

02.2018

## Forma Consejería para Menor

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de Primera Sesión: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL MENOR:

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre o Inicial: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_ Género:  H  M

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

**ETNICIDAD:**  Hispano/Latino  Blanco  Negro o Afroamericano  Asiático  Indio Americano o Nativo de Alaska

Nativo de Hawaii o de otras Islas del Pacífico  Otro: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE LA PARTE RESPONSABLE:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el menor: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ ¿Podríamos dejar mensaje?  Sí  No

Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_ ¿Podríamos dejar mensaje?  Sí  No

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ ¿Podríamos dejar mensaje?  Sí  No

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

¿Podríamos comunicarnos a través de correo electrónico para programar sus citas?  Sí  No

¿Le gustaría recibir correos electrónicos con consejos para mantener una buena salud relacional, niños y familia?  Sí  No

*PCC bajo ninguna circunstancia enviará información personal a través de correo electrónico. No venderemos o distribuiremos su correo electrónico de ninguna forma.*

### CUALQUIER OTRO ADULTO CON CUSTODIA DEL NIÑO:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con menor: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Tiene derecho a discutir el progreso del menor con el consejero?  Sí  No

*Adjunte una copia del Decreto de Divorcio para verificar su derecho legal de traer al menor. Un menor no se puede atender sin esta documentación.*

Escriba la información de cualquier otro adulto que tenga derecho a saber y hablar del progreso del menor con el consejero:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

02.2018

## Forma Consejería para Menor (continuación)

### PREFERENCIA DE FE:

Evangélico    Católico    Judía    Musulmán    Hindú    Otro: \_\_\_\_\_  
Afiliación Congregacional: \_\_\_\_\_

### REFERENCIA:

¿Cómo se enteró del Pastoral Counseling Center?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Seguro/sitio de web de seguro | <input type="checkbox"/> Lista en línea de Psychology Today                |
| <input type="checkbox"/> EAP/sitio de web de EAP       | <input type="checkbox"/> Búsqueda en línea/Google                          |
| <input type="checkbox"/> Amigo o miembro de la familia | <input type="checkbox"/> Médico Nombre de Médico: _____                    |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                   | <input type="checkbox"/> Pastor o Iglesia Nombre de Pastor o Iglesia _____ |

### RAZÓN DE VISITA:

¿Qué lo trae en busca de consejería? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha persistido la situación?    0-6 meses    6-12 meses    más de 1 año  
Escriba cualquier evento, situación o circunstancia que haya podido causar estrés a su niño(a):

\_\_\_\_\_

Escriba algunas de las fortalezas de su niño(a):

\_\_\_\_\_

### TERAPIAS PREVIAS: (si aplica)

Fecha: \_\_\_\_\_ Consejero: \_\_\_\_\_

### PRUEBAS/EVALUACIONES PSICOLÓGICAS ANTERIORES: (si aplica)

Fechas: \_\_\_\_\_ Lugar/Examinador: \_\_\_\_\_

Resultados: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN MÉDICA:

Pediatra: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Acepta que nos pongamos en contacto con su pediatra?    Sí    No

Escriba cualquier problema médicos y medicamentos actuales:

\_\_\_\_\_

En caso de que la seguridad de su niño(a) o la seguridad de otros estén en riesgo, el consejero puede decidir notificarle al contacto de emergencia que usted designe. (El contacto debe tener más de 18 años.)

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

02.2018

## NOTIFICACIÓN DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD DEL PASTORAL COUNSELING CENTER (HIPAA)

Esta notificación explica cómo manejamos su información de salud, cómo podría ser divulgada a otros y cómo usted puede adquirir dicha información.

Por favor revise cuidadosamente esta notificación y siéntase en la libertad de pedir clarificación si hay algo del material que no entienda. La privacidad de su información de salud es importante para nosotros y queremos hacer todo lo posible para proteger dicha privacidad.

Tenemos una responsabilidad bajo las leyes de los Estados Unidos y las del estado de Texas de mantener la privacidad de su información de salud. Parte de nuestra responsabilidad es notificarle sobre nuestras prácticas y política de privacidad. También es parte de nuestra responsabilidad seguir las prácticas establecidas en esta notificación.

Esta notificación es efectiva el 14 de abril de 2003 y continuará en efecto hasta que sea reemplazada.

Nosotros tenemos el derecho de cambiar o modificar estas prácticas de privacidad, siempre y cuando esos cambios sean permitidos o requeridos por ley.

Cualquier cambio en nuestras prácticas de privacidad afectaría cómo protegemos la privacidad de su información de salud. Esto incluye la información de salud que podamos recibir de usted o que desarrollemos dentro del Pastoral Counseling Center. Estos cambios también podrían afectar cómo protegemos la privacidad de cualquier información de salud suya que hayamos obtenido antes de dichos cambios.

Cuando realizamos estos cambios, también cambiaremos esta notificación y usted recibirá una copia del mismo.

Si usted solicita una copia de esta notificación ahora o en cualquier otro momento futuro, le daremos una copia libre de costo. De tener alguna pregunta o preocupación sobre el material en este documento, por favor pida asistencia la cual será dada sin costo alguno.

### **A continuación algunos ejemplos de cómo podríamos utilizar o divulgar su información de salud con su autorización:**

- A. A su médico o cualquier otro proveedor de salud que le esté tratando.
- B. A cualquier miembro de nuestro personal que este envuelto en su programa de tratamiento.
- C. A cualquier persona que sea requerido por leyes federales, estatales o locales que puedan tener acceso legal a su plan de tratamiento.
- D. Para recibir pago de terceros por los servicios que se le brindan a usted.

E. Para estar en cumplimiento con Manejo de Uso/Plan de Mejora de Calidad de terceros.

F. A nuestro personal dentro de las operaciones del Centro. Ejemplo de esto incluyen pero no se limitan a: evaluar la efectividad de nuestro personal, supervisión del personal, mejorar la calidad de nuestros servicios, cumplir con los estándares de acreditación, y en conjunto con licencias, credenciales o actividades para certificaciones.

G. A cualquiera que nos provea con una autorización escrita para obtener su información de salud, cualquiera que sea su motivo. Usted puede anular esta autorización por escrito en el momento que usted lo desee. La anulación será efectiva inmediatamente y aplicará a su información de salud desde ese punto en adelante.

H. A cualquier familiar, persona responsable por su cuidado, o su representante en caso de una emergencia. De usted estar presente en ese momento, le daremos la oportunidad de objetar. De usted objetar, o no estar presente, o es incapaz de responder, podremos utilizar nuestro juicio profesional, teniendo en cuenta la naturaleza de la emergencia, para acceder y usar o divulgar su información de salud pensando en lo que sería mejor para usted en ese momento. Al hacer esto, solo utilizaremos divulgaremos la información de salud que sea necesaria o relevante para responder a la emergencia.

No utilizaremos su información de salud con ninguno de las propagandas, anuncios, desarrollo, relaciones públicas, o actividades relacionadas del Centro sin su consentimiento o autorización escrita.

No utilizaremos o divulgaremos su información de salud de cualquier otra forma que no sean las descritas en esta notificación a menos que usted lo autorice de forma escrita.

### **Como cliente del Pastoral Counseling Center, usted tienes los siguientes derechos:**

- A. Con pocas excepciones, usted puede solicitar por escrito inspeccionar su información de salud que mantenemos para nuestro uso.
- B. Puede solicitar copias de la información en la parte "A" descrita anteriormente.
- C. Habrá un cargo razonable por cada página a ser fotocopiada.
- D. Tiene derecho a una copia libre de costo de esta notificación.
- E. Puede solicitar por escrito que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud con métodos alternos, en un lugar alternativo. Un ejemplo de esto pudiera ser (si su idioma primario no es hablado en el Centro, y estamos tratando a un niño de quien usted tiene custodia legal). Su notificación escrita

debe incluir específicamente el método alternativo de comunicación y el lugar.

F. Puede solicitar por escrito restricciones adicionales en la forma en que utilizamos o divulgamos su información de salud. Podemos denegar una o todas las restricciones solicitadas. De aceptar las restricciones adicionales, acataremos las mismas en todas las circunstancias o situaciones, con excepción a aquellas en que a nuestro juicio profesional constituyan una emergencia.

G. Puede solicitar por escrito que se enmiende la información de la parte "A" descrita anteriormente.

H. De aprobar la solicitud escrita para enmendar la parte "A", modificaremos nuestros expedientes de acuerdo a la enmienda. También notificaremos a cualquier persona que haya recibido dicha información o cualquier persona que usted desee sea informada..

I. De negar sus enmiendas, puede someter una declaración escrita para su expediente donde especifique no estar de acuerdo con la denegación de su solicitud.

J. Puede solicitar por escrito donde le proporcionemos una lista de las ocasiones en que nosotros o alguno de nuestros socios divulgamos su información de salud para otros propósitos que no sean su tratamiento, pagos u la operación de nuestro Centro. Esto puede ir hacia atrás tanto como seis años.

K. De usted solicitar información desglosada en la parte "J" más de una vez en un periodo de 12 meses, podríamos cobrarle una tarifa a basada en los costos reales de obtener y tabular dicha información.

L. Si usted entiende que hemos violado alguno de sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con las decisiones que hemos tomado sobre cualquiera de sus derechos en esta notificación, puede informarlo por escrito a la siguiente persona:

Compliance Officer(s):  
Executive Director/Clinical Director  
Teléfono: 214.526.4525  
Fax: 214.520.6468  
Dirección:  
Pastoral Counseling Center,  
4525 Lemmon Avenue, Suite 200  
Dallas, TX 75219

M. También puede someter una queja escrita al Departamento de Salud y Servicio Humanos de los Estados Unidos. Le brindaremos la dirección postal cuando usted lo solicite.

02.2018

## Política de PCC/Privacidad de HIPPA y Consentimiento de Terapia para Menores

El Pastoral Counseling Center ha servido el área del norte de Texas desde 1968 y estamos agradecidos de que nos escogiera para trabajar con usted. PCC es un centro de consejería fundamentado en la fe, un centro que incluye elementos de fe para servir aquellos que buscan ayuda con integridad, compasión y respeto. Ofrecemos servicios a todas las personas; por lo que nuestro personal no impone sus creencias personales a sus clientes. Si el cliente lo solicita, trabajaremos dentro del sistema de creencia y la preferencia de fe nuestros clientes.

La psicoterapia tiene beneficios como sus riesgos. Los riesgos pueden incluir pero no se limitan a: experimentar emociones incómodas como tristeza, culpa, ansiedad, enojo, frustración, soledad e impotencia ya que el proceso de psicoterapia muchas veces requiere hablar sobre aspectos difíciles de su vida. Sin embargo, la psicoterapia ha demostrado tener beneficios para los individuos que la emprenden. La psicoterapia requiere una participación activa de su parte. Su participación en la consejería, dentro y fuera de la sesión, puede ayudarlo a lograr las metas para la consejería.

**NOTIFICACIÓN POLÍTICAS DE PRIVACIDAD:** La siguiente política de privacidad le informa de cómo utilizamos su información de salud en nuestro Centro, cómo podríamos revelar su información de salud con otros, y cómo puede acceder a la misma.

Su relación con el Pastoral Counseling Center es importante y confidencial. Información referente a su consejería no puede ser revelada o divulgada sin su autorización escrita, a menos que la divulgación de la misma pueda prevenir el daño inminente, sea requerido por el estado o leyes federales. Algunos ejemplos de esto pueden incluir pero no se limitan a: sospecha de abuso de un menor o anciano; para pagos a terceros como seguros médicos; si está envuelto en algún caso legal donde su terapeuta o el Centro se le requiera por ley divulgar su expediente por un juez o abogado; si usted podría ser un riesgo para usted u otra persona, el terapeuta podría notificarle a personal médico o policíaco; así descrito en la política de privacidad.

**TARDANZAS, CANCELACIONES Y NO PRESENTARSE A LA CITA:** La cita inicial es generalmente de 60 minutos. Las citas de seguimiento duran alrededor de 45-60 minutos. Estas sesiones están reservadas para usted, y usted es responsable de pagar por ese tiempo. Las cancelaciones hechas con 24 horas de anticipación no tendrán ningún cargo. Sin embargo, aquellas personas que cancelen con menos de 24 horas recibirán un cargo de \$50 en la tarjeta de crédito que esta archivada en el sistema. Si constantemente se "ausenta" o "cancela tarde" sus citas puede resultar en la terminación del tratamiento. Compañías aseguradoras o terceros no aceptarán reclamaciones por citas perdidas o que no se usaron.

**Por favor con sus iniciales indique que entiende la póliza de cancelación tardía y de citas perdidas de PCC:** \_\_\_\_\_

**RESPONSABILIDAD DEL TERAPEUTA:** El trabajo de su terapeuta está sujeto a escrutinio de supervisión profesional, por la revisión de colegas y los estándares de acreditación de la American Association of Pastoral Counselors and Licensing Boards en el estado de Texas. De tener alguna preocupación o problema con su relación terapéutica, o las políticas del Centro, puede hablar directamente con su terapeuta o con el Director Ejecutivo del Centro. La línea para quejas para la mayoría de los consejeros profesionales con licencia de Texas es 1.800.942.5540.

**NUESTRAS LIMITACIONES:** Somos un centro de tratamiento ambulatorio y no podemos proveer monitoreo intensivo diario del cliente. No podemos ayudar a clientes que:

- Siga el abuso del alcohol y otras drogas
- Abusar o rehusar de sus medicamentos recetados
- Requiere supervisión intensa
- Muestra falta de respeto a otros clientes, el personal de PCC o la propiedad de PCC
- Son un riesgo para ellos o para otros

**INFORMACIÓN DE CONTACTO:** El Centro tiene un sistema centralizado de teléfono. Puede llamar directamente al buzón de voz marcando 214.526.4753, luego siga las instrucciones para la extensión de su consejero. En caso de una emergencia, llame al número principal del Centro, 214.526.4525 o 1.800.340.7557, y uno de los miembros de nuestro personal o el sistema automatizado le asistirá.



## 02.2018 Política de PCC/Privacidad de HIPPA y Consentimiento de Terapia (continuación)

**HONORARIOS/TÉRMINOS FINANCIEROS:** Los honorarios serán discutidos en su primera sesión. El pago se espera en su totalidad en el momento en del servicio. Si no puede realizar el pago en el momento de recibir el servicio se le pedirá que reprogramar a un tiempo el que puede realizar el pago. Esto nos permitirá continuar bien fiscalmente y proveer servicios de calidad y continuos. Cuestiones de seguros pueden ser discutidos con su terapeuta o nuestro coordinador de seguros. Usted también será responsable de cualquier balance pendiente que su seguro no cubra o pague por los servicios brindados. Usted también será responsable por el balance pendiente si el asegurado es diferente a usted. De tener alguna dificultad con su compañía aseguradora, puede presentar una queja con el Departamento de Seguros de Texas (1.800.252.3439 o [www.tdi.state.tx.us](http://www.tdi.state.tx.us)).

**EXPEDIENTES DEL CLIENTE:** Habrá un cargo administrativo de impresión y fax de \$25 por las primeras 20 paginas y \$.50 por cada página adicional del expediente del cliente. Cargos adicionales pueden incluir costo por envío por correo o entrega de copias del expediente. Tenga en mente que tomará de 7-10 días laborables para procesar el expediente. Los cargos deben ser pagos por adelantado. Los cargos por los registros del cliente se deben pagar por adelantado y se cargarán en la tarjeta de crédito en el archivo.

**CARTAS/DOCUMENTOS:** Existe un cargo asociado con cualquier y todo documento que tengamos que completar. Los cargos serán determinados por el tiempo que se tome el completar la solicitud. Cargos por cartas/documentos deben ser pagados por adelantado.

**CARGOS JUDICIALES:** *Este es un servicio normalmente no provisto por los terapeutas de PCC.* Si una deposición u opinión en corte es requerida, habrá un cargo de \$200 la hora. El cargo mínimo es de \$1600, y debe ser pago por adelantado. Preparación, viaje y abogado o tiempo empleado será cobrado por la hora. Costos de viaje (peajes, gas y millaje) también serán facturados. Las compañías de seguro no serán facturadas por ninguno de estos cargos; usted será totalmente responsable del pago.

**TRÁMITES DE FMLA/DISCAPACIDAD:** Para que el/la terapeuta puede completar los trámites de FMLA/Discapacidad, usted tiene que programar una cita. Antes de su cita, por favor entregue toda su documentación. Hay un cargo de \$125 para la cita de trámites de FMLA/Discapacidad. Los beneficios de seguro medico o de EAP no aplican para su cita. Después de haber completado seis sesiones, el terapeuta determinará si es apropiado completar la documentación de FMLA. Los cargos por trámites de FMLA/Discapacidad deben ser pagados por adelantado.

**SEGUROS:** Si desea utilizar los beneficios de su seguro, y su terapeuta **es un proveedor participante (dentro de la red)** usted está de acuerdo con asignar pago de su plan médico a Pastoral Counseling Center (PCC) y actualizar PCC con su información de seguro más reciente en todo momento. De haber un cambio en su seguro, pedimos que por favor nos notifique de cualquier cambio por lo menos con dos días de anticipación a su cita. De no cumplir con lo estipulado, puede resultar en cargos con la tarifa estándar por hora de su cita. PCC facturará su compañía aseguradora si su terapeuta es un proveedor dentro de la red. Sin embargo, usted es responsable de cualquier co-pago, deducible y pago por los servicios no cubiertos por su seguro médico. De tener un deducible, debe pagar cada visita al momento de su cita hasta que su deducible haya sido cubierto.

Si usted desea usar los beneficios de su seguro, y su terapeuta **no es un proveedor participante (fuera de la red)**, debe entender que usted será responsable de obtener autorización/certificación para tratamiento por adelantado y de someter las reclamaciones para ser reembolsados por el seguro. PCC le proveerá los recibos con toda la información necesaria para que pueda intentar obtener el reembolso por los servicios, sin embargo, usted será responsable por la tarifa completa a momento de recibir el servicio independientemente su aseguradora complete o no el reembolso. Lamentablemente, al PCC no es una entidad contratada por su aseguradora, usted es responsable de toda comunicación y cualquier intento de obtener un reembolso de su aseguradora. Si su aseguradora niega el pago por cualquier razón, usted es responsable para el pago.

**ACUERDO:** Yo he leído y entendido mis derechos y compromisos como cliente de consejería, incluyendo la política de privacidad de HIPPA y los límites de confidencialidad del Pastoral Counseling Center. Mi firma a continuación es mi aceptación de las políticas y consentimientos de los servicios psicoterapéuticos del Pastoral Counseling Center por el (la) menor mencionado a continuación y confirmación de que mi terapeuta repaso los consentimientos y entrega de expedientes conmigo.

Escriba el nombre del Padre o Madre/Guardián: \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Tengo autoridad legal para firmar este documento en nombre de \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

## **PCC Hoja Informativa**

El Pastoral Counseling Center está preparado para ayudar a las personas que desean:

- Sanar y crecer en sus vidas y sus relaciones
- Aprender destrezas para mejorar su bienestar
- Balancear el trabajo, la familia, la vida social y espiritual

**CUALIFICACIONES:**

Pastoral Counseling Center está acreditado por la Asociación Americana de Consejeros Pastorales. Todos los terapeutas y los aprendices tienen títulos de maestría o superior formación académica, así como cientos de horas de experiencia clínica. Todos los terapeutas realizan su práctica bajo el código de ética establecido por los respectivos grupos profesionales.

**SERVICIOS:**

Ofrecemos una variedad de programas, incluyendo evaluaciones, psicoterapia individual, de pareja, familiar y de grupo. También ofrecemos terapia para niños incluyendo grupos de destrezas sociales y terapia de juego. La terapia de juego es administrada por terapeutas de nuestro personal y terapeutas en adiestramiento utilizando diferentes enfoques. Todos los terapeutas han sido ampliamente capacitados y reciben supervisión constante y educación continua. Cuando sea apropiado, los clientes tienen la oportunidad de recibir la terapia de colaboración con varios terapeutas de consultoría.

**SU PAPEL EN LA TERAPIA ES:**

- Hacer un compromiso para cambio o crecer
- Asumir la responsabilidad de su propia vida
- Establecer metas para la terapia
- Dar retroalimentación a su terapeuta
- Trabajar en sus propias metas entre sesiones

**EL PAPEL DE SU TERAPEUTA ES:**

- Decidir si sus habilidades satisfacen sus necesidades
- Ayudarle a alcanzar sus metas
- Identificar la comunidad y otros recursos psicoterapéuticos

**INFORMACIÓN DE CONTACTO:** El Centro tiene un sistema centralizado de teléfono. Puede llamar directamente al buzón de voz marcando 214.526.4753, luego siga las instrucciones para la extensión de su consejero. En caso de una emergencia, llame al número principal del Centro, 214.526.4525 o 1.800.340.7557, y uno de los miembros de nuestro personal o el sistema automatizado le asistirá.

Nombre del Consejero: \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_

## POLIZA DE CANCELACIÓN Y DE CITAS PERDIDAS

Toma un gran esfuerzo programar su terapia o sesión de evaluación psicológica. Es importante que usted tome en cuenta de que el tiempo de su cita se está separando exclusivamente para usted.

Entendemos que enfermedades y emergencias puedan ocurrir. Si usted debe cancelar una cita por cualquier motivo, debemos recibir un AVISO EN 24 HORAS antes de la sesión programada o se considerará una cita efectuada y la CUOTA DE CANCELACIÓN SERÁ CARGADA a su tarjeta de crédito que esta archivada en nuestro sistema.

### **Clientes de Terapia:**

La cita inicial generalmente es de 60 minutos. Las citas de seguimiento son generalmente de entre 45-60 minutos. Estas sesiones están reservadas para usted, y usted es responsable del pago por ese tiempo. Las cancelaciones hechas con más de 24 horas de anticipación no tendrán ningún cargo. Sin embargo, a aquellos clientes que cancelen con menos de 24 horas de anticipación se les cobrará \$50 a la tarjeta de crédito que tenemos en su archivo. Repetidas ausencias de "no presentación" o "cancelaciones tardías" podrían resultar en la terminación del tratamiento. Las compañías de seguros, los proveedores de EAP u otros terceros responsables no aceptarán reclamaciones por citas pérdidas o que no se usaron.

### **Clientes de Evaluación Psicológica:**

Las sesiones son generalmente programadas por 60 minutos a 5 horas. La duración de las sesiones de evaluación varían. La cita que programa se reserva para usted. Se le cobrara por citas perdidas y cancelaciones con menos de 24 horas de anticipación. Las cancelaciones hechas con más de 24 horas de anticipación no tendrán ningún cargo. Sin embargo, a aquellos clientes que cancelan con menos de 24 horas de anticipación se le cobrará \$ 250 a la tarjeta de crédito que tenemos en su archivo. Las compañías de seguros, los proveedores de EAP u otros terceros responsables no aceptarán reclamaciones por citas pérdidas o que no se usaron.

Firma del Cliente/Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente/Persona Responsable: \_\_\_\_\_  
(06-14-17)