

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

21st Century Counseling, PLLC

Asesoramiento Individual, con la Pareja y Familiar
304 E Greene Street, Rockingham, NC 28379

Teléfono: (910) 817-9181
Fax: (800) 878-9353

Acuerdo HIPPA, Consentimiento informado para la evaluación y el tratamiento.

Otros consentimientos, derechos y directrices

Bienvenido a la consulta privada Jonadab S Franco también conocida como 21st Century Counseling, PLLC. Con el fin de iniciar nuestra relación de una manera saludable, he reunido este documento para asegurar que no hay malentendidos sobre los diversos aspectos de los servicios de asesoramiento y psicoterapia.

Antecedentes y Servicios Ofrezco servicios de consejería, psicoterapia y consulta a individuos, parejas y familias en las áreas de salud mental, relaciones y ajuste. Soy un trabajador social clínico licenciado con los estados de Carolina del Norte, así como Carolina del Sur. El enfoque de mi práctica son los niños, los adolescentes y los adultos. No presento testimonio de peritos en los tribunales. Los clientes que se presenten en el asesoramiento con comportamientos violentos sexualmente abusivos o severos, el abuso de sustancias como su principal problema o los niños menores de 5 años, serán referidos a otros profesionales o programas que se especializan en estas áreas. Me reservo el derecho de referir a un cliente a otro terapeuta o recurso apropiado en cualquier momento si sus necesidades en terapia no son un buen partido para mis habilidades o experiencia.

Acuerdo financiero El pago se espera en el momento en que se presta el servicio a menos que se hayan hecho otros arreglos. Al firmar este consentimiento, nos autoriza a facturar a su compañía de seguros por los servicios prestados. Si hay algún cambio en su plan de seguro, debe notificar al médico antes de su cita de terapia de seguimiento. Como cortesía, mi terapeuta presentará un reclamo en mi nombre a mi compañía de seguros. Sin embargo, entiendo que soy responsable del saldo total de mi sesión de terapia en el caso de que mi compañía de seguros niegue el reclamo del seguro.

Por lo general, la tarifa de una sesión de terapia individual es de \$ 90.00. Un horario de tarifas está disponible bajo petición. Los cheques devueltos por el banco tendrán un cargo adicional de \$ 15. Me reservo el derecho de cambiar mis tarifas con 30 días de aviso. Si el saldo de su cuenta no se paga durante 90 días y no se han realizado los arreglos necesarios para el pago, tengo la opción de utilizar medios legales para garantizar el pago, incluidas las agencias de cobro o el tribunal de reclamos menores. Usted tiene derecho a que se le informe de todas las tarifas que debe pagar y de las políticas de reembolso y cobranza. Discuta esto conmigo si tiene una inquietud.

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

Seguro médico Es su responsabilidad proporcionar información exacta sobre el seguro en el momento del servicio. Al firmar este consentimiento, usted nos autoriza a facturar a su compañía de seguros por los servicios prestados. Si hay algún cambio en su plan de seguro, debe notificarlo al médico por su cita de terapia de seguimiento. Como cortesía, mi terapeuta presentará una reclamación en mi nombre a mi compañía de seguros. Sin embargo, entiendo que soy responsable del saldo completo de mi sesión de terapia en caso de que mi compañía de seguros niegue la reclamación del seguro.

Disponibilidad de servicios (servicios después de horas de trabajo) Después de horas de acceso a mi terapeuta se limita a una consulta telefónica y no sustituye a una sesión de terapia fuera de las horas normales de oficina. Puede acceder a mí marcando al **(910) 817-9181** o al **(910) 336-0116**. Si no hay una respuesta inmediata, por favor deje un mensaje con su nombre y número de teléfono. Recibirá una respuesta dentro de los 15-30 minutos de su llamada. Las emergencias de salud mental están disponibles solo para clientes establecidos o activos. Una emergencia de salud mental es una situación de riesgo para la vida en la que un individuo está amenazando de manera inminente el daño a sí mismo o a los demás, severamente desorientado o fuera de contacto con la realidad, tiene una severa incapacidad para funcionar o está distraído y fuera de control. Mi terapeuta está limitado a lo que puede hacer en las emergencias después de horas de trabajo y algunas veces, si es médicamente necesario, me remitió a un servicio psiquiátrico de 24 horas y 7 días a la semana para una evaluación psiquiátrica inmediata por un Médico. Seguiré con todas las referencias y los esfuerzos de coordinación de cuidado realizados por mi terapeuta. Si tiene una emergencia médica, marque # 911.

Citas La asistencia regular a sus citas programadas es una de las claves para un resultado exitoso en el asesoramiento. Reservo una hora o más para cada cita con un cliente. Las citas canceladas en el último minuto son muy perjudiciales para mi práctica. Por lo tanto, le pido que me notifique un mínimo de un día hábil completo (24 horas, de lunes a viernes) antes de su cita si necesita cancelar. Las citas para los lunes por la noche deben ser canceladas antes del viernes anterior a las 5:00 pm. Se colocará una marca de fecha y hora en todos los mensajes que queden en el correo de voz.

Si tiene seguro de Medicaid o NC Health Choice, no se le cobrará por la cancelación de una cita o no-show, sin embargo, después de dos (2) no-shows o cancelaciones consecutivas sin tiempo suficiente me reservé el derecho de terminar servicios o hacerle una cita a mi discreción. Si tiene un seguro privado o si paga por su cuenta, se le cobrará una tarifa administrativa de \$ 45.00 por las citas perdidas. Este incidente no se le cobrará a su compañía de seguros. Usted será responsable del pago.

La disponibilidad de la cita varía con la carga del cliente en ese momento. Las citas de alta demanda (horas de la tarde y tardes tardías) es probable que sean esporádicas en su disponibilidad. Me reservo el derecho de limitar mis compromisos de alta demanda de citas a cualquier cliente en particular con el fin de satisfacer las necesidades de todos mis clientes y equilibrar mi carga de trabajo.

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

Privacidad, confidencialidad y registros Normalmente, todas las comunicaciones y registros creados en el proceso de asesoramiento se llevan a cabo en la más estricta confidencialidad. Sin embargo, existen numerosas excepciones a la confidencialidad definidas en los estatutos estatales y federales. La más común de estas excepciones es cuando hay una emergencia real o potencial de vida o muerte, cuando el tribunal emite una citación, o cuando se trata de abuso o negligencia de niños / ancianos. También participo en un proceso donde los casos seleccionados se discuten con otros colegas profesionales para facilitar mi crecimiento profesional continuo y para obtener el beneficio de una variedad de expertos profesionales. Aunque no se divulga información de identificación en este proceso de consulta entre pares, se discute la dinámica de los problemas y la gente junto con los enfoques y métodos de tratamiento.

Si usted es menor de 18 años de edad, tenga en cuenta que la ley le da a sus padres el derecho de examinar sus registros de tratamiento. En general, mi política es solicitar un acuerdo informal de los padres para que pierda el acceso a sus archivos directamente y acepte recibir información general sobre cómo se está procesando su tratamiento, a menos que sienta que está en peligro.

También hay muchas otras circunstancias en las que la información puede ser divulgada incluyendo cuando la revelación es requerida por la Junta de Carolina del Norte de Trabajador Social Clínico Certificación y Licencias, cuando una demanda es presentada contra mí, para cumplir con las leyes de compensación de los trabajadores, para cumplir con la “USA Patriot Act” y para cumplir con otras leyes federales, estatales o locales. Las reglas y leyes sobre confidencialidad, privacidad y registros son complejas. El AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD de HIPAA, incluido en este paquete de información, detalla las consideraciones sobre confidencialidad, privacidad y sus registros. Este paquete también contiene información sobre su derecho a acceder a sus registros y los detalles de los procedimientos para obtenerlos, en caso de que elija hacerlo. Periódicamente, el HIPAA AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD puede ser revisado. Cualquier cambio en estas prácticas de privacidad se publicará en mi oficina, pero no recibirá una notificación individual de las actualizaciones. *Es imperativo que lea y entienda los límites de privacidad y confidencialidad antes de comenzar el tratamiento.*

Propósito, limitaciones y riesgos del tratamiento Consejería, como la mayoría de los esfuerzos en las profesiones de ayuda, no es una ciencia exacta. Mientras que el propósito último de la consejería es reducir su angustia a través de un proceso de cambio personal, no hay garantías de que el tratamiento proporcionado será eficaz o útil. Por otra parte, el proceso de asesoramiento por lo general implica trabajar a través de problemas personales difíciles que pueden dar lugar a algún dolor emocional o psicológico para el cliente. Intentar resolver los problemas que le llevaron a la terapia en primer lugar puede dar lugar a cambios que no se pensaban originalmente. La psicoterapia puede resultar en decisiones sobre el cambio de comportamientos, empleo, consumo de sustancias, escolaridad, vivienda, relaciones o prácticamente cualquier otro aspecto de su vida. A veces una decisión que es positiva para un miembro de la familia es visto de manera bastante negativa por otro miembro de la familia. El cambio a veces será fácil y rápido, pero más a menudo será lento e incluso frustrante. No

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

hay garantía de que la psicoterapia produzca resultados positivos o esperados. En el caso del matrimonio y la consejería familiar, el conflicto interpersonal puede aumentar a medida que se discuten los asuntos familiares. Por supuesto, el potencial para un divorcio es siempre un riesgo en la consejería matrimonial.

Proceso y derechos de tratamiento Su psicoterapia comenzará con una o más sesiones dedicadas a una evaluación inicial para que pueda tener una buena comprensión de los problemas, sus antecedentes y cualquier otro factor que pueda ser relevante. Cuando el proceso de evaluación inicial esté completo, discutiremos maneras de tratar el problema (s) que le han llevado a la asesoría y desarrollar un plan de tratamiento. Usted tiene el derecho y la obligación de participar en las decisiones de tratamiento y en el desarrollo y revisión periódica y revisión de su plan de tratamiento. Usted también tiene el derecho de rechazar cualquier tratamiento recomendado o de retirar el consentimiento para tratar y ser advertido de las consecuencias o tal denegación o retiro.

Nuestra relación La relación cliente / terapeuta es única en cuanto a que es exclusivamente terapéutica. En otras palabras, es inapropiado que un cliente y un consejero pasen tiempo juntos socialmente, para otorgar regalos, o para asistir a funciones familiares o religiosas. El propósito de estos límites es asegurarnos de que usted y yo somos claros en nuestras funciones para su tratamiento y que su confidencialidad se mantiene.

Si alguna vez hay un momento en que usted cree que ha sido tratado injustamente o irrespetuosamente, por favor hable conmigo al respecto. Nunca es mi intención hacer que esto suceda a mis clientes, pero a veces los malentendidos pueden resultar inadvertidamente en sentimientos heridos. Quiero abordar cualquier problema que pueda interponerse en el camino de la terapia tan pronto como sea posible. Esto incluye también cuestiones administrativas o financieras.

Directrices para obtener una copia del plan de tratamiento

Para los servicios de terapia ambulatoria y los servicios de E / M que se proporcionan con un suplemento de psicoterapia, un plan de tratamiento / servicio DEBE estar en su lugar dentro de los 15 días de la admisión a los servicios.

Todos los consumidores tienen derecho a obtener una copia de su plan de tratamiento. Se proporcionará un plan de tratamiento cuando lo solicite el cliente o la persona legalmente responsable. Por favor, solicite una copia llamando al (910) 817-9181 o enviando su solicitud a 21st Century Counseling, PLLC, 304 E Green Street, Rockingham, NC 28379

Verificación de la opción del consumidor He recibido información sobre los servicios que soy elegible para recibir. Se me ha informado de los proveedores de los que voy a recibir los servicios. Sobre la base de esta información, he hecho una elección informada de los servicios y proveedores que se enumeran a continuación:

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

Jonadab Franco, MSW, LCSW, LISW-CP
DBA: 21st Century Counseling, PLLC
304 E Greene Street
Rockingham, NC 28379-3134
Tel. (910) 817-9181

Consentimiento para la evaluación y el tratamiento Se da el consentimiento para la evaluación y el tratamiento bajo los términos descritos en este documento de consentimiento y la HIPAA AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD. Se acuerda que cualquiera de nosotros puede suspender la evaluación y el tratamiento en cualquier momento y que usted es libre de aceptar o rechazar el tratamiento proporcionado. En el caso de un menor, por la presente afirmo que soy un padre o tutor legal del niño y que autorizo servicios para el niño bajo los términos de este acuerdo.

Al firmar abajo, certifico que he revisado o se como obtener una copia de los siguientes documentos:

1. Derechos del Consumidor o Manual del Miembro de la LME / MCO (si corresponde)
2. Notificación de prácticas de privacidad
3. Información sobre cómo obtener mi plan de servicio / tratamiento

Firma y fecha: _____
(Firma del tutor legal si es menor de 18 años)