

ERENE SOLIMAN, PSY.D.

Licensed Psychologist, PSY 23162

Formulario de Admisión de Nuevos Pacientes

Por favor escribe la siguiente información y conteste las siguientes preguntas. Todos sus datos serán protegidos y mantenidos en confidencialidad.

Fecha de hoy: _____ Numero de Seguro Social: _____

Nombre: _____ (Primer Nombre, Segundo Nombre, & Apellido)

Domicilio: _____ Apt. _____ Ciudad: _____

_____ Estado: _____ Código Postal: _____

Numero Telefónico: (____) _____ (Permiso de dejar mensaje/texto?) Si No Favor de Notar: Correspondencia por mensaje de texto no es considerada una forma de comunicación confidencial.

Correo Electrónico: _____ (¿Permiso de enviar mensajes?) Si No - Favor de Notar: Correspondencia enviada por correo electrónico no es considerada una forma de comunicación confidencial.

Doctor Medico/Clínica: _____ Numero Telefónico: (____) _____

Domicilio de la Clínica: _____ Oficina _____ Ciudad: _____
_____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Si entra en tratamiento conmigo, se podría contactar a su doctor medico? Si No

¿Como fue referido? NetworkTherapy.com PsychologyToday.com Anuncio en Google Mi Pagina Web Profesional Aseguradora/Aseguranza Publicidad de Boca a Boca Por un Amigo Doctor Particular EAP: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Genero: _____

Religión/Espiritualidad Cristiano Católico Judío Musulmán Budismo Protestante Agnóstico o Ateo Otro: _____

¿Practica la Espiritualidad?: Ninguna Alguna/Irregularmente Activa(o)

Identidad Racial/Étnica: Blanca(o) Hispana(o) o Latino(a) Asiática(o) Americana(o) Nativa(o) Americana(o) Morena(o) o Africana(o) Americana(o) Indígena(o) o Otro Otro: _____
Isleña(o) Pacífica(o)

Orientación Sexual: Heterosexual Bisexual Homosexual Lesbiana Otro: _____

¿Con quién vive actualmente?: _____

5151 N. Palm Ave.
Suite 500
Fresno, CA, 93704
esolimanpsychservices.com
559 449-2734
559 449-2733

Estado Civil: Soltera(o)/Nunca Casada(o) Asociación doméstica Casada(o)
Separada(o) Divorciada(o) ____ Veces Viuda(o) ____ Veces
Saliendo con alguien/No vivimos juntos/Vivimos juntos

Tiene hijos/edades de los hijos? _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Relación con usted: _____

Numero Telefónico del Contacto de Emergencia: (____) _____

Nivel de Educación: Alguna Preparatoria GED o Graduado de la Preparatoria
Algún Colegio Graduado de el Colegio
Actualmente en el Colegio Escuela de Posgrado

Historia Militar: Años en el Servicio: _____ Rama Militar: _____
Rango de descarga: _____
Ocupación Militar: _____

Estado de Empleo: Medio Tiempo Tiempo Completo Desempleado
Ama(o) de Casa Deshabilitada(o) Jubilado(o)
Estudiante Otro

Ocupación/Empleo: _____

Tiene antecedentes legales/historia de arrestos? _____

Tiene una demanda/lesiones de compensación al empleado? _____

¿Está ordenada(o) o recomendada(o) por la corte para nuestros servicios? _____

¿Cuáles problemas médicos/enfermedades tiene? _____

¿Como esta su salud actual? _____

Excelente Bien Satisfactoria Mas o Menos Mal

¿Como califica sus hábitos de nutrición actuales generalmente?

Excelente Bien Satisfactorio Mas o Menos Mal

¿En general, cuantos días de la semana hace ejercicio?

Ningún día 1-2 días 3-4 días 5-6 días 7 días

¿Como calificaría sus hábitos de dormir actuales?

Excelente Bien Satisfactorio Mas o Menos Mal

¿En general, cuantas horas por noche duerme? _____

¿Fuma cigarros o mastica tabaco?, Cuanto? _____

¿Cuánto alcohol bebe? _____

¿Usa Drogas recreativas? ¿De cuáles? ¿Qué cantidad consume? _____

Alguna vez ha recibido (o le han recomendado) tratamiento para el abuso de alcohol/drogas? _____

¿Cuáles medicamentos tiene prescritos? _____

Cual es/son su(s) problema(s)/preocupaciones cual le motivaron para buscar terapia?

¿Cuánto tiempo tiene lidiando con esto? _____

¿Cuál es el nivel de gravedad de su angustia actual? (escala de 1-10, 10 siendo lo peor)? _____

Por favor indique los servicios de salud mental que recibió anteriormente. (terapia, servicios psiquiátricos, fechas de servicios):

¿Alguna vez le han prescrito medicamentos psiquiátricos? En caso afirmativo, cuales medicamentos y cuando fueron prescritos?

¿Alguna vez ha sido hospitalizado por razones psiquiátricas? ¿En caso afirmativo, cuando y por cual(es) razón(es)? _____

¿Alguna vez ha tenido comportamiento autodestructivo? (cortar, rasguñar, etc.)? ¿En caso afirmativo, cuándo y cómo? _____

¿Alguna vez ha atentado contra su vida? ¿En caso afirmativo, cuando y como lo intento? _____

¿Alguna vez ha atentado o tenido éxito en lastimar alguien más? ¿En caso afirmativo, cuando y que atento? _____

¿Actualmente tiene pensamientos o deseos de lastimarse o lastimar alguien más? _____

¿Como fue su niñez y su crecimiento? _____

Que usted sepa, ¿tuvo algún retraso en su desarrollo, educación especial, o algún mayor retraso? _____

Tiene alguna angustia en sobre sus relaciones con sus padres/hermanos/familia extendida? _____

Por favor indique cualquier problema médico o de salud mental en la familia (p.ej., madre con depresión): _____

¿Tiene alguna angustia en sus relaciones íntimas actuales (romántica, marital, amistades, etc.)? _____

¿Cuál es su nivel de apoyo social en su vida? Excelente Bueno Satisfactorio Mas o Menos Mal

¿Quién forma parte de su sistema de apoyo? _____

¿Cuáles son sus puntos fuertes? _____

¿Cuáles son sus limitaciones o áreas de crecimiento? _____

¿Qué espera realizar en su terapia? _____

Por favor verifique si está experimentando alguno de los siguientes síntomas:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estado de ánimo deprimido o triste | <input type="checkbox"/> Sentir menos alegría o interés en la vida | <input type="checkbox"/> Pensamientos sobre la muerte o suicidas |
| <input type="checkbox"/> Fatigada(o)/baja energía | <input type="checkbox"/> Cambios de peso/apetito (subir o bajar) | |
| <input type="checkbox"/> Disminución del deseo sexual | <input type="checkbox"/> Dormir demasiado o muy poco | <input type="checkbox"/> Sentimientos de culpa o falta de valor |
| <input type="checkbox"/> Dificultad de concentración | <input type="checkbox"/> Irritabilidad incrementada | |
| <input type="checkbox"/> Sentirse descansado después de 3-4 horas de sueño durante muchas noches y no sentirse cansado | | |
| <input type="checkbox"/> Más hablador(a) de lo habitual | <input type="checkbox"/> Actividad sexual aumentada o promiscuidad | <input type="checkbox"/> Comportamiento temerario |
| <input type="checkbox"/> Sentirse ponderosa(o) | <input type="checkbox"/> Pensamientos de lastimar otra persona | <input type="checkbox"/> Ninguno de estos |

Por favor indique si esta experimentando alguno de los siguientes síntomas de ansiedad:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ataques de pánico o ansiedad | <input type="checkbox"/> preocupación que es difícil de detener | <input type="checkbox"/> Temblores de cuerpo |
| <input type="checkbox"/> Latidos de corazón rápidos o repentinos | <input type="checkbox"/> Sentir que la ansiedad le está volviendo loca(o) | <input type="checkbox"/> Miedo de perder el control |
| <input type="checkbox"/> Miedo a la muerte o de morir | <input type="checkbox"/> Incomoda(o) en situaciones sociales | <input type="checkbox"/> Comprobando constantemente |
| <input type="checkbox"/> Preocupado tanto por la ansiedad que le impidió salir de casa | | <input type="checkbox"/> Contando en la cabeza |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos en su mente que son difíciles de detener (obsesionarse) | | |
| <input type="checkbox"/> Lavarse las manos repetidamente, hacer toques, ducharse o realizar actividades que no pudo detener | | |
| <input type="checkbox"/> Ninguno de estos | | |

Marque si está experimentando o ha experimentado (en la infancia o la edad adulta) alguno de los siguientes síntomas de estrés / trauma o experiencias traumáticas:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abuso emocional | <input type="checkbox"/> Abuso físico | <input type="checkbox"/> Abuso sexual |
| <input type="checkbox"/> Negligencia | <input type="checkbox"/> Experiencia sexual no deseada | <input type="checkbox"/> Sueños angustiantes |
| <input type="checkbox"/> Perdiendo grandes porciones del tiempo | <input type="checkbox"/> Memorias angustiantes sobre el pasado | <input type="checkbox"/> Sentir que las cosas no son reales |
| <input type="checkbox"/> Sentirse fuera del cuerpo | <input type="checkbox"/> Intenta bloquear u olvidar viejos recuerdos | <input type="checkbox"/> Ha tenido experiencias dolorosas o difíciles |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Ninguno de estos | | |

Marque si está experimentando o ha experimentado alguno de los siguientes síntomas de pensamiento:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Escuché voces que otros dicen que podrían no estar allí | <input type="checkbox"/> Ver imágenes que otros dicen que podrían no estar allí |
| <input type="checkbox"/> Extraño olor que otros no huelen | <input type="checkbox"/> Sabores extraños que no tienen sentido |
| <input type="checkbox"/> Sensaciones en el cuerpo que no tienen sentido | <input type="checkbox"/> Sentir que la gente estaba tratando de atraparte, lastimarte, seguirte |
| <input type="checkbox"/> Sentir que otros hablan de usted | <input type="checkbox"/> Recibir mensajes no hablados de otros |
| <input type="checkbox"/> Ninguno de estos | |

Compruebe si está experimentando alguno de los siguientes síntomas corporales / alimenticios:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estoy muy preocupada(o) sobre mi peso | <input type="checkbox"/> Restrinjo mi dieta |
| <input type="checkbox"/> Me hago vomitar o uso laxantes para controlar mi peso | <input type="checkbox"/> A veces consumo cantidades grandes de comida |
| <input type="checkbox"/> Paso horas todos los días haciendo ejercicio para controlar mi peso | <input type="checkbox"/> Paso mucho tiempo pensando sobre mi peso/cuerpo |
| <input type="checkbox"/> Ninguno de estos | |

Compruebe si alguno de estos rasgos le describe:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tengo mucho miedo de estar sola(o) o abandonada(o) | <input type="checkbox"/> A veces siento que estoy en una montaña rusa emocional |
| <input type="checkbox"/> Tiendo a formar gente y luego estar decepcionada | <input type="checkbox"/> Puedo cambiar mi personalidad para adaptarme a la situación |
| <input type="checkbox"/> A veces no se quién soy | |
| <input type="checkbox"/> Puedo ser impulsivo de formas perjudiciales (sexo, gastos, conducir, comer) | |
| <input type="checkbox"/> Tiendo a sentirme vacía(o) por dentro | <input type="checkbox"/> Puedo enojarme y tener mal genio |
| <input type="checkbox"/> La gente a veces me llama arrogante | <input type="checkbox"/> Se me hace difícil entender los sentimientos de otros |
| <input type="checkbox"/> Estoy muy preocupada(o) sobre el poder | <input type="checkbox"/> Yo soy especial y a veces la gente no se da cuenta |
| <input type="checkbox"/> Se me hace difícil seguir las normas sociales | <input type="checkbox"/> Se me hace difícil planificar con anticipación |
| <input type="checkbox"/> A veces entro en peleas físicas | <input type="checkbox"/> Me es difícil demostrar remordimiento |
| <input type="checkbox"/> Soy supersticiosa(o) | <input type="checkbox"/> Tengo un sexto sentido |
| <input type="checkbox"/> Prefiero actividades solitarias | <input type="checkbox"/> No tengo ganas ni disfruto de las relaciones cercanas. |
| <input type="checkbox"/> Tengo intereses limitados pero intensos en solo unas pocas actividades | |
| <input type="checkbox"/> Se me hace difícil tomar decisiones diarias | <input type="checkbox"/> Me es difícil iniciar proyectos por mí misma(o) |
| <input type="checkbox"/> Tiendo a estar preocupada(o) por los detalles y las reglas | <input type="checkbox"/> Suelo ser perfeccionista |
| <input type="checkbox"/> Lo correcto siempre es correcto y lo incorrecto siempre está mal | |
| <input type="checkbox"/> Ninguno de estos | |

¿Hay algo más que sea importante para mí, como su terapeuta, que yo sepa y que no haya escrito en ninguno de estos formularios? So lo hay, por favor nótelo aquí:

GRACIAS!

ERENE SOLIMAN, PSY.D.

Licensed Psychologist, PSY 23162

Tarjeta de Crédito/Debito en Archivo: Autorización de Facturación

Citas Perdidas y Cancelaciones: Como se indica en mi Consentimiento Informado para Tratamiento, le pido que proporcione un aviso de cancelación con un mínimo de 24 horas de anticipación. Se cobrará una tarifa de \$ 150 por citas perdidas y cancelaciones tardías. Estos cargos no son cubiertos por la aseguradora/aseguranza

Escriba sus iniciales en cada uno de los siguientes cinco elementos y luego complete la información de la tarjeta de crédito / débito para este formulario de autorización:

- 1) ____ El titular de la tarjeta acepta y autoriza a Erene Soliman, Psy.D. para cargar la tarjeta de crédito / débito que se indica a continuación por cualquier saldo de cuenta.
- 2) ____ Los saldos de las cuentas incluyen, entre otros, copagos, coseguros, saldos no cubiertos por el seguro, cargos por cancelaciones con menos de 24 horas de anticipación y cargos por citas por no presentarse.
- 3) ____ Para cancelaciones tardías y citas por no presentarse, la tarjeta se cargará en la misma fecha que la cita perdida.
- 4) ____ El titular de la tarjeta autorizó a Erene Soliman, Psy.D. para procesar la tarjeta de crédito / débito como "Firma en archivo" para cualquier saldo adeudado en su cuenta.
- 5) ____ Si desea que se le envíe un recibo por los cargos facturados, indique su dirección de correo electrónico o número de teléfono celular al que desea que se le envíe un recibo a: _____

Nombre como aparece en la tarjeta de credito : _____

Tipo de Tarjeta de Crédito: Visa American Express MasterCard Discover

Número de Tarjeta (16 dígitos): _____

Mes y Año que Expira la Tarjeta: _____

Código de Seguridad de 3 dígitos (atrás de la tarjeta): _____

Código Postal de Facturación: _____

Su Nombre (Imprima): _____

Su Firma: _____ Fecha de Hoy: _____

ERENE SOLIMAN, PSY.D.

Licensed Psychologist, PSY 23162

Consentimiento Informado Para Tratamiento

¡Bienvenidos a mi practica! Este formulario contiene información importante al respecto de mis servicios profesionales y pólizas. También incluye un sumario sobre la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA), una ley federal que brinda protección a la privacidad y derechos de los pacientes con respecto al uso y divulgación de su Información Médica Protegida utilizada con el propósito de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Si tiene alguna pregunta sobre cualquier aspecto de este formulario, le animo a hacer preguntas durante nuestra cita. Al firmar este formulario, este representara un acuerdo entre nosotros. Puede revocar este acuerdo por escrito en cualquier momento. Esa revocación será vinculante para mí con las siguientes excepciones: He tomado medidas en función de ella, si su aseguradora de salud me ha impuesto obligaciones para procesar o fundamentar las reclamaciones realizadas en virtud de su póliza, o si no ha cumplido con las obligaciones financieras incurridas.

Consentimiento Para Usar y Divulgar su Información Médica: Cuando lo evalúe, pruebe, diagnostique, trate o refiera a usted, recopilaré "Información Médica Protegida" sobre usted. Esta información será utilizada en mi oficina para decidir que tratamiento es mejor para usted y brindarle el tratamiento. También puedo compartir esta información con otras personas para ayudar a proporcionarle otro tratamiento. Al firmar este formulario, usted está permitiendo que usemos su Información Médica Protegida Al firmar este formulario, acepta permitirme usar su Información Médica Protegida y enviarla a otras personas para los fines descritos anteriormente. Su firma a continuación reconoce que ha leído o escuchado mi Aviso de políticas y prácticas para proteger la privacidad de su información médica, que explica con más detalle cuáles son sus derechos y cómo puedo usar y compartir su información. Además, su firma reconoce que le ofrecí una copia del aviso y este formulario de consentimiento informado.

Confidencialidad: Cumpló con las disposiciones de la ley de California, que protege la confidencialidad de su tratamiento. En la mayoría de las situaciones, solo puedo divulgar información sobre su tratamiento a otras personas si firma un formulario de autorización por escrito que cumpla con ciertos requisitos legales impuestos por HIPAA y / o la ley de California. Sin embargo, hay algunas situaciones en las que estoy legalmente obligado a tomar medidas para proteger a las personas de cualquier daño. En estas situaciones, es posible que deba revelar alguna información sobre su tratamiento. Si surge alguna de estas situaciones, haré todo lo posible para discutirlo completamente con usted antes de tomar cualquier medida y limitaré mi divulgación a lo que sea legal o éticamente necesario. Estas situaciones incluyen lo siguiente:

Peligro Inminente: Cuando existe un peligro claro y presente para la vida de alguien (amenazas de suicidio, amenazas de homicidio o investigaciones de homicidio).

Abuso Infantil: si yo, en mi capacidad profesional, tengo motivos razonables para creer que un niño puede ser un niño abusado, un niño abandonado o la víctima de sufrimiento mental / peligro emocional.

Abuso Doméstico y de Adultos: Si yo, en mi capacidad profesional, tengo motivos para creer que ha ocurrido abuso físico, abandono, secuestro, aislamiento, abuso financiero o negligencia de un anciano o adulto dependiente.

Órdenes Judiciales: Cuando la información es citada por un tribunal de justicia y se emite una orden judicial.

Además de las obligaciones legales anteriores, no se requiere autorización en las siguientes situaciones:

Comunicación por Correo Electrónico: si elige comunicarse conmigo por correo electrónico, tenga en cuenta que el correo electrónico no se considera un medio de comunicación confidencial.

Comunicación por Mensaje de Texto: Si elige comunicarse conmigo por mensaje de texto, tenga en cuenta que enviar mensajes de texto no se considera un medio de comunicación confidencial.

Consulta: Me parece útil consultar regularmente con otros profesionales de la salud mental sobre mi trabajo. No revelo la identidad de mis pacientes y utilizo la consulta para obtener una perspectiva sobre mi evaluación y tratamiento. Los profesionales con los que consulto también están legalmente obligados a mantener la confidencialidad de la información.

Órdenes Judiciales: Si está involucrado en un procedimiento judicial y se solicita información sobre su diagnóstico y tratamiento, dicha información está protegida por la ley de privilegio psicólogo-paciente.

511 N. Palm Ave.
Suite 500
Fresno, CA, 93704
esolimanpsychservices.com
559 449-2734
559 449-2733

No puedo revelar ninguna información sin una orden judicial, pero a veces los tribunales emiten dichas órdenes. Si está involucrado en un litigio o está contemplando la posibilidad de hacerlo, debe consultar con su abogado para determinar si es probable que un tribunal me ordene revelarlo.

Actividades de Supervisión de la Salud: si una agencia gubernamental solicita la información para actividades de supervisión de la salud, es posible que deba proporcionársela.

Demandas: si presenta una queja o una demanda contra mí, puedo divulgar información relevante para defenderme.

Compensación al Trabajador: si presenta un reclamo de compensación al trabajador y yo estoy brindando tratamiento o servicios en acuerdo con las disposiciones de la ley de Compensación para Trabajadores de California, debo, cuando lo solicite, proporcionar una copia de sus Registros Clínicos a su empleador o su designado apropiado.

Horario de Atención de Oficina: El horario es solo con cita previa de Lunes a Viernes. Por lo general, una vez que hayamos acordado la hora de la cita, es probable que esta siga siendo su día / hora habitual, a menos que especifiquemos lo contrario.

Emergencias: Si tiene una emergencia, debe comunicarse con los recursos de emergencia llamando al 911 o dirigiéndose a la sala de emergencias más cercana. Superviso mis mensajes con frecuencia, pero no utilizo un servicio de contestador de respaldo. Por lo tanto, por lo general no es posible comunicarse conmigo rápidamente fuera del horario comercial normal para una emergencia. Si es posible que necesite ayuda adicional durante una crisis, hágame saber para que podamos hacer planes específicos.

Llamadas Telefónicas, Correo Electrónico, & Mensajes de Texto: Tengo correo de voz, correo electrónico y mensajes de texto, pero a menudo no estoy disponible de inmediato para ponerme en contacto con usted fuera del horario habitual de su cita, ya que normalmente estoy en sesión. Por lo general, devuelvo llamadas, mensajes de texto y correos electrónicos dentro de las 24 horas a menos que se especifique lo contrario. Las llamadas, mensajes de texto y correos electrónicos recibidos los fines de semana o feriados normalmente se responderán al siguiente día hábil.

Riesgos y Consideraciones del Uso de Correo Electrónico / Texto Para Comunicarse: Utilizaré los medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la información enviada y recibida entre nosotros. Sin embargo, no puedo garantizar la seguridad de las comunicaciones por correo electrónico y mensajes de texto y no soy responsable de la divulgación indebida de información confidencial que no sea causada por un mal uso intencional. La transmisión de información por correo electrónico y mensaje de texto conlleva una serie de riesgos y responsabilidades que debe considerar antes de utilizar estos métodos de comunicación.

- Correo electrónico/texto se debe utilizar solo para información general. No lo use para emergencias médicas, asuntos urgentes, o para compartir información médica / psiquiátrica no general.
- Correo electrónico/texto no es un sustituto del cuidado brindado durante una sesión: Se debe programar una cita en persona para discutir cualquier tema nuevo, así como cualquier información sensible.
- Correo electrónico/texto no se considera un medio de comunicación confidencial:
- Correo electrónico/texto se puede reenviar y almacenar en numerosos archivos electrónicos y en papel.
- Correo electrónico/texto puede ser recibido accidentalmente por destinatarios no deseados.
- Correo electrónico/texto pueden ser usados como evidencia en la corte.
- Pueden existir copias de seguridad del correo electrónico / texto incluso después de que el remitente / destinatario haya eliminado su copia.
- Los empleadores y los servicios en línea pueden archivar e inspeccionar correos electrónicos / textos transmitidos a través de sus servicios.

Páginas de Redes Sociales: Internet y la tecnología están en constante evolución y es importante comprender cómo me conduzco en Internet como psicólogo con licencia y cómo puede esperar que responda a las diversas interacciones que pueden ocurrir en Internet. No acepto solicitudes de amigos o contactos de pacientes actuales o anteriores en ningún sitio de redes sociales (Facebook, LinkedIn, Twitter, etc.). Los sitios de redes sociales pueden comprometer su confidencialidad, comprometer nuestra privacidad respectiva y / o difuminar los límites de nuestra relación profesional y terapéutica. Por favor, no use mensajes en sitios de redes sociales para contactarme, ya que estos sitios no son seguros ni confidenciales.

Sitios de Reseñas Comerciales: Puede encontrar mi práctica de psicología en sitios como Healthgrades, Google Business, Yelp, YellowPages, u otros sitios que incluyan empresas. Algunos de estos sitios incluyen foros en los que los usuarios califican a sus proveedores y agregan reseñas y algunos agregan listados automáticamente sin importar

si la empresa se ha agregado al sitio. Si encuentra mi listado en alguno de estos sitios, tenga en cuenta que mi listado no es una solicitud de testimonio, calificación o respaldo de usted como mi paciente. Por supuesto, tiene derecho a expresarse en cualquier sitio que desee, pero no es una forma confidencial de comunicación y existe una buena posibilidad de que yo nunca vea los comentarios. Toda la información disponible en mi página web (www.esolimanpsychservices.com) es accesible al público y también puede enviarme un mensaje a través de mi página web.

Tratamiento Basado en Tecnología: No proporciono servicios de tratamiento a través de la tecnología, incluidos, entre otros, sesiones telefónicas, sesiones de video (por ejemplo, Skype), correo electrónico o mensajes de texto.

Registros Profesionales: Las leyes y estándares de mi profesión requieren que yo mantenga su Información médica protegida en sus Registros clínicos. Mantengo estos registros en un lugar seguro bajo llave y mis archivos electrónicos están protegidos en una base de datos totalmente encriptada. Puede examinar y / o recibir una copia de sus Registros Clínicos si lo solicita por escrito. Debido a que estos son registros profesionales, pueden ser malinterpretados y / o molestos para los lectores no capacitados. Por esta razón, le recomiendo que inicialmente los revise en mi presencia o que los envíe a otro profesional de salud mental para que pueda discutir el contenido. En la mayoría de las circunstancias, estoy cobrando una tarifa de \$ 0.25 por página copiada (y por ciertos otros gastos). Puedo negarles el acceso a sus registros clínicos bajo ciertas circunstancias, pero en algunos casos, es posible que se revise esta decisión. Si lo solicita, discutiré con usted los detalles del proceso de solicitud y denegación.

Tarifas, Facturación, y Pagos: Además de las citas semanales, cobro esta cantidad por otros servicios profesionales que pueda necesitar. Otros servicios incluyen la redacción de informes, las conversaciones telefónicas que duran más de 10 minutos, la consulta con otros profesionales con su permiso, la preparación de registros o resúmenes de tratamientos y el tiempo dedicado a realizar cualquier otro servicio que pueda solicitarme. Le pido que pague por cada sesión / servicio en el momento en que se lleve a cabo, a menos que hagamos otros arreglos. Las tarifas de las evaluaciones psicológicas generalmente se establecen para todo el examen en lugar del tiempo específico involucrado y se discutirán en la primera reunión. Si se involucra en procedimientos legales que requieren mi participación, se espera que pague todo mi tiempo profesional, incluidos los costos de preparación y transporte, incluso si otra parte me llama para testificar. Cobro \$ 175 por hora por preparación y asistencia a cualquier procedimiento legal.

Citas Perdidas y Cancelaciones: Necesito un mínimo de 24 horas de anticipación para las cancelaciones. Se cobrará una tarifa de \$ 150 por citas perdidas y cancelaciones tardías. El seguro no cubre estos cargos. Cheques devueltos y cargos impagos: Si su cheque es devuelto por cualquier motivo, se agregará un cargo por servicio de \$ 25.00 a su cuenta. Cualquier saldo impago de más de 60 días está sujeto a cargos por mora a menos que se hayan negociado otros términos. Si su cuenta se vuelve morosa, los cargos vencidos, los honorarios de cobro, los honorarios de abogados y los costos judiciales se pueden agregar al saldo pendiente. Utilizo un servicio de cobranza para cuentas impagas de más de 60 días a menos que se haya negociado y seguido un plan de pago.

Seguro: Seguro: para determinar si tiene cobertura de salud mental a través de su compañía de seguros, debe comunicarse con su compañía de seguros para confirmar los beneficios. Debido a los crecientes costos de la atención médica, los beneficios del seguro se han vuelto cada vez más complejos. A veces es difícil determinar exactamente cuánta cobertura de salud mental está disponible. Los planes de "atención médica administrada", como los HMO y PPO, a veces requieren autorización antes de proporcionar el reembolso por los servicios de salud mental. Verifique su cobertura cuidadosamente y asegúrese de comprender sus respuestas. Le brindaré toda la asistencia que pueda para ayudarlo a recibir los beneficios a los que tiene derecho; sin embargo, usted, y no su compañía de seguros, es financieramente responsable de cualquier saldo que no cubra el seguro.

Aviso al Consumidor: El Departamento de Asuntos del Consumidor y Psicología (Department of Consumer Affairs' Board of Psychology) recibe y responde preguntas y quejas relacionadas con la práctica de la psicología. Si tiene preguntas o quejas, puede comunicarse con el Departamento en la página web al www.psychboard.ca.gov, puede enviar correo electrónico al bopmail@dca.ca.gov, llamando al 866-503-3221, o escribiendo al: Board of Psychology; 1625 North Market Blvd. Suite N-215; Sacramento, CA 95834.

Reconocimiento y Acuerdo del Paciente: Su firma a continuación indica que ha leído y comprendido completamente la información de este documento, ha hablado conmigo y respondido cualquier pregunta que tuviera, y que acepta cumplir los términos de este documento durante nuestra relación profesional. Este formulario se mantendrá en su archivo y puede tener una copia si lo desea.

Menores:

Autorización de los Padres Para el Tratamiento de Salud Mental de Menores:

Para autorizar el tratamiento de salud mental de su hija(o), debe tener la custodia legal exclusiva o conjunta de su hija(o). Si está separado o divorciado del otro padre de su hija(o), por favor avíseme de inmediato. Le pediré que me proporcione una copia del decreto de custodia más reciente que establece los derechos de custodia de usted y del otro padre o que demuestre que tiene derecho de autorizar el tratamiento de su hija(o).

Si está separado o divorciado del otro padre de la/el niña(o), tenga en cuenta que es mi política notificar al otro padre que me reuniré con su hija(o). Creo que es importante que todos los padres tengan derecho a saber, a menos que existan circunstancias verdaderamente excepcionales, que su hija(o) está recibiendo una evaluación o tratamiento de salud mental.

Uno de los riesgos de la terapia infantil implica el desacuerdo entre los padres y / o el desacuerdo entre los padres y el terapeuta con respecto al tratamiento de la/el niña(o). Si alguno de los padres decide que la terapia debe terminar, respetaré esa decisión, a menos que existan circunstancias extraordinarias. Sin embargo, en la mayoría de los casos, le pediré que me permita la opción de tener algunas sesiones de cierre con su hija(o) para terminar adecuadamente la relación de tratamiento.

Su Nombre Imprimido

Su Firma

Fecha de Firma

Firma de Padre/ Guardian (Si el paciente es menor de 18)

Fecha de Firma