

La Vida Life Counseling Center

Teléfono (714) 883-9156

Correo Electrónico info@lavidalcc.com

www.lavidacounselingcenter.com

Consentimiento Para Tratamiento

¡Bienvenido/a!

En Luisa Contreras Family Therapy Inc./ La Vida Life Counseling Center, encontrará un equipo de profesionales trabajando para asegurarle la calidad en el servicio. Su tratamiento psicoterapéutico, estará a cargo de (Nombre de terapeuta e información de licencia/s) _____; registrado con el Board of Behavioral Sciences.

YO, (Nombre del cliente) _____, autorizo a (Nombre de terapeuta e información de licencia/s) _____,

efectué la evaluación, diagnóstico y aplicación de técnicas terapéuticas que sean recomendables en el curso de mi psicoterapia **en Luisa Contreras Family Therapy Inc./La Vida Life Counseling Center**. El tipo de tratamiento y frecuencia de las sesiones serán decididos por mi terapeuta y por mí. Entiendo que el propósito de mi tratamiento me será explicado y estará sujeto a un acuerdo verbal. También entiendo que existe la expectativa que la psicoterapia sea de beneficio para mí; sin embargo, ese beneficio no puede ser garantizado. Entiendo que el máximo de beneficio de mi tratamiento se dará con la asistencia consistente a mis sesiones. También entiendo que en momentos me pueda sentir con algunos conflictos en mi terapia, ya que el proceso de psicoterapia en ocasiones puede traer estos sentimientos de incomodidad.

Certifico que he leído y entiendo completamente este Consentimiento de Tratamiento. Yo acepto ser atendido (o mi hijo/a) por el terapeuta mencionado arriba.

—

Nombre del Cliente

Firma del Padre/Guardian

Nombre del Padre/Guardian

Testigo/Terapeuta/Interprete

Fecha

Nombre Preferido del Cliente: _____

Nombre del Cliente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

La Vida Life Counseling Center

Teléfono (714) 883-9156

Correo Electrónico info@lavidalcc.com

www.lavidacounselingcenter.com

Consentimiento para Tratamiento de un Menor de Edad

Yo, (Nombre de Padre/Tutor) _____, doy mi consentimiento a
(Nombre de terapeuta e información de licencia/s) _____

_____,
para llevar a cabo psicoterapia con (nombre del cliente) _____.

Mi Relación con el cliente es (padre, tío, etc.): _____.

Yo fui notificado que el titular del privilegio es (padre, tutelar, etc.) _____

También fui notificado que todo el material discutido durante las sesiones psicoterapeutas son confidenciales y solo pueden ser difundidas con el permiso del titular del privilegio. He sido informado de la limitación de la confidencialidad en el formulario de las políticas de la oficina, las cuales yo he leído y firmado.

En el caso de un menor de edad, sensibilidad especial podrá ser requerida para la divulgación de ciertos temas tales como drogas y sexo. Yo acepto que el terapeuta utilice su juzgamiento en cuanto la divulgación o compartimiento de información obtenida durante el curso de la psicoterapia con el menor que pueda poner en peligro el bienestar del paciente.

Nombre del Cliente

Fecha

Firma del Padre/Guardian

Nombre del Padre/Guardian

Testigo/Terapeuta/Interprete

Fecha

La Vida Life Counseling Center

Teléfono (714) 883-9156

Correo Electrónico info@lavidalcc.com

www.lavidacounselingcenter.com

Acuerdo De Arbitraje Médico -Cliente

Artículo 1o: Acuerdo de arbitraje. Las partes acuerdan que toda controversia relativa a mala praxis médica será sometida a arbitraje de conformidad con las leyes de California y solo se recurrirá a un proceso judicial en caso de que estipulado por la ley. Las controversias podrán versar sobre la falta de necesidad o autorización de los servicios médicos objeto del presente contrato o sobre prestaciones reputadas inadecuadas, negligentes o incompletas. Al firmar el presente acuerdo, las partes aceptan la aplicación del procedimiento de arbitraje a la resolución de controversias y renuncian al derecho constitucional de recurrir a los tribunales judiciales para tal fin.

Artículo 2o: Todas las controversias están sujetas a arbitraje. Es intención de las partes que el presente acuerdo obligue a todas las personas que pudieran efectuar reclamos vinculados directa o indirectamente al tratamiento o servicio prestado por el médico. Esto incluye cualquier persona, nacida o por nacer, que esté vinculado con el paciente. Toda demanda patrimonial de daños que exceda el límite jurisdiccional fijado para el acceso a los tribunales de reclamos de menor cuenta deberá ser sometida a arbitraje, ya sea que involucre al médico, sus socios o asociados, a las asociaciones, sociedades anónimas o colectivas o bien a sus empleados, representantes o sucesores. Las demandas podrán derivar de daños en la relación de pareja, muerte por negligencia, daños punitivos y daño psicológico, entre otros. La interposición de una demanda judicial por cobro de honorarios médicos no exime a las partes del sometimiento a arbitraje en caso de disputas relativas a mala praxis.

Artículo 3o: Procedimiento y ley aplicable. La solicitud de arbitraje deberá ser notificada por escrito a todas las partes. Cada parte deberá designar un árbitro de parte dentro de los treinta días. El tercer árbitro será designado por los árbitros de parte dentro de los treinta días de efectuada la solicitud de designación de un árbitro neutral. Las partes pagaran en porcentajes iguales los gastos y honorarios del árbitro neutral, así como otros gastos que se hubiesen surgido como consecuencia del arbitraje o que hubiesen sido aprobados por este árbitro, y gastos de testigos y honorarios por asesoramiento, y cualquier gasto incurrido para su beneficio personal. Las partes reconocen a los árbitros una inmunidad asimilable a la de los funcionarios judiciales respecto a la responsabilidad civil en ejercicio de las funciones previstas en este acuerdo. Esta inmunidad no sustituye sino complementa a las leyes comunes, aplicables. Cada parte tendrá derecho absoluto al arbitraje por separado en cuestiones relativas a la responsabilidad y reparación de daños, siempre que se requiera tal circunstancia por escrito al árbitro neutral. Las partes aceptan la intervención y participación en el arbitraje de cualquier persona o entidad que hubiese sido considerada parte legítima en proceso judicial. En caso de que tal circunstancia tuviera lugar, toda acción judicial contra dicha persona o entidad será declarada como pendiente por arbitraje.

Las partes acuerdan que se aplican las normas de California relativas a prestadores de servicios de salud en todas las controversias surgidas bajo el presente acuerdo, entre ellas los artículos 340.5 y 667.7 del Código Procesal Civil y artículos 3333.1 y 3333.2 del Código Civil. Cualquiera de las partes podrá presentar a los árbitros una petición de sentencia o juicio sumario, de conformidad con el Código Procesal Civil. La introducción de hechos nuevos se efectuará de conformidad con el artículo 1283.05 del Código Procesal Civil. Sin embargo, podrán tomarse declaraciones sin aprobación previa del árbitro neutral.

Artículo 4o: Clausulas generales. Todos los reclamos relativos a un mismo incidente y las operaciones o circunstancias vinculadas con este deberán tratarse en un único procedimiento de arbitraje. Los reclamos no podrán ser tratados, con carácter definitivo, en caso de que: (1) en la fecha en que la notificación del reclamo es recibida, la acción civil correspondiente se encontrara prescripta de conformidad con las leyes de California, o (2) el reclamante no hubiera dado cumplimiento con la debida diligencia al procedimiento de arbitraje establecido en el presente acuerdo. En los aspectos o regulados expresamente por el presente acuerdo, los árbitros estarán sujetos a las normas de arbitraje del Código Procesal Civil de California.

Artículo 5o: Rescisión. El presente acuerdo podrá ser rescindido mediante notificación al médico por escrito dentro de los 30 días de suscripto. Es intención de las partes que el presente acuerdo sea de aplicación a todos los servicios médicos prestados en cualquier momento y circunstancia.

Artículo 6o: Efecto retroactivo. En caso de que el paciente desee incluir en el presente acuerdo servicios prestados con anterioridad a su suscripción (entre ellos tratamiento de emergencia), este deberá iniciar a continuación: _____

En vigencia a partir de la primera prestación medica Iniciales del Paciente o su Representante. Iniciales del Client/Representante

En caso de que una cláusula del presente acuerdo fuese declarada invalida o no pudiera exigirse su cumplimiento, el resto de las cláusulas no se verán afectadas por esta circunstancia y permanecerán en plena vigencia Entiendo que tengo el derecho de retirar un ejemplar del presente acuerdo. Al firmar el presente acuerdo, declaro que he recibido un ejemplar.

NOTIFICATION: AL FIRMAR EL PRESENTE ACUERDO USTED PRESENTA CONFORMIDAD A QUE TODA CUESTION RELACIONADA CON MALA PRAXIS MEDICA SEA SOMETIDA A ARBITRAJE NEUTRAL Y RENUNCIA AL DERECHO DE RECURRIR A UN PROCEDIMIENTO JUDICIAL. VER ARTÍCULO 1 DEL PRESENTE ACUERDO

Nombre del Padre/Guardian

Firma del Padre/Guardian

Fecha

Nombre del Cliente

Physician or Authorized Representative Signature

La Vida Life Counseling Center

Teléfono (714) 883-9156

Correo Electrónico info@lavidalcc.com

www.lavidacounselingcenter.com

Información del Cliente

Nombre: _____ Inicial Segundo Nombre: ____ Apellido: _____

Orientación sexual: Heterosexual Homosexual Bisexual Prefiero no decir Otro _____

Género: Femenino Masculino Transgénero No Binario Prefiero no decir Otro _____

Pronombres Preferidos: Ella El Ellos Ellas Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año): _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____ Apt : _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Información de la Escuela del Cliente

Nombre de Escuela: _____ Grado: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Información del Padre/Guardian

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ Tiene la Custodia Legal? Si No Temporal

Empleador: _____ Teléfono: _____

Por favor Llénelo si esto Aplica

Trabajador/a Social: _____ Teléfono: _____

Agencia Foster: _____ Teléfono: _____

En Caso de Emergencia

Nombre de Amigo o Pariente: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Información de Aseguranza

Medi-Cal Medicare Cigna Ninguna Kaiser (Hmo) Otro: _____

Nombre del Asegurado Primario: _____ Teléfono: _____

Nombre de Compañía de Aseguranza: _____

Dirección de Aseguradora: _____

Póliza: _____ Grupo: _____

Información de la Víctima Directa

Nombre: _____ Inicial Segundo Nombre: ____ Apellido: _____ F M

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

La Vida Life Counseling Center

Teléfono (714) 883-9156

Correo Electrónico info@lavidalcc.com

www.lavidacounselingcenter.com

Origen Étnico

La siguiente información es voluntaria por el paciente que esta/ra recibiendo tratamiento en Luisa Contreras Family Therapy Inc./ La Vida Life Counseling Center, y es solo usada por objetivos estadísticos.

Al Menos Una Categoría Tiene Que Ser Marcada:

- Asiático/a (especifique): _____
- Afro Americano/a
- Caucásico/a
- Nativo Americano/a
- Hispano/a o Latino/a
- Otro: _____

Marque Mínimo Una Categoría si es Hispano/a o Latino/a

- Cubano/a
- Mexicano/a o Chicano/a
- Puertorriqueño/a
- Otro Hispano/a o Latino/a: _____

Idioma Primario:

- Inglés
- Español
- Otro: _____

Asignamiento de Beneficios

Doy mi consentimiento a **Luisa Contreras Family Therapy, Inc. / La Vida Life Counseling Center**, para ser evaluado y/o recibir tratamiento psicológico. Autorizo a dar información sobre mi progreso a la aseguradora o agencia que está pagando por mis servicios. Asigno los pagos de la aseguradora o agencia a **Luisa Contreras Family Therapy, Inc. / La Vida Life Counseling Center**. Y entiendo que soy responsable por todos los cargos que no sean cubiertos. Entiendo que, si no asisto a la consulta, debo cancelar con más de 24 horas de anticipación, si no, se me cobrará una multa. Mas de (3) sesiones no asistidas, mi tratamiento será descontinuado. Acepto abonar si víctimas de crimen no cubre mis cargos por sesión yo seré responsable por los cargos de mi tratamiento.

Nombre del Cliente

Fecha

Firma del Padre/Guardian

Nombre del Padre /Guardia

La Vida Life Counseling Center

Teléfono (714) 883-9156

Correo Electrónico info@lavidalcc.com

www.lavidacounselingcenter.com

Lista de Verificación de Problemas del Menor

SIGNOS Y SINTOMAS ACTUALES: (Por favor marque CADA categoría)	Nada	Leve	Moderado	Severo
	0	1	2	3
Con frecuencia parece ansioso o tenso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Llora con facilidad o con frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se preocupa mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es demasiado dependiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necesita ser tranquilizado con frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se hieren fácilmente sus sentimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se siente culpable fácilmente o con demasiada frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se siente inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se avergüenza fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene muchas lágrimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se niega a dormir solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parece incómodo en situaciones nuevas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se enfada fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parece retraído o pasa mucho tiempo solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene problemas para relajarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habla a menudo sobre la muerte o las lesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acosa a otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No comparte con otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene problemas para hacer amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es tímido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No termina la tarea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No le gusta la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es un problema de disciplina en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se distrae con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actúa impulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene dificultad para seguir reglas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene un mal temperamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es desafiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es irresponsable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miente con frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene pesadillas con frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESULTADO _____				
RESULTADO TOTAL: _____				

La Vida Life Counseling Center

Teléfono (714) 883-9156

Correo Electrónico info@lavidalcc.com

www.lavidacounselingcenter.com

Póliza de Paciente

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido, leído y está de acuerdo con el Centro de Consejería de Vida Familiar / La Vida de Luisa Contreras:

Aviso de Prácticas H IPPA (adjunto)

_____ Iniciales Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad. Una copia personal de las prácticas de privacidad estará disponible según mi solicitud.

Comunicación, Redes Sociales, Confidencialidad y Excepciones a la Confidencialidad.

_____ Iniciales Reconozco que he recibido y leído el formulario de Comunicación, Redes Sociales, Confidencialidad y Excepciones a la Confidencialidad. Una copia personal estará disponible por mi solicitud.

CALVCB Autorización Para Divulgar Registros E Información Confidencial

_____ Iniciales Reconozco que he recibido y leído la Autorización para divulgar registros e información confidenciales. Una copia personal estará disponible por mi solicitud.

Número de reclamo _____ (si está disponible)

El (los) nombre (s), fecha (s) de nacimiento y número (s) de seguro social, si están disponibles, de mi (s) hijo (s) menor (es), para los cuales he autorizado la información de liberación. Una copia personal de las Prácticas de Privacidad estará disponible por Mi solicitud., son:

_____ Esta autorización será válida por tres años a partir de la fecha de este formulario de autorización firmado. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Fecha de hoy: _____

CALVCB Otros Servicios Proporcionados

_____ Iniciales Certifico que he recibido y leído los servicios ofrecidos por CalVCB y sus limitaciones. Una copia personal estará disponible por mi solicitud.

_____ Nombre del Cliente

_____ Nombre del Padre/Guardian

_____ Fecha

_____ Firma del Padre/Guardian

_____ Fecha de Nacimiento del Menor

Uso O Divulgación De La Autorización De Información De Salud Personal

Autorizo la divulgación de la información de salud de mi paciente / cliente a los siguientes contactos personales (cónyuge, hijo, asistente, etc.). Entiendo que es mi responsabilidad notificar a **Luisa Contreras Family Therapy Inc. / La Vida Life Counseling Center** de cualquier cambio en la información a continuación.

Información de cita

Información de Tratamiento

_____ Nombre

_____ Relación

Teléfono: _____

Información de cita

Información de Tratamiento

_____ Nombre

_____ Relación

Teléfono: _____

Entiendo que, como se establece en el Aviso de Prácticas de Privacidad de la instalación, tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento mediante el envío de una notificación por escrito a: Luisa Contreras Family Therapy Inc./La Vida Life Counseling Center 162 N. Glassell Street, Suite C, Orange, Ca. 92866