



Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Acuerdo de Tarifas

Family Houston es una organización sin fines de lucro apoyada por donaciones, seguros privados y subsidios. Podemos ofrecer servicios de asesoramiento al costo discutido con usted en el momento en que usted llamó para iniciar los servicios. Si hubiera algún cambio en la tarifa, le proporcionaremos la debida notificación.

- Las tarifas de servicio se pagan en el momento en que se prestan los servicios. Si no puede pagar en ese momento, será le ofrecera la oportunidad de reprogramar su cita.
 - La falta de pago de los servicios que excedan los \$100 hará que sus servicios se suspendan hasta que se realice el pago completo.
 - Family Houston no otorga crédito personal. El pago debe hacerse en efectivo, cheque personal o tarjeta de crédito (MasterCard o VISA).
 - Hay un cargo de \$15.00 por cada cheque devuelto. Después de dos devoluciones de cheques, solo pagos en efectivo o con tarjeta de crédito será aceptado.
 - **Usted será responsable por un pago de \$25.00 por citas canceladas con menos de 24 horas de aviso, excepto en el caso de emergencias. Esto se aplica a todos los clientes, excepto a los clientes de Medicaid.**
 - Será responsable de informar a Family Houston de cualquier cambio en su seguro, Medicaid, o Medicare. Si no lo hace, cualquier cargo incurrido que no esté cubierto será su responsabilidad.
 - Si tiene a su terapeuta citado para un juicio legal, se le facturará \$150.00 por cada hora que se requiere que el terapeuta esté disponible. Dichos honorarios se pagan en el momento en que se prestan los servicios. No pagado los saldos de estos servicios deben pagarse antes de que los servicios puedan continuar. Habrá un documento adicional proporcionado con más información si se cita a un terapeuta.
 - Otras tarifas incluyen, pero no se limitan a: carta de asistencia o diagnóstico (\$30), carta para animales de apoyo emocional (\$50), carta de inmigración (\$80), registros médicos (a partir de \$25).
-

Confidencialidad

Todos los servicios prestados son confidenciales. Los límites de la confidencialidad se enumeran a continuación:

- Si el cliente revela que un menor/niño, una persona mayor o alguien con discapacidades está siendo abusado o descuidado
- Si un cliente habla de amenazas de hacerse daño a sí mismo o a otros
- Si un juez cita el expediente del cliente

Si el padre/tutor o el cliente desea compartir información con las partes pertinentes (es decir, psiquiatra, PCP o personal de la escuela), autorice el consentimiento en la siguiente sección.



Consentimiento para Tratamiento

Se me ha informado que se me proporcionarán descripciones escritas del programa, mis derechos y procedimientos de queja. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar reclamos a mi plan de seguro y/o al plan de seguro de las personas de las que soy legalmente responsable. Autorizo que el pago de los servicios se realice directamente a Family Houston, menos los copagos o deducibles de los que soy responsable. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para el tratamiento dentro del Programa de Consejería Familiar de Houston.

Firma del cliente o padre/tutor (si el cliente es menor de 18 años)

Fecha

Relación con el cliente: _____

Coordinación de Atención

AUTORIZO o NO AUTORIZO a Family Houston a divulgar la información discutida durante el curso de mi tratamiento al médico/proveedor que se indica a continuación. El motivo de esta revelación es para facilitar la continuidad y la coordinación del tratamiento.

Nombre del Médico/Proveedor: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del cliente o padre/tutor (si el cliente es menor de 18 años)

Fecha

Si el cliente es menor de 18 años:

Yo _____, siendo el padre/tutor legal de _____ por la presente doy mi consentimiento para que mi hijo/hija reciba los servicios de consejería de Family Houston. Además, acepto permitir que _____ continuar el tratamiento hasta que notifique a Family Houston de cualquier cambio o planes para interrumpirlo, o hasta que el terapeuta de Family Houston determine que el tratamiento ya no es necesario. Entiendo que la información que mi hijo/hija comparte con el terapeuta es confidencial y se puede compartir conmigo solo a discreción del terapeuta.

Firma del Padre o Tutor

Fecha

Número de teléfono