Life Practice Counseling Group

a non-profit agency Sliding-Fee

"*Life* is comprised of continuous opportunities to *practice*."

3820 Auburn Blvd. Ste.100, Sacramento, CA 95821 / 3336 Bradshaw #215, Sacramento, CA 95827
Main Line: (916) 300-6576

FORMAS INICIALES PARA LOS CLIENTES

Confidencial: Todo lo que es revelado en este ambiente es protegido por un criterio profesional y ético. Todo nuestro material es confidencial y no es dado a ninguna persona sin su permiso. La única información que no es confidencial es la que se trata del abuso de los niños, abuso de los adultos, la amenaza de lastimar a si mismo o a otra persona.

_____ Iniciales Para terapia de parejas y familiares su consejero puede utilizar una política de "Sin secreta". Esto significa que si usted participa en terapia de familia y matrimonial/parejas, su consejero está permitido utilizar la información obtenida en una sesión individual con otros miembros de la familia a menos que dices específicamente su consejero no revelar cierta información.
_____ ESTOY DE ACUERDO o _____ NO ESTOY DE ACUERDO con una política de "Sin secreta".

El Uso del Email/Text: Si Ud. decide comunicarse con nosotros por su email/text, le aconsejamos que aunque en Life Practice tomamos precauciones para asegurar la confidencial usando el email/text, no podemos garantizar la seguridad de la transmisión electrónica surgiendo por el uso del email/text.

Los Consejeros: Consejería es proporcionado por terapeutas con licencia o por consejeros que están en formación para convertirse en una licencia de matrimonio y familia terapeutas o trabajadores sociales clínicos con licencia y en una supervisión semanal de grupo para discutir el tratamiento con un terapeuta calificado con licencia. Escriba sus iniciales aquí que recibió una copia del NOTIFICACIÓN AL CLIENTE _____
Iniciales

El Costo y Los Pagos: Su costo es basado en su sueldo mensual. Le pedimos que Ud. pague a la hora de la sesión. Ud. es responsable por los costos que el banco ha incurrido por los cheques regresados o re-depositados. Si eres de prepago, se aplicarán los créditos o podemos ofrecer un recibo deducible de impuestos por pagos excesivos como una donación, no hay ningún reembolso dado. _____
Iniciales

Las Cancelaciones: Las cancelaciones necesitan hacerse 24 horas antes de su cita. Si una cita es cancelada o falta de ir a su cita sin un aviso de 24 horas, tal vez es cobrado por el costo de la sesión. ___
Iniciales

Su Sesión: La sesión de terapia durara 53 minutos.

El Progreso de la Consejería: La consejería es una asociación entre Ud. y su terapeuta y el progreso depende de muchos factores que incluyen su motivación, su esfuerzo, y la buena voluntad para participar y colaborar. Ud. tiene el derecho de estar de acuerdo o desacuerdo con su consejero/a y hacer preguntas acerca del progreso. Durante la consejería habrá tiempos que Ud. recuerde momentos desagradables y perturbados de su pasado que puede causar emociones intensos. Los beneficios de la consejería puede incluir la habilidad para saber como reaccionar con sus relaciones, mejorar en su conocimiento de si mismo, en su crecimiento personal y poder alcanzar sus metas personales. La consejería puede traer resolución de sus problemas o puede traer cambios que no esperaba. Nuestros consejeros tienen el conocimiento de como ayudarle a Ud. a tomar decisiones apropiadas y saludables para si mismo.

Esperamos que su experiencia en Life Practice Counseling Group sea positiva y lo ayude en su desarollo para alcanzar sus metas.

Firma del Cliente_____ Fecha _____

Firma del Consejero/a _____ Fecha _____

Life Practice Counseling Group
a non-profit agency Sliding-Fee
"*Life* is comprised of continuous opportunities to *practice*."
3820 Auburn Blvd. Ste.100, Sacramento, CA 95821
3336 Bradshaw #215, Sacramento, CA 95827
Main Line: (916) 300-6576

NOTIFICACIÓN DE PSICOTERAPIA AL CLIENTE EN UNA AGENCIA NO LUCRATIVA

NOTIFICACIÓN AL CLIENTE DE APRENDICES

La supervisora clínica de Life Practice Counseling Group recibe y responde a quejas con respecto a la practica de psicoterapia dada por consejero(a) sin licencia o registración que proporcione servicios en Life Practice Counseling Group. Para presentar una queja contáctanos por el siguiente correo electrónico: LifePractice@comcast.net.

NOTIFICACIÓN AL CLIENTE SOBRE ASOCIADOS REGISTRADOS

El Board of Behavioral Sciences (Agencia De Ciencias De Comportamiento) recibe y responde a las quejas relacionadas con los servicios proveídos dentro del alcance de la practica de terapeutas Matrimoniales y Familiares, con licencia educativa psicólogos, trabajadores sociales clínicos o consejeros clínicos profesionales. Puede contactar la organización en línea en www.bbs.ca.gov o llamando (916) 574-7830.

Su copia

Life Practice Counseling Group
a non-profit agency Sliding-Fee
"*Life* is comprised of continuous opportunities to *practice*."
3820 Auburn Blvd. Ste.100, Sacramento, CA 95821
3336 Bradshaw #215, Sacramento, CA 95827
Main Line: (916) 300-6576

NOTIFICACIÓN DE PSICOTERAPIA AL CLIENTE EN UNA AGENCIA NO LUCRATIVA

NOTIFICACIÓN AL CLIENTE DE APRENDICES

La supervisora clínica de Life Practice Counseling Group recibe y responde a quejas con respecto a la practica de psicoterapia dada por consejero(a) sin licencia o registración que proporcione servicios en Life Practice Counseling Group. Para presentar una queja contáctanos por el siguiente correo electrónico: LifePractice@comcast.net.

NOTIFICACIÓN AL CLIENTE SOBRE ASOCIADOS REGISTRADOS

El Board of Behavioral Sciences (Agencia De Ciencias De Comportamiento) recibe y responde a las quejas relacionadas con los servicios proveídos dentro del alcance de la practica de terapeutas Matrimoniales y Familiares, con licencia educativa psicólogos, trabajadores sociales clínicos o consejeros clínicos profesionales. Puede contactar la organización en línea en www.bbs.ca.gov o llamando (916) 574-7830.

Firma:_____

Life Practice Counseling Group

a non-profit agency Sliding-Fee

"*Life* is comprised of continuous opportunities to *practice*."

INFORMACIÓN DEL NUEVO CLIENTE

Bienvenido. Para poder ayudarle, por favor complete lo siguiente:

La Fecha: _____ Marital Status: _____ Ocupación _____

Nombre:_____Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre de su Pareja:_____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: ____

Domicilio: _____

Teléfono de Casa: ( ) _____ **Otro Teléfono**: ( ) _____

¿Si le llamamos, podemos identificarnos como consejeros de Life Practice Counseling?Yes___ No ___

¿Podemos comunicarnos con Ud. por medio del email? Yes_____ No_____

Email Address: _____

Contacto de emergencia: _____Teléfono(s): _____

Contacto de emergencia: _____Teléfono(s): _____

Más alto grado que completó en la escuela:_____**Sueldo Mensual**:_____(combinan parejas)

Medico de la Familia: _____ Teléfono: _____

Medicinas Que Está Tomando: _____

Razones por la Consejeria:_____

¿Psicoterapia Previa? Si ___No ___Año y razón: _____

En promedio ¿cuántos días/semana usted bebe alcohol? _____ **¿Cuántas bebidas por día?** _____

¿Has probado drogas? ____ **¿Qué tipos?** _____

¿Utiliza actualmente? ____ **¿Con qué frecuencia?** _____

¿Como Nos Encontró? Yahoo Google Yellowpages.com Craigslist Facebook Other _____

¿Podemos saber quien lo refirió? _____

Terminación de la terapia: Usted tiene el derecho a terminar el tratamiento en cualquier momento y como llegue al final de sus objetivos, usted y su consejero discutirá la terminación. La terapia puede terminar si bien de sientes que no se benefician de la terapia, si el consejero ya no puede ser objetiva, si no han pagado las dos últimas sesiones, o no pudo proporcionar un aviso de 24 horas de cancelación dos o más veces. Se proporcionará alternativas de tratamiento.

Su Firma: _____ Fecha:_____

2/24/2020

Life Practice Counseling Group
a non-profit agency Sliding-Fee

"*Life* is comprised of continuous opportunities to *practice*."

3820 Auburn Blvd. Ste.100, Sacramento, CA 95821 / 3336 Bradshaw #215, Sacramento, CA 95827
Main Line: (916) 300-6576

Aviso de HIPAA para Practicas Privadas

1. Este aviso explica como información medica puede usarse y ser revelado electrónicamente y como Ud. Puede tener acceso a esta información. Por favor revise esto atentamente.
2. Tengo el deber legal a proteger su información de salud (PHI) cuando transmito información electrónico. Legalmente estoy requirdo/a a proteger su privacidad de su PHI, que incluye información que se puede usar para identificarlo/la a Ud. Que yo he creado o recibido acerca de su pasado, presente, o futuro de su salud o condicion, la provision del cuidado de salud para Ud. O el pago para el cuidado de su salud.

Yo tengo que proporcionar con este Noticia acerca de cómo practico la privacidad, y esta Noticia tiene que explicar como, cuando, y porque yo puedo "usar" y "revelar" su PHI. El "uso" de su PHI ocurre cuando yo comparto, examino, utilizo, aplico, o analizo esta información en mi practica; PHI está "revelado cuando es sacado, transferido, se ha dado, o es en otra manera dado a otra persona afuera de mi practica. Con unas excepciones, yo no puedo usar ni revelar mas de su PHI que es necesario para cumplir el propósito por lo cual el uso o la revelación es hecha. Estoy legalmente requirido/a a seguir la privacidad de la practica en esta Noticia.
Con la firma de esta notificación no le reconoce podemos usar su PHI, pero no puede revelar su PHI sin mediar autorización escrita por usted. No guardamos notas tratamiento separados y notas de psicoterapia, todas nuestras notas son notas tratamiento y se pueden encontrar en el archivo del cliente. Su PHI no se divulgará para fines de marketing. Su PHI no será vendida sin su autorización. No se pondrá en contacto con fines de recaudación de fondos. Si usted paga por cualquier servicio fuera de su bolsillo, entonces usted tiene el derecho de restringir la divulgación de su PHI a los planes de salud de ese servicio. Si hay un incumplimiento de su PHI no segura, usted recibirá una notificación.

Sin embargo, reservo el derecho a cambiar los términos de esta Noticia y la póliza de mi privacidad a cualquier tiempo. Cualquier cambio que se aplica a el PHI estará archivado conmigo. Antes de hacer cambios importantes a mi póliza, yo pondré una nueva copia de la Noticia en mi oficina o en mi página del internet. También puede pedir una copia de esta Noticia, o puede ver una copia de la Noticia en mi oficina o en mi página del internet.

Por favor firme esta Noticia, diciendo que entiende este recibo de este Noticia de Privacidad Practica de Life Practice Counseling Group.

____ Me ofrecieron o ____ No me ofrecieron una copia de este aviso.

Firma: _____ Fecha: _____

_____ Escriba sus iniciales aquí si usted se neiga a recibir una copia de este aviso.

2/17/14

Porfavor marque todos los sentimientos que le aplica a Ud. Desde hoy:

Nombre:_____

AI

_____ 1. Siento que me pongo tenso/a la mayoría del tiempo.

_____ 2. Tengo muchos problemas físicos que no puedo explicar.

_____ 3. Me preocupo la mayoría del tiempo.

_____ 4. Tengo impulsos de constantemente estar lavándome las mano, comprobar que las puertas están cerradas repetidamente, o otros rituales que interfieren con mis actividades diarias.

_____ 5. Tengo pesadillas y/o recuerdos que no puedo sacarme de mi mente.

_____ 6. He tenido experiencias como la falta del aire, palpitaciones del corazón o estar tembloroso cuando estoy descansando.

_____ 7. Yo evito situaciones sociales porque tengo miedo.

_____ 8. Hay algunas cosas de las cuales tengo mucho miedo.

_____ 9. Tengo miedo de salirme de mi casa.

_____ 10. Pienso en la muerte o en quitarme la vida.

_____ 11. Constantemente tengo pensamientos que interfieren con mi habilidad a concentrarme o funcionar eficazmente.

DI

____ 1. Ya no tengo interés en las cosas que antes me interesaban.

____ 2. Me siento sin esperanzas acerca del futuro.

____ 3. No puedo hacer decisiones porque se me hace difícil concentrarme.

____ 4. Me siento lento o inquieto.

____ 5. Sin querer estoy subiendo o perdiendo peso.

____ 6. Por ninguna razón me siento cansado/a.

____ 7. Me estoy durmiendo demasiado o muy poquito.

____ 8. No me siento feliz.

____ 9. Me pongo iritable o nervioso/a muy fácilmente.

____ 10. Pienso en la muerte o en quitarme la vida.

____ 11. Tengo ganas espontáneos de llorar.

Life Practice Counseling Group
a non-profit agency Sliding-Fee

"*Life* is comprised of continuous opportunities to *practice*."
3820 Auburn Blvd. Ste.100, Sacramento, CA 95821 / 3336 Bradshaw #215, Sacramento, CA 95827
Main Line: (916) 300-6576

Aviso de HIPAA para Practicas Privadas (su copia)

1. Este aviso explica como información medica puede usarse y ser revelado electrónicamente y como Ud. puede tener acceso a esta información. Por favor revise esto atentamente.
2. Tengo el deber legal a proteger su información de salud (PHI) cuando transmito información electrónico. Legalmente estoy requirdo/a a proteger su privacidad de su PHI, que incluye información que se puede usar para identificarlo/la a Ud. que yo he creado o recibido acerca de su pasado, presente, o futuro de su salud o condicion, la provision del cuidado de salud para Ud. o el pago para el cuidado de su salud.

Yo tengo que proporcionar con este Noticia acerca de cómo practico la privacidad, y esta Noticia tiene que explicar como, cuando, y porque yo puedo "usar" y "revelar" su PHI. El "uso" de su PHI ocurre cuando yo comparto, examino, utilizo, aplico, o analizo esta información en mi practica; PHI está "revelado cuando es sacado, transferido, se ha dado, o es en otra manera dado a otra persona afuera de mi practica. Con unas excepciones, yo no puedo usar ni revelar mas de su PHI que es necesario para cumplir el propósito por lo cual el uso o la revelación es hecha. Estoy legalmente requirido/a a seguir la privacidad de la practica en esta Noticia.
Con la firma de esta notificación no le reconoce podemos usar su PHI, pero no puede revelar su PHI sin mediar autorización escrita por usted. No guardamos notas tratamiento separados y notas de psicoterapia, todas nuestras notas son notas tratamiento y se pueden encontrar en el archivo del cliente. Su PHI no se divulgará para fines de marketing. Su PHI no será vendida sin su autorización. No se pondrá en contacto con fines de recaudación de fondos. Si usted paga por cualquier servicio fuera de su bolsillo, entonces usted tiene el derecho de restringir la divulgación de su PHI a los planes de salud de ese servicio. Si hay un incumplimiento de su PHI no segura, usted recibirá una notificación.

Sin embargo, reservo el derecho a cambiar los términos de esta Noticia y la póliza de mi privacidad a cualquier tiempo. Cualquier cambio que se aplica a el PHI estará archivado conmigo. Antes de hacer cambios importantes a mi póliza, yo pondré una nueva copia de la Noticia en mi oficina o en mi página del internet. También puede pedir una copia de esta Noticia, o puede ver una copia de la Noticia en mi oficina o en mi página del internet.

Por favor firme esta Noticia, diciendo que entiende este recibo de este Noticia de Privacidad Practica de Life Practice Counseling Group.

Firma: _____ Fecha: _____

3/30/10

Life Practice Counseling Group
a non-profit agency Sliding-Fee

"*Life* is comprised of continuous opportunities to *practice*."

3820 Auburn Blvd. Ste. 100, Sacramento, CA 95821 / 3336 Bradshaw #215, Sacramento, CA 95827
Main Line: (916) 300-6576

Acuerdo de Seguro Médico/Responsabilidad del Paciente

Life Practice acepta múltiples planes de seguros médicos comerciales, Cobertura de Medi-Cal, y EAP planes de seguros médicos. Yo _____ (nombre en letra de molde) estoy usando _____ Plan de Seguro Médico para cubrir el costo de mis servicios. Mi identificación de suscriptor es _____ y mi fecha de nacimiento es _____. Con mi Medi-Cal/EAP no hay copago que tenga que realizar al tiempo de mi servicio. Mi plan comercial tiene un copago de $_____ por sesión, que debo que pagar al final de cada sesión. Yo entiendo que si tengo una aseguranza medica primaria que es otra de la cual yo se o de que no estoy revelando, que voy a ser responsable por la tarifa de $_____ por cada sesión que ocurrió, y voy a pagar por efectivo/cheque/tarjeta de crédito. Si cancelo mi plan o por una razón no estoy cubierto/a, yo entiendo que es mi responsabilidad de notificar mi consejero/a _____(iniciales). Yo entiendo que soy responsable por cualquier tarifa que no está cubierta por mi plan _____ (iniciales). Yo entiendo que Life Practice va a cobrar mi plan y va a tratar de cobrar el seguro médico por los servicios dados, pero yo entiendo completamente que si mi plan de seguro médico no paga por el servicio, que soy responsable por las tarifas acumuladas y voy a pagar por el balance que queda por efectivo/cheque/tarjeta de crédito _____ (iniciales).

Yo entiendo que mi plan solo cubre los costos de los servicios dados si me presento a mi cita de terapia. Por citas perdidas o cancelaciones dentro las 24 horas de la cita, lo próximo aplica:
Para Medi-Cal o EAP: Yo entiendo que si no me presento a mi cita, o no doy aviso de cancelación de por lo menos 24 horas o llego más de 43 minutos tarde a mi cita en CUALQUIER 2 (dos) citas programadas, mis servicios se cancelarán con Life Practice _____(iniciales).
Para Planes Comerciales: Yo entiendo que si no me presento a mi cita, o no doy aviso de cancelación de por lo menos 24 horas o llego más de 43 minutos tarde a mi cita, que se me cobrara una tarifa fija de $100 por la cita perdida o por no dar aviso de cancelación de por lo menos 24 horas _____(iniciales).

"Yo _____ (nombre en letra de molde) he leído y entiendo los términos por usar mi Plan de Seguro Médico. Por medio de mi firma e iniciales, entiendo completamente todo lo mencionado anteriormente. Todas mis preguntas sobre esta práctica fueron contestadas, doy mi total consentimiento y estoy de acuerdo en pagar por mi cuenta si mi cobertura no abarca los servicios proveídos."

Su firma aceptando la Responsabilidad del Paciente: _____

Fecha:_____

"*Life* is comprised of continuous opportunities to *practice*."

3820 Auburn Blvd. Ste. 100, Sacramento, CA 95821 / 3336 Bradshaw #215, Sacramento, CA 95827
Main Line: (916) 300-6576

Contrato de Tarjeta de Crédito

Atención: Los nuevos clientes están obligados a mantener un número de tarjeta de crédito en archivo. Por favor complete la siguiente información y proporcionar su tarjeta de crédito a su terapeuta en la sesión inicial. Esto se pone para su conveniencia.

Tipo de Tarjeta: MasterCard Visa American Express Discover Otra:_____

Nombre como aparece en la tarjeta:_____

Número de Tarjeta de Crédito:_____exp: _____/_____

Código de seguridad de 3 dígitos en el reverse de la tarjeta:_____

Si American Express, código en la parte frontal de la tarjeta:_____

La dirección asociada a la tarjeta:_____

Cuidad, estado, código postal:_____

Correo Electrónico: _____

Esta tarjeta va a ser cobrada de parte de Life Practice o Sierra Pacific Medical Billing Services, LP de parte de Life Practice quien es contratado como el cobrador medical para lo siguiente (por favor de poner iniciales en cada uno):

_____ Honorarios(pago) por sesión y/o montos de Copago (como se dialogó en la primera cita o a su solicitud)
Iniciales

_____ Honorarios por cancelación mismo día o citas perdidas
Iniciales

_____ Honorarios por cancelación sin aviso de ____ horas (de acuerdo con la política de su consejero)
Iniciales

_____ Honorarios sesión morosos (honorarios más de 30 días de atraso)
Iniciales

_____Entiendo que no hay reembolsos dados y que el balance adeudado permanecerá
Iniciales

"Yo _____ (nombre) he leído y entiendo los términos de ofrecer mi tarjeta de crédito a la Life Practice Counseling Group. Entiendo que mi tarjeta de crédito puede ser cargado por las razones indicadas anteriormente. También entiendo que no hay reembolsos dados. Cualquier pregunta que tenga acerca de esta práctica han sido contestadas y doy mi consentimiento completo para cargar mi tarjeta de crédito en las circunstancias marcadas arriba ".

_____ _____
Su Firma Consentimiento a los Cargos Fecha de Hoy