

## “Bienvenidos a Nuestra Oficina”

Miami Counseling & Resource Center (“MCRC”) es un centro privado que ha ayudado a individuos, parejas y familias en Miami durante más de 30 años, y nos complace ofrecerle nuestros servicios a usted y su familia. Nuestra responsabilidad radica en proporcionar intervenciones de diagnóstico y terapéuticas para las dificultades relacionales, emocionales y psicológicas que usted o su familia están experimentando actualmente. Contamos con un equipo que incluye las siguientes disciplinas:

- Consejeros para la salud mental
- Terapistas de pareja y familia
- Psicólogos
- Psiquiatras
- Nutricionista

Nuestra oficina está abierta seis días a la semana con horario flexible. Su médico/terapeuta individual lo ayudará a coordinar el tratamiento para usted. La comunicación con esa persona es importante, por lo que la siguiente información será útil:

(305) 448-8325

La extensión de su terapeuta: \_\_\_\_\_

(305) 448-8325

La extensión de nuestro personal de oficina: \_\_\_\_\_

(305) 448-0685

Fax

[www.miamicounseling.com](http://www.miamicounseling.com)

Nuestra oficina no ofrece servicios de emergencia, si está sufriendo alguna clase de emergencia por favor llame al 911 o vaya a su centro de emergencia más cercano.

Adjunto encontrará algunas formas que nos ayudara a asistirle efectivamente, por favor toma el tiempo para llenarlas.

## Pólizas de la Oficina

Para poder ofrecerles servicios de calidad y que tenga una experiencia positiva, las siguientes pólizas y procedimientos le ayudarán a comprender cómo nuestro centro funciona.

### Cancelaciones

Si no puede asistir a una cita programada, avísenos lo antes posible. Tenga en cuenta que se le cobrará por cualquier cita que no se cancele con veinticuatro (24) horas de anticipación. Tenga en cuenta que su proveedor de tratamiento le reserva una hora especialmente para usted y es posible que no pueda llenar ese horario con poca antelación. Usted será el único responsable de la tarifa completa, ya que no podemos facturar a su seguro por un servicio no proporcionado. (Si tiene un plan de seguro médico, se pueden aplicar políticas alternativas).

### Duración de Sesiones

**Terapia:** las sesiones de terapia individual, de pareja y familiar duran entre 45 y 50 minutos. La tarifa se evaluará de forma prorrateada si la sesión supera los 50 minutos.

**Psiquiatría:** las evaluaciones psiquiátricas iniciales son de 60 minutos, las sesiones de seguimiento de la medicación son de 20 a 30 minutos y la terapia es de 45 a 50 minutos.

**Nutrición:** las evaluaciones nutricionales iniciales son de 75 minutos y las sesiones de seguimiento son de 30 minutos.

### Pagos y Cargos

El costo de su sesión será discutido con su terapeuta o con nuestro personal de oficina. Nuestra oficina acepta pagos por medio de tarjetas de crédito, cheques personales o efectivo. Puede hacer su cheque a nombre de Miami Counseling & Resource Center(MCRC) . Un cargo de \$25 se le cobrará a cheques sin fondos.

Miami Counseling & Resource Center (MCRC) verificarán los beneficios de su seguro médico sin embargo verificación de beneficios no garantiza pago. Usted sera responsable del costo completo de su cita si el seguro no paga por los reclamos enviados a su compañía de seguro médico.

### Costos adicionales

Además de las sesiones programadas, otros servicios se cobrarán a la tarifa por hora de forma prorrateada. Otros servicios incluyen consultas telefónicas (por ejemplo, con el cliente, familiares, otros profesionales), redacción de informes y cartas. Las apariencias legales se facturan a una tasa más alta. Los contactos telefónicos rápidos (menos de 5 minutos) no se facturan.

## CONFIDENCIALIDAD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Entiendo que mi derecho a la privacidad está protegido por las leyes federales y estatales y que soy el titular de privilegios dentro del entorno del cliente / clínico. Entiendo que esto significa que la información discutida durante el tratamiento en Miami Counseling & Resource Center (MCRC) es confidencial y que no se puede divulgar información a nadie fuera de MCRC sin mi autorización previa, con ciertas excepciones, como se describe a continuación:

1.) Entiendo y doy permiso para que mi médico/terapeuta consulte con otros profesionales y empleados de MCRC, ya que son miembros del propio equipo de tratamiento interno de MCRC, que puede incluir terapeutas, nutricionistas, psiquiatras u otro terapeuta que esté viendo a otros miembros de mi familia.

En ocasiones, puede ser necesario compartir información de rutina con un médico, nutricionista, psiquiatra, consejero escolar o de confianza, u otro profesional de la comunidad que lo esté tratando o que esté involucrado con usted de alguna manera. Estas divulgaciones se discutirán con usted por adelantado y se le solicitará un consentimiento firmado antes de dicha divulgación.

2.) Entiendo que hay varias excepciones al privilegio del cliente / clínico. Su médico/terapeuta está obligado por ley a informar lo siguiente:

- a. abuso infantil
- b. maltrato a personas mayores
- c. abuso de personas discapacitadas o con enfermedades mentales
- d. cuando sea requerido por orden judicial
- c. daño o daño potencial a sí mismo oa otros ("Deber de advertir")

3.) Entiendo que si elijo usar un seguro de salud para cubrir el costo del tratamiento, las compañías de seguros frecuentemente requieren la información de salud protegida (PHI) para acceder a los beneficios y determinar la necesidad médica. Al firmar a continuación, consiento el uso y la divulgación de información de salud protegida (PHI) con las compañías de seguros por parte de MCRC para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

4.) Debido a que la privacidad en el tratamiento a menudo es crucial para el progreso exitoso, entiendo y acepto que el tratamiento para niños y adolescentes puede requerir que los padres o tutores renuncien a su derecho a los archivos de sus hijos. Proporcionaremos a los padres / tutores información general sobre el progreso del tratamiento del niño y la asistencia a las sesiones. Sin embargo, si consideramos que el niño está en peligro o es un peligro para otra persona, notificaremos a los padres esta preocupación.

5.) Entiendo que la comunicación y la programación basada en la web a través de Internet, utilizando el sistema de correo electrónico y los mensajes de texto a través de dispositivos móviles no siempre están cifrados, no son un sistema confidencial e intrínsecamente inseguros. No hay garantía de confidencialidad cuando la comunicación se realiza de esta manera. Sin embargo, estoy de acuerdo con su uso en mi tratamiento como un medio de comunicación e intercambio de información sobre el tratamiento o las pruebas. Acepto comunicarme de esta manera y acepto toda la responsabilidad por la información enviada a mi (s) dirección (s) de correo electrónico, dispositivos móviles y / u otra información transmitida a través de Internet.

6.) Entiendo que es mi responsabilidad proteger el dispositivo utilizado durante el asesoramiento en línea para garantizar la confidencialidad. Soy consciente de que la terapia en línea no es apropiada si estoy experimentando una crisis o teniendo pensamientos suicidas u homicidas. Estoy de acuerdo en que las comunicaciones en línea son confidenciales y todos los registros entre el cliente y el clínico siguen siendo propiedad de Miami Counseling & Resource Center (MCRC).

7.) Entiendo que ni el Centro de Miami Counseling & Resource Center (MCRC) ni mi médico proporcionan supervisión para los menores que se encuentran en nuestro edificio. Los arreglos para su supervisión deben hacerse por adelantado y su supervisión es mi responsabilidad.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACIÓN PARA PRUEBAS Y TRATAMIENTO

Soy consciente de que el Aviso de Prácticas de Privacidad para Información de Salud Protegida (PHI) está publicado en la sala de espera y he recibido una copia. He leído y entiendo la información contenida en las páginas anteriores de este formulario. Mi firma a continuación indica mi comprensión y acuerdo con esta información, y por la presente consiento los procedimientos profesionales que se consideren apropiados para la evaluación y el tratamiento; y donde el tratamiento es para un menor, estoy autorizado a dar mi consentimiento para su evaluación y tratamiento.

---

Firma del paciente

---

Firma del padre / tutor

---

Firma del padre / madre / tutor

---

Firma del médico

---

Fecha

# CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIONES Y PROGRAMACIÓN DE INTERENTES / CORREO ELECTRÓNICO / TEXTO

Las comunicaciones a través de Internet, el sistema de correo electrónico, los mensajes de texto y la programación basada en la web no siempre están cifradas. No hay garantía de confidencialidad de la información cuando se comunica de esta manera. No obstante, puede solicitar que nos comuniquemos con usted a través de Internet, el sistema de correo electrónico, los mensajes de texto y la programación basada en la web. Para ello, debe iniciar y firmar lo siguiente:

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo con la comunicación a través de Internet, el sistema de correo electrónico, los mensajes de texto y la programación basada en la web.

\_\_\_\_\_ Certifico que mis direcciones de correo electrónico y números de teléfono proporcionados aquí en este formulario de ingreso o de otras fuentes son precisos, y que yo, o mi representante designado en mi nombre, aceptamos la responsabilidad total por los mensajes hacia y / o desde cualquiera de estas direcciones de correo electrónico y números de teléfono.

\_\_\_\_\_ He leído y recibido una copia del formulario de Confidencialidad y Consentimiento informado y he leído este Consentimiento para Internet / correo electrónico / comunicaciones de texto y programación.

\_\_\_\_\_ Entiendo y acepto que las comunicaciones a través de Internet, el sistema de correo electrónico, los mensajes de texto y la programación basada en la web no están cifradas y son intrínsecamente inseguras; no se garantiza la confidencialidad de la información (por ejemplo, la PHI) cuando se comunica de esta manera.

\_\_\_\_\_ Entiendo que todas las comunicaciones por correo electrónico en las que me involucre se pueden reenviar a otros proveedores, incluidos los proveedores no asociados con Miami Counseling & Resource Center, con el fin de brindarme servicios de tratamiento o pruebas.

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en mantener a Miami Counseling & Resource Center (MCRC), a su personal y a mi (s) terapeutas/doctores (s) inocentes de todas y cada una de las reclamaciones y responsabilidades que surjan de o estén relacionadas con este Consentimiento para comunicaciones / programación por Internet / correo electrónico / texto.

FIRMA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE IMPRESIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE IMPRESIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

# Información Demográfica

Nombre: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(apellido) (primer nombre)

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Numero de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Numero del Trabajo: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

¿Podría la oficina, su psicólogo, psiquiatra, o terapeuta contactar uno de los números de teléfonos arriba, dejarle un mensaje en su voicemail, o dejar un mensaje con alguien?

\_\_\_\_\_ Iniciales - Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

¿Podría la oficina, su psicólogo, psiquiatra, o terapeuta contactar a la persona quien le refirió a nuestra oficina?

\_\_\_\_\_ Iniciales - Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Sexo: M:\_\_\_\_\_ F:\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Casada/o: \_\_\_\_\_ Soltera/o: \_\_\_\_\_ Divorciada/o: \_\_\_\_\_

Separada/o: \_\_\_\_\_ Viuda/o: \_\_\_\_\_ Compañera/o: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

La razón por su visita: \_\_\_\_\_

Trabajo/Escuela: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

## Contacto de Emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación a Usted: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero de Casa: \_\_\_\_\_ Numero del Trabajo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

## Personas que viven en su Casa

Nombre	Edad	Relación	Ocupación
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----

## Otros miembros importantes de su familia (no viviendo en su casa)

Nombre	Edad	Relación	Ocupación
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----

### **Médico de Atención Primaria:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### **Historial Médico:**

Enfermedades/Condiciones

Médicas: \_\_\_\_\_  
-----

Medicamentos/Vitaminas:

-----  
Alergias:

-----  
Historia del tabaco, el alcohol, y el consumo de drogas:

-----  
-----

Tratamiento Psiquiátrico o Terapia Previa: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Con Quien: \_\_\_\_\_

Por Cuanto Tiempo: \_\_\_\_\_

Cuando: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Información del Seguro:**

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Numero de ID del miembro: \_\_\_\_\_

Número de Autorización: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación a Usted: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

\*\* Por favor muestre la tarjeta de su seguro para hacerle una copia. Muchas Gracias.

Pagos se pueden efectuar de las siguientes maneras:

- 1) **Effectivo**      2) **Cheque**      3) **Tarjeta de debito/credito**

En un esfuerzo para evitar dificultades con su cuenta, provea informacion de su tarjeta de credito/debito en el espacio a continuacion.

Esta informacion es confidencial y se utilizara para procesar un pago debido a una o mas de las siguiente situaciones: saldo de copago, cheques bancarios devueltos, saldo de pagos de seguros hechos directamente al paciente, citas perdidas o canceladas fuera de las 24 horas requeridas por poliza en nuestra oficina.

Gracias por su cooperacion.

**ACEPTAMOS LAS SIGUIENTES TARJETAS DE DEBITO/CREDITO**

VISA

MASTER CARD

DISCOVERY

NUMERO

CODIGO DE 3 NUMEROS EN LA PARTE POSTERIOR DE LA TARJETA

FECHA DE VENCIMIENTO

DIRECCION DONDE RECIBE ESTADO DE CUENTA:

-----

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

CODIGO POSTAL

FIRMA: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMO APARECE EN LA TARJETA:

-----

## Acuerdo financiero

Yo, \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo en que la responsabilidad por el cargo por hora de \$ \_\_\_\_\_ en Miami Counseling & Resource Center (MCRC) es mía. Si en algún momento finalizo la terapia y tengo un saldo pendiente, acepto pagar ese saldo en su totalidad.

Debido a que el tiempo se ha reservado exclusivamente para mí y / o los miembros de mi familia, entiendo que se requiere un aviso de cancelación de veinticuatro (24) horas. En el caso de que no se proporcione la notificación anticipada, entiendo que se me cobrará la tarifa completa por la cita reservada.

Si es necesario que Miami Counseling & Resource Center (MCRC) obtenga los servicios de una agencia de cobranza y / o un abogado para cobrar un saldo vencido, el abajo firmante acepta pagar todos los honorarios razonables de abogados, gastos de cobranza y costos judiciales incurridos en tales acción. Los saldos que hayan estado pendientes durante treinta (30) días comenzarán a acumular intereses a una tasa del 1.5% por mes. El interés continuará acumulándose mensualmente y se agregará al saldo hasta que se pague la factura completa.

\_\_\_\_\_  
(Firma de Testigo)

\_\_\_\_\_  
(Firma del cliente)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)