



The Wellness Center RI, LLC
400 Reservoir Ave Ste.2K Prov., RI 02907

Formulario de Nuevo Cliente

Nombre de Cliente _____ Nacimiento ____/____/____
Edad _____

Masculino Femenino Transgénero No enlistado: _____

Nota: La siguiente información sólo se recopila para obtener subvenciones del gobierno con el fin de financiar los servicios adicionales para los clientes y la lista no es nuestra opinión. Por favor, marque una categoría de raza y otro de origen étnico.

Raza: Blanco Negro Indio Americano/Nativo de Alaska Asiatico Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico

Etnicidad: Hispano/Latino Jewish Arab/Middle Eastern Carribbean

Calle _____ Piso _____

Ciudad _____ Estado ____ Zip Code _____ SSN _____

Teléfono de casa _____ Celular _____

Persona de emergencia #1 _____ Teléfono _____

Persona de emergencia #2 _____ Teléfono _____

Seguro Médico# 1 _____ Seguro Médico#2 _____

Nombre de Pareja _____ Casado Soltero Divorciado Novio/Novia

Trabajo(s) _____ Salario anual\$ _____

Médico de Cliente _____ Dirección _____

*Certifico que esta información es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Notificaré El Wellness Center RI, LLC de cualquier cambio en la información anterior, tan pronto como sea posible para evitar el cierre de mi caso antes de tiempo.

Firma del Cliente adulto o Tutor: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Date: _____



The Wellness Center RI, LLC
400 Reservoir Ave Ste.2K Prov., RI 02907

Consentimiento informado para Acuerdo de tratamiento:

SERVICIOS OFRECIDOS: Ofrecemos una variedad de servicios, que incluyen, pero no se limitan a individuo, familiar, pareja y de grupo. También ofrecemos algunas evaluaciones psicológicas y consultas.

CITAS: Las citas son tiempos que están reservados para usted. Es importante que si surgen circunstancias que necesita cambiar una cita, le pedimos que nos proporcione una antelación mínima de 24 horas. Esto nos permitirá ofrecer su tiempo para otro paciente. En el tercera cita cancelada el cargo es \$80.00. Las tarifas para las citas perdidas no son facturables a su compañía de seguros. Además de la cuota, The Wellness Center RI, LLC discutirá su compromiso con el tratamiento y la posible cancelación de los servicios. **Iniciales aquí: _____**

COSTE DE SERVICIOS: Los copagos y cargos no cubiertos por el seguro son debidos en el momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheque, MasterCard, Visa, Discover y American Express. Un cargo por servicio puede ser añadido para todos los saldos pendientes sin pagar después de 30 días a partir de la fecha de servicio. Los cargos por nuestro servicio varían según el servicio prestado y el terapeuta / clínico que proporciona el servicio. Primera cita de evaluación son \$150 y cada proxima sesiones son \$70-100 menos que otros arreglos se hagan por el cliente y The Wellness Center RI, LLC. **Iniciales aquí: _____**

SEGURO DE SALUD: Muchas pólizas de seguro de salud cubren los servicios que ofrece nuestro grupo. Sin embargo, el reembolso varía considerablemente de una compañía a otra. Además, la mayoría de los seguros tienen copagos y algunos tienen deducibles anuales o otros límites. Depende de usted como titular de la póliza de leer su póliza cuidadosamente y ser conscientes de lo que está y no está cubierto. Le recomendamos que llame a su compañía de seguros directamente para preguntar sobre sus beneficios. Si usted no tiene seguro, se espera el pago en el día que se prestan los servicios.

CONFIDENCIALIDAD: Toda la información divulgada dentro de las sesiones y los registros escritos que atañen a esas sesiones es confidencial y no podrá ser revelada a nadie sin su permiso escrito, excepto cuando se requiere la divulgación por la ley. Por favor, lea el Aviso de prácticas de privacidad para más información. **He recibido una copia de la Práctica de Privacidad. Iniciales aquí: _____**

Declaración de los Derechos de los Clientes:

Mientras que usted está recibiendo servicios a través de The Wellness Center RI, LLC usted conserva ciertos derechos legales, incluyendo cada uno de los derechos enumerados a continuación. Su ejercicio de estos derechos puede estar sujeto a limitaciones razonables si está permitido o requerido por la ley, pero sólo con previo aviso de los motivos de la limitación y de conformidad con su tratamiento o plan de servicio individual. Si usted es menor de edad o tiene un tribunal nombrado tutor legal, sus derechos pueden ser ejercidos por su tutor.

- Usted tiene el derecho a ser tratado con dignidad, respeto y sin discriminación.
- Usted tiene el derecho a ser informado de qué esperar durante el proceso de tratamiento y de ayudar con su plan de servicio individual.
- Usted tiene el derecho de solicitar ser reasignado a otro miembro del personal para propósitos de tratamiento.
- Usted tiene el derecho a no ser fotografiado, observado, grabado en video o cinta de audio sin su conocimiento y consentimiento.
- Usted tiene el derecho de terminar el tratamiento en cualquier momento y por cualquier razón.
- Nos reservamos el derecho de retener los servicios cuando en nuestra opinión cuando sea adecuado y proporcionados por The Wellness Center RI, LLC.

He sido informado de mis derechos como cliente. Además, la naturaleza y el propósito de mi tratamiento, riesgos, beneficios, y alternativas han sido explicados. He recibido una copia de estos derechos. Yo doy permiso a The Wellness Center RI, LLC para conservar registros relacionados conmigo cuando sea apropiado. **Iniciales aqui: _____**

EMERGENCIA: Si hay una emergencia durante el tratamiento, o en el futuro después de la terminación, The Wellness Center RI, LLC se preocupa por su seguridad personal, la posibilidad de que perjudiquen a otra persona, o acerca de usted que recibe atención psiquiátrica adecuada, haremos lo que sea en dentro de los límites de la ley para evitar que se dañe a sí mismo o a los demás y para asegurar que usted reciba la atención médica adecuada. Para este propósito, nos podemos también ponernos en contacto con la persona que usted ha proporcionado en la hoja formularia. **Iniciales aqui: _____**

SEGURO DE SALUD Y CONFIDENCIALIDAD DE REGISTROS: Divulgación de información confidencial puede ser requerido por su compañía de seguros de salud o HMO / PPO / MCO / EAP para procesar las reclamaciones. Si así lo indique The Wellness Center RI, LLC sólo la información mínima necesaria será comunicada al transportista. No tenemos control sobre, o el conocimiento de, lo que las compañías de seguros hacen con la información él se somete o que tenga acceso a esta información. **Iniciales aqui: _____**

LIMITACIÓN LITIGIO: Debido a la naturaleza del proceso terapéutico y el hecho de que a menudo consiste en hacer una divulgación completa con respecto a muchos asuntos que consideren de carácter confidencial, se ha acordado que de existir procedimientos legales (tales como, pero no se limita a las disputas de divorcio y custodia, lesiones, juicios, etc.), ni usted ni su abogado(s), ni ninguna otra persona que actúe en su nombre llamem en The Wellness Center RI, LLC para testificar en el tribunal o en cualquier otro procedimiento, ni se le pidió una comunicación de los registros de psicoterapia a menos que se acuerde lo contrario. **Iniciales aqui: _____**

CONSULTA: The Wellness Center, LLC consulta regularmente con otros profesionales con respecto a sus clientes; Sin embargo, la identidad de cada cliente permanece completamente anónima(o) y la confidencialidad se mantiene por completo. E-mails, teléfonos celulares, computadoras, y FAX: Es muy importante ser consciente de que las computadoras y no cifrado de correo electrónico, textos y mensajes de fax de comunicación se puede acceder con relativa facilidad por personas no autorizadas y por lo tanto pueden comprometer la privacidad y confidencialidad de dicha comunicación. Los correos electrónicos, textos y faxes, en particular, son vulnerables a dicho acceso no autorizado. Por favor notifique a The Wellness Center, LLC si usted decide evitar o limitar, de ninguna manera, el uso del correo electrónico, textos, llamadas de teléfonos celulares, mensajes de teléfono o fax. Si usted se comunica la información confidencial o privada sin cifrar a través de correo electrónico, textos o fax oa través de mensajes de teléfono, vamos a suponer que usted ha tomado una decisión informada, vamos a ver como su aceptación a correr el riesgo de que dicha comunicación puede ser interceptada, y vamos a cumplir con su deseo de comunicarse en estos asuntos. Por favor, no use los textos, correo electrónico, correo de voz o faxes para emergencias. **Iniciales aqui: _____**

REGISTROS SU DERECHO: A revisarlos: Tanto la ley y las normas de la profesión The Wellness Center RI, LLC requieren que mantengamos registros de tratamiento durante al menos 7 años o 3 años después de convertirse en un adulto. Salvo acuerdo en contrario de ser necesario, The Wellness Center RI, LLC mantiene registros clínicos sólo el tiempo que sea obligatorio por ley de Rhode Island. Si usted tiene preocupaciones con respecto a los registros de tratamiento, por favor hable con The Wellness Center RI, LLC. Como cliente, usted tiene el derecho de revisar o recibir un resumen de su expediente en cualquier momento, excepto en circunstancias legales o de emergencia limitados o cuando The Wellness Center RI, LLC evalúa que la liberación de dicha información podría ser perjudicial en modo alguno. The Wellness Center RI, LLC divulgará información a ninguna agencia / persona que usted especifique menos que The Wellness Center RI, LLC evalúa que la liberación de dicha información podría ser perjudicial en cualquier forma . Cuando más de un cliente está involucrado en el tratamiento, como en los casos de parejas y terapia familiar, The Wellness Center RI, LLC lanzará registros sólo con las autorizaciones firmadas de todos los adultos (o todos los que legalmente pueden autorizar el levante) que participan en el tratamiento. **Iniciales aqui: _____**

COMUNICACIÓN DE EMERGENCIA: Si necesita ponerse en contacto con The Wellness Center RI, LLC entre reuniones, por favor deje un mensaje al (401) 461-9355 y su llamada será devuelta tan pronto como sea posible. The Wellness Center RI, LLC comprueba los mensajes varias veces durante el día. Si se presenta una situación de emergencia y necesita hablar con alguien de inmediato llame al 911. Por favor, no use el teléfono, correo electrónico o fax para emergencias. **Iniciales aqui: _____**

CIERRES O RETRASOS: Debido a las inclemencias del tiempo The Wellness Center RI, LLC pueden retrasar el horario de apertura programadas regularmente, cierran temprano o cerrar durante todo el día. Durante los cambios meteorológicos adversos por favor llame a nuestra oficina y el correo de voz le explicar cualquier cambio.

RED SOCIAL / INTERNET: No aceptamos solicitudes de amistad de los clientes actuales o anteriores en sitios de redes sociales, como Facebook, Twitter, etc Creemos que la adición de clientes como amigos en estos sitios y / o comunicarse a través de estos sitios pueda comprometer su privacidad y confidencialidad. Por esta misma razón, solicitamos que los clientes no se comuniquen a través de sitios web de redes interactivas o sociales con The Wellness Center RI, LLC.

OTROS SERVICIOS: Algunos ejemplos incluyen carta para el abogado, cuestionarios de discapacidad, y las consultas de la escuela / observaciones. Estos servicios no están cubiertos por el seguro y se cobran a una tarifa por hora de \$80-100 por hora. **Iniciales aqui:** _____

He leído lo anterior Acuerdo de Consentimiento Informado para los Servicios de Tratamiento con cuidado; Yo los entiendo y estoy de acuerdo de cumplir con ellos:

Nombre del Cliente (impresión): _____

Firma _____ Fecha _____

Permiso para Menores para Recibir Servicios de Consejería

Yo, _____, concedo permiso para mi hijo(a), _____, para recibir servicios de consejería de salud mental del parte de The Wellness Center RI, LLC.

Firma del Padres/ Tutor Legal:: _____ Fecha: _____

Staff Witness _____ Date: _____