

Hope for Healthy Families Counseling Center
8788 Elk Grove Blvd., Bldg.1, Suite L
Elk Grove, California 95624
Telefono (916) 686-9209 Fax (916) 667-3239

INFORMACIÓN PARA LOS CLIENTES

Confidencialidad:

La información revelada en el curso de la terapia está protegido por las normas profesionales y éticas. Todo el material es confidencial y no en libertad sin su consentimiento por escrito, excepto la información relacionada con la sospecha de abuso infantil, anciano o el abuso de un adulto dependiente, y las situaciones que suponen un peligro inminente para sí o para otros.

El Consentimiento Informado:

El proceso de la terapia requiere de valentía, compromiso y asunción de riesgos. Puede haber momentos en que la información analizada en una sesión de terapia causará angustia sentimientos y / o pensamientos. A veces, puede experimentar síntomas físicos como resultado de procesamiento de la información preocupante. Por favor, comparte esto conmigo, para que podamos explorar juntos caminos en la que puede manejar estos sentimientos y pensamientos. Debido a que cada persona es diferente, no hay manera de predecir cómo va a responder a el proceso de la terapia, o por cuánto tiempo el proceso tomará para usted..

HIPPA:

En virtud de la Ley de Portabilidad y Ley de Responsabilidad y de 1996, estamos obligados a proporcionar un Aviso de prácticas de privacidad con respecto a su información de salud protegida (PHI). Esto se publica en la pared de la oficina.

Consejeros:

Su terapeuta es un MFT pasante o estudiante en prácticas ganando horas para la graduación o licenciatura y está bajo la supervisión clínica de Director Ejecutivo, Leina Hoyt, LMFT.

Tarifas y Pago:

Su cuota será discutido con usted antes de la primera sesión. Le pedimos que pague su cuota en el momento de cada sesión, menos que otros arreglos se han hecho antes de tiempo. Si el cargo se estableció mediante una escala móvil, y su situación financiera cambia significativamente durante el transcurso del tratamiento, Su cuota será renegociado. Aceptamos efectivo, cheques personales, cheques de gerencia, tarjetas de crédito y PayPal. Los cheques devueltos tendrán un costo de \$ 25. Por favor, tenga en cuenta que si su terapia es ordenada por la corte, puede incurrir en gastos adicionales debido a la redacción de informes, consultas telefónicas, etc. Su costo es de _____ / sesión

Cancelaciones:

Hemos dado la hora de la cita sólo para usted. as cancelaciones o cambios en la sesión fechas y horas se debe hacer 24 horas de antelación. Si se cancela una cita o perdidas, sin aviso de 24 horas, se le cobrará por el período de sesiones. Para su comodidad, se cargará en su tarjeta de crédito a continuación para cada período de sesiones que no está de acuerdo con nuestra política de cancelación a la discreción de Hope foro Heath Familias Consuelan Center.

Tarjeta de crédito / Tarjeta de débito: Por favor marque: Visa Mastercard Discover American Express

Nombre en la Tarjeta: _____ CSC (código en la parte posterior) _____

Numero de Tarjeta: _____ Fecha de Expiración _____

Su firma indica que he leído y estoy de acuerdo con las políticas anteriores.

Firma

Fecha

Firma

Fecha
Iniciales del Consejero: _____