

Acuerdo de Evaluación 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 1-4 para sus registros y traiga su formulario completo en la página 5 a su primera sesión.

Sobre Emily L. Bura, MEd., 0704008716 Residente en Consejería

Cualificaciones y áreas de práctica de los consejeros

Emily Bura recibió capacitación profesional en Consejería y Psicoterapia a través de la Universidad de Old Dominion, obteniendo una Maestría en la Consejería de Salud Mental. Actualmente está en el proceso de una residencia requerida de 3,400 horas, bajo la supervisión de Meichell Worthing, LPC. Emily es un evaluador de admisión previo certificado en el estado de Virginia (CPSC) y un profesional calificado de salud mental (QMHP). Es miembro del Master Clinicians' Group (MCG), una organización de consulta y apoyo entre pares que brinda servicios de salud mental con licencia en Virginia y Carolina del Norte.

Lo que puede esperar como cliente en Wavecrest Counseling

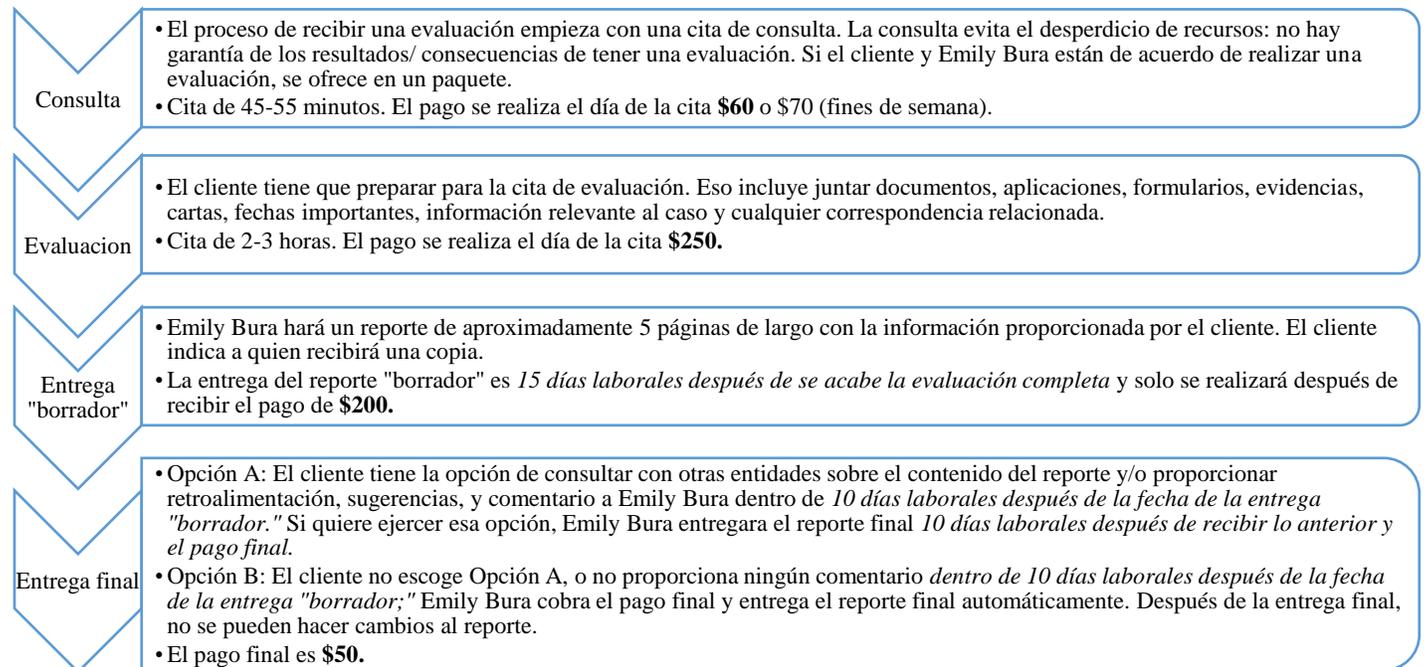
Responsabilidades y expectativas de los consejeros y clientes

Su compromiso incluye asistir de manera puntual a su(s) sesión(es), participar plenamente en el proceso, completar las preparaciones acordadas, ser completamente honesto y estar a su disposición, y comunicar las inquietudes que pueda tener sobre el proceso de evaluación. Durante el proceso de la evaluación, es posible que el cliente experimente emociones o pensamientos inesperados. Es importante que el cliente divulga inquietudes durante la sesión de evaluación para asegurar la seguridad del estado mental del cliente. Le pedimos que se comprometa a trabajar en los momentos difíciles, incluso que busque terapia bajo la recomendación de Emily Bura. Nuestro objetivo final es que su evaluación se completa de una manera efectiva y sana para usted. *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. Como usted se contrata con Wavecrest Counseling para la evaluación únicamente, no puede recibir ningún tipo de tratamiento/ consejería.*

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 compartir la información necesaria para los fines acordados.

Proceso y precios de una evaluación con Wavecrest Counseling



Facturación de seguros, pagos

Wavecrest no factura para los servicios de evaluación. 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).

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.

Políticas e información general

Estacionamiento, espacios de oficinas de Wavecrest

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 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.

Cancelaciones

Nuestro objetivo es administrar nuestro tiempo sabiamente para servir mejor a nuestros clientes. Cuando se producen a tiempo (48 horas de anticipación o más) 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: Los clientes son responsables de un cargo de \$100 (\$150 los fines de semana) en el evento de No Presentarse / No Llamar o cancelación tarde (con menos de 48 horas de anticipación). Este dinero no se devolverá por ningún motivo, ni cuenta como un crédito al precio de la evaluación. 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.

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.

Comunicaciones

No puedo proporcionar consulta/ evaluación por teléfono; ambos requieren una cita. 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 48 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 se revisa con poca frecuencia y no es un método para comunicar necesidades. *Si 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.*

Quejas

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 supervisora Meichell Worthing, LPC (meichell@lighthouse-counselingllc.com) y / o con la Junta de Profesiones de la Salud de Virginia (800-533-1560) presentar una queja.

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 Residente de Consejería en el estado de Virginia, creo y mantengo registros de evaluaciones 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. Platicaremos 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 a mi supervisora, Meichell Worthing LPC, a mí o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Por favor envíe las quejas por escrito, a mí o a mi supervisora; 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 litem, 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 \$600 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 \$600 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.

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

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.

Información de tarjeta de crédito y permiso

Nombre (s) del cliente: _____

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:

Con mi firma a continuación, certifico que he leído, entiendo y acepto cumplir con las políticas de pago de Wavecrest Counseling y autorizo a Fellowship of the Inner Light o su agente a cobrar las tarifas pendientes a medida que ocurran (de acuerdo con las políticas de pago descritas en este documento) a la tarjeta de crédito o débito provista por mí en este documento.

Firma del cliente / garante: _____ Fecha: _____

Opciones de cliente, permisos, agradecimientos

Atestación: Entiendo que soy responsable de todas las tarifas por los servicios que se me brindaron en esta práctica. 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) Revisé, entendí y acordé cumplir con todas las políticas y proceso que se encuentran en las páginas 1-5 y de esta declaración,
- (2) He revisado las Políticas de pago de Wavecrest y he completado el formulario de registro de la tarjeta de crédito y la hoja de firma asociados en la página 5 de este documento. Entrego mi Página 5 completada en la primera cita/ "consulta,"
- (3) Revisé Proceso y precios de una evaluación en la página 1. Estoy de acuerdo en pagar las tarifas como se indica en este documento y en las fechas aquí indicadas:

Consulta: \$60/ \$70	Evaluación: \$250	Entrega "borrador": \$200	Entrega final: \$50

Para la entrega final prefiero la ____ Opción A / ____ Opción B. Además, entiendo que después de la entrega final del reporte de evaluación, *no se pueden hacer cambios al reporte*. Prefiero recibir la entrega final del reporte ____ por correo/ ____ por correo electrónico/ ____ recogiendo en las oficinas de Wavecrest en Fellowship of the Inner Light.

- (4) Entiendo que no hay garantía, de ninguna manera, de los resultados/ consecuencias que puedo experimentar con la realización de una evaluación con Wavecrest. Con este conocimiento, afirmo que quiero seguir con el proceso,
- (5) He revisado las políticas relacionadas con las apariencias de la Corte en la página. Acepto las condiciones descritas en el mismo, cuando corresponda, y
- (6) Confirmando de recibido de una copia de la Notificación de HIPAA de Wavecrest Counseling en las páginas 2-4, y doy mi consentimiento para la evaluación para mí o para mi hijo menor.

Firma Cliente

Fecha