



Desert Marriage and Family Counseling Inc.

## Informacion Personal

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero / Casado / Divorciado / Viudo / Separado/ Pareja de hecho

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Contacto De Emergencia

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

Relacion al Cliente: \_\_\_\_\_

¿Tiene una orden DNR? Sí / No. Si es así, ¿quién es su apoderado?

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

### Médico de Atención Primaria

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

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Desert Marriage and Family Counseling Inc.

## Historial Médico Del Paciente

### Medicamentos Actuales

Medicación

Dosis prescritas


### Historial De Uso/Abuso De Sustancias

Sustancias	Importe	Duración	Primer uso	Último uso
Alcohol				
Cannabis				
Otro				



Desert Marriage and Family Counseling Inc.

## Consentimiento Para El Tratamiento

Por la presente autorizo y solicito a **Desert Marriage and Family Counseling** y/o a su designado para llevar a cabo exámenes psiquiátricos y psicológicos, evaluación, tratamiento y/o procedimientos de diagnóstico que ahora, o durante mi tratamiento, sean aconsejables. Entiendo que el propósito de estos procedimientos me será explicado a mi solicitud y que estos están sujetos a mi acuerdo. Entiendo completamente que, si bien el curso de mi tratamiento está diseñado para ser útil, el médico no puede ofrecer ninguna garantía sobre el resultado de mi tratamiento. También entiendo que el proceso farmacoterapéutico psicológico puede iniciar y provocar sentimientos y reacciones incómodas, como ansiedad, tristeza, ira y efectos secundarios físicos. Entiendo que esta es una respuesta normal a trabajar a través de experiencias de vida no resueltas y que estas reacciones serán trabajadas conjuntamente entre mi terapeuta y yo.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO EN CASO DE DEPENDIENTE/NIÑO/MENOR  
Soy el tutor legal y/o representante del cliente y, en nombre del cliente, autorizo legalmente a **Desert Marriage and Family Counseling** y/o a su designado para prestar servicios de atención de salud mental al paciente. También entiendo que todas las políticas descritas en esta declaración se aplican al paciente que represento.

Firma del Tutor/Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

"Esta información le ha sido revelada a partir de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por 42 CFR parte 2".



## Desert Marriage and Family Counseling Inc.

### Directivas De Office

#### 1. Confidencialidad:

La confidencialidad es esencial para un tratamiento psiquiátrico eficaz. No se divulgará ninguna información sin su consentimiento, excepto en las siguientes situaciones: Por ley, estoy obligado a denunciar sospechas de abuso de niños o ancianos, violencia doméstica y tomar medidas cuando se considere que un paciente es un peligro para sí mismo o para otros.

#### 2. Política de pago:

Los horarios de las citas programadas están reservados específicamente para usted. **Si no se proporciona un aviso de cancelación de 24 horas o se pierden citas, se le facturará y se le cobrará automáticamente a su tarjeta de crédito una tarifa de \$ 75.00.**

Se pueden cobrar tarifas adicionales no cubiertas por su póliza de seguro. Algunas de estas tarifas no se conocen hasta que la compañía de seguros envía una notificación a DMFC y/o a usted.

Se guardará una tarjeta de crédito para garantizar el pago, pero no se cargará sin notificación.

**A todos los cheques devueltos se les cobrará una tarifa de \$25.**

#### 3. Servicios adicionales:

Los servicios requeridos fuera de la sesión de tratamiento se cobrarán una tarifa. Estos podrían incluir consultas con otros profesionales, comparecencias ante el tribunal y preparación de documentos, como completar formularios legales, peticiones de tutela, cartas, etcétera.

#### 4. Copia de los registros:

Los pacientes tienen derecho a acceder a sus registros. No se requiere consentimiento por escrito. Los niños menores de 18 años tienen el privilegio de sus registros y esos registros solo pueden publicarse con el consentimiento del joven cliente.

La política de divulgación de registros a los pacientes se detalla a continuación:

-Los registros se entregan al cliente en forma resumida

-Los registros para menores solo se divulgan con el consentimiento del menor

-El director clínico aprueba la publicación de todos los registros de DMFC

-DMFC solicita dos días hábiles completos para la publicación de registros resumidos

"He leído, entiendo y acepto las políticas anteriores".

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Si el cliente es menor de edad o los servicios están siendo pagados por otra parte, firme a continuación).

Nombre del Tutor/Representante Legal: \_\_\_\_\_

Firma del responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Phone: 760-777-7720

[www.desertmarriagefamily.com](http://www.desertmarriagefamily.com)  
43585 Monterey Ave STE 1  
Palm Desert, CA 92260

Fax: 760-452-8532



## Desert Marriage and Family Counseling Inc.

### Credit Card Information

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo a Desert Marriage and Family Counseling, Inc. a cargar a mi tarjeta de crédito los saldos pendientes en mi cuenta debido a cancelaciones tardías, citas por no presentarse, cheques devueltos, devoluciones de cargos de tarjetas de crédito y tarifas no cobradas desde el momento original del servicio.

Nombre en la tarjeta: \_\_\_\_\_

Tarjeta #:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Visa | MasterCard | Discover | Amex | FSA/HSA

Fecha de Exp: \_\_\_\_\_ Código de seguridad: \_\_\_\_\_ Dirección de facturación: \_\_\_\_\_

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

Desea que le enviemos un recibo por correo electrónico? Sí | No

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

POR FAVOR, IMPRIMA CON CLARIDAD

Firma del titular de la tarjeta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Para ayudar a compensar las tarifas de procesamiento, se agregará un cargo por servicio del 3% a todos los pagos realizados con tarjeta de crédito. Este cargo no se aplica a los pagos realizados en efectivo, cheque u otros métodos que no sean tarjetas de crédito.

### Información Del Seguro

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN of Insured: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Seguro Medico#: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros de salud mental: \_\_\_\_\_

Autenticación EAP: \_\_\_\_\_ Cuántas sesiones: \_\_\_\_\_

Tiene un deducible? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Monto \$ \_\_\_\_\_

Tiene copago? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Monto \$ \_\_\_\_\_

Su plan de seguro requiere autorización previa? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Desconocido \_\_\_\_\_ Autenticación #: \_\_\_\_\_

POR FAVOR, TENGA A MANO SU TARJETA DE SEGURO PARA FOTOCOPIARLA

Firme a continuación para autorizar la facturación de la compañía de seguros

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por la presente, doy mi consentimiento para la divulgación de información clínica / psicológica según sea necesario para ser entregada a mi compañía de seguros a su solicitud de pago en mi cuenta. Me doy cuenta de que soy responsable de obtener cualquier autorización previa. También entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo adeudado si mi seguro niega el pago por cualquier motivo.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nota sobre el seguro: DMFC factura a la mayoría de los seguros "dentro de la red" en nombre del cliente. También realizamos, como cortesía, la facturación a compañías de seguros "fuera de la red", por lo que sus beneficios fuera de la red pueden aplicarse dependiendo de su seguro. Facturamos a muchas aseguradoras, pero no contratamos tarifas con precios de red. Es posible que se le cobre la diferencia entre las tarifas. Generalmente, cobramos la tarifa al momento del servicio, antes de facturar al seguro. Nuestro objetivo es ser útiles y ayudarle a acceder a sus beneficios de seguro sin importar con qué compañía esté asegurado. Este servicio no tiene ningún costo, pero es una cortesía que brindamos y no estamos obligados a realizar.

Phone: 760-777-7720

[www.desertmarriagefamily.com](http://www.desertmarriagefamily.com)  
43585 Monterey Ave STE 1  
Palm Desert, CA 92260

Fax: 760-452-8532



## Desert Marriage and Family Counseling Inc.

### Aviso De Prácticas De Privacidad De HIPAA

Una ley federal, conocida como la "Regla de Privacidad de HIPAA", requiere que le informemos cómo podemos usar y divulgar su información de salud personal a otros. Este resumen le dirá lo que contiene nuestro Aviso de Privacidad.

**CÓMO PODEMOS USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA** Podemos usar y compartir información de salud personal que está protegida (PHI) con usted o su representante personal.

Podemos usar y compartir esta información:

- Para el tratamiento de atención médica que le brindan médicos, enfermeras y otros profesionales clínicos.
- Para ciertas actividades comerciales llamadas "operaciones de atención médica" y
- De pago.

Algunos ejemplos de cómo podemos usar y compartir su PHI sin su permiso por escrito, incluido el intercambio de información:

- Para denunciar abuso, negligencia o violencia doméstica
- Para prevenir una amenaza grave a la salud o seguridad de su otra persona.
- Para prevenir problemas de salud pública
- A las agencias que auditan, investigan e inspeccionan programas de salud para la salud pública
- Para demandas y otros procedimientos legales
- Para la investigación
- Al Gobierno para fines especializados, como el ejército o la seguridad nacional; y
- Para compensación laboral.

**SUS DERECHOS** Usted tiene los siguientes derechos, tal como se describe en nuestro Aviso:

- El derecho a preguntarnos si pondremos más límites a la forma en que usamos y compartimos su PHI
  - El derecho a compartir nuestras comunicaciones confidenciales
  - El derecho a ver y obtener una copia de su PHI
  - El derecho a solicitarnos un informe que describa cómo y con quién compartimos su PHI.
- Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos o privacidad, consulte con nuestra oficina o <http://www.hhs.gov/ocr/privacy> de referencia.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA** Por la presente, reconozco que he leído una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA. Además, reconozco que puedo obtener una copia si así lo solicita.

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

PARA PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS

Nombre del Tutor/Representante Legal: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Desert Marriage and Family Counseling Inc.

### Declaración De Divulgación Y Acuerdo Para Servicios De Psicoterapia

Desert Marriage and Family Counseling Inc. le brinda servicios de psicoterapia a usted como cliente, además de otros servicios que pueda estar recibiendo como parte de su tratamiento.

Este documento le proporciona información importante sobre su tratamiento y otros servicios. Por favor, lea atentamente todo el documento y asegúrese de preguntar a su terapeuta o supervisor de terapeutas cualquier pregunta que pueda tener sobre su contenido.

Información sobre su terapeuta:

Nombre: \_\_\_\_\_ Tipo de licencia: \_\_\_\_\_ Licencia #: \_\_\_\_\_

Su terapeuta discutirá su experiencia profesional con usted y le proporcionará información sobre su experiencia, educación, intereses especiales y orientación profesional.

Supervisión

Su terapeuta es supervisado por: \_\_\_\_\_

Los detalles de su asesoramiento se discutirán en reuniones semanales de supervisión con el pasante y el supervisor para garantizar que la calidad de su progreso continuo en DMFC, Inc.

Confidencialidad

Toda comunicación entre usted y su terapeuta se llevará a cabo con confianza a menos que usted proporcione permiso por escrito para divulgar información sobre su tratamiento, aparte de las divulgaciones a los supervisores, como se indica anteriormente. Si usted está participando en sesiones conjuntas o grupales, el terapeuta no divulgará información sobre su consejería a menos que todas las personas, incluyéndolo a usted, que participen en las sesiones proporcionen su autorización por escrito.

Aviso a los clientes: Desert Marriage and Family Counseling (DMFC) recibe y responde a las quejas sobre la práctica de la psicoterapia por parte de cualquier consejero sin licencia o no registrado que preste servicios en DMFC. Para presentar una queja, llame al (760) 777-7720, Monterey Ave STE 1, Palm Desert, CA 92260, desertmarriagefamily.com o kellyl@dmfcinc.com.

Aviso a los clientes: La Junta de Ciencias del Comportamiento recibe y responde a las quejas relacionadas con los servicios prestados dentro del ámbito de la práctica de (terapeutas matrimoniales y familiares, psicólogos educativos con licencia, trabajadores sociales clínicos o consejeros clínicos profesionales). Puede comunicarse con la junta en línea en [www.bbs.ca.gov](http://www.bbs.ca.gov) o llamando al (916) 574-7830.

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del cliente: \_\_\_\_\_

PARA CLIENTES MENORES DE 18 AÑOS

Nombre del Tutor/Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el cliente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

### Reconocimiento Del Contenido Del Paquete De Admisión

Phone: 760-777-7720

[www.desertmarriagefamily.com](http://www.desertmarriagefamily.com)  
43585 Monterey Ave STE 1  
Palm Desert, CA 92260

Fax: 760-452-8532



## Desert Marriage and Family Counseling Inc.

Instrucciones: Este formulario debe completarse durante el proceso de admisión para cualquier persona que reciba sesiones de terapia en **Desert Marriage and Family Counseling, Inc. (DMFC)**.

Reconozco que he leído o me han explicado la siguiente información sobre mi paquete de admisión y los Derechos del Paciente con **Desert Marriage and Family Counseling, Inc.**

(Por favor marque todas las casillas y su iniciales.)

Derechos y responsabilidades del paciente (08/08/24) Iniciales del cliente: \_\_\_\_\_

Manual de Derechos del Paciente Recibido Iniciales del cliente: \_\_\_\_\_

- Consentimiento para el tratamiento
- Directivas de Office
- Información de la tarjeta de crédito
- Información del seguro medico
- Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPPA: se entregará una copia cuando se solicite
- Declaración de Divulgación y Acuerdo para Servicios de Psicoterapia

Además, reconozco que si necesito información adicional, puedo comunicarme con:

- Gerencia al (760) 563-6623
- Facturación al (760) 563-6623
- Recepcionista al (760) 777-7720
- Departamento de Seguros al (760) 563-6623

He completado lo mejor que he sabido toda la información necesaria en el Paquete de Admisión para Desert Marriage and Family Counseling, Inc.

Por la presente, autorizo a DMFC a facturar a mi seguro y doy mi consentimiento para la divulgación de información clínica / psicológica según sea necesario para que se le brinde a mi compañía de seguros a su solicitud de pago en mi cuenta. Me doy cuenta de que soy responsable de obtener cualquier reautorización. También entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo adeudado si algún seguro niega el pago por cualquier motivo.

Autorizo a DMFC a cargar a mi tarjeta de crédito los saldos pendientes en mi cuenta debido a cancelaciones tardías, citas por no presentarse, cheques devueltos, devoluciones de cargos de tarjetas de crédito y tarifas no cobradas desde el momento original del servicio.

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Firma del paciente o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

Fecha de desarrollo: 08/08/24 Iniciales \_\_\_\_\_

Fecha de revisión: \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

Fecha de revisión: \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_ Firma del clínico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_