

Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC

Hoja de Información de Admisión del Cliente

Fecha: _____ Fuente de Referencia: _____ MR#: _____

Nombre del/de la Cliente/a: _____

Si es mujer, Nombre de soltera: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Número de seguro social: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

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? Sí No

Dirección de su correo Electrónico (si prefiere) _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Nombre de su esposo/a: _____ Número de Teléfono: _____

Raza: Nativo/a Americana Blanco/a Africano/a Americano/a Asiático/a Isleño/a del Pacífico
 Multiracial

Género: Hombre Mujer No-Binario Transgénero Prefiero no decirlo Otro: _____

Etnicidad: Cubano/a Puertorriqueño/a Hispano/a o Latino/a No Hispano/a o Latino/a Mexicano/a

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 (Tiempo Parcial) Trabajador/a por cuenta propia Retirado/a Estudiante
 Desempleado/a

Estado Militar: Servicio Activo Retirado

Guardian/a Legal: _____

Número de Teléfono: _____ Relación: _____

Contacto de Emergencia: _____

Número de Teléfono: _____ Relación: _____

¿Cuál es su ocupación?: _____ Empleador/a: _____

Si es estudiante; Nombre de la escuela: _____ Número de Teléfono: _____

Tipo de Póliza de Seguro: _____ Otra Póliza de Seguro: _____

Titular de la Póliza de Seguro: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Número de Teléfono: _____

Otro Médico: _____ Número de Teléfono: _____

Número de Habitantes en el Hogar: _____ Ingreso/s del Hogar: _____ Tarifa Móvil: _____

Client Clinical Intake (PARA USO SOLO DE LA OFICINA)

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro: _____ MR#: _____

Presentación del problema por edad /Discapacidad: AMH CMH ADD CDD ASA CSA

Breve descripción del/los problema/s por el que está pasando:

Capacidad: Competente Incompetente Menor / Necesidad de su gravedad: EMERGENTE URGENTE RUTINARIO

¿Ha sido convicto de algún crimen?: Sí No / Si es sí, explique aquí: _____

¿Cuál condición médica tiene? Ninguna

- Diabetes Presión Alta/ Hipertensión Colesterol Alto Enfermedad del Corazón Ataques al Corazón
- Historia de infartos al miocardio Hepatitis Enfermedades del hígado Enfermedad de la tiroide
- Migrañas Asma Dolores crónicos _____ Artritis Osteoporosis Apnea del Sueño Alergias EPOC y Enfisema
- VIH o SIDA Otras enfermedades médicas no mencionadas:

¿Tiene alguna condición mental diagnosticada? Ninguna

- Depresión Ansiedad Trastorno postraumático, TEPT Bipolar Nivel I Bipolar Nivel II Desorden de Obesidad Compulsiva ADHD Déficit de Atención e Hiperactividad Trastorno esquizoafectivo Desorden del Espectro Autista Desorden Alimenticio Substancias Desorden en uso (sobrio o usando actualmente) Alcohólico (sobrio o consumiendo actualmente) Cáncer Otra enfermedad mental no mencionada aquí:

¿Está actualmente tomando medicamentos? Sí No / Si su respuesta es sí, especifique aquí abajo:

Alergias: Sí No / Si la respuesta es sí, especifique aquí abajo sus reacciones alérgicas:

¿Ha estado hospitalizado en el pasado? Sí No / Si su respuesta es sí, especifique aquí abajo:

¿Está embarazada? Sí No N/A

¿Está en riesgo su vida o la de otros? Sí No / Si su respuesta es sí, especifique aquí abajo:

¿Tiene necesidad de desintoxicación? Sí No / Si su respuesta es sí, especifique aquí abajo:

¿Eres agresivo o contigo mismo? Sí No / Si su respuesta es sí, especifique aquí abajo:

¿Tus condiciones de vida son estables? Sí No / Si su respuesta es no, especifique aquí abajo:

¿Te sientes seguro/a en tu situación actual de vida? Sí No / Si su respuesta es sí, especifique aquí abajo:

Nombre de la persona que completa este formulario: _____ Fecha: _____

Nombre del/de la Cliente/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Médico: _____

MR# _____



PSICOTERAPIA PROFESIONAL DECLARACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE DIVULGACIÓN Y REVELACIÓN

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

LO QUE PUEDE ESPERAR DE NUESTRA PSICOTERAPIA

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

Nosotros estaríamos coordinando 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.

Hay muchas diferentes técnicas que podemos usar para trabajar en nuestra propia conciencia y crecimiento personal. Estas técnicas pueden incluir diálogo, educación, estrategias de relajación, cambios de pensamientos negativos, arte y escritura, ejercicios como ser más positivo, técnicas de comunicación. Una de las cosas más importantes 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 asignaré. Esté preparado para sentir incomodidad relacionada 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 tú puedes aprender cómo mirar tus problemas de diferente manera, eso te ayudará mucho a crear maneras positivas de enfrentar tu 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 dé 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 necesitará 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 sobre tu diagnóstico/enfermedad médica o porque mi entrenamiento y capacidades no eran apropiadas, le dejaré saber el problema y lo referiré a otro terapeuta que sí complete sus necesidades. (2) Amenazas físicas y verbales, acoso y violencia contra mí o mi familia, o un compañero de trabajo, son una causa inmediata para terminar el tratamiento. Cuando termine la terapia, puedo referirte a otros lugares de ayuda, pero no puedo garantizarte que te den terapia.

LOS BENEFICIOS Y RIESGOS DE UNA TERAPIA

Como toda psicoterapia, hay riesgos. Cambiar la forma de pensar y las 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, 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 de que sus relaciones y habilidades han mejorado. Podrá experimentar mucha satisfacción en salidas sociales y en sus relaciones familiares, en su trabajo, en la escuela y sentirá una nueva sensación de esperanza.

Nombre del/de la Cliente/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Médico: _____

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 quién 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 (HIPAA). 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 la información de usted para proteger su vida.

Las siguientes son las expectativas legales para su derecho a la 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.

- a. Otra razón es si yo descubro o sospecho que está abusando o descuidando a un niño o vulnerando a un adulto, necesitaré informar al servicio de protección de menores.
- b. 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 de que no se hará daño, tendrá que llamar a la policía.
- c. 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.
- d. Si usted está citado en la corte y me piden que les dé 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.

- a. La confidencialidad también se extiende a 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, solo 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 tengan para su hijo.
- b. En casos en que 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.
- c. 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 sea a corto o a 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.

Nombre del/de la Cliente/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Médico: _____

MR# _____

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 tú estás pasando por un divorcio o una disputa de custodia, yo necesito que entiendas y aceptes que no podré entregar una evaluación o dar testimonio en la corte. Usted tendrá que contratar a otro profesional de servicio mental para cualquier evaluación o testimonio que necesite. Esta posición se basa 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 relación cliente y terapeuta, y yo siempre pondré nuestra relación primero.

ACERCA DE NUESTRAS CITAS (SESIONES)

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 **\$75.00**. 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 de que tengo el derecho de elegir de una lista de proveedores que prestan servicios en mi área. También he sido informado de mi derecho a cambiar de proveedor después de un tiempo durante mi tratamiento si así lo deseo.

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. Mi 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 mi seguro que contrata a 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 de 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 de que al segundo cheque que sea devuelto tendrá que pagar el total en efectivo. En el caso de que no quiera cancelar, nos veremos en la obligación de dar su información al departamento de colección y su terapia sería terminada.

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 reuniones de IEP, será cobrado a **\$150.00** por hora. Cualquier trabajo administrativo, aparte de las sesiones, tendrá una tarifa de **\$35.00** por 1-20 minutos. Cada 20 minutos incrementará **\$35.00**.

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.

Nombre del/de la Cliente/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Médico: _____

MR# _____

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 la 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 convulsionará que aplique al tratamiento que esté recibiendo; el proceso específicamente se le explicará 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 del 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 de que la terapia comience, sé que 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 o 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 la evaluación y el 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 ha 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.

En caso de 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) trastorno 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 guardián legal

Relación

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del/de la Cliente/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Médico: _____

MR# _____

Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC

Entendimiento del consumidor

Servicio de 24 horas de crisis salud del comportamiento

En la situación de una crisis de la salud del comportamiento después de los horarios de oficina, por favor llámenos a Greater Vision Counseling & Consulting Agency PLLC 910-638-8299. Llamadas de crisis serán devueltas en un aproximado de 15 minutos y si tiene una emergencia médica llame al 911 o haga que alguien lo lleve al servicio de emergencia más cercano.

Su proveedor no estará disponible después de las horas de oficina. Usted será instruido a llamar a **910-638-8299**; la persona o agencia con la que usted está haciendo un acuerdo por escrito proveerá y cubrirá en la ausencia de su proveedor.

Yo entiendo que he recibido una copia de la información acerca de la cobertura de la línea 24 horas de servicio de crisis salud del comportamiento y números de información. Yo entiendo todas las indicaciones del servicio después de horas de oficina en la línea telefónica de crisis.

El proveedor estará disponible en un lapso de 48 horas para servicio de urgencia como sea necesario.

Firma del cliente o guardian legal

Relación

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del/de la Cliente/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Médico: _____

MR# _____

Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC

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: _____

Número de Teléfono: _____

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"/> Notas de Progreso/Psicoterapia | <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"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Escuela a la que asiste/Información Académica |
| <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)**

- Seguro/Medicaid/Medicare: Determina los beneficios Para asegurar los beneficios del programa. Para asistir al desarrollo de tratamiento individual/plan de servicio Coordinación de servicios entre agencia 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 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 con la disposición G.S. 130A-143, serán estrictamente confidenciales.

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, 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 los 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 será revelada.

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.

Firma del cliente o guardián legal

Relación

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del/de la Cliente/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Médico: _____

MR# _____

Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC

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: _____

Número de Teléfono: _____

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

- Admisión Evaluación/Poner el la pantalla
- Tratamiento Recomendaciones
- Evaluación Necesaria
- Notas de Progreso/Psicoterapia
- Medicamentos/Resultados de Lab
- SIDA/VIH
- Otros: _____
- Plan de tratamiento/Plan de servicio
- Evaluación Psiquiátrica/Evaluación Psicológica
- Sumario Para dar de Alta
- Planes para cuidado posterior/Pedidos
- Abuso de Sustancias/Historia Legal
- Escuela a la que asiste/Información Académica

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)

- Seguro/Medicaid/Medicare: Determina los beneficios
- Para asegurar los beneficios de los derechos del programa.
- Para asistir al desarrollo de tratamiento individual/plan de servicio
- Coordinación de servicios entre agencia
- 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 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, 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 los 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 será revelada.

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.

Firma del cliente o guardián legal

Relación

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del Cliente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Médico: _____

MR# _____

Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC

Consentimiento de intercambio información electrónica de salud (eHIE)

¿Qué es el Consentimiento de intercambio de 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 valiosa 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 para participar **Optar por no participar**

Carolina del Norte es un estado que te da la oportunidad de no participar en 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 notificará 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 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 (p. ej., 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 se usa en la información de los clientes, cada participante en esta práctica de terceros para asegurarse de que la ley sea seguida.

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

Firma del cliente o guardián legal

Relación

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del/de la Cliente/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Médico: _____

MR# _____

AVISO DE PRÁCTICAS Y POLÍTICAS DE PRIVACIDAD DE Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC

Greater Vision Counseling and Consulting Agency, PLLC necesita recopilar información precisa sobre usted, y compartirla con su equipo de atención médica para que así podamos diagnosticarlo y tratarlo adecuadamente. En ocasiones es posible que necesitemos enviar información médica a otros proveedores fuera de nuestra agencia si ofrecen servicios que nosotros no ofrecemos. Es nuestro deber legal proteger su información de salud y asegurarnos de que no se comparta sin su permiso mientras brindamos atención, recibimos pagos y manejamos otros servicios relacionados con la salud.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad explica cómo su información de salud puede ser utilizada por Greater Vision Counseling and Consulting Agency, PLLC y por qué podría compartirse con otros proveedores de servicios fuera de nuestra agencia.

Este aviso explica sus derechos para proteger su información médica y cómo usted puede ejercer esos derechos. También te da los nombres de personas a las que contactar si tienes preguntas o comentarios sobre Greater Vision counseling and Consulting Agency, PLLC, mantiene su información de salud privada.

Por favor, lea atentamente este documento y pida ayuda si hay algo que no entienda.

Reconocimiento del Cliente

He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Greater Vision Counseling and Consulting Agency, PLLC. Este documento explica cómo la agencia mantiene privada mi información de salud mientras me brinda atención.

Cliente/a o Representante Legalmente Responsable

Fecha

Nota: Greater Vision Counseling and Consulting Agency, PLLC la agencia conserva esta página firmada. El cliente conserva el Documento de Aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre del/de la Cliente/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Médico: _____

MR# _____

Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO AUDIO Y VIDEO, LA FOTOGRAFÍA Y EL USO DE LA TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

Greater Vision Counseling and Consulting Agency PLLC se compromete a brindar servicios de calidad a través de diversos métodos de comunicación, incluidos servicios en persona y tecnología. Este formulario de consentimiento describe sus derechos y responsabilidades relacionadas con la grabación de audio y video, la fotografía y el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (ICTs) para la prestación de servicios.

1. Consentimiento para grabación de video y fotografía.

Entiendo y acepto que:

- Mis sesiones pueden ser grabadas en audio/video o fotografías con fines clínicos, de capacitación o de documentación si doy mi consentimiento específico.
- Se explica el propósito de dichas grabaciones y tengo derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento.
- Cualquier grabación o fotografía se almacenará de forma segura y se utilizará de conformidad con las leyes de privacidad y las políticas de la organización.

DOY MI CONSENTIMIENTO para la grabación/fotografías de mis sesiones.

NO DOY MI CONSENTIMIENTO para la grabación/fotografías de mis sesiones.

2. Consentimiento para la toma de decisiones sobre ICT vs. servicio en persona.

Entiendo que:

- Al comienzo de los servicios y durante todo el curso de los mismos, mi proveedor y yo discutiremos si es mas apropiado en persona o ICT-bases
- Mi proveedor se asegurará de que toda la tecnología y el equipo necesario estén disponibles y funcionen antes de comenzar la sesión.
- Cualquier transición entre servicios presenciales y servicios de ICT se realizará con consentimiento del cliente, excepto en situaciones de emergencia.

ACEPTO discutir y decidir sobre los métodos de prestación de servicios con mi proveedor según sea necesario.

NO ACEPTO discutir y decidir sobre los métodos de prestación de servicios con mi proveedor según sea necesario.

3. Verificación de la funcionalidad de la tecnología y el equipo.

Reconosco que:

- Mi proveedor y yo confirmaremos que toda la tecnología y/o equipo necesario esté funcionando antes de cada sesión.
- Mi proveedor me ayudará a solucionar cualquier problema que surja antes o durante la prestación de servicio.
- Si una falla tecnológica impide una prestación eficaz del servicio, se harán arreglos alternativos.

ENTIENDO que debo asegurar la disponibilidad y funcionalidad de mi equipo antes de una sesión.

NO ENTIENDO que debo asegurar la disponibilidad y funcionalidad de mi equipo antes de una sesión.

Nombre del/de la Cliente/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Médico: _____

MR# _____

4. Verificación de Identidad y Ubicación

Entiendo que:

- Al inicio de cada sesión basada en ICT, mi proveedor verificará mi identidad y ubicación física.
- Proporcionaré información precisa sobre mi ubicación y los cambios que puedan afectar la prestación de servicios.
- La identidad de mi proveedor También se verificara en cada encuentro

DOY MI CONSENTIMIENTO para la identidad y la ubicación como parte de la prestación de servicios ICT

NO DOY MI CONSENTIMIENTO para la identidad y la ubicación como parte de la prestación de servicios ICT

5. Privacidad y seguridad durante la prestación de servicios.

Estoy de acuerdo con:

- Mantener un entorno privado y Seguro durante las sesiones de ICT.
- Evitar grabar o compartir sesiones sin el consentimiento explícito de mi proveedor.
- Notificar a mi proveedor si mi privacidad se ve comprometida durante una session.

ACEPTO mantener la privacidad y seguridad durante las sesiones basadas en ICT.

NO ACEPTO mantener la privacidad y seguridad durante las sesiones basadas en ICT.

6. Respuesta a las interrupciones tecnológicas.

Reconosco que:

- Si la interrupción tecnológica afecta la prestación del servicio, mi proveedor trabajará conmigo para restaurar la conexión o reprogramar la sesión.
- Se pueden utilizar métodos de comunicación alternativos si es necesario (por ejemplo, llamada telefónica, mensajes seguros, o en persona).

ENTIENDO Y ACEPTO el plan para responder a las interrupciones tecnológicas.

NO ENTIENDO Y ACEPTO el plan para responder a las interrupciones tecnológicas.

7. Procedimientos de emergencia para el servicio ICT.

Entiendo que:

- Mi proveedor identificará un contacto de emergencia y un número de teléfono antes de iniciar los servicios basados en ICT.
- Mi proveedor se asegurará de que tenga acceso a los recursos de emergencia locales, incluidos los números de teléfono de los equipos de respuesta a crisis, las fuerzas del orden y los servicios médicos en mi área.
Mi proveedor se familiarizará con los procedimientos de emergencia en mi ubicación y discutirá como manejar las crisis que surjan durante las sesiones basicas de ICT.
Si ocurre una emergencia durante una sesión, mi proveedor puede contactarme según sea necesario.

Contacto de Emergencia: _____

Número de teléfono de Contacto de Emergencia: _____

Recursos de emergencia locales y números de teléfono: _____

Nombre del/de la Cliente/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Médico: _____

MR# _____

- ENTIENDO Y DOY MI CONSENTIMIENTO** a los procedimientos de emergencia descritos anteriormente.
- NO ENTIENDO Y NO DOY MI CONSENTIMIENTO** a los procedimientos de emergencia descritos anteriormente.

8. DERECHO A RETIRAR EL CONSENTIMIENTO

Entiendo que tengo derecho a retirar o modificar mi consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito a mi proveedor. Mi proveedor me informará sobre cualquier cambio en mis opciones de prestación de servicio segun mi decisión.

Reconocimiento y firma del/de la cliente/a

He leído y comprendido este formulario de consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y mi proveedor me lo ha explicado, doy mi consentimiento voluntario para el resumen de este documento.

Firma del/de la cliente/a o guardián legal

Relación

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del/de la Cliente/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Médico: _____

MR# _____

GREATER VISION COUNSELING & CONSULTING Agency, PLLC

HOJA DE CAPACITACIÓN DEL CLIENTE: PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDIANTE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

1. Características de la prestación de servicios

Servicios en persona:

- Entregados en persona en clínicas designadas o entornos comunitarios.
- Proporciona interacción directa con los proveedores para evaluación, terapia y apoyo.
- Incluye acceso a servicios de apoyo (por ejemplo, terapia de grupo, administración de medicamentos).

Servicios de telesalud:

- Proporcionados a través de plataformas de videoconferencia.
- Acceso virtual en tiempo real a terapeutas, administradores de casos o proveedores médicos.
- Ofrece flexibilidad y acceso para clientes en áreas remotas o desatendidas.

2. Instrucciones

Visitas en persona:

- Llegar 10-15 minutos antes
- Traer documentos necesarios (identificación, Seguro, lista de medicamentos).
- Regístrese en la recepción y siga las señales publicadas o las instrucciones del personal.

Para visitas de telesalud:

- Asegúrese de tener espacio privado, tranquilo y con buena iluminación.
- Utilizar un dispositivo con cámara y micrófono (teléfono inteligente, tableta, computadora portátil).

3. Uso de servicios

- Participar activamente en su plan de tratamiento.
- Hacer preguntas y expresar inquietudes libremente.
- Dar seguimiento a recomendaciones o referencias
- Mantener citas programadas; notificar si necesita cancelar o reprogramar.

4. Mantenimiento

En persona:

- Mantener la información de contacto actualizado.
- Notificar al personal sobre cualquier cambio en la salud, medicamentos o contactos de emergencia.

Nombre del/de la Cliente/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Médico: _____

MR# _____

Telesalud:

- Actualice periódicamente su software o aplicación.
- Mantener la conexión de internet.
- Cargue su dispositivo antes de su cita.

5. Consideraciones de seguridad.

- En caso de una emergencia (médica o psiquiátrica) llame al 911 o diríjase a la sala de emergencia más cercana.
- Informar al personal sobre cualquier problema de seguridad en el hogar o durante las temporadas.
- Para telesalud, no se una a las sesiones mientras esté realizando un procedimiento o en entornos inseguros.
- Cumplir con todos los protocolos de seguridad de la clínica, incluida la seguridad del edificio, el PPE(si es necesario) y los planes de evacuación de emergencia.

6. Control de infecciones (cara a cara)

- Hay máscaras y desinfectante de manos disponibles.
- Por favor reprogreme si experimenta síntomas (fiebre, tos,etc..)
- Las oficinas se limpian periódicamente.
- Es posible que se requiera distanciamiento social según las pautas de salud publica actuales.

GREATER VISION COUNSELING & CONSULTING Agency, PLLC

Acuerdo Financiero (Por Favor imprimir)

INFORMACIÓN DEL/DE LA CLIENTE/A					
Nombre del Cliente:		MR#	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero (Hombre a Mujer) <input type="checkbox"/> Transgénero (Mujer a Hombre) <input type="checkbox"/> No Binario		
Fecha de Nacimiento:	Número de seguro social:	Número de Teléfono:		Condado:	
Direccion Actual:		Ciudad	Estado		Codigo Postal
INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO					
Nombre de su seguro principal:		Fecha de Efectividad:	Nombre del seguro secundario:		Fecha de Efectividad:
Número de Identificación	Número de su grupo	Copago	Número de Identificación	Número de su grupo	Copago
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 atestiguo que busco por evaluación, tratamiento, consejo médico del personal de **Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC**. Por esta razón le doy autorización al personal para dar mi información o la de mis hijos a la compañía de seguro médico, para que así se determine el propósito de mis beneficios para hacer los pagos.

Yo entiendo que los pagos son esperados para el tratamiento. Si cambio de trabajo u otra situación toma lugar que afectará mis pagos por el servicio, yo pagaré por el servicio de una o otra forma. De las notificaciones de mi proveedor, yo acepto el convenio, la política de mi proveedor y 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/a 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 al menos de 24 horas de anticipación, sin ninguna razón de emergencia, tendré que pagar una cuota de **\$75.00**. Yo entiendo que **Greater Vision Counseling & Consulting Agency, PLLC** no puede cobrar esta cuota a mi seguro de salud.

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

Yo lei el contrato, entendí y acepté las políticas que se describen en el mismo. 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/de la cliente/a o guardián legal

Relación

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

