



PATHWAYS
FORENSIC & MENTAL HEALTH

Jean Stanley, Ph.D, LPC, LSOTP-S, BCPC
Ph: (936) 238-3868 • FAX: (936) 238-3867
103 Wildlife Lane, Lufkin, TX 75904
✉ jean@pathwaysfmhs.com
🌐 www.jeanspathways.com

Nombre del Cliente: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: (____) _____ podemos dejar un mensaje? Si/No

Teléfono Móvil: (____) _____ podemos dejar un mensaje? Si/No Texto Si/No

Dirección de correo electrónico: _____ podemos enviarte un correo electrónico? Si/No

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Numero de Seguridad Social: _____

Estado civil/Relacion: ___ Soltero/a ___ Casado/a ___ Divorciado/a ___ Apartado/a ___ Viudo/a

Raza _____ Etnicidad (*Hispano/no Hispano*) _____

Nombre de su pareja: _____ Edad: _____ Tiempo Juntos: _____

<u>Nombres y edades de su(s) hijo(s):</u>	<u>Viven en tu casa?</u>
_____ Edad: _____	___ si ___ no
_____ Edad: _____	___ si ___ no
_____ Edad: _____	___ si ___ no

Informacion de empleador/escuela:

Empleador/Escuela: _____ Posicion/Grado: _____

Por cuánto tiempo? _____ Nivel de Educacion: _____

Informacion de Padres (para clientes de 18 años o menos)

Nombre de Madre _____ Viva/Fallecida _____ Buena Relación _____
Nombre de Padre _____ Vivo/Fallecido _____ Buena Relación _____
Padraastro/a _____ Vive en la casa? _____ Buena Relación _____

Contacto de Emergencia: En caso de emergencia, a quien contactamos?

Nombre: _____ Telefono: _____
_____ Direccion: _____
Ciudad, Estado: _____ Codigo Postal: _____

Recursos de Salud/Pago: Verifique el método de pago para recibir consejeria

____ Pago Privado ____ Seguro ____ Medicaid ____ EAP ____ Otro _____

Informacion del seguro (por favor proporcione una copia de la tarjeta de seguro y la licencia de conducir)

Seguro Privado: _____ Telefono: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Numero de seguridad social _____ Numero de identificación de la politica _____

Numero de grupo _____ Relacion al asegurado: _____

Seguro Secundario: _____ Telefono: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Numero de seguridad social _____ Numero de identificación de la politica _____

Numero de grupo _____ Relacion al asegurado: _____

Yo _____ doy consentimiento para Pathways Forensic & Mental Health Servicios para divulgar códigos de diagnóstico y fechas de sesión a mi (s) seguro (s) (y persona responsable del pago), si es necesario para fines de facturación. Esto también permite Pathways Forensic & Servicios de salud mental para comunicarse con mi contacto de emergencia, en caso de emergencia.

Firma del cliente

Fecha

Salud Mental y / o Emocional

Haz una lista de todos los terapeutas que has visto, en qué año los viste e información de contacto si es posible.

Qué situación o problemas quieres o necesitas abordar?

Queja Principal: (Marque con un círculo todos los que se aplican para el cliente en las categorías actual y pasado)

ACTUAL		PASADO	
Muy infeliz	Víctima de abuso	Muy infeliz	Víctima de abuso
Periodo de atención corto	Problemas de comportamiento	Periodo de atención corto	Problemas de comportamiento
Dolor	Letárgico, sin energía	Dolor	Letárgico, sin energía
Impulsivo	Pensamientos suicidas	Impulsivo	Pensamientos suicidas
Cambios de humor	Acostado	Cambios de humor	Acostado
Temeroso	Problemas para dormir	Temeroso	Problemas para dormir
Irritable / enojado	Baja autoestima	Irritable / enojado	Baja autoestima
Auto-mutilante	Retirado	Auto-mutilante	Retirado
Problemas de crianza	Problemas alimenticios	Problemas de crianza	Problemas alimenticios
Ansioso	Divorcio	Ansioso	Divorcio
Pensamientos intrusivos	Ataques de pánico	Pensamientos intrusivos	Ataques de pánico
Trauma	Problemas de intimidad	Trauma	Problemas de intimidad
Preocupado	Alucinaciones / Delirio	Preocupado	Alucinaciones / Delirio
Uso de alcohol	Exceso de llanto	Uso de alcohol	Exceso de llanto
Problemas de relación	Problemas de confianza	Problemas de relación	Problemas de confianza
Estallido de temperamento	Cuestiones educativas	Estallido de temperamento	Cuestiones educativas
El consumo de drogas		El consumo de drogas	

Enumere cualquier tratamiento de abuso de sustancias o tratamiento psiquiátrico para pacientes internados que haya tenido, y las fechas:

Indique cuáles de estas sustancias usa actualmente o tiene en el pasado:

Cigarrillos si/no
Alcohol si/no
pastillas no prescritas para mí si/no
Marijuana si/no
Cocaina or Crack si/no
Metanfetamina si/no
Heroína si/no
K-2 si/no
Opiaceos si/no
Otro (por favor enumere)

Por favor, enumere todos los medicamentos actuales y las dosis:

_____ Dosis _____ Frec _____ Proposito _____ Fecha de inicio _____

_____ Dosis _____ Frec _____ Proposito _____ Fecha de inicio _____

_____ Dosis _____ Frec _____ Proposito _____ Fecha de inicio _____

Por favor nombre cualquier diagnóstico que le hayan dado: (Esto incluye la salud médica y mental)

Diagnóstico:

Aprox. Fecha:

Medico:

Es su consejería relacionada con la corte? _____ SI _____ NO

(SI NO".... por favor omite la siguiente sección y firme)

CLIENTES RELACIONADOS CON LA CORTE:

Indique cuál de las siguientes opciones se aplica a usted: Actualmente estoy involucrado en:

_____ caso criminal previo al juicio Cargo: _____

_____ Estado previo a la sentencia Cargo: _____

_____ Caso criminal posterior a la condena: Cargo: _____

_____ Litigios de Derecho de Familia Acción pendiente en la corte: _____

Proporcione los detalles a continuación, incluidos los cargos recibidos:

Por la presente doy mi consentimiento para que Pathways FMHS brinde evaluación y tratamiento a mí o a mi hijo.

Cliente o padre del menor

Fecha



Revelacion de Pathways

Archivos: Como cliente de Pathways FMHS, almacenaremos sus formularios de admisión en un archivo impreso. Los datos de su admisión serán escaneados en un archivo electrónico, donde esta y toda la demás información sobre usted se registrarán electrónicamente y se almacenarán en el transcurso de su tratamiento en una base de datos compatible con HIPPA para garantizar la confidencialidad. Su carpeta impresa se mantendrá en un área segura y protegida de Pathways FMHS en Lufkin, Texas. Tras la finalización, su archivo se moverá a un área segura que contiene todos los registros inactivos. Después de un período de siete años, todos los aspectos del caso serán destruidos, según los mandatos del Estado.

Carga de Casos Especializados: Pathways FMHS ofrece asesoramiento de salud mental que cubre una amplia gama de servicios junto con otros servicios particularmente especializados para clientes que son remitidos por la policía, libertad condicional, abogados de defensa penal o el sistema penitenciario, incluidos adultos y / o menores con problemas sexuales, problemas de comportamiento. Sin embargo, cuando sea necesario o apropiado, dicha clientela típicamente espera los servicios en un área designada para ayudarlos a cumplir con los requisitos legales para mantenerse alejados de los niños.

Servicio de contestador: El horario de oficina de Pathways FMHS es de M-Th 8 a.m. a 5 p.m. Para consultas fuera del horario laboral, Pathways FMHS tiene una línea de correo de voz que responde el número de teléfono después del horario comercial habitual en cualquier otro momento que el terapeuta o el personal administrativo no esté disponible. En una emergencia de salud mental en la que tenga pensamientos suicidas, llame al 911 o informe a la sala de emergencias más cercana.

Ausencia del terapeuta: Con el fin de proporcionar servicios de salud mental, es necesario que todos los médicos con licencia adquieran horas designadas de educación continua. Hacerlo requerirá que su terapeuta esté fuera de la oficina. Las ausencias también pueden ser el resultado de vacaciones, asuntos personales o, en algunos casos, apariciones no programadas en la corte. Durante estos momentos en los que su terapeuta principal debe ausentarse, su sesión regular se reprogramará o se sustituirá por otro clínico calificado para ese día. En cualquier caso, se le notificará por adelantado.

Terminaciones: La terminación de la terapia debe ser mutuamente acordada por usted y su terapeuta durante una sesión programada. No intente terminar llamando por teléfono fuera de su sesión habitual. Discuta y trabaje con su terapeuta cuando sepa que ha alcanzado sus metas para la terapia. Terminar la terapia prematuramente puede ser perjudicial para todo el proceso terapéutico. Si deja de asistir a las sesiones, una vez que su caso no ha tenido actividad durante 90 días, el estado de su archivo cambiará a "inactivo" y se le enviará por correo una carta de terminación. Esta carta no significa que no puede regresar a la consejería, simplemente significa que la terapia ha terminado para el "episodio" en el que estaba siendo tratado recientemente. Para reactivar su caso, deberá establecer una nueva cita y completar una Hoja de admisión actualizada.

Registro: No hay registro de ningún tipo permitido en las oficinas de Pathways Forensic & Mental Health.

Medios electrónicos: Pathways Forensic & Mental Health Services no utiliza un servidor privado / cifrado para el intercambio de correo electrónico; por lo tanto, cualquier uso de correo electrónico a Pathways FMHS, o el del terapeuta con respecto al tratamiento, puede transmitirse a través de un servidor que no es seguro; por lo tanto, puede no ser confidencial.

Autorización previa para la facturación de tarjeta de crédito / débito: Pathways Forensic & Mental Health Services, PLLC mantendrá una firma registrada para cargar a su tarjeta todos los cargos incurridos por los servicios prestados por

Pathways Forensic & Mental Health Services, PLLC en relación con su tratamiento y / o sus servicios relacionados con la corte.

Parte Responsable: El cliente o el abogado que firma para su cliente (cuando corresponda) como la "parte responsable" es el responsable final de pagar Pathways FMHS, a menos que se acuerde lo contrario por escrito con respecto a quién se evaluará el costo de cualquier porción de nuestros servicios.

Servicios Estandar: Los servicios estándar de salud mental incluyen, entre otros, consejería individual, familiar y matrimonial, cualquiera de los cuales varía en tarifas de \$ 110.00-150.00 por hora, según el terapeuta que vea y el servicio brindado. Su pago real en el momento de su sesión dependerá también de fondos de terceros y / o cobertura de seguro. Pathways Forensic & Mental Health Services, PLLC acepta efectivo, giro postal, cheques y una tarjeta de débito / crédito importante, con excepción de American Express.

Seguro: Pathways FMHS da la bienvenida a los clientes que desean utilizar su seguro como pago por servicios en casos no relacionados con la corte. La mayoría de las compañías de seguros no reembolsan los servicios forenses. El personal de Pathways FMHS verificará los beneficios de su seguro antes o en su primera sesión. Todos los copagos requeridos por el seguro deben pagarse en el momento de los servicios. Si los deducibles requeridos por el seguro no se han cumplido, el pago total de la cantidad permitida se debe pagar en el momento del servicio. El personal administrativo le pedirá que proporcione información personal relevante para que pueda verificarse. Cuando se presenta un reclamo, Pathways FMHS no garantiza que su compañía de seguros pague ninguna parte o la totalidad de su tarifa. Si su compañía de seguros niega su reclamo, usted sigue siendo responsable del monto total permitido por su compañía de seguros, sin excepciones. Las citas perdidas no serán facturadas al seguro.

Saldos impagos: En caso de que tenga un saldo pendiente adeudado con más de sesenta (60) días de vencimiento, acepta que Pathways Forensic & Mental Health Services, PLLC tiene el derecho de cobrar un cargo por retraso de \$ 15 por sesión facturable en cualquiera y todas las sesiones no pagas . Cualquier decisión por parte de Pathways Forensic & Mental Health Services, PLLC de no cobrar cargos por pagos atrasados según esta disposición en un mes determinado no constituye una renuncia a los Servicios de Salud Mental y Forense de Pathways, PLLC tiene derecho a cobrar una tarifa atrasada por todo equilibrio en los próximos meses.

Colecciones y confidencialidad: En un esfuerzo por resolver los saldos impagos, el personal de FMHS de Pathways hará todo lo posible para contactarlo directamente a través del número de teléfono o correo electrónico que tenemos registrado. Si esos intentos no tienen éxito, le enviaremos una solicitud de pago a su última dirección conocida. Si ya no reside en su última dirección conocida y no se pone en contacto con nosotros con una nueva dirección, Pathways FMHS no garantiza que su asociación con nuestra agencia se mantendrá confidencial. Si todos los esfuerzos para contactarlo no tienen éxito, las cuentas severamente morosas pueden ser entregadas a las agencias de cobranza para la búsqueda de saldos pendientes. Pathways Forensic & Mental Health Services, PLLC, se reserva el derecho de suspender los servicios si hay un saldo impago en su cuenta.

Firma



Jean Stanley, Ph.D, LPC, LSOTP-S, BCPC
Ph: (936) 238-3868 • FAX: (936) 238-3867
103 Wildlife Lane, Lufkin, TX 75904
✉ jean@pathwaysfmhs.com
🌐 www.jeanspathways.com

AVISO DE Pathways Forensic & Mental Health Services, PLLC

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso le informa cómo Pathways FMHS hace uso de su información de salud, cómo su información de salud puede divulgarse a otros y cómo puede obtener acceso a la misma información. Revise este aviso con atención y siéntase libre de solicitar aclaraciones sobre cualquier aspecto de este material. La privacidad de su información de salud es muy importante y esta agencia hará todo lo posible para proteger esa privacidad.

Tenemos la responsabilidad legal bajo las leyes de los Estados Unidos y del estado de Texas de mantener su información de salud privada. Parte de nuestra responsabilidad es darle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad. Otra parte de nuestra responsabilidad es seguir las prácticas de este aviso, que entró en vigencia el 1 de junio de 2012, y tendrá vigencia indefinida o hasta que dichas leyes cambien y sea reemplazado por esta agencia.

Pathways FMHS tiene el derecho de cambiar cualquiera de estas prácticas de privacidad siempre que dichos cambios estén permitidos o exigidos por la ley. Cualquier cambio en nuestras prácticas de privacidad afectará la forma en que protegemos la privacidad de su información de salud. Esto incluye información de salud que recibiremos sobre usted o que creemos aquí en Pathways Forensic & Mental Health Services, PLLC, Lufkin, Texas o en cualquier otro lugar en el que un representante de Pathways FMHS pueda brindar servicios relacionados con la salud. Estos cambios también podrían afectar la forma en que protegemos la privacidad de la información de salud que teníamos antes de los cambios.

Cuando se realicen cambios, esos cambios se reflejarán en un aviso actualizado y se le entregará una copia del nuevo aviso. Cuando termine de leer este aviso, puede solicitar una copia del aviso sin costo para usted. Si solicita una copia de este aviso en cualquier momento en el futuro, Pathways FMHS con gusto le dará copia sin cargo. Si tiene preguntas o inquietudes sobre el material de este documento, solicítenos asistencia, que le proporcionaremos sin cargo.

103 Wildlife Lane, Lufkin, TX 75904
(936)238-3868

jean@pathwaysfmhs.com / <http://www.jeanspathways.com> / m.jeanspathways.com (mobile)

Estos son algunos ejemplos de cómo Pathways Forensic & Mental Health Services, PLLC, (PFMHS) puede usar y / o divulgar información sobre su información de salud.

Pathways FMHS puede usar o divulgar su información de salud:

1. A su médico u otro proveedor de atención médica que también lo esté tratando.
2. A cualquier miembro del personal de PFMHS involucrado en su programa de tratamiento.
3. A cualquier persona requerida por las leyes federales, estatales o locales para tener acceso legal a su programa de tratamiento, como agencias de supervisión o aplicación de la ley estatales, federales o internacionales, o cualquier otro funcionario asociado con su tratamiento.
4. Recibir el pago de un tercero pagador por los servicios brindados por PFMHS por usted.
5. Al personal de PFMHS en conexión con operaciones comerciales estándar para incluir pero no limitado a: evaluar la efectividad del personal, supervisar al personal, mejorar la calidad de los servicios y en relación con licencias, operaciones administrativas como archivo y organización de archivos, actividades bancarias y asuntos relacionados con seguros, credenciales o actividades de certificación.
6. A cualquier persona que le dé una autorización por escrito para obtener su información de salud, por el motivo que desee. Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento que elija, a menos que la autorización esté designada para permitir el intercambio de información con una tercera persona requerida por las leyes federales, estatales o locales para tener acceso legal a su programa de tratamiento, como Estado, Federal, , o agencias internacionales de aplicación de la ley o supervisión, o cualquier otro funcionario asociado con su tratamiento. Cuando revoca una autorización, solo afectará su información de salud a partir de ese momento y no será retroactiva.
7. A un miembro de la familia, una persona responsable de su cuidado o su representante personal en caso de una emergencia. Si está presente en tal caso, se le dará la oportunidad de objetar. Si objeta, no está presente o no puede responder, el personal de Pathways utilizará el juicio profesional a la luz de la naturaleza de la emergencia, para seguir adelante y usar o divulgar su información de salud según su mejor interés en ese momento. Al hacerlo, solo utilizaremos o divulgaremos los aspectos de su información de salud que sean necesarios para responder a la emergencia.
8. Denunciar el presunto abuso de niños y adultos en riesgo o violencia doméstica al Departamento de Servicios de Regulación y Protección de Texas o a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley en la jurisdicción en la que ocurrió el presunto delito.
9. Informar en respuesta a las solicitudes de las autoridades para obtener información sobre las víctimas de delitos.
10. Para reportar el crimen en los Servicios de Salud Mental y Forense de Pathways, las instalaciones de PLLC al oficial de la ley en la jurisdicción en la cual ocurrió el presunto crimen.
11. Para evitar amenazas graves a la salud o la seguridad.
12. Si está involucrado en una demanda o una disputa, podemos divulgar su información de salud en respuesta a una citación judicial o una orden judicial. Podemos divulgar su

103 Wildlife Lane, Lufkin, TX 75904
(936)238-3868

jean@pathwaysfmhs.com / <http://www.jeanspathways.com> / m.jeanspathways.com (mobile)

información de salud en respuesta a una citación de notario o abogado, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa.
13. Podemos divulgar información de salud si así lo solicitan los agentes del orden público en respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso similar.

No utilizaremos su información de salud en actividades de marketing, desarrollo, relaciones públicas o actividades relacionadas sin su autorización por escrito.

No podemos utilizar ni divulgar su información de salud de ninguna manera que no sea la descrita en este aviso, a menos que nos otorgue un permiso por escrito.

**Como cliente de Pathways Forensic & Mental Health Services, PLLC
tiene estos derechos importantes:**

- A. Con excepciones limitadas, puede hacer una solicitud por escrito para inspeccionar su información de salud que es mantenida por PFMHS para fines clínicos y administrativos.
- B. Puede solicitarnos fotocopias de la información en la parte "A" anterior.
- C. Le cobraremos 15 centavos por página por hacer estas fotocopias.
- D. Tiene derecho a una copia de este aviso sin costo.
- E. Puede hacer una solicitud por escrito para que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por medios alternativos, en un lugar alternativo. (Un ejemplo sería si su idioma principal no se habla en PFMHS, y tratamos a un niño del que tiene custodia legal). Su solicitud por escrito debe especificar los medios y la ubicación alternativos.
- F. Puede solicitar por escrito que se establezcan otras restricciones sobre las formas en que se utiliza o divulga su información de salud. Pathways FMHS se reserva el derecho de rechazar todas y cada una de las restricciones solicitadas. Si Pathways FMHS acepta estas restricciones, las respetaremos en todas las situaciones excepto aquellas que el juicio profesional considere apropiado que la situación constituya una emergencia.
- G. Puede solicitar por escrito que modifiquemos la información en la parte "A" anterior.
- H. Si aprobamos su enmienda escrita, cambiaremos nuestros registros en consecuencia. También notificaremos a cualquier otra persona que haya recibido esta información, y a cualquier otra persona de su elección.
- I. Si negamos su enmienda, puede colocar una declaración por escrito en nuestros registros en desacuerdo con nuestra denegación de su solicitud.
- J. Puede solicitar por escrito que le proporcionemos una lista de las ocasiones en que Pathways FMHS o sus asociados divulgaron su información de salud para fines distintos al tratamiento, pago o nuestras operaciones estándar. Esto puede remontarse hasta el 1 de junio de 2012.
- K. Si solicita la contabilidad de más arriba más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa basada en nuestros costos reales de tabulación de estas divulgaciones.
- L. Si considera que hemos violado alguno de sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que hemos tomado sobre cualquiera de sus derechos en este aviso, puede presentar una queja por escrito a la siguiente persona:

Oficial de Cumplimiento: Jean Stanley

Dirección: Pathways Forensic & Mental Health Services, PLLC

103 Wildlife Lane, Lufkin, TX 75904

(936)238-3868

jean@pathwaysfmhs.com / <http://www.jeanspathways.com> / m.jeanspathways.com (mobile)

**103 Wildlife Lane
Lufkin, TX 75904
<http://www.jeanspathways.com>**

También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

******* Reconozca con su firma en la hoja superior que ha recibido una copia del AVISO DE LAS VÍAS DE SERVICIOS FORENSES Y DE SALUD MENTAL DE LUFKIN, PLLC, PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE TEXAS.**

******* ESTA NOTIFICACIÓN ES SUYA PARA MANTENER. NO ABANDONE LA NOTIFICACIÓN CUANDO COMPLETE SU SESIÓN DE INGRESO.**

103 Wildlife Lane, Lufkin, TX 75904
(936)238-3868

jean@pathwaysfmhs.com / <http://www.jeanspathways.com> / m.jeanspathways.com (mobile)



PATHWAYS
FORENSIC & MENTAL HEALTH

Jean Stanley, Ph.D, LPC, LSOTP-S, BCPC
Ph: (936) 238-3868 • FAX: (936) 238-3867
103 Wildlife Lane, Lufkin, TX 75904
✉ jean@pathwaysfmhs.com
🌐 www.jeanspathways.com

Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad y Políticas y Procedimientos de Pathways Forensic & Mental Health Services, PLLC

Nombre del Cliente:

Por la presente reconozco que he recibido una copia de Pathways Forensic & Mental Health Services, PLLC Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que tengo el derecho de negarme a firmar este reconocimiento si así lo elijo.

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Nombre impreso del representante del paciente (si corresponde)

Relación con el paciente (si corresponde)

- Padre o tutor de un menor no emancipado
- Tutor designado por el tribunal
- Ejecutor o administrador de los bienes del difunto
- Poder legal

SÓLO PARA USO DE OFICINA

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices on the following date, _____.

Acknowledgment could not be obtained due to the following reason:

- Patient/representative refused to sign
- Emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement at this time (will attempt again at a later date)

- Communication barriers prohibited obtaining acknowledgement (Explain)

- Other (Specify)



Acuerdo Financiero

Usted ha sido recomendado; o ha iniciado la recepción de servicios de Pathways Forensic & Mental Health Services, PLLC (Pathways FMHS). Como tal, es política de nuestra agencia divulgar las políticas relacionadas con sus servicios, incluidas sus responsabilidades / acuerdos financieros. Al inicializar cada sección en este formulario de divulgación, y con su firma en la página 2, usted (a) reconoce la comprensión de cada uno; (b) acepta pagar los servicios con las siguientes tarifas; y (c) cumplir con los términos descritos en este contrato. Por favor, ponga sus iniciales en cada sección indicando que ha leído y entiende los términos de este acuerdo.

_____ Las citas representan la compra anticipada de tiempo de Pathways FMHS. Las citas varían de 50 a 60 minutos y se facturan por sesión. Las sesiones pueden programarse por un período de tiempo más largo y, en tales casos, se facturan en forma prorrateada. El pago vence en el momento en que se prestan los servicios, a menos que sus servicios estén financiados por una agencia independiente como un período de prueba federal o estatal o un abogado privado, etc.

_____ **Política de cancelación / cita perdida:** Las citas perdidas y las cancelaciones de cualquier cita con menos de 48 días laborables (de lunes a viernes, excepto días festivos) con un aviso de horas dará lugar a que a la parte canceladora se le facture la tarifa completa del servicio, a pesar de las situaciones de emergencia. Debe cancelar su cita directamente por teléfono o por correo electrónico en <http://www.jeanspathways.com>. Si cancela en línea, la cancelación debe ser dentro de las 48 horas, de lo contrario, se aplican todas las condiciones de cancelación. El hecho de que la tecnología no entregue un mensaje no constituye una excusa para perder una cita. Las tarifas de citas perdidas se facturarán a la parte responsable, se cobrarán contra cualquier retención existente o se pagarán con su tarjeta de crédito / débito autorizada en el archivo. Si no tiene una tarjeta en el archivo, todas las tarifas de citas perdidas deben pagarse antes de su próxima sesión. Si acumula dos tarifas consecutivas de citas perdidas, Pathways FMHS no reprogramará una tercera cita hasta que el saldo de las tarifas de la cita perdida se pague por completo.

_____ **Sesiones telefónicas y conferencias profesionales:** No se le cobrará a los clientes por correos electrónicos breves y misceláneos ni por llamadas concisas acerca de la programación u otras preguntas. Sin embargo, nos reservamos el derecho de facturar comunicaciones o comunicaciones excesivas fuera de sesión con otros profesionales si se dedica un tiempo fuera de la sesión importante en su caso. Sin embargo, antes de la facturación, discutiremos el asunto con usted. Cualquier conferencia telefónica con usted u otros profesionales que requiera una programación formal en nuestro calendario se facturará a su tarifa por hora con un mínimo de horas facturables. Las consultas personales de su abogado con respecto a su caso también serán facturadas. Si las conferencias de cualquier tipo exceden una hora, se cobrará una tarifa adicional de una hora. El pago de las conferencias por las cuales se le aplicará el costo se realizará utilizando su tarjeta preautorizada en el archivo inmediatamente después de la finalización de la conferencia a menos que se hayan hecho otros arreglos de pago antes de la conferencia.

_____ **Cheques devueltos:** Los cheques devueltos serán evaluados la tarifa máxima permitida por la ley.

_____ **Registros de cliente:** Se aplicará una tarifa de \$40 más franqueo para las copias de los registros del paciente.

Estructura de Cargos:

“Parte Responsable”: El cliente que firma este documento, o el abogado que firma para su cliente (cuando corresponda) como la "parte responsable" es el responsable final de pagar Pathways FMHS, a menos que se acuerde lo contrario por escrito, a quién se le aplicará el costo de cualquier porción de nuestros servicios.

Servicios Estándar: Los servicios estándar de salud mental incluyen, entre otros, consejería individual, familiar y matrimonial, cualquiera de los cuales varía en tarifas de \$ 110.00-150.00 por hora, según el terapeuta que vea y el servicio brindado. Su pago real en el momento de su sesión dependerá también de fondos de terceros y / o cobertura de seguro. Pathways Forensic & Mental Health Services, PLLC acepta efectivo, giro postal, cheques y una tarjeta de débito / crédito principal, a excepción de American Express. Su tarifa facturable por hora para hoy es: _____.

Seguro: Pathways FMHS da la bienvenida a los clientes que desean utilizar su seguro como pago por servicios en casos no relacionados con la corte. La mayoría de las compañías de seguros no reembolsan los servicios forenses. El personal de Pathways FMHS verificará los beneficios de su seguro antes o en su primera sesión. Todos los copagos requeridos por el seguro deben pagarse en el momento de los servicios. Si los deducibles requeridos por el seguro no se han cumplido, el pago total de la cantidad permitida se debe pagar en el momento del servicio. El personal administrativo le pedirá que proporcione información personal relevante para que pueda verificarse. Cuando se presenta un reclamo, Pathways FMHS no garantiza que su compañía de seguros pague ninguna parte o la totalidad de su tarifa. Si su compañía de seguros niega su reclamo, usted sigue siendo responsable del monto total permitido por su compañía de seguros, sin excepciones. Las citas perdidas no serán facturadas al seguro.

Balance Impago: En caso de que tenga un saldo pendiente adeudado con más de sesenta (60) días de vencimiento, acepta que Pathways Forensic & Mental Health Services, PLLC tiene el derecho de cobrar un cargo por retraso de \$15 por sesión facturable en cualquiera y todas las sesiones no pagadas . Cualquier decisión por parte de Pathways Forensic & Mental Health Services, PLLC de no cobrar cargos por pagos atrasados según esta disposición en un mes determinado no constituye una renuncia a los Servicios de Salud Mental y Forense de Pathways, PLLC tiene derecho a cobrar una tarifa atrasada por todo equilibrio en los próximos meses.

Colecciones y confidencialidad: En un esfuerzo por resolver los saldos impagos, el personal de FMHS de Pathways hará todo lo posible para contactarlo directamente a través del número de teléfono o correo electrónico que tenemos registrado. Si esos intentos no tienen éxito, le enviaremos una solicitud de pago a su última dirección conocida. Si ya no reside en su última dirección conocida y no se pone en contacto con nosotros con una nueva dirección, Pathways FMHS no garantiza que su asociación con nuestra agencia se mantendrá confidencial. Si todos los esfuerzos para contactarlo no tienen éxito, las cuentas severamente morosas pueden ser entregadas a las agencias de cobranza para la búsqueda de saldos pendientes. Pathways Forensic & Mental Health Services, PLLC, se reserva el derecho de suspender los servicios si hay un saldo impago en su cuenta.

Al firmar este formulario de información y consentimiento del cliente como cliente o tutor del cliente, reconozco que he leído, entiendo y acepto los términos y condiciones contenidos en este formulario. Se me ha brindado la oportunidad apropiada de responder a cualquier pregunta o solicitar aclaraciones sobre cualquier tema que no esté claro para mí. Estoy de acuerdo voluntariamente con recibir tratamiento y servicios de salud mental para mí (o para mi hijo/a si mi hijo/a es el cliente) de Pathways FMHS. Entiendo que puedo suspender dicho tratamiento o servicios, no por orden judicial, en cualquier momento. Además, entiendo que a menos que se acuerde lo contrario, autorizaré voluntariamente a Pathways FMHS, PLLC a mantener mi firma en el archivo y cargar a mi tarjeta todos los cargos incurridos por los servicios prestados por esta agencia según lo establecido por mi firma que sigue.

POR LA PRESENTE CERTIFICO que he leído y acepto cumplir con todas las condiciones indicadas en este contrato.

Firma

Fecha

Autorización previa para la facturación de tarjeta de crédito / débito

Autorizo a Pathways Forensic & Mental Health Services, PLLC a mantener mi firma archivada y cargar a mi tarjeta todos los cargos incurridos por los servicios proporcionados por Pathways Forensic & Mental Health Services, PLLC en relación con mi tratamiento y / o mis servicios relacionados con la corte.

Nombre del titular de la tarjeta

Dirección de facturación del titular de la tarjeta

Ciudad _____ Estado _____ Código

Postal _____

de tarjeta _____

CCV # _____ Fecha de vencimiento _____