

# Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC

## Information Sheet – Annual Intake

Date: \_\_\_\_\_ Referral Source: \_\_\_\_\_ MR#: \_\_\_\_\_

Client Name: \_\_\_\_\_ If Female, Maiden Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Social Security #: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Preferred Phone #: \_\_\_\_\_ Primary Language: \_\_\_\_\_

What type of communication do you prefer?  Email  Text  Phone

May we leave a message on your home phone or cell phone?  Yes  No

Email Address (if applicable): \_\_\_\_\_

Marital Status:  Single  Married  Separated  Divorced  Widow

Spouse's Name: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Race:  American Indian  White  Black/African American  Asian  Pacific Islander  Multiracial

Gender:  Male  Female  Non-Binary  Transgender  Prefer not to say  Other: \_\_\_\_\_

Ethnicity:  Cuban  Puerto Rican  Hispanic or Latino  Not Hispanic/Latino  Mexican  Other \_\_\_\_\_

Education Level:  High School Diploma  GED  Some College  Type of Degree \_\_\_\_\_ Grade Level: \_\_\_\_\_

Employment:  Employed FT  Employed PT  Self Employed  Retired  Student  Unemployed

Military Status:  Active Duty  Retired

Legal Guardian: \_\_\_\_\_

Phone # \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_

Emergency Contact: \_\_\_\_\_

Phone #: \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_

What is your occupation: \_\_\_\_\_ Employer: \_\_\_\_\_

If Student; Name of School: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Type of Insurance: \_\_\_\_\_ Secondary Insurance: \_\_\_\_\_

Policy Holder's Name: \_\_\_\_\_

Primary Care Physician: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Other Physicians/Psychiatric: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Number in Household: \_\_\_\_\_ Household Income: \_\_\_\_\_ Sliding Fee: \_\_\_\_\_

# Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC

## Hojas de información-Admisión anual

Fecha: \_\_\_\_\_ Referral Source: \_\_\_\_\_ MR#: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ SI es mujer, Nombre de soltera: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código de Área: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Lenguaje Primario: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de comunicación prefiere?  Correo Electrónico  Texto  Llamada de teléfono

¿Podemos dejar mensajes en el teléfono de su casa o su celular?  Si  No

Dirección de su correo Electrónico( si prefiere) \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltera  Casada  Separada  Divorciada  Viuda

Nombre de su esposo: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Raza:  Indio Americano  Blanco  Africano Americano  Asiático  Isleno del Pacífico  Multiracial

Genero:  Hombre  Mujer  No-Binario  Transgenero  Prefiero no decirlo  Otro: \_\_\_\_\_

Etnicidad:  Cubano  Puerto Riqueno  Hispano o Latino  No Hispano o Latino  Mexicano  Otro: \_\_\_\_\_

Nivel Educativo:  Diploma de escuela secundaria  Diploma General de Equivalencia  Algo de Universidad  Tipo de Licenciatura: \_\_\_\_\_ Nivel de educación: \_\_\_\_\_

Trabaja:  Trabaja tiempo completo  Trabaja medio Tiempo  Trabajador por cuenta propia  Retirado  Estudiante  Desempleado

Strato Militar:  Servicio Activo  Retirado

Guardian Legal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Cual es su ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Si es estudiante; Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Tipo de Póliza de Seguro: \_\_\_\_\_ Otro Póliza de Seguro: \_\_\_\_\_

Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Otro Médico: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de habitantes en el hogar: \_\_\_\_\_ Ingresos del Hogar: \_\_\_\_\_ Tarifa Móvil: \_\_\_\_\_



## PSYCHOTHERAPY PROFESSIONAL DISCLOSURE STATEMENT AND INFORMED CONSENT

Welcome to Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC. We appreciate your giving us the opportunity to be of help to you. This document answers some questions regarding the practice of psychotherapy. At Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC, it is important to us that you know how we will work together. After you read this, we will discuss in person how these issues apply to your own situation.

### WHAT YOU CAN EXPECT FROM PSYCHOTHERAPY

Psychotherapy requires your very active involvement. It will be important for you to be honest with me about your feelings, emotions, and experiences. Therapy is most effective when you feel trust in our therapeutic partnership and are open to change and the uncomfortable feelings that may be associated with stepping outside your typical way of viewing life, yourself, and others.

We will plan our work together. I expect us to agree on a plan that we will both work hard to follow. In our treatment plan, we will list the areas to work on, our goals and the methods we will use. From time to time, we will look together at our progress and goals and if we think we need to, we can make changes.

Many different techniques will be utilized in order to work towards increasing your self-awareness and personal growth. Techniques may include dialogue, education, relaxation strategies, reframing negative thoughts, art and writing exercises, or role-playing positive communication techniques. An important part of your therapy will be practicing the new skills you learn. I will ask you to practice outside our meetings, and we will work together to set up homework assignments for you. You can expect the unfamiliar feelings often associated with change to dissipate as you begin to incorporate the various techniques into your life.

Change will sometimes be easy and quick, or it may be slow and frustrating. There are no instant cures and no “magic pills.” However, you can learn new ways of looking at your problems that will be very helpful in developing more positive ways of coping with your current situation.

I may refer you to other professionals, such as doctors, nutritionists, or other supportive services if I feel that you would benefit from additional resources. I believe in a collaborative approach and would request you to fill out a release of information form, so that I may talk with these other professionals. You may, as with all aspects of your treatment, decline such recommendations.

The process of ending therapy, called “termination, “ can be a very valuable part of your work. Stopping therapy should not be done casually, although either of us may decide to end it if we believe it is in your best interest. If you wish to stop therapy, I ask that you agree now to meet then for at least one session to review our work together. We will review our goals, the work we have done, and future work that needs to be done, as well as our choices.

The following are two expectations to our joint decision to end therapy. **(1)** If I am, in my judgment, not able to help you because of the nature of your presenting concerns/diagnosis/medical illness or because my training and skills are, in my judgment, not appropriate, I will inform you of this fact and refer you to another therapist who may meet your needs. **(2)** Verbal or physical threats, harassment, and violence towards me, my family, or my co-workers may result in an immediate and unilateral termination of treatment. If I terminate you from therapy, I will offer you referrals to other sources of care but cannot guarantee that they will accept you for therapy.

### THE BENEFITS AND RISKS OF THERAPY

As with any treatment, psychotherapy involves some potential risks. Making changes in your beliefs or behaviors can be scary, and sometimes disruptive to the relationships you already have. You may find your relationship with me to be a source of strong feelings. Sometimes, too, a client’s problems may temporarily worsen after the beginning of treatment. Most of these risks are to be expected when people are making important changes in their lives. It is important that you consider carefully whether these risks are worth the benefits to you of changing. Most people who take these risks find that therapy is helpful.

While you consider these risks, you should know also that the benefits of therapy have been shown by scientists in hundreds of well-designed research studies. For example, people who are depressed may find their mood lifting. In this therapeutic partnership, you will have a chance to talk things out

## PSICOTERAPI PROFESIONAL DECLARACION Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE DIVULGACION Y REVELACION



Bienvenido a Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC. Le agradecemos que nos dé la oportunidad de ayudarle. Este documento responde algunas preguntas acerca de nuestra práctica de Psicoterapia. En Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC, es muy importante para nosotros que usted sepa cómo trabajaremos en equipo, discutiremos en persona cómo resolver problemas que afectan su situación.

### LO QUE PUEDE ESPERAR DE NUESTRA PSICOTERAPIA

La psicoterapia requiere que esté activamente participando. Es muy importante que sea honesto conmigo acerca de cómo se siente, sus emociones y experiencia. La Terapia es más efectiva cuando puede confiar en su compañero terapeuta y estar dispuesto a realizar cambios y las situaciones que lo ponen incómodo eso le ayudará a dar un primer paso y ver las cosas de diferente manera, usted mismo y a otros.

Nosotros planeamos cómo trabajar juntos. Espero que acepte el plan de trabajo que juntos vamos a seguir. En nuestro plan de tratamiento, nosotros haremos una lista de cosas que tenemos que trabajar, nuestras metas y métodos para usar. De vez en cuando, iremos viendo nuestro progreso y si vemos que necesitamos hacer cambios los haremos.

Muchas diferentes técnicas que podemos usar para trabajar en su propia conciencia y crecimiento personal. Técnicas que pueden incluir diálogo, educación, estrategias de relajación, cambiando pensamientos negativos, arte y escritura, ejercicios como ser más positivo, técnicas de comunicación. Una de las cosas más importante de su terapia es practicar las técnicas aprendidas. Le pediré que practique las técnicas aprendidas en su día a día y trabajaremos juntos en las tareas que le asignare. Esté preparado para sentir incomodidad relacionadas con los cambios que hará en su vida diaria.

Algunos cambios pueden ser rápidos y muy fáciles, y otros muy lentos y frustrantes. No existe la cura instantánea, no hay “una pastilla mágica.” Pero tu puedes aprender cómo mirar tus problemas de diferente manera, eso le ayudará mucho a crear maneras positivas de enfrentar su situación.

También podría referirme a usted con otros profesionales, como doctores, nutricionistas y otros servicios de soporte, si es que yo creo que se beneficia de ellos. También necesitaré que me de una autorización para poder hablar con estos doctores o con el personal que le prestaría los beneficios adicionales, y así poder explicarles qué tipo de tratamiento usted tiene completamente y qué recomendaciones puedo dar.

El proceso de terminar una terapia, se llama terminación de terapia. Es una parte muy valiosa de su trabajo. Parando la terapia no sería casualidad, puede ser que nosotros creamos que es lo mejor para usted. Si usted desea terminar la terapia, yo le pediría que nos reunamos una vez más para discutir todo el trabajo que hemos hecho juntos. Recopilaremos todo el trabajo hecho, sus metas y trabajo que necesitara hacer en el futuro y también sus decisiones.

Las siguientes son las expectativas de nuestra decisión de terminar la terapia. (1) Si yo considero que no puedo ayudarte por algún caso natural y tú tienes preguntas de tu diagnóstico/enfermedad médica o porque mi entrenamiento y capacidades no eran apropiadas, le dejaré saber el problema y lo referiré con otro terapeuta que si complete sus necesidades.(2) Amenazas físicas y verbales, acoso y violencia en contra mía o mi familia, o un compañero de trabajo, es una causa inmediata para terminar el tratamiento. Cuando termine la terapia puedo referirte con otros lugares de ayuda pero no puedo garantizarte que te darán terapia..

### LOS BENEFICIOS Y RIESGOS DE UNA TERAPIA

Como toda psicoterapia hay riesgos. Cambiar la forma de pensar y actitudes puede ser aterrador, disruptivo para las relaciones que ya tiene. Usted podría pensar que nuestra relación es una fuente de sentimientos fuertes. A veces los problemas de un cliente pueden temporalmente incrementarse al inicio del tratamiento. Algunos de estos riesgos son esperados cuando alguien hace cambios importantes en su vida. Es importante que se considere con mucho cuidado si esos riesgos al final pueden beneficiarlo en su cambio. Mucha gente toma estos riesgos y descubre que la terapia es de gran ayuda.

Mientras tú consideras esos riesgos, tu deberías saber que la ciencia ha hecho cientos de investigaciones y estudios que han demostrado los beneficios de una terapia. Por ejemplo, las personas que sufren de depresión pueden empezar a sentir mejor estado de ánimo. En la terapia de un compañero terapéutico, tendrás la oportunidad de expresarte completamente. Podrá darse cuenta que sus relaciones y habilidades han mejorado. Podrá experimentar mucha satisfacción en salidas sociales y en su relaciones familiares, en su trabajo, en la escuela y sentirá una nueva sensación de esperanza

Client Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Insurance: \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_

## ABOUT CONFIDENTIALITY

In all but a few rare situations, you have the absolute right to the confidentiality (that is, the privacy) of your therapy. I cannot and will not tell anyone else what you have told me, or even that you are in therapy with me without your prior written permission. You may direct me to share information with whomever you chose, and you can change your mind and revoke that permission at any time. Under the provisions of the Health Care Information Act of 1992, I will always act so as to protect your privacy even if you do release me in writing to share information about you. You are also protected under the provisions of the Federal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA). This law insures the confidentiality of all electronic transmission of information about you. You will be given a copy of my Notice of Privacy Practices and you will be asked to sign a client consent for the use and disclosure of protected health information.

In an emergency where your life or health is in danger, and I cannot get your consent, I may give another professional or a family member some information to protect your life.

The following are legal expectations to your right to confidentiality. I would inform you of any time when I think I will have to put these into effect. In any of these situations, I would reveal only the information that is needed to protect you or the other person.

- a. If I have good reason to believe that you are abusing or neglecting a child or vulnerable adult, or if you give me information about someone else who is doing this, I must inform Child Protective Services.
- b. If I believe that you are in imminent danger of harming yourself, I may legally break confidentiality and call the police. I am not obligated to do this and would explore all other options with you before I take this step. However, if at that point you were unwilling to take steps to guarantee your safety, I would call the police.
- c. If I have good reason to believe that you will harm another person, I must attempt to inform that person and warn them of your intentions. I must also contact the police and ask them to protect your intended victim.
- d. If your records are subpoenaed by court order, I may be required to disclose confidential information.

The next is not a legal exception to your confidentiality, However, it is a policy you should be aware of if you are in couples therapy with me.

If you and your partner decide to have some individual sessions as part of the couple's therapy, what you say in those individual sessions will be a part of these couples therapy and can and probably will be discussed in our joint sessions. Do not tell me anything you wish kept secret from your partner. I will remind you of this policy before beginning such individual sessions.

Children and families create some special confidentiality questions.

- a. Confidentiality also extends to parents. Other than the exceptions listed above, I will not share with you the specifics of what your child said or did during a session unless your child gives me permission to do so. I will, however, talk with you on a regular basis about your child's therapeutic progress, treatment goals, your expectations for therapy and your concerns and hopes for your child.
- b. In cases where I treat several members of a family (parents and children or other relatives), the confidentiality situation can become very complicated. I may have different duties toward different family members. At the start of our treatment, we must all have a clear understanding of our purposes, any limits on confidentiality that may exist and my role.
- c. We also request that you respect the right of confidentiality of others that you may see at this practice. We ask our clients not to disclose the identity of those they may see coming or going, as everyone has the right to decide with whom they share this information.

## RECORDS

All of our communication becomes part of the clinical record. Diagnoses are technical terms that describe the nature of the client's problems and whether they are short-term or long-term. All diagnosis will be discussed with the client prior to placing it in the client's record. Client diagnoses are from the book entitled DSM-V; I have a copy in my office. Records are the property of my agency, but you have the right to the information with your record. Clients have the right to receive a copy of their file/record upon a written request. I will maintain your records in a secure location that cannot be accessed by anyone else.

Client Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Insurance: \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_

## ACERCA DE LA CONFIDENCIALIDAD

Solo en algunas situaciones especiales puede ser que no se aplique, pero usted tiene todo el derecho a su confidencialidad ( esa es su privacidad) de su terapeuta. No puedo ni lo haría de decirle a nadie lo que hemos hablado, incluso si usted está teniendo terapia conmigo sin un permiso escrito no puedo dar su información a nadie. Usted es el único que me puede dar permiso y decirme con quien quiere que comparta su información, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Bajo la provisión de información del servicio de atención médica Act de 1992, siempre actuaré protegiendo su privacidad incluso si usted me firma un permiso. Usted también está protegido bajo la ley del servicio federal de la salud Act (HIPPA). Esta ley se asegura de que su información esté resguardada y que no haya ninguna transmisión por internet o vía electrónica de su información. Le daremos un documento de las reglas de la privacidad/confidencialidad de nuestra clínica, le pediremos que firme la autorización para proteger su información.

En una emergencia donde su vida o su salud esté en peligro, y no pueda obtener su autorización, yo podría darle a otro profesional o miembro de su familia dar información de usted para proteger su vida.

Las siguientes son las expectativas legales para su derecho a confidencialidad. Le dejaré saber en cualquier momento si es que yo pienso que tengo que poner esta decisión en efecto. En cualquiera de estas situaciones tendrá que revelar información ya sea para protegerlo o proteger a otra persona involucrada.

- e. Otra razón es si yo descubro o sospecho que está abusando o descuidando a un niño o vulnerando a un adulto, necesitare informar al servicio de protección de menores.
- f. Si yo creo que usted está en un inminente peligro de hacerse daño, legalmente puedo romper la confidencialidad y llamar a la policía. No estoy obligado a hacer esto y trataré por todos los medios de ayudarlo antes de tomar ese paso. De todas formas si usted no está dispuesto a asegurarme que no se hará daño, tendrá que llamar a la policía.
- g. Si tengo una buena razón para sospechar que dañara a alguien más , tendré que informar de sus intenciones. También tendré que llamar a la policía y pedirle a la policía que proteja a su víctima.
- h. Si usted está citado en la corte y me piden que les de su información también tendré que romper la confidencialidad en este caso.

El próximo no es una excepción para su confidencialidad, de todas formas esta es la política de nuestra empresa y queremos que lo sepa si es que está teniendo terapia de pareja conmigo.

Si usted y su pareja deciden tener terapia separados en sesiones individuales aparte de su terapia de pareja, si no quiere que discutamos cosas de la terapia individual con su pareja no me las puede decir porque probablemente será discutido en sesión de pareja. No me diga nada que no quiera compartir con su pareja es por eso que le recuerdo esta política de la empresa antes de empezar sesiones individuales.

Niños y familias crean algo especial preguntas de confidencialidad.

- d. La confidencialidad también se extiende para los padres. Otra excepción en la lista de arriba, No puedo compartir con los padres lo que sus hijos expresan en confidencialidad durante la sesión sólo si su hijo da permiso para hacerlo. De todos modos hablaré con ustedes periódicamente sobre los progresos terapéuticos de su hijo, tratamiento progresos, sus expectativas de la terapia, y las preocupaciones y esperanzas que tenga para su hijo.
- e. En casos cuando trato con muchos familiares (padres, niños o otros integrantes de la familia), la confidencialidad puede ser más complicada. Podría tener diferentes deberes con distintos familiares. Cuando comience el tratamiento debe ser muy claro y que entiendan el propósito de mi papel como terapeuta sin límites de confidencialidad.
- f. Nosotros también pedimos que usted respete la confidencialidad de otros que visitan nuestra oficina. Le pedimos a nuestros clientes que no comenten la identidad de la gente que entra y sale de nuestras oficinas, cada persona tiene el derecho de decirle a quien quiera que visite nuestra oficina.

## Registros

Toda nuestra comunicación pasa a ser parte de los registros en la clínica. El diagnóstico es el término que usamos para describir que el cliente tiene ya sean corto o largo plazo. Todos los diagnósticos serán discutidos con el cliente antes de ponerlos en el registro. Los diagnósticos de los clientes son del libro titulado DSM-V, tengo una copia en mi oficina, Los registros son propiedad de mi agencia, pero usted tiene el derecho a toda la información en su registros. Los clientes tienen el derecho a pedir por escrito copias de sus registros. Mantendrá todos sus registros en un lugar seguro donde nadie tiene acceso.

Client Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Insurance: \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_

## **WHAT YOU SHOULD KNOW ABOUT MANAGED MENTAL HEALTH CARE**

If your therapy is being paid for in full or in part by a managed care organization (MCO, there are usually further limitations to your rights as a client imposed by the contract of the managed care organization. These may include their decision to limit the number of sessions available to you, to decide the time period within which you must complete your therapy with me or require you to use medication if their reviewing professional deems it appropriate. They may also decide that you must see another therapist in their network rather than me if I am not on their list. If you use

your health insurance to help pay for psychotherapy, you must allow me to tell the MCO about your problem (give it a diagnosis). I am required to give a diagnosis in order to be paid for the services provided.

## **MY ROLE IN OUR THERAPEUTIC PARTNERSHIP**

I can only be your therapist. I cannot have any other role in your life. I cannot, now or ever, be a close friend or socialize with any of my clients. I cannot be a therapist to someone who is already a friend. I can never have a sexual or romantic relationship with any client during, or after, the course of therapy. I cannot have a business relationship with any of my clients other than the therapy relationship.

If you ever become involved in a divorce or custody dispute, I want you to understand and agree that I will not provide evaluations or expert testimony in court. You should hire a different mental health professional for any evaluations or testimony you require. This position is based on two reasons: **(1)** My statements will be seen as biased in our favor because we have a therapy relationship; and **(2)** the testimony might affect our therapy relationship, and I must put this relationship first.

## **ABOUT OUR APPOINTMENTS**

Initially, we will meet once a week, then less often. The frequency of our sessions will be a joint decision. An appointment is a commitment to our work. If you are late, we will be unable to meet for the full-time.

If you miss a session without canceling, or cancel with less than **24-hour** notice, for non-emergency reasons, you will be charged \$25.00. We cannot bill these charges to your insurance.

I request that you do not bring children that are young and need babysitting or supervision, as it would be difficult for you to fully devote your attention while also attending to a small child.

## **ACKNOWLEDGEMENT OF PROVIDER CHOICE**

I understand Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC is required to ensure that services provided are deemed medically necessary. I have been informed of my right to choose a provider from a list of service providers who provide services within my area of residence. I have been additionally informed of my right to change providers at a later date during my treatment if I so desire.

I have made the decision for Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC to render medically necessary mental health and/or substance abuse services for me. My decision was not in any way influenced by personnel from Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC, nor was payment offered.

## **FEES AND PAYMENT**

I agree to provide psychotherapy services in return for a fee of \$160.00 for an initial session and intake. Each subsequent session fee is \$100.00, or my insurance provider's contracted rate. Payment or co-payment for each session will be collected at the start of each session. Cash, personal checks, debit or credit cards are acceptable methods of payment. Please make out your check or have payment available before each session begins. I will provide you with a receipt for all fees paid.

If there is any problem with my charges, my billing, your insurance, or any other money-related point, please bring it to my attention. Such problems can interfere greatly with our work. If you think you may have trouble paying your bills on time, please discuss this with me. I am not willing to have clients run a bill with me or have any overdue payments. Payment is expected at the time of service. There will be a \$35.00 charge for all returned or bounced checks. Please be aware that following the second returned or bounced check, you will be required to pay all fees in cash. If you eventually refuse to pay your debt, I reserve the right to give your name and the amount due to a collection agency and must end therapy at that time.

## **LO QUE DEBE SABER ACERCA DEL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL**

Si su terapia es pagada completamente o parcialmente por una organización de cuidado (MCO, Usualmente hay limitaciones impuestas a los derechos del cliente en el contrato de la organización de cuidado. Esto incluye el límite de sesiones que puede tener, para eso debe completar su terapia conmigo o si necesita medicamentos que es revisado por un profesional que decidirá si es apropiado. Ellos también pueden decidir que vea otro terapeuta en el área puede ser que no esté en su lista. Si usted usa su seguro de salud para pagar por psicoterapias, usted tiene que autorizar para comunicarle su problema a MCO (darle su diagnóstico). Estoy obligado a dar su diagnóstico en orden para poder cobrar por mis servicios.

## **MI ROL EN NUESTRA ASOCIACIÓN TERAPÉUTICA**

Solo puedo ser su terapeuta. No puedo tener ningún otro papel en su vida. No puedo ni ahora ni nunca ser su amigo cercano o socializar con ninguno de mis clientes. No puedo ser terapeuta de alguien que es mi amigo. No puedo tener una relación sexual o amorosa durante o después de la terapia. No puedo tener ninguna relación de negocios con mi cliente que la de terapeuta.

Si tu estas pasando por un divorcio O una disputa de custodia, yo necesito que entienda y acepte que no podré entregar una evaluación o dar testimonio en corte. Usted tendrá que contratar a otro profesional de servicio mental para cualquier evaluación o testimonio que necesite. Esta posición es basada en dos razones: (1) Mi declaración sería vista como predisposicional ya que usted y yo tenemos una relación de cliente y terapeuta y (2) El testimonio puede afectar nuestra relacion cliente y terapeuta, y yo siempre pondré nuestra relación primero.

## **ACERCA DE NUESTRAS CITAS**

Inicialmente, nuestras citas serán una vez a la semana, y después serán menos frecuentes. La frecuencia de nuestras sesiones será una decisión en conjunto. Una cita será nuestro compromiso a nuestro trabajo en conjunto. Si usted llega tarde no podremos tener una sesión completa.

Si usted no llega a su cita y no la canceló con 24 horas de anticipación sin ninguna razón de emergencia. Tendrá que pagar \$25.00. Nosotros no podemos cobrar esta factura a su seguro.

Yo le pido que trate de no venir con niños pequeños que necesitan una niñera, ya que eso impedirá que usted se enfoque completamente en nuestra sección por estar atendiendo al niño pequeño.

## **RECONOCIMIENTO DE LA ELECCIÓN DE SU PROVEEDOR**

Yo entiendo que Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC requiere que usted se asegure de considerar los servicios médicamente necesarios de su proveedor. Yo estoy informado que tengo el derecho de elegir de una lista de proveedores que prestan servicios en mi área. También he sido informado de mi derecho de cambiar de proveedor después de un tiempo durante mi tratamiento si así lo desea.

Yo he tomado la decisión de Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC de aceptar sus servicios de salud mental y abuso de sustancias si es necesario. My decisión no ha sido influenciada por el personal de Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC, ni hubo ningún pago de por medio.

## **PAGOS Y HONORARIOS**

Me comprometo a proveer psicoterapia por un pago de \$160.00 por la primera admisión y sesión. Cada sesión subsecuente será de \$100.00, o la tarifa de mí seguro que contrata mis proveedores. El pago o copago tiene que ser cancelado antes de la sesión. Aceptamos efectivo, cheques personales, tarjeta de crédito o débito. Por favor haga los cheques o haga el pago antes que la sesión comience. Le daremos un recibo por todos los pagos que realice.

Si tiene algún problema con nuestra tarifa, facturación, su seguro, o cualquier otro problema monetario, por favor hágamelo saber. Este problema puede interferir grandemente con nuestro trabajo. Si usted tiene problemas pagando sus deudas, déjeme saber. No quiero hacer que mis clientes tengan deudas conmigo o tengan deudas atrasadas. Los pagos deben hacerse al momento del servicio. Por todos los cheques sin fondos habrá un cargo de \$35.00. Por favor esté consciente que al segundo cheque que sea devuelto tendrá que pagar el total en efectivo. En el caso que no quiera cancelar nos veremos en la obligación de dar su información al departamento de colección y su terapia sería terminada.



Client Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Insurance: \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_

## CONSULTATION

During the course of treatment, consultation may be a required and/or necessary part of your care. Payment for such will be required on the date of service. Time spent on phone consultation or attendance at school conferences, such as IEP meetings will be billed at \$150.00 an hour. Any requested administrative work, beyond what is provided at the end of each session, will be charged an administrative fee of \$25.00 for 1-20 minutes. Each additional 20-minute increment will be billed at \$25.00.

If a court appearance is required by a court ordered subpoena, rate of \$1500.00 will be retained. This retainer must be received prior to any action being taken by your therapist. Each subsequent hour, including such actions as time spent in travel, preparations, document preparation, and consultation with attorneys or other professionals will be billed at a rate of \$150.00 per hour.

In the event the client's lawyer continues to subpoena the therapist for court it will cost \$500.00 per day.

## YOU HAVE THE RIGHT TO PRIVACY

You have the right to be free from any unwarranted search of your person or property. At the time of admission to a 24-hour facility, staff may search you and your belongings to prevent dangerous or illegal substances from being brought into the facility. The facility itself may be searched if dangerous or illegal substances are reasonably believed to be present, and staff may search consumers who are minors. *Should search and seizure apply to a program from which you are receiving treatment, the specific procedures will be explained when you enter the program.*

## YOU HAVE THE RIGHT TO MAKE A COMPLAINT

If you are dissatisfied with a Mental Health, Intellectual Developmental Disabilities or Substance Abuse service delivered through **Greater Vision Counseling & Consulting Agency PLLC** you have the right to state a complaint or file a grievance at any time. Before stating a written complaint, we urge you to first discuss the matter with staff of the program providing the service and allow them an opportunity to help resolve it.

## YOU HAVE CERTAIN APPEAL RIGHTS

If you have Medicaid, you have the right to request an appeal hearing if you are denied a requested service, or if current services are reduced, suspended, or terminated.

## If you have questions or problems, contact:

**Greater Vision Counseling & Consulting Agency PLLC, 402 Harris Ave, Raeford NC 28376, 910-336-3554 or 910-875-5590 or you may contact Disability Rights of NC or the NC Social Work Board at the following address and/or phone number.**

## Disability Rights NC or NC Social Work Board

This statewide agency is designated under federal and state law to protect and advocate for the rights of persons who have disabilities.

Disability Rights of NC  
3724 National Drive, Ste. 199  
Raleigh, NC 27612  
877-235-4210 Local 919-856-2195

NC Social Work Licensure and Certification Board  
Post Office Box 1043  
Asheboro, NC 27204  
Complaints: 336-625-1679 or Toll Free 800-550-7009

## CLIENT CONSENT TO PSYCHOTHERAPY

I acknowledge that I, the client (or his or her parent or guardian), have received, have read (or have had read to me), and understand the "Informed Consent". I have discussed those points I did not understand, and have had my questions, if any, fully answered. I understand that after therapy begins, I have the right to withdraw my consent at any time, for any reason. Furthermore, I am aware that an agent of my insurance company or other third-party payer may be given information the type(s), cost(s), date(s), and providers of any services or treatments I receive. I understand that if payment for the services I receive here is not made, the therapist may stop my treatment.

I, or as the legal guardian of \_\_\_\_\_, do hereby consent for assessment, treatment and/or other services. I consent to take part in psychotherapy services provided by Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC. I understand that no specific promises have been made to me by this therapist about the results of treatment, the effectiveness of the procedures used by this therapist, or the number of sessions necessary for therapy to be effective.

Client Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Insurance: \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_

## CONSULTA

Durante el curso del tratamiento, la consulta será necesaria para su cuidado. Los pagos deben hacerse el día de la cita. Tiempo invertido en consultas por teléfono o ir a la escuela a conferencias, como IEP reuniones serán cobradas a \$150.00 por hora. Cualquier trabajo administrativo, aparte de la sesiones tendrán una tarifa de \$25.00 por 1-20 minutos. cada 20 minutos incrementara \$25.00.

Si una aparición en corte es requerida, la tarifa será \$1,500.00. Esta cantidad tiene que ser cancelada antes de ir a corte por el terapeuta. Cada hora subsecuente, incluyendo el tiempo de transportación, preparación, preparación de documentos, y la consulta con el abogado o otros profesionales tendrá una tarifa de \$150.00 por hora.

En el caso de que el abogado del cliente continúe citando al terapeuta a la corte tendrá un costo de \$500.00 por hora.

## USTED TIENE EL DERECHO A SU PRIVACIDAD

Usted tiene el derecho de ser libre por la injustificada búsqueda de su persona o Propiedad. En el momento de admisión en el establecimiento 24-horas, el personal revisará todas sus pertenencias para prevenir que no tenga nada peligroso, sustancias ilegales que sean entradas al establecimiento. El establecimiento normalmente revisa que no haya nada peligroso o sustancias ilegales dentro de él, y el personal revisará al consumidor que es menor de edad. Revisará y convulsionara que aplique al tratamiento que esté recibiendo, el proceso específicamente se le explicara cuando entre al programa.

## USTED TIENE EL DERECHO A RECLAMAR

Si usted no está satisfecho con su salud mental, discapacidad de su desarrollo intelectual o el servicio de abuso de sustancias dado por Greater Vision Counseling & Consulting Agency PLLC está en su derecho de poner un reclamo o poner una queja en cualquier momento. Antes de poner una queja por escrito quisiera que discutiera el problema con el personal y nos dé la oportunidad de resolver el problema.

## TU DERECHO A CIERTAS APELACIONES

Si usted tiene Medicaid, tiene el derecho a pedir una apelación en la audiencia si es que se le niega el servicio o si el servicio dado es interrumpido, suspendido, o terminado.

## Si tiene preguntas o un problema contactenos:

Greater Vision Counseling & Consulting Agency PLLC, 402 Harris Ave, Raeford NC 28376, 910-336-3554 or 910-875-5590 o nos puede contactar a Disability Rights of NC or the NC Social Junde trabajadores en la siguientes direcciones o números de teléfono

## Derechos de discapacidad NC junta de trabajadores de servicio social

Esta agencia ha sido diseñada bajo la ley del estado para proteger y defender los derechos de las personas con discapacidad.

Disability Rights of NC  
3724 National Drive, Ste. 199  
Raleigh, NC 27612  
877-235-4210 Local 919-856-2195

NC Social Work Licensure and Certification Board  
Post Office Box 1043  
Asheboro, NC 27204  
Complaints: 336-625-1679 or Toll Free 800-550-7009

## CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE PARA PSICOTERAPIA

Yo entiendo que como cliente( padres o guardianes legales) he leído y recibido ( o me han leído) y entiendo "me han informado el consentimiento". Yo discutí los puntos que no entendía, e hice todas las preguntas para aclarar lo que no entendía, todas fueron respondidas, yo entiendo que después que la terapia comience sé qué puedo negar mi consentimiento en cualquier momento, por cualquier motivo. Además yo entiendo que un agente de mi seguro de salud puede dar información mía o un tercer seguro como, costos, fechas o cualquier servicio y tratamiento que reciba. Yo entiendo que si los pagos de mi servicio no han sido hechos, el terapeuta puede cancelar mi tratamiento.

Yo, como el guardián legal de \_\_\_\_\_ doy consentimiento para evaluación y tratamiento o otros servicios. Yo doy consentimiento para ser parte del servicio de psicoterapia proporcionado por Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC. Yo entiendo que no han habido específicas promesas de mi terapeuta acerca de los resultados de mi tratamiento, la efectividad del proceso usado por el terapeuta, o el número de sesiones necesarias para la efectividad del terapeuta.

Client Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Insurance: \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_

If treatment is refused, the qualified professional shall determine whether treatment in some other modality is possible. If all modalities are refused, the voluntarily admitted consumer may be discharged.

A minor may seek and receive periodic services from a physician without parental consent for the prevention, diagnosis and treatment of (1) venereal disease and other diseases reportable under G.S. 130A-135, (2) pregnancy, (3) abuse of controlled substances or alcohol, and (4) emotional disturbance.

My signature below shows that I understand and agree with all of the statements contained in this document. This document is a part of the Standards of Practice of the North Carolina Board of Licensed Clinical Social Workers (LCSW) and North Carolina Board of Licensed Clinical Mental Health Counselors (LCMHC).

\_\_\_\_\_  
*Client or Legal Guardian Signature*

\_\_\_\_\_  
*Relationship*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Witness Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

Client Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Insurance: \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_

En caso que el tratamiento sea negado, el profesional determinará si el tratamiento puede ser de una manera diferente si es que es posible. Si la manera del tratamiento es denegada por el cliente, el cliente voluntariamente puede ser terminado.

Un menor puede necesitar atención de su doctor periódicamente sin el consentimiento de los padres por prevención, diagnósticos y tratamiento de (1) enfermedades venéreas o otras enfermedades reportadas bajo G.S. 130A-135, (2) embarazo, (3) abuso de sustancias controladas o alcohol, y (4) disturbio emocional.

Mi firma abajo demuestra que entiendo y acepto las declaraciones contenidas en este documento. Este documento es parte de las normas de la Práctica de la junta de Carolina del Norte con Licencia clínica de trabajadores Sociales y Trabajadores de Carolina del Norte con Licencia en Salud Mental y consejería (LCMHC).

\_\_\_\_\_  
*Firma del cliente o guardian legal*

\_\_\_\_\_  
*Relacion*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Testigo*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

# Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC

Client Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Insurance: \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_

## Authorization for Use and Disclosure of Protected Health Information

I hereby request and authorize **Greater Vision Counseling & Consulting, PLLC** to release/obtain and/or exchange information with:

Agency/Individual: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_

Nature of records to be released: *(Client/Guardian must check beside each applicable document)*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Admission Assessments/Screening | <input type="checkbox"/> Treatment Plans/Service Plan                      |
| <input type="checkbox"/> Treatment Recommendations       | <input type="checkbox"/> Psychiatric Evaluations/Psychological Evaluations |
| <input type="checkbox"/> Needs Assessment                | <input type="checkbox"/> Discharge Summaries                               |
| <input type="checkbox"/> Progress/Psychotherapy Notes    | <input type="checkbox"/> Aftercare Plans/Orders                            |
| <input type="checkbox"/> Medications/Lab Results         | <input type="checkbox"/> Substance Abuse/Legal History                     |
| <input type="checkbox"/> AIDS/HIV                        | <input type="checkbox"/> School Attendance/Education Information           |
| <input type="checkbox"/> Other: _____                    |  |

I understand the purpose of the disclosure/redisclosure will be used for: *(Client/Guardian must check beside each applicable document)*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Insurance/Medicaid/Medicare determination of benefits             | <input type="checkbox"/> To assist in securing benefits from entitlement programs |
| <input type="checkbox"/> To assist in the development of individual treatment/service plan | <input type="checkbox"/> Coordination of services between agencies                |
| <input type="checkbox"/> Provide data to assist with evaluations/assessment                |   |

Once information is disclosed pursuant to this signed authorization, I understand that the federal privacy law (45 C.F.R. Part 164) protecting health information may not apply to the recipient of the information and, therefore, may not prohibit the recipient from disclosing it. Other laws, however, may prohibit redisclosure. When we disclose mental health and developmental disabilities information protected by state law (G.S. 122C) or substance treatment information protected by federal law (42 C.F.R. Part 2), we must inform the recipient of the information that redisclosure is prohibited except as permitted or required by the laws. All information and records that identify a person who has HIV/AIDS virus infection or who has or may have a disease or condition required to be reported pursuant to the provisions G.S. 130A-143 shall be strictly confidential.

I understand that I may revoke this authorization at any time except to the extent that action has been taken in reliance on the consent. In any event, if not revoked earlier this authorization expires automatically one year **(364 days)** from signature date.

I understand that I may refuse to sign this authorization form. I understand that **Greater Vision Counseling & Consulting Agency** will begin and continue client's treatment and services upon receiving my signature on this authorization. I certify that this authorization is made freely, voluntarily, and without coercion. I understand health insurance and information indicated by initials will be disclosed.

I understand Substance Abuse records are protected under the federal regulations governing confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records, 42 CFR Paragraph 2, and cannot be disclosed with written authorization unless otherwise provided for in the regulations.

\_\_\_\_\_  
*Client or Legal Guardian Signature*

\_\_\_\_\_  
*Relationship*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Witness Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

# Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC

Client Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Insurance: \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_

## **Autorización para la revelación de la información de la protección de su salud**

Yo por el siguiente pedido de autorización de la agencia **Greater Vision Counseling & Consulting, PLLC** doy mi autorización para obtener o dar e intercambiar información con:

Agencia/Individual: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Tipo de registros para ser entregados (**Ciente/Guardian marque al lado de cada documento que sea aplicable**):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Admisión Evaluación/Poner el la pantalla | <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento/Plan de servicio           |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento Recomendaciones              | <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica/Evaluación Psicológica |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Necesaria                     | <input type="checkbox"/> Sumario Para dar de alta                       |
| <input type="checkbox"/> Progreso/Psicoterapia Notas              | <input type="checkbox"/> Planes para cuidado posterior/Pedidos          |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos/Resultados de Lab           | <input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias/Historia Legal             |
| <input type="checkbox"/> AIDS/HIV                                 | <input type="checkbox"/> Escuela a la que asiste/Información Educativa  |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____                             |   |

Entiendo el propósito de la revelación/o no revelación y el propósito de ser usada: (**Ciente/Guardián debe marcar al lado de cada documento que sea aplicable**)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Seguro/Medicaid/Medicare Determina los beneficios                     | <input type="checkbox"/> Para asistir en asegurar los beneficios de los derechos del programa. |
| <input type="checkbox"/> Para asistir al desarrollo de tratamiento individual/plan de servicio | <input type="checkbox"/> Coordinación de servicios entre agencia                               |
| <input type="checkbox"/> Proporcionar datos y asistir con la evaluación/tratamiento            |  |

Cuando la información ha sido entregada de conformidad firmada y autorizada, yo entiendo que la ley de privacidad (45 C.F.R. Part 164) que protege la información de salud puede que no sea aplicable a algunos destinatarios, por eso no se le prohíbe al destinatario de saber de ella. Otras leyes, pueden prohibir la revelación de su información. Cuando nosotros revelamos información de salud mental y discapacidad es protegida por ley del estado (G.S. 122C) O información de tratamiento de sustancias protegida por la ley federal (42 C.F.R. Part 2), Nosotros le tenemos que informar al destinatario que la revelación de información es prohibida con la excepción si es que es requerida por la ley. Toda la información y registros que identifica a una persona con SIDA, virus infeccioso o que tiene una condición médica que tiene que ser reportada de conformidad y disposición G.S. 130A-143 será estrictamente confidencial.

Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento excepto si se han tomado acciones dependientes del consentimiento. En cualquier evento que no haya sido revocada anteriormente a esta autorización automáticamente expira en un año (364 días) desde la fecha de su firma.

Yo entiendo que me puedo negar a firmar esta autorización. Yo entiendo que **Greater Vision Counseling & Consulting Agency** puede empezar el tratamiento y servicios con el cliente al recibir mi autorización firmada. Yo certifico que mi autorización firmada es mi decisión voluntaria, y sin coerción. Yo entiendo que el seguro de salud la información indicada con mis iniciales serán reveladas..

Yo entiendo que los registros de abuso de sustancias está protegida por la regulación federal confidencialidad gobernante abuso de drogas y alcohol Registros de Pacientes, 42 CFR Párrafo 2, y no puede ser revelada sin una autorización por escrito a no ser que sea dada por y la regulación.

\_\_\_\_\_  
*Cliente o firma del Guardian legal*

\_\_\_\_\_  
*Relacion*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del testigo*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

# Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC

Client Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Insurance: \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_

## Authorization for Use and Disclosure of Protected Health Information

I hereby request and authorize **Greater Vision Counseling & Consulting, PLLC** to release/obtain and/or exchange information with:

Agency/Individual: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_

Nature of records to be released: *(Client/Guardian must check beside each applicable document)*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Admission Assessments/Screening | <input type="checkbox"/> Treatment Plans/Service Plan                      |
| <input type="checkbox"/> Treatment Recommendations       | <input type="checkbox"/> Psychiatric Evaluations/Psychological Evaluations |
| <input type="checkbox"/> Needs Assessment                | <input type="checkbox"/> Discharge Summaries                               |
| <input type="checkbox"/> Progress/Psychotherapy Notes    | <input type="checkbox"/> Aftercare Plans/Orders                            |
| <input type="checkbox"/> Medications/Lab Results         | <input type="checkbox"/> Substance Abuse/Legal History                     |
| <input type="checkbox"/> AIDS/HIV                        | <input type="checkbox"/> School Attendance/Education Information           |
| <input type="checkbox"/> Other: _____                    |  |

I understand the purpose of the disclosure/redisclosure will be used for: *(Client/Guardian must check beside each applicable document)*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Insurance/Medicaid/Medicare determination of benefits             | <input type="checkbox"/> To assist in securing benefits from entitlement programs |
| <input type="checkbox"/> To assist in the development of individual treatment/service plan | <input type="checkbox"/> Coordination of services between agencies                |
| <input type="checkbox"/> Provide data to assist with evaluations/assessment                |   |

Once information is disclosed pursuant to this signed authorization, I understand that the federal privacy law (45 C.F.R. Part 164) protecting health information may not apply to the recipient of the information and, therefore, may not prohibit the recipient from disclosing it. Other laws, however, may prohibit redisclosure. When we disclose mental health and developmental disabilities information protected by state law (G.S. 122C) or substance treatment information protected by federal law (42 C.F.R. Part 2), we must inform the recipient of the information that redisclosure is prohibited except as permitted or required by the laws. All information and records that identify a person who has HIV/AIDS virus infection or who has or may have a disease or condition required to be reported pursuant to the provisions G.S. 130A-143 shall be strictly confidential.

I understand that I may revoke this authorization at any time except to the extent that action has been taken in reliance on the consent. In any event, if not revoked earlier this authorization expires automatically one year **(364 days)** from signature date.

I understand that I may refuse to sign this authorization form. I understand that **Greater Vision Counseling & Consulting Agency** will begin and continue client's treatment and services upon receiving my signature on this authorization. I certify that this authorization is made freely, voluntarily, and without coercion. I understand health insurance and information indicated by initials will be disclosed.

I understand Substance Abuse records are protected under the federal regulations governing confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records, 42 CFR Paragraph 2, and cannot be disclosed with written authorization unless otherwise provided for in the regulations.

\_\_\_\_\_  
*Client or Legal Guardian Signature*

\_\_\_\_\_  
*Relationship*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Witness Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

# Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC

Client Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Insurance: \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_

## **Autorización para la revelación de la información de la protección de su salud**

Yo por el siguiente pedido de autorización de la agencia **Greater Vision Counseling & Consulting, PLLC** doy mi autorización para obtener o dar e intercambiar información con:

Agencia/Individual: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Tipo de registros para ser entregados (**Cliente/Guardian marque al lado de cada documento que sea aplicable**):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Admisión Evaluación/Poner el la pantalla | <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento/Plan de servicio           |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento Recomendaciones              | <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica/Evaluación Psicológica |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Necesaria                     | <input type="checkbox"/> Sumario Para dar de alta                       |
| <input type="checkbox"/> Progreso/Psicoterapia Notas              | <input type="checkbox"/> Planes para cuidado posterior/Pedidos          |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos/Resultados de Lab           | <input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias/Historia Legal             |
| <input type="checkbox"/> AIDS/HIV                                 | <input type="checkbox"/> Escuela a la que asiste/Información Educativa  |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____                             |   |

Entiendo el propósito de la revelación/o no revelación y el propósito de ser usada: (**Cliente/Guardián debe marcar al lado de cada documento que sea aplicable**)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Seguro/Medicaid/Medicare Determina los beneficios                     | <input type="checkbox"/> Para asistir en asegurar los beneficios de los derechos del programa. |
| <input type="checkbox"/> Para asistir al desarrollo de tratamiento individual/plan de servicio | <input type="checkbox"/> Coordinación de servicios entre agencia                               |
| <input type="checkbox"/> Proporcionar datos y asistir con la evaluación/tratamiento            |  |

Cuando la información ha sido entregada de conformidad firmada y autorizada, yo entiendo que la ley de privacidad (45 C.F.R. Part 164) que protege la información de salud puede que no sea aplicable a algunos destinatarios, por eso no se le prohíbe al destinatario de saber de ella. Otras leyes, pueden prohibir la revelación de su información. Cuando nosotros revelamos información de salud mental y discapacidad es protegida por ley del estado (G.S. 122C) O información de tratamiento de sustancias protegida por la ley federal (42 C.F.R. Part 2), Nosotros le tenemos que informar al destinatario que la revelación de información es prohibida con la excepción si es que es requerida por la ley. Toda la información y registros que identifica a una persona con SIDA, virus infeccioso o que tiene una condición médica que tiene que ser reportada de conformidad y disposición G.S. 130A-143 será estrictamente confidencial.

Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento excepto si se han tomado acciones dependientes del consentimiento. En cualquier evento que no haya sido revocada anteriormente a esta autorización automáticamente expira en un año (364 días) desde la fecha de su firma.

Yo entiendo que me puedo negar a firmar esta autorización. Yo entiendo que **Greater Vision Counseling & Consulting Agency** puede empezar el tratamiento y servicios con el cliente al recibir mi autorización firmada. Yo certifico que mi autorización firmada es mi decisión voluntaria, y sin coerción. Yo entiendo que el seguro de salud la información indicada con mis iniciales serán reveladas..

Yo entiendo que los registros de abuso de sustancias está protegida por la regulación federal confidencialidad gobernante abuso de drogas y alcohol Registros de Pacientes, 42 CFR Párrafo 2, y no puede ser revelada sin una autorización por escrito a no ser que sea dada por y la regulación.

\_\_\_\_\_  
*Cliente o firma del Guardian legal*

\_\_\_\_\_  
*Relacion*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del testigo*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*



# Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC

Client Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Insurance: \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_

## Consent for Electronic Health Information Exchange (eHIE)

### What is Electronic Health Information Exchange (eHIE)?

A Health Information Exchange (HIE) is a secure, electronic network that gives authorized health care providers the ability to access and share health-related information across a statewide information highway.

#### Benefits.

- A full “picture” of a person’s health, including ambulatory visits, hospitalizations, and medications
- Reduction in valuable staff time spent phoning and faxing other providers involved in a client’s care to track down health information
- Timely access to important health events as they happen to clients (near, real-time notifications)
- Improved, more accurate and timely medication reconciliation that reduces errors and avoids unnecessary tests
- Access to test results, reducing costly duplicative tests and gaps in treatment

#### Opt-Out.

North Carolina is an Opt-Out state, which means clients are automatically Opted In to the HIE, unless they exercise their right to opt-out. If a client chooses to opt-out or revoke authorization, the client will notify the provider and the provider will assist the client in doing so. This process can be completed by filling out the necessary forms and notifying NC HealthConnex: Mail Service Center 4101, Raleigh, NC 27699-4101

#### Privacy & Security.

The N.C. Health Information Exchange Authority’s privacy and security safeguards meet or exceed federal, state and local requirements, including the:

- HIPAA Privacy Rule
- HIPAA Security Rule
- Health Information Technology for Economic and Clinical Health (HITECH) Act

Only participating health care providers and other HIPAA-covered entities that have signed contracts with the NC HIEA will be able to access clients’ medical information through NC HealthConnex. Client data may also be provided to third parties who have entered into contracts with NC HIEA for limited purposes (e.g., the N.C. Department of Public Health for immunizations). These contracts ensure that all relevant privacy statutes and regulations are followed in how health information is viewed, used and shared. NC HIEA also has the power to audit the use of client information by each participating practice and each third party to ensure that the law is being followed.

My signature below acknowledges that I understand all of the statements contained in this document. I understand that further education will be provided as needed or upon request.

\_\_\_\_\_  
*Client or Legal Guardian Signature*

\_\_\_\_\_  
*Relationship*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Witness Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

# Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC

Client Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Insurance: \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_

## Consentimiento de intercambio información electrónica de salud (eHIE)

### ¿Que es el Consentimiento de intercambio información electrónica de salud (eHIE)?

El intercambio de información de salud (HIE) es una manera segura entre proveedores de intercambiar información de salud en todos los estados que se benefician.

#### Beneficios.

- Una completa “foto” de la salud de la persona incluyendo visitas ambulatorias, hospitalizaciones, y medicamentos.
- Reducción valioso del personal y el tiempo invertido llamando y mandando faxes a otros proveedores envueltos en el cuidado del cliente para conseguir la información de su salud.
- Acceso oportuno para eventos de salud importantes como le sucedan a los clientes ( Tiempo real cerca de las notificaciones)
- Mejorar, ser más preciso en la reconciliación de los medicamentos que impedirá errores innecesarios en los exámenes.
- El acceso a los resultados médicos, reducirá la tarifa ya que no serán duplicados en la brecha del tratamiento

#### Optar por no participar.

Carolina del Norte es un estado que te da la oportunidad de no participar HIE, lo que significa que los clientes tienen el derecho a denegar autorización, el cliente decide si opta por no participar y revoca la autorización, el cliente le notificara a su proveedor y el proveedor lo asistirá con su decisión. Este proceso puede ser completado unas formas necesarias que notifican Carolina del norte HealthConnex: Mail Service Center 4101, Raleigh, NC 27699-4101

#### Privacidad y Seguridad.

Carolina del Norte Autorización de Privacidad, seguridad de su salud salvaguardia satisface o excede los requerimientos del local y estado federal, incluyendo:

- Reglas de privacidad HIPAA
- Reglas de seguridad HIPAA
- Información de salud tecnológica para la salud clínica es económico(HITECH) Act

Solo los proveedores que participan en otra de cobertura de - HIPAA las entidades que firmaron los contratos con NC HIEA tendrán acceso a la información médica a través de NC HealthConnex. Los datos de los clientes Y también los terceros proveedores que han ingresado en el contrato con NC HIEA con propósitos limitados (e.g., el Departamento de Salud y Vacunas). Este contrato asegura que toda la privacidad relevante y los estatutos y regulaciones seguidos en cómo la información de su salud tiene un seguimiento de cómo la información de su salud es vista y es compartida. NC HIEA tiene el poder de hacer una auditoría que es usado en la información de los clientes, cada participante en esta práctica de terceros Para asegurarse que la ley sea seguida.

Mi firma abajo reconoce y entiendo todos las declaraciones contenidas en este documento. Yo entiendo que más allá tendré información entregada cuando yo la necesite y la pida.

\_\_\_\_\_  
*Firma del Cliente o Guardian Legal*

\_\_\_\_\_  
*Relacion*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Testigo*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

## Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC

### Financial Agreement *(please print)*

CLIENT INFORMATION								
Client Name:				MR#		Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		
Date of Birth:		SS#:		Phone Number:		County:		
Current Address:				City		State	Zip	
INSURANCE INFORMATION								
Name of Primary Insurance:			Effective Date:		Name of Secondary Insurance:			Effective Date:
ID		Group #		Copay	ID#		Group #	Copay
Subscriber's Name:			DOB:		Subscriber's Name:			DOB:
SS #		Subscribers Phone Number:			SS#		Subscribers Phone Number:	
Relationship to Prescriber: <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other					Relationship to Prescriber: <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other			

I, the undersigned, hereby certify and attest that I have sought evaluation, treatment, or medical advice from the staff and **Greater Vision Counseling & Consulting Agency**. I therefore authorize the staff and personnel to release my or my child's information to the insurance company listed above for the purpose of determining and receiving benefits for bills.

I have been informed of the provider's policy for patient fees and the fee schedule has been explained to me. I agree to pay all fees for treatment, which has been established based on my ability to pay.

I understand payment is expected on the day of treatment. If a change of employment or other situations occurs which may affect my ability to pay in any way, I agree to notify my services provider and request a review of the above information. I have been informed of the provider's policy for patient fees and the fee schedule has been explained to me. I agree to pay all fees for treatment, which has been established based on my ability to pay.

Insurance/Medicare Applicable – I understand my health insurance may cover a portion of treatment costs and I hereby consent for services to be billed to my insurance company and agree for any benefits to be assigned to my service provider. By acceptance of this assignment of benefits, the service provider agrees to accept the approved charge as total cost for services. I further understand I am responsible for co-payments as determined by the insurance company. I have been informed and understand if I refuse to allow my insurance company to be billed, I will be required to pay the full charge for services.

I understand that if I miss a session without canceling or cancel with less than 24 (twenty-four) hours' notice, or no show, for non-emergency reasons, I will be charged **\$25.00**. I understand that **Greater Vision Counseling & Consulting Agency** cannot bill these sessions to my insurance.

I authorize **Greater Vision Counseling & Consulting Agency** or my insurance company to release any confidential information required to bill and be paid for services. Furthermore, I authorize payment directly to my therapist and hereby assign my right to reimbursement to **Greater Vision Counseling & Consulting Agency**.

***I have read the above, understand, and accept the policies described herein. I certify that the above information is complete and accurate and understand all information is subject to verification by Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC.***

\_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Date

\_\_\_\_\_ Date

## Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC

Acuerdo financiero *(Por favor imprimir)*

INFORMACION DEL CLIENTE					
Nombre del Cliente:		MR#		Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Fecha de Nacimiento:	Número de seguro social:	Numero de Telefono:		Condado:	
Direccion Actual:		Ciudad		Estado	Codigo Postal
INFORMACIÓN DEL SEGURO					
Nombre de su seguro principal:		Fecha de Efectividad:		Nombre del seguro secundario:	
Fecha de Efectividad:		Nombre del seguro secundario:		Fecha de Efectividad:	
Numero de Identificacion	Número de su grupo	Copago	Numero de Identificacion	Número de su grupo	Copago
Nombre del suscriptor:		Fecha de Nacimiento:		Nombre del suscriptor:	
Fecha de Nacimiento:		Nombre del suscriptor:		Fecha de Nacimiento:	
Número de seguro social:	Suscriptor número de Teléfono:		Número de seguro social:	Suscriptor número de Teléfono:	
Relación con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Esposo (A) <input type="checkbox"/> Hijo(A) <input type="checkbox"/> Otro			Relación con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Esposo (A) <input type="checkbox"/> Hijo(A) <input type="checkbox"/> Otro		

Yo, el infrascrito, por la presente certifico y atestigo que busco por evaluación, tratamiento, consejo médico del personal de **Greater Vision Counseling & Consulting Agency**. Por esta razón le doy autorización al personal para dar mi información o la de mis hijos a la compañía de seguro, para que la compañía de seguro determine el propósito de mis beneficios para hacer los pagos.

Se me ha informado sobre la política del proveedor para los honorarios de los pacientes y se me ha explicado el programa de tarifas. Acepto pagar todos los honorarios por el tratamiento, que se ha establecido en función de mi capacidad de pago.

Yo entiendo que los pagos esperados en el tratamiento. Si cambio de trabajo o otra situación sucede que afectará mis pagos por el servicio yo pagaré por el servicio de una o otra forma, yo de las notificaciones de mi proveedor y acepto el convenio, la política de mi proveedor las tarifas que le dan a los clientes por los tratamientos, que han sido establecidos en la habilidad que yo puedo pagar.

Seguro/Medicare relevante - Yo entiendo que mi seguro de salud puede cubrir parte o completamente el tratamiento y yo consiento que mi seguro de salud sea asignado para los servicios de mi proveedor. Aceptando esta asignación de los beneficios el proveedor aceptó y aprobó todas las tarifas del servicio. Yo entiendo que soy responsable de los co-pagos determinados por el seguro de salud. Fui informado y entiendo que si me niego a que mi seguro de salud pague por el servicio, yo seré responsable de pagar la tarifa completa.

Yo entiendo que si yo no me presento a mis citas sin cancelar con menos de 24 horas, sin ninguna razón de emergencia tendré que pagar una tarifa de **\$25.00**. Yo entiendo que **Greater Vision Counseling & Consulting Agency** no puede cobrar esta tarifa a mi seguro de salud.

Yo autorizo **Greater Vision Counseling & Consulting Agency** o mi compañía de seguro dar mi información confidencial. Esta información requiere ser pagado por el servicio dado. Mas alla , Yo autorizo los pagos directos a mi terapeuta y el derecho de reembolso a **Greater Vision Counseling & Consulting Agency**.

**Yo lei el contrato, y entendí y acepté las políticas que se describen. Yo certifico que toda la información entregada ha sido completa y precisa. Yo entiendo toda la información dada por Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC.**

\_\_\_\_\_

*Firma del Cliente o Guardian Legal*

\_\_\_\_\_

*Relacion*

\_\_\_\_\_

*Fecha*

\_\_\_\_\_

*Firma del Testigo*

\_\_\_\_\_

*Fecha*