

Claudia Franzosi, MFT Individual and Family Therapy
615 East Lexington Ave., El Cajon CA 92020 Phone: 619-246-6700
www.sandiegotherapynow.com

Esta información se mantendrá estrictamente confidencial. Favor de imprimir y traer a su primera visita.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
Numero Seguro Social: _____ Sexo: M ___ F ___ Dónde nació? _____
Dirección _____ Apt # _____
Ciudad _____ Codigo Postal _____
Número de teléfono: _____ OK llamar? ___ OK dejar mensaje ___?
Teléfono del trabajo: _____ OK llamar? ___ OK dejar mensaje ___?
Número de teléfono celular: _____ OK llamar? ___ OK dejar mensaje ___?
Otro número de teléfono: _____ OK llamar? ___ OK dejar mensaje ___?
Contacto de Emergencia: _____ Tel. #: _____
Dirección de correo electrónico: _____
(Su dirección de correo electrónico nunca será vendida o compartida)
Puedo enviar un correo electrónico si no puedo comunicarme con Ud. por teléfono? Sí ___ No ___
Le gustaría tener informacion de talleres / programas específicos a su situación? Sí ___ No ___

Actualmente vive con:

Relación con el paciente	Nombre	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social (sólo si el cónyuge o los padres de un paciente niño)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Nombre del Seguro Medico Primario _____ Numero de Identificación _____
Grupo _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado _____
Nombre del asegurado principal (exactamente como aparece en la tarjeta de seguro) _____
Empleador del Asegurado _____
Numero Seguro Social del Asegurado _____

Actualmente esta Ud. en una una relación? _____ Por cuanto tiempo? _____ Que tan feliz? _____

Último grado de escuela completado: _____ Name de la escuela (si el paciente es un niño): _____

Tipo de trabajo: _____ Que tan satisfecho en el trabajo _____?
Condiciones médicas: _____
Medicamentos utilizados (dosis y por qué): _____

Alcohol o medicamentos que Ud. usa (tipo, cantidad y frecuencia): _____

Problemas para dormir: _____ Problemas con Comida: _____
Pensamientos suicidas? (Por favor, explique) _____
Pensamientos de herir a otros?(Por favor, explique) _____
Explique brevemente porqué busca ayuda: _____

¡Bienvenidos!

PRIVACIDAD: En el comienzo del tratamiento, vamos a aclarar lo que se mantiene confidencial o lo que es compartido. Todo aquí es confidencial, pero hay algunas excepciones:

Si usted comunica la intención de lastimarse seriamente, lastimar a otra persona o en situaciones de abuso y maltrato infantil, abuso a una persona dependiente y en algunas situaciones jurídicas por orden de Corte.

Si su trabajador social o funcionario de libertad condicional ha referido aquí, voy a tener que informar a él o ella de su progreso y asistencia. Si su aseguradora médica me lo requiere, tengo que proporcionar alguna información, por lo general incluyendo su diagnóstico, cargos, fechas de servicio y a veces un plan o un resumen del tratamiento. Si usted está buscando asesoría para resolver los conflictos matrimoniales o involucrado en una disputa por la custodia, usted se compromete a no solicitar mi testimonio o carta, aunque el Tribunal pueda darme órdenes de declarar.

FORMA DE PAGO: la cuota de pago es de \$ 150 por cita individual o por sesión familiar. Las sesiones son alrededor de 45-50 minutos. El pago se hace al momento del servicio. No se aceptan tarjetas de crédito. Como una cortesía a usted, si un tercero o una aseguradora médica pagan por las sesiones, los servicios serán facturados directamente a ellos.

Usted es responsable de un co-pago de _____. Los co-pagos deben ser pagados antes de cada sesión en efectivo o cheque. Lo sentimos, no se aceptan tarjetas de crédito. Si su aseguradora médica muestra una cantidad diferente de co-pago o un deducible, usted será responsable de la cantidad indicada por su aseguradora.

Si usted solicita una carta, se cobrará \$ 100 por hora, con un cargo mínimo de \$100.

Usted es financieramente responsable de todos los cargos, a menos que haya recibido el pago de su aseguradora u otro tercero. Debe informarme de cualquier cambio en el estado de su aseguradora. Si no me informa, y su aseguradora se niega a pagar, usted será responsable de pagar el monto total por mis servicios. Si su cobertura de aseguradora se encuentra temporalmente interrumpida y usted me informa rápidamente de ello, vamos a tratar de acordarnos con un método de pago que funcione para usted. En caso de dificultades financieras, podemos arreglar una escala de precios. Si su situación financiera cambia, díganme inmediatamente para que podamos encontrar una solución a su problema.

ASISTENCIA A LAS CITAS Y CANCELACIONES:

La asistencia regular a la terapia es muy importante para su progreso. Usted acepta mantener todas las citas programadas a menos que tenga una emergencia o enfermedad grave. Por favor, no haga otros planes si tenemos una cita programada. Si usted cancela por razones que no sean emergencias o enfermedades graves, posiblemente no va a poder continuar con los servicios aquí. Si usted no se presenta, cancela con menos de 24 horas de aviso o se olvida de su cita por más de una sesión en cuatro meses, posiblemente la voy a referir a otros terapeutas. Si su cita es el Lunes y tiene que cancelarla, por favor marque antes de las 5 de la tarde del viernes de previa semana.

Claudia Franzosi, MFT Individual and Family Therapy
615 East Lexington Ave., El Cajon CA 92020 Phone: 619-246-6700
www.sandiegotherapynow.com

Si usted no cancela su cita según las reglas de cancelación arriba, se le cobrará \$ 50.00, a menos que presenten una prueba de emergencia (por ejemplo: registro ingreso hospitalario, una nota del médico). Usted acepta que usted es personalmente responsable del pago de una cancelación tarde/no presentación a la cita (“no-show”). Otros pagos y aseguranzas por lo general no pagan para la sesión perdida. El responsable es el cliente, y firmar a continuación lo hace responsable del pago de la sesión perdida. Esto incluye a los padres de crianza y otros miembros de la familia que traen el paciente aquí.

_____ (Escriba sus iniciales aquí para expresar su consentimiento en esta página)

Si usted está pagando con un cheque personal, se le cobrará una tarifa de \$ 25.00 si su cheque es rechazado o no cobrable. Si usted está haciendo un pago parcial, se compromete a pagar en su totalidad antes de la próxima sesión. La terapia se puede terminar por falta de pago de los servicios. Si su cuenta está atrasada y no hemos dispuesto un plan de pagos, su factura se podría entrar en colección y/o procedimiento legal. Gastos de cobranza pueden subir la cantidad de deuda. La cantidad también incurrirá en un cargo del 10% anual.

EMERGENCIAS:

Usted es libre de dejar un mensaje entre las sesiones en el 619-246-6700, pero tenga en cuenta que su terapeuta sólo está disponible en los horarios de las citas programadas y no hace terapia a través del teléfono. En caso de emergencias de salud mental, por favor llame a la Línea de Crisis al 1-800-479-3339. Esta línea está disponible las 24 horas del día, 7 días a la semana. Por un peligro inmediato, no dude en llamar al 911.

TERMINACIÓN:

La terminación es una parte importante de la terapia. Por lo menos un aviso de dos semanas se sugiere por lo que la terminación se pueda producir sin problemas, y las referencias adecuadas y las opciones puedan ser identificadas y discutidas.

"He leído y acepto la información anterior. Yo autorizo a Claudia Franzosi, MFT, a divulgar cualquier información médica o de otro tipo necesario para procesar mis reclamos o cobrar los pagos atrasados. Yo solicito el pago de beneficios del gobierno a mí o a mi terapeuta que acepta tareas. Yo autorizo el pago de beneficios médicos directamente a Claudia Franzosi, MFT ".

He tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta.

Firma del cliente (o la persona responsable si el cliente es menor de edad)

Fecha

Firma del cliente (todos los adultos firman por terapia de pareja o familiar)

Fecha

NOMBRE(S) (ESCRIBA POR FAVOR CON LETRA GRANDE)

Visitenos a www.facebook.com/sdtherapy