

**Acuerdo de Tratamiento para clientes de Wavecrest, un Ministerio de Consejería de The Fellowship of the Inner Light**  
(Declaración de divulgación profesional / Acuerdo del cliente / Consentimiento / Aviso de HIPAA, e información general)  
Instrucciones: guarde las páginas 1-6 para sus registros y traiga su formulario completo en la página 7 a su primera sesión.

### **Sobre Emily Bura, LPC, CSAC, CPSC**

#### **Cualificaciones y áreas de práctica de los consejeros**

Emily Bura recibió capacitación profesional en Consejería y Psicoterapia a través de Old Dominion University, donde obtuvo una Maestría en Consejería de Salud Mental. Es Licenciada en la Consejería Profesional en Virginia (LPC). Emily también es Consejera Certificada de Abuso de Sustancias (CSAC), Certificada en Entrevista Previa a la Admisión (CPSC) en el Commonwealth de Virginia. Es miembro del Master Clinicians' Group, una organización de apoyo y consulta entre pares que atiende a médicos de salud mental con licencia en Virginia y Carolina del Norte. El tratamiento en Wavecrest aborda las necesidades de individuos, parejas y familias. Emily Bura ejerce como generalista con áreas de particular interés clínico en el manejo de la ira, el trastorno obsesivo compulsivo y las relaciones. Acepta todas las edades, problemas de vida y diagnósticos de salud mental como se describe en el Manual de diagnóstico y estadístico de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.

#### **Orientación teórica**

A fin de abordar adecuadamente las necesidades de todos los clientes, se aplicará variadas orientaciones teóricas (marcos para la práctica). Cada enfoque se seleccionará sobre la base de que el cliente presente inquietud, sintomatología y base de evidencia que lo respalde como máximo beneficio para el cliente. Cada enfoque que se implementará está bien establecido, investigado y respetado orientación terapéutica.

### **Lo que puede esperar como cliente en Wavecrest Counseling**

#### **Responsabilidades y expectativas de los consejeros y clientes**

La consejería / psicoterapia es más efectiva cuando se trata de un proceso de colaboración. Dentro de las primeras sesiones, establecemos objetivos para su asesoramiento y terapia y usaremos estos objetivos para guiar el curso de nuestro trabajo. Parte de este plan puede incluir la derivación a otro profesional de salud mental o médico si hay una necesidad de intervenciones que no podemos proporcionar. Trabajaremos diligentemente para brindarle asesoría y psicoterapia compasiva y efectiva que respeten sus experiencias de vida y sus perspectivas individuales.

Su compromiso incluye asistir constantemente a sus sesiones, participar plenamente en el proceso, completar las tareas acordadas, ser honesto y estar a su disposición, completar el trabajo tanto dentro como fuera de nuestras sesiones, hacer todo lo posible por explorar sus ideas, problemas, y necesidades de manera productiva, y comunicar las inquietudes que pueda tener sobre el proceso de asesoramiento. Juntos, nos esforzaremos para hacer de cada sesión un "lugar seguro" para compartir pensamientos y sentimientos, probar nuevos comportamientos y planificar para el futuro. A medida que avanza en la consejería, es posible que experimente un rápido alivio de los síntomas o que su dolor se intensifique a medida que avanza. Puede sentir que ha hecho un buen progreso y luego sentir que nada se ha resuelto. Cada una de estas experiencias es normal e incluso es probable mientras trabajemos juntos para resolver problemas y facilitar su crecimiento. Le pedimos que se comprometa a trabajar en los momentos difíciles, incluso mientras celebramos a aquellos llenos de éxito y esperanza. Nuestro objetivo final es que su experiencia de asesoramiento le brinde la oportunidad de crecer y recuperarse.

#### **Uso diagnóstico**

Su consejero usa el Manual de Diagnóstico y Estadística (5ta. Edición) publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) para ayudar a definir cualquier diagnóstico que podamos determinar apropiado para su situación. El diagnóstico sirve para proporcionar un marco desde el cual podemos ver su situación y planificar el tratamiento. Sin embargo, a menos que usted lo autorice, no divulgamos ninguna información sobre usted (incluyendo sus diagnósticos) a nadie en ningún momento.

#### **Emergencias vs solicitudes de servicios a corto plazo**

***Una emergencia es un evento o necesidad que puede calificar para una intervención inmediata y / o hospitalización. Si tiene una emergencia, llame al 911 y haga que una unidad de servicios de emergencia responda a su ubicación.*** Si es posible, llame a su consejero para informarle de las circunstancias y de que la unidad está en camino o en escena. En estas circunstancias, se debe acceder a la intervención médica inmediata para resolver la crisis. Luego, debe hacer una cita de seguimiento con su consejero para abordar las necesidades.

***En contraste, una solicitud de servicios a corto plazo es provocada por eventos o circunstancias que llevan a un cliente a creer que los servicios del consejero son necesarios a corto plazo. No es un caso en que se requiere la intervención y / o hospitalización inmediata.*** Si tiene una solicitud de servicios a corto plazo, llame para solicitar la próxima cita disponible de su consejero. Tenga en cuenta que esta cita puede requerir que esté disponible durante su horario laboral o escolar si no hay citas disponibles que se ajusten a su horario.

#### **Consultas telefónicas**

No proporcione consulta bajo demanda por teléfono. Si necesita servicios inmediatos o tiene una emergencia, llame al 627-5433 o al 911.

### **Si tiene una queja**

Creemos en la responsabilidad profesional. Si cree que han sido tratado en una manera de poca ética y no puede resolver este problema con nosotros, pedimos que se ponga en contacto con la Junta de Profesiones de la Salud de Virginia (800-533-1560) presentar una queja.

### **Estacionamiento, espacios de oficinas de Wavecrest y límites**

Por favor, estacionarse en la calle frente The Fellowship of the Inner Light con respecto a los caminos de acceso. Si es necesario estacionar en el camino de entrada (por ejemplo, para preservar la privacidad), infórmenos con anticipación para que podamos trabajar con usted para satisfacer sus necesidades. Hay horarios puestos en que estacionar en la calle requiere un permiso. Es su responsabilidad revisar los horarios y si se requiere, pedir un permiso de estacionamiento de prestado al principio de su cita. Son bienvenidos a entrar por la entrada principal, y sentarse en la zona del vestíbulo. El baño está ubicado en el primer piso, la segunda puerta a la izquierda de la entrada principal. Nos esforzamos por crear un ambiente pacífico que sea propicio para nuestro trabajo. Haremos todo lo posible para satisfacer sus necesidades.

## **Programación, cancelación, políticas de comunicación e información general**

### **Citas, Duración de Sesiones, Cancelaciones**

Programamos sesiones con nuestro mutuo acuerdo. Las sesiones duran entre 45 y 55 minutos, a menos que se acuerde lo contrario. Si no puede asistir a una cita, cancele o vuelva a programar con al menos 24 horas de anticipación para evitar que se le cobre una cita perdida / cargo por cancelación tardía.

### **No Presentarse sin llamar / Política de Cancelación**

Nuestro objetivo es administrar nuestro tiempo sabiamente para servir mejor a nuestros clientes. Cuando se producen a tiempo (más 24 horas de anticipación) cancelaciones, es posible ofrecer horas de las citas abiertas a los clientes en la lista de espera de cita. Agradecemos sinceramente su cooperación y comprensión de la siguiente política, que está vigente para fomentar la notificación oportuna de cancelaciones. **POLÍTICA:** Cada evento de No Presentarse/ no Llamar o cancelación tarde (con menos de 24 horas de anticipación) tiene un cobro y resultado distinto.

Evento	Cobro	Notas
1	\$35 l- v \$50 s- d*	Platicar revisando la política de cancelación en la próxima cita.
2	\$80 / \$105*	Revisar por completo la política de cancelación.
3	\$80 / \$105*	El cliente se dará de baja de manera automática y <i>voluntaria por parte del cliente</i> . A partir de estar dado de baja no hay ninguna responsabilidad al cliente(s) nombrado(s) por parte de Wavecrest, incluyendo y no limitado a los acuerdos previamente hechos en este documento. Cualquier cita agendada se cancelara.

El cliente acepta que estos cargos se realicen en su tarjeta de crédito / débito registrada en el momento de la cita perdida o posteriormente. Estos cargos pueden ser apelados si existen circunstancias atenuantes que impidan la notificación oportuna de la cancelación.

### **Política de cierre en clima inclemente / emergencia de la comunidad**

En un esfuerzo por priorizar la seguridad del cliente, cerramos nuestra oficina cuando las Escuelas Públicas de Virginia Beach cierran debido al mal tiempo u otras emergencias de la comunidad. Si un evento climático o de emergencia cae en un sábado, seguimos el horario de cierre de Tidewater Community College.

### **Comunicación electrónica**

Los mensajes pueden dejarse en nuestro correo de voz o enviar un mensaje de texto a nuestro teléfono en cualquier momento. Respondemos a los textos y mensajes de voz tan pronto como sea posible después de su recepción. Por favor, indique su método preferido de comunicación de retorno en su mensaje.

Usamos llamadas telefónicas y mensajes de texto únicamente para fines de programación y cancelación. Puede elegir enviar solicitudes de citas y avisos de cancelación por mensaje de texto (entienda que nuestra oficina debe recibir las cancelaciones al menos 24 horas antes de la hora de su cita, y que los plazos de entrega del mensaje pueden verse afectados por muchos factores).

El correo electrónico y los mensajes de texto no son métodos útiles de comunicación para fines de asesoramiento. *No nos envíe información privada o personal por correo electrónico o mensaje de texto. No podemos garantizar la confidencialidad de ninguna comunicación que se nos envíe de esta manera, ni podemos garantizar que los correos electrónicos y los mensajes de texto se reciban o lean.* Del mismo modo, no podemos responder a las preguntas o necesidades de asesoramiento escritas en correos electrónicos o textos (los asuntos éticos y las limitaciones creadas por los problemas de seguridad, los lapsos de tiempo y los posibles problemas tecnológicos hacen que esto sea problemático). El correo electrónico se revisa con poca frecuencia y no es un método para comunicar necesidades. **Por favor, nunca use el correo electrónico o mensajes de texto para comunicar una emergencia, llame al 911.**

### **Telesalud**

Las sesiones de telesalud se ofrecen a través de [www.doxy.me/wavecrest](http://www.doxy.me/wavecrest), una plataforma segura basada en Internet que cumple con HIPAA. En caso de falla de la tecnología, llamada telefónica será el método alternativo de comunicación. Según la preferencia del cliente, se pueden utilizar otros métodos, aunque los clientes que opten por utilizar otros métodos (facetime, whatsapp) entienden y Acuerdo de Consejería y Divulgación Profesional de Wavecrest Counseling 12.01.20

aceptan cualquier riesgo de privacidad que esto pueda crear. Los clientes son responsables de mantener un espacio privado para participar en los servicios de telesalud. Los clientes deberán indicar su ubicación actual y verificar su identidad al comienzo de cada sesión de telesalud. Wavecrest se reserva el derecho de negarse a ofrecer sesiones de telesalud a cualquier cliente en cualquier momento basándose en el juicio clínico y, en tales casos, proporcionará servicios en la oficina o ayudará al cliente encontrar opciones de tratamiento alternativas.

### **Pagos y tarifas de pago en Wavecrest Counseling**

#### **No facturación de seguros**

Wavecrest no factura a seguros para los servicios brindados.

#### **Incapacidad para pagar en el momento del servicio**

El pago se requiere en su totalidad en el momento en que se prestan los servicios (a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado). Sin embargo, entendemos que puede haber casos en que un cliente no pueda pagar en el momento del servicio. Por lo tanto, hemos desarrollado un medio simple para ayudar a los clientes a recibir servicios sin incurrir en una deuda creciente o requerir protocolos de cobro de deudas. Nuestra política es la siguiente:

En el caso de que no pueda realizar su pago al momento de su sesión, le ofrecemos dos opciones:

(1) Ser visto a la hora programada de su cita después de que haya aceptado todo lo siguiente:

- a) Proporcione una tarjeta de crédito válida antes o durante su primera cita. (Por favor complete el formulario de autorización que encontrará a continuación)
- b) Estar de acuerdo en entregar a nuestra oficina el pago completo del monto adeudado,
- c) Autorizarnos a cobrar el cargo impago a su tarjeta si el pago no se recibe dentro de los 7 días de la cita,
- d) Autorizarnos a cobrar tarifas de citas perdidas en su tarjeta para evitar la interrupción de sus servicios de consejería.

O

(2) Reprograme su cita (al menos 24 horas antes de la fecha y hora de su cita) a una fecha en la que pueda tener su pago disponible en el momento en que se brindan los servicios.

#### **Pagos morosos**

Creemos en la imparcialidad y honestidad de nuestros clientes y esperamos que se nos paguen los saldos pendientes de manera oportuna. Sin embargo, los pocos clientes que incumplen con el pago de las tarifas por los servicios prestados son responsables de todas las tarifas legales y administrativas relacionadas con el cobro de cuentas en incumplimiento. Su firma en este documento significa que está de acuerdo con esta política.

### **Lista de tarifas en Wavecrest Counseling**

Asesoramiento y psicoterapia (para una cita estándar de 1-55 minutos)	\$80 / \$105* fines de semana
Terapia de pareja (para una cita estándar de 1-55 minutos)	\$80 / \$105*
Terapia familiar (para una cita estándar de 1-55 minutos)	\$80 / \$105*
Servicios de terapia fuera del sitio / en casa (para una cita estándar de 1-55 minutos)	\$180 / \$250*

Los procedimientos legales (por ejemplo, deposición) tienen un costo de \$1050 por día o cualquier parte de un día que el terapeuta está obligado a estar presente. Véase la página 5 - 6 de este documento para obtener información adicional importante. Solicitudes de documentos: Cartas, Solicitudes de registros, Resúmenes de registros, Formularios de trabajo, de la escuela o de FMLA, Recomendaciones, Ducos de citaciones Tecum Compliance y otros documentos solicitan \$105 por hora o fracción de lo requerido para crear, compilar, entregar o procesar la documentación solicitada.

En el caso de que no podamos completar la documentación necesaria durante su cita programada, me requerirá que la haga fuera de su sesión regular. Su tarjeta de crédito / débito se cobrará \$105 por hora o fracción de la misma por toda la documentación completada fuera de sus sesiones. Si necesita que complete la documentación para que lo ayude (cartas al tribunal o a un empleador, papel de FMLA, documentos requeridos por su empleador, etc.) solicítelo al comienzo de su sesión para que podamos intentar completar la documentación durante su sesión para evitar un costo adicional para usted.

#### **Archivos**

Los profesionales deben mantener un registro del paciente durante un mínimo de seis años después del último encuentro con el paciente, con las siguientes excepciones:

1. Los registros de un menor de edad deben mantenerse hasta que el niño alcance la edad de 18 años o se emancipe, con un tiempo mínimo para la retención de registros de seis años desde el último encuentro con el paciente, independientemente de la edad del niño;
2. Registros que se hayan transferido previamente a otro profesional o proveedor de atención médica o se hayan proporcionado al paciente o su representante personal; o

3. Los registros que se requieren por obligación contractual o ley federal se mantendrán por un período de tiempo más largo.

### **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (Aviso HIPAA)**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN PSICOLÓGICA Y MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA, REVELADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.  
POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

Como LPC en el estado de Virginia, creo y mantengo registros de tratamientos que contienen información médica individualmente identificable sobre usted. Este aviso, entre otras cosas, se refiere a la privacidad y confidencialidad de esos registros y la información que contienen.

#### **Usos y Divulgaciones de Información sin Su Autorización**

Las reglas y regulaciones federales de privacidad me permiten usar o divulgar su información médica personal (sin su autorización por escrito) para permitirme brindarle tratamiento, para fines comerciales relacionados, para llevar a cabo operaciones de atención médica y para divulgar su información médica protegida a cualquier proveedor de atención médica para facilitar sus actividades de tratamiento.

#### **Aviso de prácticas de privacidad.**

Esto puede incluir consultas o referencias con otros proveedores de atención médica con licencia sobre su condición, la coordinación y administración de su atención médica entre proveedores de atención médica o un tercero, y organizaciones de supervisión que trabajan para garantizar que los servicios se brinden de una manera que cumpla con los requisitos. Legislación aplicable, normativa y ética profesional.

Es posible que se me exija o permita que divulgue su información médica personal sin su autorización por escrito en otras circunstancias, que incluyen, *entre otras*, las siguientes:

- Cuando sea requerido por un tribunal, junta, comisión, agencia administrativa, panel de arbitraje u orden de registro, siempre y cuando la solicitud sea legal y siga las pautas establecidas por la ley y las regulaciones de la entidad solicitante.
- Con el propósito de denunciar el abuso de poblaciones protegidas (niños, ancianos), negligencia, o violencia doméstica a las autoridades correspondientes.
- Para informar, de buena fe, la necesidad de servicios adicionales si creo que se ha convertido en un peligro para su propia seguridad o para la seguridad de otras personas.
- Para comunicarse con usted para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre alternativas u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

**Los usos o divulgaciones de su información de salud personal (sin su autorización) se limitarán al mínimo necesario para lograr el propósito de uso o divulgación previsto.**

#### **Otros usos y divulgaciones que requieren su autorización**

En esos casos, cuando se me solicite información para fines ajenos a las situaciones descritas anteriormente, obtendré su autorización antes de divulgar esta información. Puede revocar todas estas autorizaciones en cualquier momento, siempre que cada revocación sea por escrito. Cualquier revocación se aplica solo a la información para la que se requiere una autorización, y no es retroactiva a ningún momento anterior a la fecha de la revocación.

#### **Derechos del cliente y deberes del terapeuta**

**Usted tiene el derecho de:**

- Solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información de salud protegida. Sin embargo, no estoy obligado a aceptar una restricción que usted solicite. Discutiremos el problema si esto ocurre.
- Solicitar y recibir comunicaciones confidenciales de su información médica privada por medios alternativos y en ubicaciones alternativas.
- Inspeccionar y / u obtener una copia de la información médica protegida y los registros de facturación utilizados para tomar decisiones sobre usted durante el tiempo que la información médica protegida se mantenga en el registro. Es posible que le niegue el acceso a la información de salud protegida bajo ciertas circunstancias, pero en algunos casos puede hacer que se revise esta decisión. En su solicitud, discutiré con usted los detalles del proceso de solicitud y rechazo.
- Solicitar una modificación de la información de salud protegida mientras la información de salud protegida se mantenga en el registro. Si se solicita, discutiré con usted los detalles del proceso de enmienda. Sin embargo, comprenda que no estoy obligado a enmendar la información del registro.
- En general, tiene el derecho de recibir un informe de cualquier divulgación de su información médica protegida. En su solicitud, discutiré con usted los detalles del proceso contable.

- Obtener una copia en papel del aviso que le enviaré cuando lo solicite, incluso si ha aceptado recibir el aviso de manera electrónica.

**Mis deberes:**

La ley me obliga a mantener la privacidad de su información de salud personal y a proporcionarle un aviso de mis obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud personal. Me reservo el derecho de cambiar las políticas y prácticas de privacidad descritas en este aviso. Sin embargo, a menos que le notifique dichos cambios, estoy obligado a cumplir con los términos actualmente vigentes. Si reviso mis políticas y procedimientos, le proporcionaré una copia de estas revisiones en la próxima cita.

**Quejas:**

Si tiene alguna inquietud sobre la privacidad de sus registros o cualquier otro elemento de esta política, puede presentar una queja al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Por favor envíe las quejas por escrito, a mí, o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en la siguiente dirección: EE. UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos 150 S. Independence Mall West - Suite 372 Philadelphia, PA 19106-3499 (215) 861-4441; (215) 861-4440 (TDD) (215) 861-4431 FAX

**Políticas relacionadas con las comparecencias judiciales**

(Citas y otras solicitudes para la participación de su terapeuta en procedimientos legales de cualquier tipo)

El paciente, en virtud de su firma a continuación, acusa recibo de esta política y se compromete a cumplir con las condiciones establecidas en este documento.

I. El paciente acepta que ha revisado el Programa de tarifas de consejería de Wavecrest que se encuentra en su declaración de divulgación profesional y consentimiento implícito y autoriza el pago de los servicios como se describe en la misma.

II. El paciente acepta que él / ella es responsable y acepta lo siguiente:

a) El paciente autoriza al terapeuta a procesar el pago en su totalidad a través de la aplicación de procesamiento de tarjeta de crédito de Square y la tarjeta de crédito "en archivo" del paciente para:

-cualquier cargo que resulte de una Citación para Testigo o Citación Ducus Tecum nombrando al terapeuta.

-cualquier cargo que resulte de involucrarse en procedimientos relacionados con el paciente o sus intereses.

-cualquier cargo relacionado con el terapeuta al que el paciente y / o cualquier abogado, guardián ad litum, juez u otro funcionario del tribunal solicite de otra manera para comparecer ante cualquier tribunal u otro procedimiento legal.

-Cualquier cargo relacionado con las acciones anteriores, independientemente de quién solicitó la citación.

b) El paciente reconoce que si él / ella no solicitó la citación y no desea que el terapeuta esté presente en la corte, debe considerar comunicarse con su abogado para solicitar que se inicie una moción para anular la citación.

III. El paciente acepta que, si se requiere que el terapeuta se desvíe de su práctica diaria estándar de alguna manera en respuesta a una citación emitida en un caso que involucre al paciente, se aplicarán las tarifas y permisos descritos en este documento.

IV. El paciente acepta que las tarifas descritas en este documento son para cualquier parte del día por cada día que el terapeuta deba estar disponible para la corte u otros procedimientos legales, ya sea que el caso continúe, se desestime o se elimine, y si el terapeuta testifica, no testifica, o se exime del caso.

V. El paciente acepta asegurarse de que el terapeuta reciba el pago inicial de \$1050 para el primer día de los procedimientos legales al menos tres días antes de la fecha del procedimiento. El paciente reconoce que si este pago no se recibe como se describe, el terapeuta no podrá presentarse en nombre del paciente.

VI. El paciente autoriza al terapeuta a cobrar a la tarjeta de crédito del paciente una tarifa adicional de \$1050 por día por cualquier parte de cada día adicional que se espera / requiere que el terapeuta esté disponible para los procedimientos legales.

VII. El paciente acepta que, si por alguna razón su pago no puede ser procesado o no es recibido por el terapeuta cuando es debido, el paciente aceptará la responsabilidad total de todos los honorarios, daños, pérdida de ingresos y costos legales asociados con el pago. La ausencia del terapeuta de su práctica y sus esfuerzos para recuperar su compensación.

VIII. El paciente acepta asegurarse de que cualquier abogado u otro funcionario del Tribunal que esté asociado con su caso tenga conocimiento de estas condiciones para que se puedan tomar decisiones informadas y se evite la creación de dificultades financieras innecesarias.

IX. El paciente autoriza al terapeuta a procesar el pago por su participación en el caso del paciente si un abogado intenta solicitar la presencia del terapeuta cuando no se ha recibido el pago por adelantado como se describe en este documento.

X. En el caso de que el terapeuta no logre recuperar sus honorarios por su participación en cualquier tribunal u otro procedimiento legal, recurrirá a todos los recursos legales adecuados para rectificar la falta de pago. En el caso de que ella deba tomar una acción legal para recibir el pago, la paciente acepta pagar todos los honorarios legales y otros gastos relacionados con la recuperación de estos fondos.

Si tiene preguntas o inquietudes relacionadas con este Aviso o su contenido, comuníquese conmigo. Estamos encantados de poder servirle.

*¡Espero conocerte!*

## Formulario de registro de la tarjeta de débito / crédito del cliente y el reconocimiento de las políticas de pago

Nombre (s) del cliente: \_\_\_\_\_

El pago se espera en su totalidad en el momento en que se prestan los servicios (a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado). Se requiere que cada cliente presente un formulario de registro de tarjeta de crédito completado antes de que se puedan proporcionar los servicios. Para facilitar el procesamiento de la tarjeta de crédito, la Sra. Bura marcará la letra "B" en la línea de firma en la página de pago de la aplicación de Procesamiento en lugar de su firma. Usted acepta mantener una tarjeta actualizada y válida en su archivo. Las actualizaciones se ingresan automáticamente en la hoja de su tarjeta de crédito existente. Su autorización original para el uso de su tarjeta "en archivo" se transfiere inmediatamente a la nueva información de la tarjeta. Su firma a continuación autoriza todas las acciones descritas en este documento y significa su acuerdo con las políticas descritas en este documento y en los documentos relacionados. Este permiso se puede revocar en cualquier momento a partir de su solicitud por escrito siempre y cuando tenga un saldo "cero" adeudado o proporcione un método de pago alternativo. Muchas gracias por su comprensión y cooperación.

Instrucciones: Complete este formulario y envíelo a Emily Bura, LPC, CSAC, CPSC

Nombre del titular indicado en la tarjeta: \_\_\_\_\_

Número de tarjeta de crédito / débito: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Caducidad: MM / AA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Código CVV: \_\_\_\_\_ (3-4 # código / reverso de la tarjeta) CP de facturación: \_\_\_\_\_ Tipo de tarjeta: \_\_\_\_\_

Dirección de facturación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Autorización de pago / Agradecimientos:

*Entiendo que soy responsable de todas las tarifas por los servicios prestados al cliente (s) en esta práctica. He revisado la Lista de tarifas de asesoramiento de Wavecrest en la página 3. Acepto pagar las tarifas indicadas en este documento en el momento en que se presten los servicios. Entiendo que la tarjeta en el archivo se cargará automáticamente por todas las solicitudes de documentos y servicios adicionales, que incluyen, entre otros, la divulgación de información, los servicios relacionados con la corte, así como en los eventos descritos en la "Política de cancelación / no presentación". Es deber del titular de la tarjeta asegurarse de que la tarjeta registrada sea válida y esté actualizada, o proporcionar la información de la tarjeta al cliente para que pueda garantizar la misma. Con mi firma a continuación, certifico que he leído, entiendo y acepto cumplir con las políticas de pago de Wavecrest Counseling y autorizo a Emily Bura, Emily Bura, LPC, CSAC, CPSC o su agente a cobrar las tarifas pendientes a medida que ocurran a la tarjeta de crédito o débito provista por mí en este documento.*

Firma del cliente / padre / garante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Opciones de cliente, permisos, agradecimientos

Atestación: He leído, entiendo y acepto cumplir con las políticas de honorarios de Wavecrest Counseling, y la Política de No Presentarse / Cancelación, y la política sobre el mantenimiento de una fuente de pago archivada con esta práctica. También reconozco haber recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Wavecrest Counseling para información protegida de salud (Aviso HIPAA).

### Reconocimiento de políticas y firmas

Al firmar a continuación, certifico que:

- (1) Revise, entendí y acordé cumplir con todas las políticas que se encuentran en las páginas 1-6 y de esta declaración / acuerdo de divulgación,
- (2) He revisado las Políticas de pago de la práctica y haber completado el formulario de registro de la tarjeta de crédito y la hoja de firma asociados en la página 7 de este documento. Estoy enviando mi Página 7 completada en o antes de mi primera sesión,
- (3) Revise el programa de tarifas de consejería de Wavecrest en la página 3. Estoy de acuerdo en pagar las tarifas como se indica en este documento en el momento en que se prestan los servicios,
- (4) He revisado las políticas relacionadas con las apariencias de la Corte en las páginas 5-6. Acepto las condiciones descritas en el mismo, cuando corresponda,
- (5) Confirmando recibo de una copia de la Notificación de HIPAA de Wavecrest Counseling en la página 4-5, y dar mi consentimiento para el tratamiento para mí o para mi hijo menor.

\_\_\_\_\_  
Firma Cliente 1 Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Cliente 2 Fecha