MIRACLE Counseling

PAQUETE INICIAL DE ADMISIÓN

MIRACLE Counseling

Verificación inicial completada por el personal de la oficina_____ Fecha_____

ARCHIVO DEL PACIENTE

DEMOGRAFÍA

Nombre:		Sexo – ☐ F ☐ M ☐ Otro
Fecha de Nacimiento:	Lenguajes:	Relación con paciente:
Teléfono:	Celular:	Correo Electrónico:
Dirección:		

EMPLEO

☐ Tiempo Completo	☐ Medio-Tiempo	☐ Desempleado	☐ Militar	☐ Deshabilitado	☐ Retirado

Locación:	Posición:
Teléfono:	Correo Electrónico:

EDUCACIÓN

☐ Tiempo Completo	☐ Medio-Tiempo	☐ No Aplica

Nivel de Educación:	Institución:
Teléfono:	Correo Electrónico:

CONTACTO DE EMERGENCIA #1

Nombre:		Sexo – ☐ F ☐ M ☐ Otro
Fecha de Nacimiento:	Lenguajes:	Fecha de Nacimiento:
Teléfono:	Celular:	Teléfono:
Dirección:		

CONTACTO DE EMERGENCIA #2

Nombre:		Sexo – ☐ F ☐ M ☐ Otro
Fecha de Nacimiento:	Lenguajes:	Fecha de Nacimiento:
Teléfono:	Celular:	Teléfono:
Dirección:		

MIRACLE Counseling

MEDICAMENTOS ACTIVOS (Use papel adicional si es necesario)		
Nombre del Medicamento	Cantidad	Frecuencia

MEDICAMENTOS DESCONTINUADOS (Use papel adicional si es necesario)		
Nombre del Medicamento	Cantidad	Frecuencia

ALERGIAS (Use papel adicional si es necesario)		
Alergia	Reacción	Protocolo

Nombre de los padres:

Otra información importante:

Este formulario fue completado a mi leal saber y entender. Seguirá siendo mi responsabilidad actualizar Miracle Counseling and Life Coaching LLC de cualquier cambio futuro.

Nombre del Paciente | Firma | Fecha

Relacion con el Paciente | Firma | Fecha

MIRACLE Counseling

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROVIDERS	
Dr. Mirta Cabrera – LPC, PsyD	Dr. Lilian Tocco– MSEdu., MSLPC, PsyD
Abigail Webber – MS, LPC	Melissa Badertscher – MS, MSAT, LPC-IT
E. Basil Jackson – DPM, MD, ThD, Ph.D, DSc, JD, DLitt.	Lashonda Miranda – LCSW

El proceso de consejería
El proceso de consejería se resume en métodos guiados para resolver problemas con la ayuda de un profesional autorizado. Es fundamental establecer una relación cliente-terapeuta positiva y profesional para que el cambio deseado se convierta en el nuevo estilo de vida. Se utilizan varios métodos de terapia para promover soluciones a largo plazo, a menos que exista una necesidad inmediata que deba discutirse primero. Por lo general, se completa una evaluación biopsicosocial inicial en la primera sesión, seguida de un plan de tratamiento y evaluaciones de salud mental. Dependiendo de las necesidades del individuo, el cliente puede asistir a citas semanales, quincenales o mensuales; habrá reevaluaciones regulares de la eficiencia del plan de tratamiento. Las sesiones suelen durar entre 30 y 60 minutos. Se pueden proporcionar informes escritos si es necesario. Se pueden aplicar cargos. Los clientes tienen acceso a sus cuadros y los objetivos de su tratamiento.

Duración del servicio
Se determinará un plan de tratamiento después de los componentes de la evaluación inicial del cliente. En caso de que el cliente no tenga seguro, el plan de tratamiento determinado se mantendrá sin cambios hasta que se realice una reevaluación. Comparativamente, los clientes con seguro pueden consultar su HMO para determinar la duración del servicio. Además, es posible que el período de servicio asignado no refleje el plan de tratamiento. En ese caso, el cliente y el terapeuta buscarán el mejor plan posible para el cliente y planificarán de acuerdo con la cobertura de HMO y harán adaptaciones para el pago por cuenta propia. También se pueden proporcionar referencias. El terapeuta se reserva el derecho de referir al cliente a un colega u otro profesional de la salud mental para obtener más tratamiento o recursos.

*****Si el cliente tiene 3 citas perdidas, habrá una suspensión de 3 meses en sus citas***** Otra razón para la interrupción de los servicios sería la incapacidad del cliente para cumplir con las citas programadas. Existen franjas horarias competitivas en las que otros clientes también necesitan ayuda en su día a día y requieren asistencia programada y oportuna. Si no puede asistir, comuníquese con Miracle dentro de las 24 horas o hágase responsable de cubrir la tarifa de la sesión. En caso de que el terapeuta no pueda asistir a una cita, la recepcionista se comunicará con el cliente para reprogramarla.

Parámetros
Si surgiera una queja, el cliente es responsable de completar el formulario de quejas (disponible en la recepción) en su totalidad. Miracle revisará el material y trabajará en una resolución con las partes involucradas. Se requiere una Autorización para la divulgación de información antes de que la información salga de la oficina y se discuta la información confidencial con alguien fuera del contexto terapéutico. Este consentimiento se basa en la forma confidencial en que se discute mi caso, y entiendo que depende únicamente de que se me brinde un servicio de calidad. Los servicios del cliente se basan en el plan de tratamiento acordado y los recursos de Miracle Counseling and Life Coaching LLC. Si el terapeuta o el cliente no pueden cumplir con los objetivos del plan de tratamiento de manera efectiva, el terapeuta referirá al cliente a otros recursos. Trabajamos sin cesar para proporcionar un lugar seguro para todas las creencias, culturas y razas. Tenga en cuenta que Miracle Counseling and Life Coaching is LLC solo abre con cita previa.

En caso de una emergencia, llame al 911, comuníquese con la Línea de vida para la prevención del suicidio al 1-800-273-TALK (8255) o vaya al hospital que le quede más cerca. De lo contrario, haga una cita para discutir directamente los asuntos terapéuticos con el terapeuta.

**** Para su seguridad y la seguridad del personal de la consejería milagrosa, hemos instalado cámaras alrededor el edificio, el vestíbulo y la recepción. No hay cámaras instaladas en el área de terapia.**

MIRACLE Counseling

Costo

Los copagos, los deducibles y la cobertura dependen de la membresía de la organización de mantenimiento de la salud del cliente. En caso de que el cliente no cuente con cobertura, se establecerá un plan de pago de sesión a sesión. Se proporcionan copias de la ficha del cliente por una tarifa de $28. La tabla de precios es la siguiente:

TERAPIA		
	30 MINUTES	**60 MINUTES**
Individual	$80	$140
Parejas	$100	$180
Familias	$160	$280

OTROS SERVICIOS	
Entrenamiento (SET OF 2/4)	$250/$450
Cursos	VARIA
Cartas	VARIA
Reportes	VARIA

Confidencialidad

Doy mi consentimiento para el uso de otras agencias con respecto al pago de mis sesiones terapéuticas de salud mental (si corresponde). También doy mi consentimiento para compartir registros con agencias gubernamentales, organizaciones de gestión de la salud e instituciones médicas para mi bienestar y el bienestar de su hijo (si corresponde). Todas las conversaciones son estrictamente confidenciales hasta los límites de la ley. Si el terapeuta cree que un tercero, el terapeuta o el cliente, está en peligro, doy mi consentimiento para contactar a cualquier persona responsable de la prevención de daños. También autorizo al terapeuta a comunicarse con cualquier personal médico o policial para ayudar en situaciones abusivas, dañinas y que amenazan la vida. El cliente autoriza al terapeuta firmante a consultar con los profesionales pertinentes para promover mi bienestar. Miracle Counseling and Life coaching LLC sigue todos los estándares éticos de HIPAA prescritos por la ley estatal y federal. Todas las pautas promueven la custodia de los archivos de los pacientes, que incluyen todas las pruebas escritas y registradas proporcionadas por otros profesionales e instituciones, así como las recopiladas durante la terapia. No se divulgará información sin el consentimiento del paciente, a menos que lo exija la ley. Al aceptar el consentimiento informado, le da permiso al terapeuta abajo firmante para divulgar información a las personas requeridas por la ley. En caso de ausencia de un terapeuta, los casos del terapeuta pueden transferirse a otro terapeuta dentro de Miracle Counseling and Life Coaching LLC. Estoy de acuerdo con este proceso a menos que organice un enfoque diferente.

Consentimiento para el tratamiento

Al firmar a continuación, acepto haber leído la información proporcionada y doy mi consentimiento para recibir una evaluación, tratamiento y servicios de salud mental para mí (o mi hijo, si corresponde). También entiendo los parámetros de la consejería, mi relación profesional con el consejero y mis propias responsabilidades. Soy adherente a la participación y lo hago por mi propia cuenta. En el caso de que la participación sea un mandato judicial, también entiendo mis derechos y responsabilidades. Sé dónde obtener ayuda en caso de una emergencia.

*****La estimación de buena fe está disponible a pedido*****

He leído el consentimiento informado y he entendido mis responsabilidades y derechos como cliente.

Nombre del Paciente _____ Firma _____ Fecha _____

Relación con el Paciente _____ Firma _____ Fecha _____

Miracle Counseling ha proporcionado el consentimiento informado y ha explicado las responsabilidades y derechos mutuos.

Nombre del Terapista _____ Firma _____ Fecha _____

MIRACLE Counseling

HIPAA INFORMED CONSENT

Antecedentes: La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) brinda garantías para proteger su privacidad. Esta es una versión "amigable". Un texto más completo está publicado en la clínica. Específicamente, existen reglas y restricciones sobre quién puede ver o ser notificado de su información de salud protegida (PHI). Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de información necesario para brindarle servicios de oficina. Además, HIPAA brinda ciertos derechos y lo protege a usted como paciente. Equilibramos estas necesidades con nuestros objetivos de brindarle un servicio y atención profesional de calidad. Hay información adicional disponible en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. www.hhs.gov.

Polizas

1. La información del paciente se mantendrá confidencial excepto cuando sea necesario para brindar servicios o para garantizar que todos los asuntos administrativos relacionados con su atención se manejen de manera adecuada. Esto incluye específicamente el intercambio de información con otros proveedores de atención médica, laboratorios, pagadores de seguros médicos, según sea necesario y apropiado para su atención.
2. Los archivos de los pacientes se almacenan después de las sesiones en archivadores cerrados. Sin embargo, el curso normal de brindar atención significa que dichos registros se dejan temporalmente en áreas administrativas como la oficina principal, la oficina del médico, etc. Esos registros no estarán disponibles para personas que no sean el personal de la oficina. Usted acepta los procedimientos normales utilizados dentro de la oficina para el manejo de gráficos, registros de pacientes, PHI y otros documentos o información.
3. Esta práctica tiene como objetivo recordar a los clientes sus citas. Podemos hacerlo por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico de la manera más conveniente para usted. Sin embargo, no es nuestra responsabilidad recordarle las citas, ya que este es un servicio de cortesía que pretendemos brindar. Además, podemos enviarle otras comunicaciones para informarle sobre cambios en la política de la oficina y nuevas tecnologías que podría encontrar valiosas o informativas.
4. La práctica utiliza un especialista en facturación fuera del sitio que puede tener acceso a la PHI pero ha aceptado cumplir con las reglas de confidencialidad de HIPAA.
5. Usted comprende y acepta inspeccionar la oficina y revisar los documentos, que pueden incluir PHI de agencias gubernamentales o pagadores de seguros en el desempeño normal de sus funciones.
6. Usted acepta presentar cualquier inquietud o queja con respecto a la privacidad a la atención del administrador de la oficina o de su médico.
7. Su información confidencial no se utilizará con fines de marketing o publicidad de productos, bienes o servicios.
8. Estamos de acuerdo en proporcionar a los pacientes acceso a sus registros de acuerdo con las leyes estatales y federales.
9. Podemos cambiar, agregar, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para atender mejor las necesidades tanto de la práctica como del paciente.
10. Tiene derecho a solicitar restricciones en el uso de su PHI y solicitar cambios en ciertas políticas utilizadas dentro de la oficina con respecto a su PHI. Sin embargo, no estamos obligados a modificar las políticas internas para ajustarnos a su solicitud.
11. Las cámaras de vigilancia están presentes en la propiedad por razones de seguridad y se utilizan para mantener la seguridad del personal y los pacientes. Las imágenes de video de las cámaras de seguridad no se utilizarán con fines de evaluación.
12. Ambas partes tienen prohibido cualquier tipo de grabación (ya sea de voz o video) durante las sesiones.

Este formulario fue completado utilizando lo mejor de mis conocimientos y entendimientos. Continuara siendo mi responsabilidad actualizar a Miracle Counseling and Life Coaching LLC de cualquier cambio futuro.

Nombre del Paciente		Firma		Fecha	
Relación con el Paciente		Firma		Fecha	

MIRACLE Counseling

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE SEGURO

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO		
Nombre del Titular:	Nombre de la Compañía:	
Número del Titular:	Número de Identificación del Paciente:	
¿Trabajas? – ☐ SÍ ☐ NO	Número de Grupo:	Fecha de Nacimiento:
Dirección de la Compañía:	Número de Teléfono de la Compañía:	

TIPO DE PLAN DE SEGURO			
MEDICAID + HMO			
☐ Medicaid Forward	☐ Medicaid de Molina	☐ Himno Medicaid	☐ Plan Comunitario UHC
☐ Medicaid nhp	☐ MEDICAID de MHS	☐ Medicaid de iCare	☐ Comunidad Infantil HP
COMERCIAL			
☐ Humana	☐ UHC Commercial	☐ UHC EAP	☐ Molina Marketplace
☐ Cigna	☐ BCBS Commercial	☐ Together W/ CCHP	☐ United Choice One
☐ UMR	☐ All Savers (UHC)	☐ Beacon Health (EAP)	☐ Other:

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO		
Nombre del Titular:	Nombre de la Compañía:	
Número del Titular:	Número de Identificación del Paciente:	
¿Trabajas? – ☐ SÍ ☐ NO	Número de Grupo:	Fecha de Nacimiento:
Dirección de la Compañía:	Número de Teléfono de la Compañía:	

TIPO DE PLAN DE SEGURO				
MEDICAID + HMO				
☐ MHS Medicaid	☐ Molina Medicaid	☐ Medicaid Forward	☐ Children's Community HP	
☐ NHP Medicaid	☐ Anthem Medicaid	☐ iCare Medicaid	☐ UHC Community Plan	☐ Other:
COMERCIAL				
☐ Humana	☐ UMR	☐ UHC EAP	☐ Molina Marketplace	
☐ BCBS Commercial	☐ All Savers (UHC)	☐ Cigna	☐ United Choice One	
☐ UHC Commercial	☐ Together W/ CCHP	☐ Beacon Health (EAP)	☐ Other:	

☐ Non reported

☐ See additional notes

INCLUYA UNA COPIA (ANVERSO Y REVERSO) de la TARJETA DE SEGURO E IDENTIFICACIÓN

El presupuesto de Buena Fe está disponible a pedido***

8440 West National Ave. West Allis, WI 53227 | 414-405-1682 |

www.miraclecounseling.org