



A Healing Journey Counseling & Consultation

650 Henderson Drive, Suite 406 Cartersville, GA 30120

Phone 770-334-2493 ■ Fax 770-334-2675

<http://www.ahjcc.com/>

" Breaking Cycles; Promoting Wholeness "

Formulario de Información del Cliente

(Por favor de escribir claramente y contestar todas las preguntas)

Nombre del Cliente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: ___ F ___ M

Nombre del Esposo(a) conyugue o Menor / Adolescente/ Padre de Familia:

Fecha de Nacimiento: _____

Permiso para correspondencia: Autorización para llamar/dejar mensaje:

Dirección: _____ Sí ___ No ___

Tel Casa: _____ Sí ___ No ___

Ciudad/ Código Postal: _____ Tel Trabajo: _____ Sí ___ No ___

Estado Civil: _____ Tel Celular: _____ Sí ___ No ___

¿Cuál es su relación y las edades de las personas que viven con usted? ¿Cómo es el trato de unos con otros?

Correo electrónico:

Empleador/escuela: _____ Referencia: _____

Si usted es adulto y tiene hijos menores o adultos, ¿cuáles son sus edades y sexo?

Describa brevemente la razón por la cual está buscando consejería:



Religión o Profesión de Fe: _____

Experiencia de Consejería Anterior:

Lugar donde Trabaja: _____

Nombre del Seguro Médico: _____

ID# : _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: Masculino ____ Femenino ____

Autorización #: _____ Copago: _____

Nombre del Médico de Cabecera/ Fecha de la Última Cita: _____

Alergias:

Problemas Médicos: (Utilizar la parte de atrás de la pág. si fuera necesario)

Medicamentos: _____ (Utilizar la parte de atrás de la pág. si fuera necesario)

Al firmar a continuación, autorizo la divulgación de cualquier información médica (PHI) u otra información necesaria para procesar un reclamo de seguro. Doy fe de que mi terapeuta hará todo lo que sea necesario para presentar los beneficios del seguro en mi nombre, y autorizo el pago de beneficios médicos a mi terapeuta directamente. Sin embargo, como asegurado, es mi responsabilidad pagar el deducible el mismo día de la sesión. En última instancia, también es mi responsabilidad, pagar por los reclamos no cubiertos por el seguro, que hayan sido presentados correctamente y su debido tiempo.

Firma Autorizada

Fecha



A Healing Journey Counseling & Consultation, LLC

650 Henderson Drive, Suite 406, Cartersville, GA 30120

Phone 770-334-2493 ■ Fax 770-334-2675

<http://www.ahjcc.com/>

"Breaking Cycles; Promoting Wholeness"

APROBACION Y AUTORIZACIÓN

POR FAVOR, LEA LA SIGUIENTE INFORMACION CON RESPECTO A MIS POLÍTICAS DE TRATAMIENTO Y FIRME A CONTINUACIÓN:

1. **Confidencialidad:** Toda comunicación entre el consejero y el cliente se mantiene en la más estricta confidencialidad a menos que:
 - A. El cliente autorice la divulgación de la información con una firma y renuncie a este privilegio.
 - B. La Corte ordene al consejero divulgar la información.
 - C. Se sospeche o revele abuso / negligencia por parte de los dependientes.
 - D. El cliente parezca representar una amenaza directa para la vida de él / ella o de otra persona por ejemplo, suicida u homicida).
 - E. PATRIOT ACT (estatuto del Gobierno de los Estados Unidos)

Nota: Usted recibirá una tarjeta mía con todos los medios posibles de contactarme. Tenga en cuenta que puede tomarme entre 24 y 48 horas para devolverle la llamada. También es permitida la comunicación tecnológica (correo electrónico, mensajes de texto, fax.) Al utilizar el teléfono celular, correo electrónico y fax para comunicarse, el cliente acepta que no se garantiza la comunicación confidencial. ***Al utilizarlos, el cliente, por elección, renuncia a sus derechos de confidencialidad.***

2. **Con Respecto a los Niños:** los niños (menores de 18 años) solo podrán ser atendidos con el permiso firmado de un padre de familia/persona que tenga la custodia legal del niño. Los padres tienen derecho a tener acceso a toda y cualquier información confidencial de su dependiente con la excepción de los datos de prueba sin procesar. Debido a que es muy importante en la relación terapéutica que exista confianza entre su dependiente y el terapeuta, generalmente es mejor no compartir con usted información detallada de cada sesión. Sin embargo, usted tiene el derecho y la responsabilidad de cuestionar y comprender la naturaleza del plan de tratamiento de su dependiente y el progreso que se está logrando para lograr los objetivos del tratamiento. Si su dependiente puede entender el asunto de la confidencialidad, hablaré con él sobre el tipo de información que compartiré con usted. Si usted no estuviera de acuerdo con la manera en que se compartirá con usted la información de su dependiente, tendremos que resolver estas diferencias antes del comienzo de la terapia.
3. **Testimonio Judicial:** no soy experta en asuntos legales. Si se requiere el testificar en corte, hablar con un abogado, etc., mi tarifa es de \$ 180.00 por hora más el millaje y los gastos incurridos. *De ninguna manera haré declaraciones en casos de custodia, divorcio o mediación.* **Se cobrará un mínimo de dos horas.**
4. **Consulta de casos:** con el fin de proporcionar a los clientes la mejor atención posible, algunas veces consulto los casos con colegas; en esas situaciones, normalmente no revelo los nombres de los clientes u otra información de identificación.



5. **Política Digital:** las personas pueden contactar a su respectivo terapeuta utilizando comunicación tecnológica. Al hacerlo, aceptan que Skype, las llamadas telefónicas, los mensajes de texto, el correo electrónico y las comunicaciones por fax no garantizan los métodos confidenciales de comunicación. Al utilizarlos, el cliente, por elección renuncia a sus derechos de confidencialidad. Tenga en cuenta que si envía un correo electrónico a su terapeuta, revisaremos su correo electrónico al comienzo de la próxima sesión. Se permite enviar mensajes de texto para programar o reprogramar citas. Ningún diálogo clínico será efectuado a través de mensajes de texto.
6. **Terapia:** espero y le recomiendo que obtenga conocimiento de los procedimientos, las metas y los posibles efectos secundarios de la psicoterapia. Trataré de que usted reciba el máximo beneficio posible a través nuestra relación profesional. También lo mantendré informado sobre las alternativas a la terapia. La terapia puede ser tremendamente beneficiosa para algunas personas. Al mismo tiempo, el tratamiento terapéutico no tiene garantías y existen algunos riesgos. Estos riesgos pueden incluir el recordar malas experiencias; enfrentar pensamientos o creencias desagradables; una mayor conciencia de los sentimientos y / o la alteración de su capacidad o deseo de tratar de manera efectiva a aquellos con los que se tiene una relación. Durante la terapia, a veces se toman decisiones importantes en la vida. Como su terapeuta, estaré disponible para analizar cualquiera de sus suposiciones, problemas o posibles efectos secundarios negativos, producto de nuestro trabajo en conjunto. En terapia marital y familiar, no se guardarán secretos entre los que participen activamente en la terapia. Si está utilizando un seguro médico, tenga en cuenta que deberá proporcionar un diagnóstico a su proveedor de seguros para poder presentar el reclamo de pago.
7. **Cancelación de la Terapia:** la cancelación de la terapia puede ocurrir en cualquier momento y puede iniciarla usted, el cliente o yo, el terapeuta. En cualquiera de los casos, es de vital importancia realizar una sesión de finalización para detallar el proceso de terminación en sí. De esta manera, se podrá proporcionar una conclusión constructiva y útil al tratamiento. Referencias u otras sugerencias se ofrecerán en ese momento.
8. **A Healing Journey Counseling & Consultation, LLC** es el nombre de la clínica privada de Pamela A. Bridgeman, LCSW, con licencia para ejercer en el estado de Georgia y que cumple con las normas del Código de Ética de NASW y con el de los varios terapeutas individuales que tienen sus consultorios alineados con el del Consultorio A Healing Journey Counseling & Consultation, LLC. Le recomiendo que le pregunte a su terapeuta cualquier inquietud que pueda tener sobre el consultorio, su tratamiento y facturación, o cualquier otro asunto relacionado con los servicios prestados tan pronto como se dé cuenta de ello.



SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, POR FAVOR NO DUDE EN PREGUNTAR.

He leído y comprendo las normas indicadas anteriormente. Al firmar a continuación, autorizo a mi terapeuta a comenzar el tratamiento terapéutico ahora.

Escriba el nombre y número de teléfono de su contacto de emergencia:

Nombre del Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Terapeuta: _____ Fecha: _____



A Healing Journey Counseling & Consultation, LLC

650 Henderson Drive, Suite 406, Cartersville, GA 30120

Phone 770-334-2493 ■ Fax 770-334-2675

<http://www.ahjcc.com/>

"Breaking Cycles; Promoting Wholeness"

Derechos y Responsabilidades

Deberes del Cuidado y Compromisos para Con los Clientes de A Healing Journey Counseling & Consultation, LLC

Derechos del Cliente de A Healing Journey Counseling & Consultation, LLC:

Como Cliente de A Healing Journey Counseling & Consultation, LLC, usted tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto, dignidad y cortesía.
- A la protección de su privacidad y confidencialidad, dentro de los límites impuestos por la ley y el deber de cuidados.
- Tener acceso justo y razonable a los servicios de A Healing Journey Counseling & Consultation, LLC.
- Tener acceso a la información de las métodos de consejería y tratamiento disponibles así como también el de participar en la toma de decisiones con respecto a estas opciones.
- Poder rechazar cualquiera o todas las evaluaciones y cuidados que se ofrecen.
- Tener acceso a sus expedientes al solicitarlos, en conformidad con la Ley de Privacidad de 1988 y a la Ley de Libertad de Información de 1982.
- Recibir servicios que cumplan con los estándares apropiados de profesionalismo, competencia y responsabilidad.

Responsabilidades como Cliente de A Healing Journey Counseling & Consultation LLC:

Como cliente de A Healing Journey Counseling & Consultation, LLC, usted será responsable de:

- Respetar el derecho de privacidad y confidencialidad de los otros clientes y del personal.
- Tratar de manera respetuosa a otros clientes y al personal de A Healing Journey Counseling & Consultation, LLC.
- Asegurarse de que no estar bajo la influencia del alcohol u otras drogas, y / o no comportarse de manera que haga la prestación del servicio difícil o peligrosa.



- Asistir a las citas y avisar al terapeuta de A Healing Journey Counseling & Consultation, LLC tan pronto como sea posible si no puede asistir a la cita.
- Respetar la propiedad de la oficina.
- Respetar los acuerdos sobre la provisión y cuidado del servicio establecido con A Healing Journey Counseling & Consultation, LLC.

(Copia del Cliente)

Protección de la Confidencialidad y Privacidad del Cliente

A HEALING JOURNEY COUNSELING & CONSULTATION, LLC, se compromete a preservar y defender sus derechos de confidencialidad y privacidad.

Los expedientes de A HEALING JOURNEY COUNSELING & CONSULTATION, LLC, se guardan de forma segura y se hace todo lo posible para garantizar que sus sesiones de consejería y la interacción con A HEALING JOURNEY COUNSELING & CONSULTATION, LLC, sean confidenciales. A HEALING JOURNEY COUNSELING & CONSULTATION, LLC, confidencialmente mantiene apuntes e informes sobre sus sesiones de consejería y la asistencia a programas en grupo para poderle brindar la ayuda profesional adecuada, y para poder planificar y evaluar debidamente.

Su expediente clínico no será revelado a terceros sin su consentimiento, a menos que en conformidad con la ley existan circunstancias excepcionales que exijan lo contrario. Esto solo ocurriría cuando su seguridad o la de los demás esté en grave riesgo; en graves asuntos criminales o en respuesta a una orden judicial.

A HEALING JOURNEY COUNSELING & CONSULTATION, LLC, está regida por la Ley de Privacidad de 1988 y el Código de Ética para Trabajadores Sociales; Consejeros Profesionales con Licencia y Consejeros de Adicción Certificados.

Niños y Adolescentes

Los servicios de consejería proporcionados a menores por A HEALING JOURNEY COUNSELING & CONSULTATION, LLC, se realizan con la participación activa de los padres en la mayoría de los casos.

A HEALING JOURNEY COUNSELING & CONSULTATION generalmente requiere el permiso de los padres para la prestar servicios a personas menores de 18 años (Por medio del Formulario de Consentimiento de los Padres Autorizando a A HEALING JOURNEY COUNSELING & CONSULTATION, LLC a prestar sus Servicios Profesionales).

La ley considera que los menores de edad, tienen la capacidad de dar su consentimiento fundamentado y voluntario para recibir servicios médicos si tienen suficiente madurez, generalmente en la edad de la adolescencia. A HEALING JOURNEY COUNSELING & CONSULTATION, LLC, requiere el permiso de los padres para realizar recomendaciones y el tratamiento de todas las personas menores de 15 años. Para adolescentes entre 15 y 17 años, antes de que inicie el tratamiento, se considerarán otros factores, incluyendo la madurez del joven y sus preferencias con respecto a la participación de los padres.



Los jóvenes al igual que los adultos, tienen el mismo derecho a la confidencialidad durante la consejería, en el contexto de la responsabilidad paternal. Los niños y adolescentes deben saber que la política de A HEALING JOURNEY COUNSELING & CONSULTATION, LLC, es de revelar información "relevante" a los padres o tutores legales.

Para decidir si se revela cualquier información sobre un niño o adolescente a sus padres u otras personas relevantes, el terapeuta tendrá en cuenta la madurez del menor, la naturaleza de los problemas y cualquier obligación legal u otra obligación que sea necesario considerar, incluyendo la seguridad del menor y cualquier orden de protección que involucre los intereses del joven. A HEALING JOURNEY COUNSELING & CONSULTATION, LLC, informará al joven la información que será revelada.

Firma del Cliente: _____ **Fecha:** _____

Firma del Terapeuta: _____ **Fecha:** _____



A Healing Journey Counseling & Consultation, LLC

650 Henderson Drive, Suite 406, Cartersville, GA 30120

Phone 770-334-2493 ■ Fax 770-334-2675

<http://www.ahjcc.com/>

"Breaking Cycles; Promoting Wholeness"

Formulario de Precios y Cobros

1. Precios, Cobros y Responsabilidad de Pago: las sesiones duran entre 45 y 50 minutos

Mis honorarios son de \$100.00 por hora; \$150.00 para la evaluación. Favor de pagar el total en efectivo o con tarjeta de débito/crédito antes de cada sesión. No estamos preparados para aceptar pagos de su seguro de salud

- a. Se aceptan tarjetas Visa y MasterCard, así como también tarjetas de débito de Cuenta de Gastos de Salud.
- b. Si en circunstancias especiales se le aceptara pagar con un cheque, se aplicará una tarifa de \$25 más los gastos adicionales incurridos en caso de que el cheque fuera rechazado por el banco. Si eso llegara a ocurrir, será su responsabilidad pagar cualquier gasto incurrido por cobrar saldos pendientes.

2. Procedimientos de Contacto: las sesiones deberán programarse directamente con su terapeuta. Es obligatorio avisar por lo menos 24 horas antes si no puede cumplir con la cita programada y así evitar que se le cobre la sesión. Puede comunicarse con su terapeuta al **(470) 270-9268** y dejar un mensaje de voz si fuese necesario.

- a. **Usted será responsable del pago completo de la tarifa (\$100) si no da una notificación al menos 24 horas antes de la cita.**

3. Los formularios, cartas y declaraciones juradas incurrirán una tarifa de \$35 por informe.

Al firmar a continuación, doy fe de que entiendo que es mi responsabilidad pagar el día de la sesión

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Terapeuta: _____ Fecha: _____



A Healing Journey Counseling & Consultation, LLC

650 Henderson Drive, Suite 406, Cartersville, GA 30120

Phone 770-334-2493 ■ Fax 770-334-2675

<http://www.ahjcc.com/>

"Breaking Cycles; Promoting Wholeness"

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION

Nombre del Cliente o Representante Legal: _____

Nombre del Menor: _____

Fecha de Nacimiento del Cliente (s): _____

POR ESTE MEDIO SOLICITO Y AUTORIZO:

NOMBRE DEL CONSULTORIO: A Healing Journey Counseling & Consultation, LLC

Nombre del Terapeuta: _____

Dirección: 650 Henderson Drive, Suite 406, Cartersville, GA 30120

Teléfono: 770-334-2493 ■ Fax 770-334-2675

PARA: ___ OBTENER ARCHIVOS DE Y / O ___ REVELAR ARCHIVOS A:

Nombre/ Institución: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Para Revelar la Siguiente Información Específica:

___ Evaluación Psiquiátrica ___ Reportes Psicológicos ___ Registros Médicos

___ Historial Psicosocial ___ Plan de Tratamiento ___ Laboratorio (incluyendo Drogas)

___ Expedientes del Caso/Reportes ___ Otros _____

CON EL PROPOSITO DE:

Continuidad del Cuidado del Cliente

Toda la información que por este medio autorizo sea obtenida de este individuo / consultorio, será estrictamente confidencial y no podrá ser revelada por el destinatario sin consentimiento previo. Entiendo que a menos que esté limitado por las regulaciones estatales o federales y salvo en la medida en que se hayan tomado medidas con mi autorización, puedo retirar esta autorización en cualquier momento. De no ser eliminada previamente, esta autorización terminará en un año a partir de la fecha que aparece a continuación.

Firma del Cliente/ Representante Legal

Fecha

Firma del Terapeuta _____ Fecha _____
Fecha de Anulación de la Autorización _____ Firma: _____