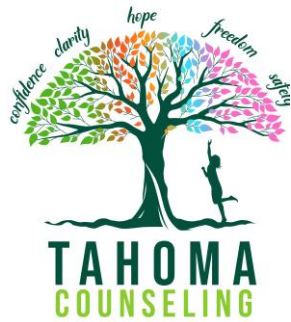
- El tratamiento es una inversión en su salud. Pagar su factura es parte de la inversión en su salud.
- El pago vence al momento del servicio.
- Tarifas de facturación estándar:
Consulta Inicial = \$250
Sesión de Terapia = \$200
- Usted es responsable del pago si su compañía de seguros no cubre nuestros servicios. Es su responsabilidad confirmar que su compañía de seguros cubrirá nuestros servicios.
- Si desea pagar en efectivo, con cheque o con tarjeta, puede solicitar tarifas más bajas.
- Los estados de cuenta de los saldos vencidos se envían al momento del alta y trimestralmente a partir de entonces.
- Si no se realiza el pago después de 30 días, su saldo pendiente y la información personal necesaria pueden enviarse a una agencia de cobro oa un tribunal de reclamos menores.

*Firma del cliente/tutor legal

Fecha

Pago del tratamiento

Tahoma Counseling requiere que se registre una tarjeta de crédito o débito. Puede registrar una tarjeta a través de nuestro portal de terapia seguro. Sin embargo, no tiene que usar esa tarjeta para pagar el tratamiento. Puede elegir una de las tres opciones para pagar los costos asociados con su tratamiento. Aceptamos efectivo, cheque, tarjeta de crédito/débito o tarjetas HAS/FAS. Aceptamos Visa, Mastercard o Discover. Informe a su médico sobre el método específico que desea utilizar.



Tahoma Counseling

1346 Baldwin St.
Jenison, MI 49428

TahomaCounseling616@gmail.com
P: 616-765-8585

Autorizo a Tahoma Counseling a cargar en mi tarjeta de crédito/débito el monto adeudado por cada sesión a la que asista.

Autorizo a Tahoma Counseling a realizar cargos continuos por los servicios que recibo.

Reconozco que la tarjeta anterior se cargará automáticamente de acuerdo con las tarifas de cancelación y no presentación mencionadas anteriormente.

Si tiene inquietudes sobre nuestras políticas de pago, no dude en consultarlas con su médico en particular. Nunca queremos que el dinero sea una barrera para recibir los servicios de atención médica necesarios. Ofrecemos tarifas de escala móvil, planes de pago y, en general, somos flexibles con los arreglos de pago.

* Firma del cliente/tutor legal

Fecha

Reconocimiento

- Tahoma Counseling es un DBA de Tahoma Enterprises, que es una sociedad de responsabilidad limitada.
- Los terapeutas que trabajan en Tahoma Counseling son contratistas independientes. Cada terapeuta trabaja independientemente de los demás. Por lo tanto, usted es un cliente de su terapeuta, no de Tahoma Counseling. Ningún proveedor se interpretará de ninguna manera como socio, accionista, empleado, asociado o agente de ningún otro proveedor en esta oficina.
- De acuerdo con la ley de Michigan, el proceso para presentar una queja contra cualquier profesional de la salud autorizado o registrado se puede encontrar en <http://www.michigan.gov/lara>.

Firma del cliente/tutor legal

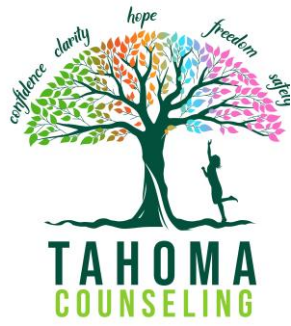
Fecha

Liberación de información

Por la presente, autorizo el intercambio de mi información clínica entre mi compañía de seguros, el guardián o la persona asegurada principal, el médico de atención primaria y cualquier otro especialista al que me remitan para recibir tratamiento en virtud de mi seguro comercial, cobertura HMO o Programa de Asistencia al Empleado. Autorizo que cuando mi terapeuta no esté seguro de cómo abordar un problema en particular, puede buscar el consejo de otro terapeuta en Tahoma Counseling y se puede divulgar información de identificación si se considera necesario (Ese miembro del personal está sujeto a la misma confidencialidad que su terapeuta está sujeto a El propósito de esta divulgación es asegurar que usted reciba el mejor tratamiento posible). También autorizo una revisión de control de calidad del contenido de mi archivo por parte de un miembro apropiado del personal clínico. Si mi terapeuta está trabajando con una licencia limitada, entiendo que su trabajo está supervisado por un supervisor con licencia en Tahoma Counseling.

*Firma del cliente/tutor legal

Fecha



Tahoma Counseling

1346 Baldwin St.
Jenison, MI 49428

TahomaCounseling616@gmail.com
P: 616-765-8585

Recibo de Prácticas de Privacidad (Disponible en tahomacounseling.com y en papel a pedido)

Recibí el Aviso de Prácticas de Privacidad y mis Derechos/Responsabilidades de Tahoma Counseling. Entiendo la información contenida en este documento y entiendo que puedo hacerle preguntas a mi terapeuta al respecto en cualquier momento.

*Firma del cliente/tutor legal

Fecha

Confidencialidad

Su confidencialidad es extremadamente importante para nosotros. Sus registros en papel se almacenarán en un gabinete de oficina con doble cerradura a menos que estén en uso por parte de su terapeuta o personal de la clínica. Sus registros clínicos se almacenarán a través de un programa de registros médicos en línea que cumple con todas las normas y reglamentos establecidos por HIPAA para los registros de salud mental. Nadie fuera de las excepciones enumeradas a continuación tendrá acceso a su información.

- Su terapeuta es un informante obligatorio de abuso infantil, abuso de ancianos y abuso de una persona discapacitada. Si notifica a su terapeuta que una persona que pertenece a uno de los grupos anteriores está siendo abusada física, emocional o sexualmente, su terapeuta debe informar esto a los Servicios de Protección Infantil, la policía y/o cualquier otra agencia de protección.
- Si hace declaraciones de que tiene la intención de lastimarse a sí mismo o a otros, su terapeuta tiene el deber de protegerlo a usted y a otras personas. Su terapeuta se comunicará con la policía o con cualquier otra persona a la que necesite contactar para protegerlo a usted y a los demás de cualquier daño.
- En raras circunstancias, sus registros pueden ser citados por un tribunal o un juez. Es posible que su terapeuta tenga que divulgar registros en estos casos. Su terapeuta hará un esfuerzo de buena fe para comunicarse con usted e informarle si los registros deben entregarse a un tribunal o juez.
- En el contexto de la Consejería de Parejas o Consejería Familiar, su pareja y/o hijos adultos tendrán acceso a información clínica durante el transcurso del tratamiento.
- Entiendo la política de confidencialidad anterior

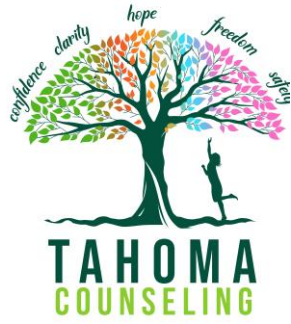
*Firma del cliente/tutor legal

Fecha

Qué esperar del tratamiento

- La consejería/psicoterapia es un proceso que ocurre a través de una relación genuina con un terapeuta. Este proceso toma diferentes cantidades de tiempo para diferentes tipos de personas y varía según la naturaleza de la queja que se presenta.
- La consejería requiere un compromiso. A menudo, se necesitarán citas semanales para tratar sus síntomas. Es importante que sepa que a veces los síntomas empeoran antes de mejorar. La terapia puede ser un proceso difícil. A menudo, se necesita un esfuerzo y un compromiso significativos para discutir los temas difíciles que deben discutirse para que pueda avanzar hacia la salud psicológica.
- Discutiremos sus objetivos específicos y crearemos un plan sobre cómo lograrlos. Mediremos nuestro éxito periódicamente a través de informes subjetivos y/u objetivos.
- El proceso de terapia es un proceso individualizado y es importante ser abierto y honesto con su terapeuta sobre cualquier inquietud que pueda tener. Su terapeuta se compromete a brindarle atención

Tahoma Counseling | 1346 Baldwin St. | Jenison, MI 49428
P: 616-765-8585 | www.tahomacounseling.com |



Tahoma Counseling

1346 Baldwin St.
Jenison, MI 49428

TahomaCounseling616@gmail.com
P: 616-765-8585

de alta calidad y a respetar su derecho a hacer cualquier pregunta que pueda tener. Responderemos a todas sus preguntas lo mejor que podamos.

- Sus registros se mantienen estrictamente confidenciales aparte de los permisos otorgados en este documento o en una Divulgación de información por separado.

He leído y entiendo qué esperar del proceso de terapia.:

*Firma del cliente/tutor legal

Fecha

Consentimiento para Tratamiento

- Doy mi consentimiento voluntario para participar en un tratamiento psicológico en Tahoma Counseling.
- Entiendo los riesgos y beneficios de la consejería y entiendo que puedo preguntarle a mi médico acerca de estos riesgos y beneficios en cualquier momento.
- Entiendo que tengo derecho a retirarme del tratamiento en cualquier momento.
- Entiendo que participar en el asesoramiento no es una ciencia exacta y reconozco que no se pueden dar garantías con respecto al resultado del tratamiento en Tahoma Counseling

*Firma del cliente/tutor legal

Fecha

Consentimiento para el Tratamiento de Menores (Si corresponde)

- Doy permiso a mi médico en Tahoma Counseling para proporcionar una evaluación de salud mental y servicios de tratamiento para este niño menor: ____ ____. Soy el padre, tutor legal o parte legalmente responsable de ____ ____.
- Entiendo que el contenido específico de las sesiones entre mi hijo y su terapeuta se mantendrá confidencial y que mi hijo tiene derecho a solicitar que la información sobre su tratamiento no se comparta conmigo. Se compartirá conmigo el progreso general con respecto al tratamiento.
- Entiendo que toda la información relacionada con el peligro o el riesgo de daño grave para un niño se informará a los padres, tutores y/oa la policía si es necesario.

*Firma del padre/tutor legal

Fecha