

RICHLAND OAKS COUNSELING CENTER



Phone: 469-619-ROCC (7622)  
Fax: 469-458-7024  
Email: [ROCC@richlandoaks.org](mailto:ROCC@richlandoaks.org)  
Website: [richlandoaks.org](http://richlandoaks.org)

**Richardson**  
1221 Abrams Rd. Ste. 325  
Richardson, TX 75081

**Plano**  
920 18<sup>th</sup> St.  
Plano, TX 75074

**McKinney**  
6401 Eldorado Pkwy, Ste 208  
McKinney, TX 75070

**Prosper**  
212 E. Broadway St.  
Prosper, TX 75078

**PAQUETE DE ADMISIÓN DE TERAPIA (Adultos)**

**Incluido en este paquete:**

- (1) Formulario de Información y Consentimiento
- (2) Aviso de Prácticas de Privacidad
- (3) Confirmación de recibo de la Prácticas de Privacidad
- (4) Cuestionario Inicial
- (5) Formulario de Autorización de Tarjeta de Crédito

**Instrucciones:**

Antes de su cita:

- (1) Lea, firme y anote la fecha sobre la copia del Formulario de Información y Consentimiento  
**(Guarde la copia de cliente que se ha imprimido para sus archivos)**
- (2) Complete el Cuestionario de Admisión
- (3) Revise el Aviso de Prácticas de Privacidad
- (4) Lea, firme y anote la fecha en el documento de Confirmación de Recibo de las Prácticas de Privacidad

Traiga a su cita:

- (1) La copia firmada del Formulario de Información y Formulario de Consentimiento
- (2) Cuestionario Inicial completo
- (3) La copia firmada de la Confirmación de Recibo de la Prácticas de Privacidad

Formulario de Información y Consentimiento

(Copia del Cliente-Consérvela para sus archivos)

### Servicios disponibles

Richland Oaks Counseling Center (ROCC) ofrece una variedad de servicios para personas individuales, parejas y grupos. Estos servicios son proporcionados por psicólogos, consejeros profesionales, practicantes de postdoctorado, practicantes de predoctorado y estudiantes de posgrado en psicología y consejería.

### Psicoterapia

La psicoterapia puede tener riesgos y beneficios. El proceso terapéutico puede incluir discusiones acerca de sus retos personales y dificultades que pueden provocar sentimientos incómodos como tristeza, culpa, ira y frustración. Sin embargo, la psicoterapia también ha demostrado tener muchos beneficios. A menudo puede llevar a mejorar relaciones interpersonales, el rendimiento académico, la capacidad de solucionar problemas y a la reducción de sentimientos de angustia. Sin embargo, no hay garantía de estos beneficios.

### Cuotas por Servicios

Los terapeutas de Richland Oaks están contratados individualmente con compañías de seguros. No todos los terapeutas aceptan seguro y algunos solo aceptan ciertas compañías. Si estamos dentro de la red de su seguro, intentaremos verificar sus beneficios antes de su primera cita y llenar sus reclamos de seguro como corresponda. Por favor tome en cuenta que solo podemos proveerle un estimado de los beneficios, pero las compañías de seguro reservan el derecho de la aprobación final. Usted será responsable de cargos que no estén cubiertos o contratados por su seguro. Si no estamos dentro de su red, le proveeremos un "Superbill" si usted lo solicita, para que pueda presentarlo a su compañía de seguros.

Habrá una cuota de \$10 si solicita registros médicos. Los registros médicos que se envían a otro proveedor de servicios no requerirán una cuota.

### Responsabilidad Financiera

El pago se entrega en el momento que se proveen los servicios a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado con el director o administrador de oficinas de ROCC. Estoy de acuerdo en pagar por la psicoterapia la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ por sesión. Entiendo que si ROCC no acepta mi seguro; me proveerán la información necesaria para ayudarme a llenar el reclamo de seguro yo mismo(a). **Entiendo que es mi responsabilidad contactar mi compañía de seguro para aclarar los beneficios y reembolso por servicios psicológicos.**

**Entiendo que se cobrará una cuota regular por cualquier servicio profesional adicional que yo pida, tales como conversaciones por teléfono conmigo que duren más de 10 minutos, consultas con otros profesionales, preparación de formularios especiales, resúmenes, cartas, etc. que no están relacionadas con mi tratamiento directo. Esto incluye documentos para asuntos legales o de discapacidad.**

### Confidencialidad

En consonancia con las normas de ética profesional del Estado y la Ley Federal, todos los servicios ofrecidos por el personal de ROCC son confidenciales a excepción de las situaciones que se indican a continuación y en el apartado Aviso de Prácticas de Privacidad. Los miembros del equipo de ROCC llegamos a un acuerdo común sobre la mejor manera de proporcionarle la asistencia que necesite y le sea más efectiva. Tal como

esta estipulado en las guías de prácticas psicológicas y estándares actuales de atención, mantenemos un registro de todas las sesiones terapéuticas. Estos registros se almacenan de forma segura de acuerdo con las normas federales de seguridad y profesionales de los registros médicos. Todas las peticiones de registros deben hacerse por escrito, a través del formulario de Divulgación de Información. Sepa que, se efectúa un plan de sucesión si a su terapeuta le da una enfermedad seria, se encuentra impedido de alguna de sus capacidades, o muere inesperadamente.

El personal profesional de ROCC tiene la responsabilidad legal de revelar información del cliente sin el consentimiento previo cuando es probable que el cliente se dañe a sí mismo o a los demás a menos que se tomen medidas de protección, cuando hay una sospecha razonable de abuso de menores, de adultos dependientes o ancianos, cuando el cliente no es capaz de cuidarse a sí mismo y cuando hay una orden judicial válida para la divulgación de los archivos del cliente. Afortunadamente, estas situaciones son poco frecuentes.

Al firmar este formulario, usted le otorga permiso a ROCC de comunicarse con el contacto de emergencia que usted ha designado si creemos que usted está en riesgo. Si está demandando a alguien o esta siendo demandado, si usted es acusado de un delito y le dice a la corte que es un cliente en ROCC, entonces se le ordenará a ROCC o a su terapeuta que muestre sus registros ante la corte. Por favor, sepa que, a partir del 2015 en el Estado de Texas, los psicólogos (y cualquier terapeuta en entrenamiento) no tienen permitido hacer declaraciones en corte sobre la custodia apropiada de un menor, aptitud parental (ej. que padre es mas apto psicológicamente de criar a un menor), y/o alienación parental al menos que tengan entrenamiento especializado en esta área (usualmente referidos como Psicólogos forenses). Por favor consulte con su terapeuta acerca de su entrenamiento en esta área y con su abogado si cree que surja algún problema. Por favor, consulte con su terapeuta si tiene alguna pregunta acerca de la confidencialidad. Existen cuotas adicionales asociadas con el involucramiento de su terapeuta en asuntos legales tales como testificar en la corte, consultar con profesionales en derecho, y preparación de documentos legales.

**Si está en terapia familiar con un menor:**

**Entiendo que si mi menor de edad tiene padres que están divorciados y/o en un acuerdo de custodia compartida, debo de proporcionarle a mi terapeuta una copia del decreto de divorcio y el acuerdo mas reciente de custodia del menor y/o proveer cualquier actualización y cambios antes de que pueda comenzar el trabajo por la Ley del Estado de Texas.**

**Reglamentos**

En general, puede revisar sus registros en ROCC en cualquier momento. Existen algunas limitaciones en cuanto a datos brutos de las evaluaciones, pero en su mayoría, tiene acceso a su información. Puede añadir a esta información o corregir esta información, y puede conservar copias de los registros. Sin embargo, no puede examinar los registros creados por alguien mas que se enviaron a ROCC. En muy raras ocasiones, parte de sus registros pueden ser removidos antes de que los vea. Esto sucedería si se determina que la información podría ser perjudicial para usted; no obstante, el terapeuta o personal apropiado de ROCC las discutirá con usted si esto representa un problema

ROCC no es un centro de intervención de emergencia o crisis. Los terapeutas no están disponibles las 24 horas del día. En caso de una emergencia o crisis entre sus citas programadas, vaya a la sala de emergencias más cercana o busque ayuda en el Centro de Crisis de Suicidio disponible las 24 horas del día en el 214-828-1000 (todas las edades), o llame al 911 si se trata de una situación que amenaza su vida.

**Reglamento de Cancelación**

Los terapeutas están deseosos de trabajar con usted. Nuestras sesiones terapéuticas duran aproximadamente de 45-50 minutos. Es regla estricta estar a tiempo en todas nuestras citas agendadas. Por lo tanto, si es necesario, su tiempo de espera se mantiene al mínimo. Debido a la duración del tiempo provisto en cada cita,

es crucial que llegue a tiempo para sus citas. Si llega mas de 15 minutos tarde, no tendremos opción mas que re-agendarle su cita y puede ser responsable de las cuotas de "Ausencia" por no haber asistido a su cita. Para evitar que pague cuotas de "Ausencia", requerimos que nos de un aviso de cancelación de su cita por lo menos cuarenta y ocho (48) horas antes, al menos que su cita sea en un lunes, en tal caso la cancelación necesita hacerse el miércoles previo antes de las 3pm. **Las compañías de seguro no pagaran por "Ausencia o Cancelaciones Tardías", por lo tanto, será responsable por la cuota de \$\_\_\_\_ por una cita a la que no se presento (ausencia o cancelación tardía).** Después de una tercera ausencia o cancelación tardía, no podrá hacer otra cita y/o puede que lo refiramos a otro proveedor.

### **El uso del correo electrónico**

Por favor, tenga en cuenta que los correos electrónicos no son privados ni confidenciales. Es posible que su correo electrónico no sea leído por el destinatario rápidamente. En cuanto a los clientes de ROCC (adulto o menor de edad), su terapeuta no comunicara información terapéutica vía correo electrónico. Su terapeuta no proveerá actualizaciones de los síntomas, problemas presentes, o retroalimentación suyos o de algún menor de edad, independientemente de su decisión de comunicarle tal información al terapeuta. Adicionalmente, no todos los terapeutas tienen números de trabajo con la función de mensajear; sin embargo, si esta función esta disponible, solo se discutirá información acerca de las citas. Por favor, pregúntele a su terapeuta si mensajear es una opción. Los terapeutas se esfuerzan en proteger su privacidad, por lo tanto, no aceptaran solicitudes para conectarse o mensajearse en sitios de redes sociales.

### **Buscadores**

No es parte de nuestras practicas buscar clientes en Google, Facebook, u otros sitios de búsqueda. Podrían existir excepciones durante una crisis. Si tenemos razón para sospechar que usted representa un peligro para usted mismo u otros y hemos agotado todos los otros medios razonables para contactarlo o a su contacto de emergencia, entonces podremos usar un buscador para información para asegurar su bienestar. Si esto llega a ocurrir, será documentado en su totalidad y discutido con usted en su siguiente sesión.

### **Servicios Basados en la Ubicación**

Por favor tome en cuenta que si usa los servicios basados en la ubicación en su teléfono móvil podría comprometer su privacidad cuando asiste a sus sesiones en la oficina. Esta oficina no es una ubicación de registro en varios sitios tales como Facebook, sin embargo, se puede encontrar como una ubicación en Google. La localización por GPS activada hace posible que otros conjeturen que usted es un cliente de consejería debido a los check-ins (registros) regulares en la ubicación de nuestra oficina.

### **Consultas Psiquiátricas y Medicación**

Richland Oaks Counseling Center no cuenta con un psiquiatra en su personal, tampoco prescribe ni dispensa medicamentos psiquiátricos. Richland Oaks Counseling Center puede proporcionarle una referencia psiquiátrica si se considera necesario. Usted puede firmar un acuerdo de liberación para permitir que ROCC consulte diferentes temas con su psiquiatra.

### **ROCC es un sitio de capacitación e investigación para psicólogos y consejeros**

ROCC es un centro de formación e investigación. Por lo tanto, el tratamiento que reciba puede llevarse a cabo en su totalidad o en parte por psicólogos calificados, consejeros profesionales, practicantes en postdoctorado y en predoctorado o estudiantes de posgrado en psicología y consejería. Todos los terapeutas pasantes le informarán de su estatus de aprendiz, así como el nombre de su supervisor de consejería, el psicólogo con el que se puede contactar a través de nuestra oficina. Con el fin de supervisar adecuadamente a los aprendices, el supervisor puede pedir algunas veces que las sesiones sean grabadas ya sea en audio o en vídeo. En

## RICHLAND OAKS COUNSELING CENTER

ocasiones, los supervisores también graban sus propias sesiones terapéuticas con fines de entrenamiento. Ninguna de las grabaciones serán parte de su registro formal ya que serán borradas regularmente. Usted tiene el derecho de revisar estas grabaciones en cualquier momento y puede solicitar esto a través de su terapeuta. Usted puede elegir que sus sesiones no sean grabadas. Por favor, hable con su terapeuta si tiene preguntas acerca de la grabación de las sesiones en audio y video.

Richland Oaks Counseling Center utiliza datos de las pruebas psicológicas para investigaciones de archivo y para el entrenamiento de estudiantes de posgrado en Salud Mental. Las investigaciones de archivo consisten en estudiar los resultados de pruebas psicológicas pasadas para investigar cuestiones científicas que se presenten en el futuro. Estas investigaciones científicas tienen como objetivo general mejorar los resultados del tratamiento y aumentar nuestra comprensión de las condiciones psiquiátricas. Se recopilarán los datos, los cuales serán calificados sin que su nombre o usted puedan ser identificados y sin ninguna información personal con la que usted pudiera ser rastreado. Al firmar este formulario, usted está autorizando el uso de estos datos para la investigación con el entendimiento de que no recibirá ningún beneficio financiero de la utilización de los datos de archivo.

Formulario de Información y Consentimiento

(Copia ROCC- Retener para archivos del cliente)

### Servicios disponibles

Richland Oaks Counseling Center (ROCC) ofrece una variedad de servicios para personas individuales, parejas y grupos. Estos servicios son proporcionados por psicólogos, consejeros profesionales, practicantes de postdoctorado, practicantes de predoctorado y estudiantes de posgrado en psicología y consejería.

### Psicoterapia

La psicoterapia puede tener riesgos y beneficios. El proceso terapéutico puede incluir discusiones acerca de sus retos personales y dificultades que pueden provocar sentimientos incómodos como tristeza, culpa, ira y frustración. Sin embargo, la psicoterapia también ha demostrado tener muchos beneficios. A menudo puede llevar a mejorar relaciones interpersonales, el rendimiento académico, la capacidad de solucionar problemas y a la reducción de sentimientos de angustia. Sin embargo, no hay garantía de estos beneficios.

### Cuotas por Servicios

Los terapeutas de Richland Oaks están contratados individualmente con compañías de seguros. No todos los terapeutas aceptan seguro y algunos solo aceptan ciertas compañías. Si estamos dentro de la red de su seguro, intentaremos verificar sus beneficios antes de su primera cita y llenar sus reclamos de seguro como corresponda. Por favor tome en cuenta que solo podemos proveerle un estimado de los beneficios, pero las compañías de seguro reservan el derecho de la aprobación final. Usted será responsable de cargos que no estén cubiertos o contratados por su seguro. Si no estamos dentro de su red, le proveeremos un "Superbill" si usted lo solicita, para que pueda presentarlo a su compañía de seguros.

Habrà una cuota de \$10 si solicita registros médicos. Los registros médicos que se envían a otro proveedor de servicios no requerirán una cuota.

### Responsabilidad Financiera

El pago se entrega en el momento que se proveen los servicios a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado con el director o administrador de oficinas de ROCC. Estoy de acuerdo en pagar por la psicoterapia la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ por sesión. Entiendo que si ROCC no acepta mi seguro; me proveerán la información necesaria para ayudarme a llenar el reclamo de seguro yo mismo(a). **Entiendo que es mi responsabilidad contactar mi compañía de seguro para aclarar los beneficios y reembolso por servicios psicológicos.**

**Entiendo que se cobrará una cuota regular por cualquier servicio profesional adicional que yo pida, tales como conversaciones por teléfono conmigo que duren más de 10 minutos, consultas con otros profesionales, preparación de formularios especiales, resúmenes, cartas, etc. que no están relacionadas con mi tratamiento directo. Esto incluye documentos para asuntos legales o de discapacidad.**

### Confidencialidad

En consonancia con las normas de ética profesional del Estado y la Ley Federal, todos los servicios ofrecidos por el personal de ROCC son confidenciales a excepción de las situaciones que se indican a continuación y en el apartado Aviso de Prácticas de Privacidad. Los miembros del equipo de ROCC llegamos a un acuerdo común sobre la mejor manera de proporcionarle la asistencia que necesite y le sea más efectiva. Tal como

esta estipulado en las guías de prácticas psicológicas y estándares actuales de atención, mantenemos un registro de todas las sesiones terapéuticas. Estos registros se almacenan de forma segura de acuerdo con las normas federales de seguridad y profesionales de los registros médicos. Todas las peticiones de registros deben hacerse por escrito, a través del formulario de Divulgación de Información. Sepa que, se efectúa un plan de sucesión si a su terapeuta le da una enfermedad seria, se encuentra impedido de alguna de sus capacidades, o muere inesperadamente.

El personal profesional de ROCC tiene la responsabilidad legal de revelar información del cliente sin el consentimiento previo cuando es probable que el cliente se dañe a sí mismo o a los demás a menos que se tomen medidas de protección, cuando hay una sospecha razonable de abuso de menores, de adultos dependientes o ancianos, cuando el cliente no es capaz de cuidarse a sí mismo y cuando hay una orden judicial válida para la divulgación de los archivos del cliente. Afortunadamente, estas situaciones son poco frecuentes.

Al firmar este formulario, usted le otorga permiso a ROCC de comunicarse con el contacto de emergencia que usted ha designado si creemos que usted está en riesgo. Si está demandando a alguien o esta siendo demandado, si usted es acusado de un delito y le dice a la corte que es un cliente en ROCC, entonces se le ordenará a ROCC o a su terapeuta que muestre sus registros ante la corte. Por favor, sepa que, a partir del 2015 en el Estado de Texas, los psicólogos (y cualquier terapeuta en entrenamiento) no tienen permitido hacer declaraciones en corte sobre la custodia apropiada de un menor, aptitud parental (ej. que padre es mas apto psicológicamente de criar a un menor), y/o alienación parental al menos que tengan entrenamiento especializado en esta área (usualmente referidos como Psicólogos forenses). Por favor consulte con su terapeuta acerca de su entrenamiento en esta área y con su abogado si cree que surja algún problema. Por favor, consulte con su terapeuta si tiene alguna pregunta acerca de la confidencialidad. Existen cuotas adicionales asociadas con el involucramiento de su terapeuta en asuntos legales tales como testificar en la corte, consultar con profesionales en derecho, y preparación de documentos legales.

**Si está en terapia familiar con un menor:**

**Entiendo que, si mi menor de edad tiene padres que están divorciados y/o en un acuerdo de custodia compartida, debo de proporcionarle a mi terapeuta una copia del decreto de divorcio y el acuerdo mas reciente de custodia del menor y/o proveer cualquier actualización y cambios antes de que pueda comenzar el trabajo por la Ley del Estado de Texas.**

**Reglamentos**

En general, puede revisar sus registros en ROCC en cualquier momento. Existen algunas limitaciones en cuanto a datos brutos de las evaluaciones, pero en su mayoría, tiene acceso a su información. Puede añadir a esta información o corregir esta información, y puede conservar copias de los registros. Sin embargo, no puede examinar los registros creados por alguien mas que se enviaron a ROCC. En muy raras ocasiones, parte de sus registros pueden ser removidos antes de que los vea. Esto sucedería si se determina que la información podría ser perjudicial para usted; no obstante, el terapeuta o personal apropiado de ROCC las discutirá con usted si esto representa un problema

ROCC no es un centro de intervención de emergencia o crisis. Los terapeutas no están disponibles las 24 horas del día. En caso de una emergencia o crisis entre sus citas programadas, vaya a la sala de emergencias más cercana o busque ayuda en el Centro de Crisis de Suicidio disponible las 24 horas del día en el 214-828-1000 (todas las edades) , o llame al 911 si se trata de una situación que amenaza su vida.

**Reglamento de Cancelación**

Los terapeutas están deseosos de trabajar con usted. Nuestras sesiones terapéuticas duran aproximadamente de 45-50 minutos. Es regla estricta estar a tiempo en todas nuestras citas agendadas. Por lo tanto, si es necesario, su tiempo de espera se mantiene al mínimo. Debido a la duración del tiempo provisto en cada cita,

es crucial que llegue a tiempo para sus citas. Si llega mas de 15 minutos tarde, no tendremos opción mas que re-agendarle su cita y puede ser responsable de las cuotas de "Ausencia" por no haber asistido a su cita. Para evitar que pague cuotas de "Ausencia", requerimos que nos de un aviso de cancelación de su cita por lo menos cuarenta y ocho (48) horas antes, al menos que su cita sea en un lunes, en tal caso la cancelación necesita hacerse el miércoles previo antes de las 3pm. **Las compañías de seguro no pagaran por "Ausencia o Cancelaciones Tardías", por lo tanto, será responsable por la cuota de \$\_\_\_\_\_ por una cita a la que no se presento (ausencia o cancelación tardía).** Después de una tercera ausencia o cancelación tardía, no podrá hacer otra cita y/o puede que lo refiramos a otro proveedor.

### **El uso del correo electrónico**

Por favor, tenga en cuenta que los correos electrónicos no son privados ni confidenciales. Es posible que su correo electrónico no sea leído por el destinatario rápidamente. En cuanto a los clientes de ROCC (adulto o menor de edad), su terapeuta no comunicara información terapéutica vía correo electrónico. Su terapeuta no proveerá actualizaciones de los síntomas, problemas presentes, o retroalimentación suyos o de algún menor de edad, independientemente de su decisión de comunicarle tal información al terapeuta. Adicionalmente, no todos los terapeutas tienen números de trabajo con la función de mensajear; sin embargo, si esta función esta disponible, solo se discutirá información acerca de las citas. Por favor, pregúntele a su terapeuta si mensajear es una opción. Los terapeutas se esfuerzan en proteger su privacidad, por lo tanto, no aceptaran solicitudes para conectarse o mensajearse en sitios de redes sociales.

### **Buscadores**

No es parte de nuestras practicas buscar clientes en Google, Facebook, u otros sitios de búsqueda. Podrían existir excepciones durante una crisis. Si tenemos razón para sospechar que usted representa un peligro para usted mismo u otros y hemos agotado todos los otros medios razonables para contactarlo o a su contacto de emergencia, entonces podremos usar un buscador para información para asegurar su bienestar. Si esto llega a ocurrir, será documentado en su totalidad y discutido con usted en su siguiente sesión.

### **Servicios Basados en la Ubicación**

Por favor tome en cuenta que si usa los servicios basados en la ubicación en su teléfono móvil podría comprometer su privacidad cuando asiste a sus sesiones en la oficina. Esta oficina no es una ubicación de registro en varios sitios tales como Facebook, sin embargo, se puede encontrar como una ubicación en Google. La localización por GPS activada hace posible que otros conjeturen que usted es un cliente de consejería debido a los check-ins (registros) regulares en la ubicación de nuestra oficina.

### **Consultas Psiquiátricas y Medicación**

Richland Oaks Counseling Center no cuenta con un psiquiatra en su personal, tampoco prescribe ni dispensa medicamentos psiquiátricos. Richland Oaks Counseling Center puede proporcionarle una referencia psiquiátrica si se considera necesario. Usted puede firmar un acuerdo de liberación para permitir que ROCC consulte diferentes temas con su psiquiatra.

### **ROCC es un sitio de capacitación e investigación para psicólogos y consejeros**

ROCC es un centro de formación e investigación. Por lo tanto, el tratamiento que reciba puede llevarse a cabo en su totalidad o en parte por psicólogos calificados, consejeros profesionales, practicantes en postdoctorado y en predoctorado o estudiantes de posgrado en psicología y consejería. Todos los terapeutas pasantes le informarán de su estatus de aprendiz, así como el nombre de su supervisor de consejería, el psicólogo con el que se puede contactar a través de nuestra oficina. Con el fin de supervisar adecuadamente a los aprendices, el supervisor puede pedir algunas veces que las sesiones sean grabadas ya sea en audio o en vídeo. En



## RICHLAND OAKS COUNSELING CENTER

ocasiones, los supervisores también graban sus propias sesiones terapéuticas con fines de entrenamiento. Ninguna de las grabaciones serán parte de su registro formal ya que serán borradas regularmente. Usted tiene el derecho de revisar estas grabaciones en cualquier momento y puede solicitar esto a través de su terapeuta. Usted puede elegir que sus sesiones no sean grabadas. Por favor, hable con su terapeuta si tiene preguntas acerca de la grabación de las sesiones en audio y video.

Richland Oaks Counseling Center utiliza datos de las pruebas psicológicas para investigaciones de archivo y para el entrenamiento de estudiantes de posgrado en Salud Mental. Las investigaciones de archivo consisten en estudiar los resultados de pruebas psicológicas pasadas para investigar cuestiones científicas que se presenten en el futuro. Estas investigaciones científicas tienen como objetivo general mejorar los resultados del tratamiento y aumentar nuestra comprensión de las condiciones psiquiátricas. Se recopilarán los datos, los cuales serán calificados sin que su nombre o usted puedan ser identificados y sin ninguna información personal con la que usted pudiera ser rastreado. Al firmar este formulario, usted está autorizando el uso de estos datos para la investigación con el entendimiento de que no recibirá ningún beneficio financiero de la utilización de los datos de archivo.

**Confidencialidad y Excepciones de la Confidencialidad**

La terapia viene con la suposición de que todo lo que el paciente dice se mantiene en la confidencialidad de su terapeuta. Ciertas leyes y la prácticas profesionales impiden a su terapeuta el mantener su información totalmente confidencial. Por favor lea cuidadosamente lo siguiente, discuta sus preocupaciones y preguntas con su terapeuta, escriba sus iniciales apropiadamente en el documento. Lo siguiente no pretende ser una garantía de que no surgirán otras circunstancias que puedan afectar a la confidencialidad. Usted se merece que las excepciones de la confidencialidad sean discutidas con usted a detalle, pero cabe mencionar que sus derechos legales pueden ser afectados por influencias externas, tales como cambios en la ley.

- Yo, \_\_\_\_\_ entiendo que si estoy en peligro inminente de daño a mí mismo o a los demás:
- \_\_\_\_\_, mi terapeuta podrá notificar al personal médico o legislativo sin mi permiso
- \_\_\_\_\_ Yo le doy permiso a mi terapeuta para informar a la(s) persona(s) siguiente(s):

Nombre: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ Entiendo que mi terapeuta está obligado por ley a reportar cualquier sospecha de abuso de menores o ancianos (65).
- \_\_\_\_\_ Entiendo que el uso de los recursos de pago de terceros a menudo requiere la presentación de información confidencial por parte de mi terapeuta, como el diagnóstico de un trastorno de salud mental.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente o Representante del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

**Consentimiento**

Por favor, firme para los registros de ROCC

Al firmar, estoy dando mi autorización para ser tratado por un terapeuta calificado de ROCC. Entiendo que tengo el derecho de no firmar este formulario. Mi firma indica que he leído y discutido este acuerdo; no indica que estoy renunciando a ninguno de mis derechos. Entiendo que puedo elegir discutir mis preocupaciones con el terapeuta antes de empezar el tratamiento. Entiendo que después de que comience mi tratamiento tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento y por cualquier razón. Sin embargo, voy a hacer todo lo posible para hablar de mis preocupaciones con el terapeuta antes de terminar mi tratamiento.

Entiendo no se me ha hecho ninguna promesa específica por parte de mi terapeuta o de de un trabajador de ROCC acerca de los resultados de la psicoterapia.

La información obtenida durante mi tratamiento será confidencial y privilegiada con excepción de las limitaciones descritas anteriormente.

**Por favor firme abajo para indicar que usted entiende y está dispuesto a participar en psicoterapia en Richland Oaks Counseling Center ( ROCC ) de acuerdo con los reglamentos descritos anteriormente.**

_____	_____	_____
Nombre impreso del Paciente	Firma	Fecha
_____	_____	_____
Nombre impreso del Terapeuta	Firma	Fecha

Aviso de Prácticas de Privacidad

[Copia de cliente- Conserve para sus archivos ]

***Este aviso describe cómo su información de salud mental puede ser utilizada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente.***

Richland Oaks Counseling Center es una clínica de la enseñanza y investigación. Estudiantes graduados y estudiantes de psicología clínica, becarios predoctorales y becarios postdoctorales podrán participar en su cuidado como parte de sus programas de capacitación en salud mental. Toda la atención es supervisada por un profesional con licencia en salud mental. Toda la información que describe su tratamiento de salud mental y servicios de atención médica relacionados ("información de salud mental") es personal, y estamos comprometidos a proteger la privacidad de la información personal y de su salud mental que nos revele. Estamos obligados por ley a mantener la confidencialidad de la información que le identifica y la atención que recibe. Este aviso también se aplica a su psicólogo, consejero, psiquiatra y otros profesionales que le brinde atención. También hay que proporcionar ciertas protecciones para información relacionada con su diagnóstico y tratamiento médico, incluido el VIH/SIDA, y información sobre el alcohol y otras sustancias. Estamos obligados a darle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, sus derechos y nuestras responsabilidades legales.

**PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL:**

- Para tratamiento. Por ejemplo, podemos dar información acerca de su condición psicológica o la evaluación de otros proveedores de salud, tales como su médico de cabecera o otro psicólogo, para facilitar su tratamiento, referencias o consultas.
- Para el Pago. Por ejemplo, un médico puede ponerse en contacto con su compañía de seguros para verificar para qué beneficios usted es elegible, para obtener la autorización previa, y para recibir el pago de su compañía de seguros.
- Para operaciones del cuidado médico. Por ejemplo, podemos dar información a organizaciones de una universidad o a organizaciones de salud mental y de formación profesional para revisar la calidad de la atención prestada, para mejorar el rendimiento o para la educación de los profesionales de la salud. Otros ejemplos podrían incluir auditorías y servicios administrativos, el manejo de casos y coordinación de la atención.
- Para Citas. Servicios para recordarle de su cita o informarle sobre alternativas de tratamiento, beneficios o servicios relacionados con la salud.
- Para personas involucradas en su atención. Por ejemplo, sus padres o tutor, si es menor de edad.
- Con su autorización escrita podemos utilizar o divulgar información de salud mental para fines no descritos en este aviso.

**PODEMOS USAR SU INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL PARA OTROS FINES SIN SU AUTORIZACION ESCRITA:**

- Como exige la ley cuando sea requerido o autorizado por otras leyes, como la denuncia de maltrato infantil, maltrato a personas mayores, personas con discapacidad o abuso de adultos dependientes.
- Para actividades de supervisión de salud, licencias, auditorías, y agencias de acreditación gubernamentales como autorizado o requerido por ley, incluyendo auditorías, investigaciones civiles, administrativas o penales; acciones de licenciatura o disciplinarias, y control del cumplimiento de la ley.
- En los procedimientos judiciales en respuesta a órdenes de la corte/ administrativa, citaciones, solicitudes de descubrimiento u otros procesos legales. Si ROCC y/o su médico está citado para comparecer ante el tribunal y dar testimonio con respecto a nuestro conocimiento y experiencia de ustedes y nuestra evaluación, vamos a afirmar privilegio en su nombre. Sin embargo, si el juez insiste

que testificamos, vamos a declarar con veracidad y honestidad de nuestros pensamientos y opinión profesional.

- Para las autoridades de salud pública para prevenir o controlar las enfermedades transmisibles, lesiones o discapacidades, o garantizar la seguridad de los medicamentos y productos sanitarios.
- Para aplicación de la ley, por ejemplo, para ayudar en un proceso de hospitalización involuntaria.
- Para el Senado Legislativo del Estado o Comités de Reglas de Asamblea para investigaciones legislativas.
- Con fines de investigación sujetos a un proceso de revisión especial, y los requisitos de confidencialidad de la ley estatal y federal.
- Para prevenir una amenaza seria a la salud o seguridad de un individuo. Podemos notificar a la persona, decirle a alguien que podría prevenir el daño, o decirles a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.
- Para proteger ciertos funcionarios electivos incluido el presidente, mediante notificación a los agentes del orden de un daño potencial.

**USTED TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS:**

- De recibir una copia de este aviso cuando usted recibe atención.
- Para solicitar restricciones. Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación a la información de salud mental que divulgamos sobre usted para tratamiento, pago o atención médica. Usted debe poner su petición por escrito. No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud. Si estamos de acuerdo con la petición la cumpliremos, excepto en la medida en que ya se ha producido la divulgación o si usted está en necesidad de tratamiento de emergencia y se necesita la información para proporcionar el tratamiento de emergencia.
- Para inspeccionar y solicitar una copia de su Registro de Salud Mental excepto en circunstancias limitadas. Se le efectuará cargos por copiar su expediente. Usted debe someter su solicitud para una copia de sus registros por escrito. Si se le niega el acceso a su expediente de salud mental por ciertas razones, le diremos por qué y cuáles son sus derechos para impugnar esa negación .
- De solicitar una enmienda o un anexo a su registro de salud mental. Si considera que la información es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que enmendemos la información o agreguemos un apéndice (adición al registro) de no más de 250 palabras para cada inexactitud. Su solicitud de enmienda o anexo debe ser por escrito y debe especificar su razón por la solicitud. Podemos negar su solicitud a una enmienda si la información no fue creada por nosotros, no es una parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar, o si la información ya está correcta y completa. Incluso si aceptamos su solicitud, no eliminamos información que ya están en sus registros.
- De recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho de su información de salud mental. Usted debe poner su solicitud de una contabilidad por escrito.
- De solicitar que nos comuniquemos con usted por medios alternativos (por ejemplo, fax frente a correo) o en lugares alternativos. Su solicitud debe ser por escrito, y debemos honrar las solicitudes razonables.

**CAMBIOS A ESTE AVISO:** Richland Oaks Counseling Center se reserva el derecho de modificar o revisar este aviso. Si se hace una revisión de nuestras políticas y procedimientos, una copia revisada se publicará en la oficina y una copia se le proporcionada con su petición.

**INFORMACIÓN DEL CONTACTO:** Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor comuníquese con el director de la oficina en Richland Oaks Counseling Center, 1221 Abrams Road, Suite 325, Richardson, Texas, 75081, o por teléfono al 469-619-7622. Si usted cree que sus derechos han sido violados, puede comunicarse con la Mesa de Examinadora de Psicólogos del estado de Texas al 1-800-821-3205. Usted también puede enviar una queja por escrito al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. **No será penalizado por presentar una queja.**

## Reconocimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad

[Copia de Oficina de ROCC]

El Aviso de Practica de Privacidad de Richland Oaks Counseling Center proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información médica protegida acerca de usted.

Además de la copia le proporcionaremos copias de la notificación actual que se pueden obtener a través del director de oficina en ROCC.

Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad.

---

Firma del cliente o de el Representante

---

Imprimir Nombre

---

Fecha

Intérprete (si aplica): \_\_\_\_\_ Relación al Cliente: \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO DE ADMISIÓN**

Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
                     Mes                      Día                      Año

Información de Cliente:
<b>Nombre Legal:</b> _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin: 0 auto;"> <span>Primer Nombre</span> <span>M.I.</span> <span>Apellido</span> </div>
<b>Nombre preferido/Apodo:</b> _____
<b>Fecha de Nacimiento:</b> _____ / _____ / _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 80%; margin: 0 auto;"> <span>Mes</span> <span>Día</span> <span>Año</span> </div>
Información de Contacto:
<b>Domicilio:</b> _____
<b>Ciudad:</b> _____ <b>Código Postal:</b> _____
<b>Número de celular:</b> _____
<input type="checkbox"/> Acepta llamadas <input type="checkbox"/> Acepta mensajes <input type="checkbox"/> Acepta que dejemos mensaje
<b>Teléfono de casa u otros teléfonos:</b> _____
<input type="checkbox"/> Acepta llamadas <input type="checkbox"/> Acepta mensajes <input type="checkbox"/> Acepta que dejemos mensaje
<b>Dirección de correo electrónico</b> (El correo electrónico puede que no sea confidencial): _____
<input type="checkbox"/> Acepta correos electrónicos acerca de sus citas
Método de contacto preferido:
<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo
<input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____
<b>Contacto De Emergencia:</b> Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____

**SECCIÓN A: Información Demográfica**

**(A1) Género**

Masculino       Femenino       Transexual       Otro \_\_\_\_\_

**(A2) Origen étnico** \_\_\_\_\_

Prefiero no contestar

**(A3) Orientación sexual**

Bisexual       Heterosexual       Lesbiana/ Homosexual       Cuestionable

Otro (especificar): \_\_\_\_\_

**(A4) Identidad Religiosa/ Cultural:** \_\_\_\_\_

Prefiero no contestar

**(A5) Estado Civil:**

Soltero/a       Casado/a       Divorciado/a       Cohabitando       Separado/a       Viudo/a

Otro (especificar): \_\_\_\_\_

Indique su pareja actual o anterior así como su edad y ocupación (de la pareja) :

\_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha estado o estuvo en esta relación?: \_\_\_\_\_

**(A6) Información Educativa: (marque el grado más alto que ha obtenido)**

GED     Preparatoria     Diploma de Asociados     Licenciatura     Maestría     Doctorado

Escuela a las que ha asistido / asiste \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Campo(s) de estudio \_\_\_\_\_

**(A7) Información Ocupacional:**

¿Está trabajando actualmente? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, indique su ocupación actual y empleador de trabajo. Si no, indique su ocupación anterior y el empleador:

**Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Empleador:** \_\_\_\_\_

**(A8) Servicio Militar**

¿Es usted veterano?     Si       No

En caso afirmativo, ¿en qué rama del ejército? \_\_\_\_\_ Años de servicio \_\_\_\_\_



**(A9) Referido a Richland Oaks Counseling por: (marque todo lo que corresponda)**

- Sólo/por sí mismo    Amigo    Miembro de la familia    Escuela    Hospital    Líder religioso  
 Proveedor de atención medica    Proveedor de salud mental

Otro: \_\_\_\_\_

Si vino por sí solo, ¿cómo se enteró de nuestros servicios?

- Sitio web de ROCC    Otro sitio Web    Folleto    Presentación/Conferencia/Taller  
 Otro(especifique): \_\_\_\_\_

**SECCIÓN B: Historial de Salud**

**(B1) Información de su Medico (nombre, dirección, y numero telefónico)**

**Médico de atención primaria**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Psiquiatra**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Otro**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(B2 ) ¿Cuándo fue su ultimo examen físico? \_\_\_\_\_

(B3) ¿Actualmente, como esta su salud física?

- Pobre    Insatisfactoria    Satisfactoria    Buena    Excelente

(B4) ¿Ha tenido accidentes o lesiones graves?

- Sí    No

En caso afirmativo, por favor describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(B5) Por favor, describa cualquier problema medico u hospitalizaciones que haya tenido:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(B6) Por favor escriba otros síntomas físicos persistentes o problemas de salud que no se hayan mencionado antes (por ejemplo: dolores crónicos, dolor de cabeza, hipertensión, diabetes, etc.):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(B7) ¿Toma regularmente algún medicamento prescrito, medicamentos sin receta, suplementos o remedios alternativos para el tratamiento de alguna condición médica?

- Sí       No

En caso afirmativo, indique todos los medicamentos que está tomando actualmente, la condición para la que los toma y el médico que los receta (si es el caso). (Por ejemplo: Prevacid 30 mg, úlcera de estómago, médico de familia X):

---

---

---

(B8 ) ¿Tiene problemas con sus hábitos de sueño?

- No hay problemas    Duermo demasiado    Duermo muy poco    Mala calidad del sueño  
 Tengo sueños perturbadores  
 Otro: \_\_\_\_\_

---

(B9) ¿Cuántas veces por semana hace ejercicio?

- Una o menos    De dos a cuatro    Cinco o más

¿Por cuánto tiempo hace ejercicio cada vez? \_\_\_\_\_

---

(B10) ¿Actualmente tiene dificultades con el apetito o los hábitos alimentarios? Marque todo lo que corresponda.

- Ninguna       Como poco       Como de más       Atracones       Restricción  
 Cambio de peso significativo (ganancia o pérdida)

Describe la naturaleza de sus hábitos alimenticios o del cambio de peso: (Por ejemplo, rutina de alimentación, perdió peso y el período de tiempo en que esto sucedió, etc.)

---

---

---

(B11 ) ¿Tiene algún problema o preocupaciones sobre su funcionamiento sexual? Marque todo lo que corresponda.

- No hay preocupaciones    Falta de apetito    Problema de rendimiento    Impulsividad sexual  
 Dificultad para mantener la excitación sexual    Preocupado por enfermedades de transmisión sexual  
 Otra (especificar): \_\_\_\_\_

---

**SECCION C: Historia de Salud Mental**

(C1) ¿Ha recibido servicios de consejería o psicoterapia en el pasado?

Si (especificar)  No

En caso afirmativo, explique cuándo, con quién, y si le fueron de ayuda

---

---

---

(C2) ¿Usted a recibido servicios de Richland Oaks Counseling Center (ROCC) antes?

Si (especificar)  No

En caso afirmativo, ¿cuándo recibe servicios de ROCC , y quién era el proveedor de salud/médico mentales: (por ejemplo: el otoño de 2011, Dr. Leach): \_\_\_\_\_

(C3) ¿Actualmente, recibe servicios psiquiátricos, consejería profesional, o psicoterapia en otro lugar ?

Si (especificar)  No

En caso afirmativo, indique el nombre y número de teléfono del proveedor de salud mental: (por ejemplo, Dr. Smith, 214-555-5555). \_\_\_\_\_

(Usted debe completar un formulario de divulgación de información si usted elige que ROCC comparta información con este proveedor.)

(C4) ¿Ha sido diagnosticado (actualmente o en el pasado) con tener un trastorno psiquiátrico? (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno de estado de ánimo, trastornos de aprendizaje, trastorno de estrés postraumático, trastorno de la alimentación, trastorno de la personalidad, etc.)

Si (especificar)  No

En caso afirmativo, indique el trastorno (s) y aproximadamente cuando se diagnóstico: \_\_\_\_\_

---

---

---

(C5) ¿Se le ha recetado una mediación psiquiátrica en el pasado?

Si (especificar)  No

En caso afirmativo, indique qué medicamentos, dosis, y cuando se toma: (por ejemplo, Prozac , 20 mg, 2008-2010 ): \_\_\_\_\_

---

---

---

Fue útil el medicamento?  Si  No

(C6) ¿Alguna vez ha estado hospitalizado por razones psiquiátricas?

Si     No

Si la respuesta es si, por favor especifique la razón por la cual fue hospitalizado (marque todas las que aplique)

Problemas psicológicos     Pensamientos/Intentos suicidas

Representar un peligro a otros     Drogas/ Alcohol

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

¿Fue útil la hospitalización?     Si     No

**SECCIÓN D : Información Familiar y Social**

(D1) Por favor escriba los miembros de su familia (por ejemplo , padres, hermanos, parientes con los que están cerca; incluya a los niños de la pregunta D2):

**Nombre, Relación con usted, edad actual, (o la edad en el momento de la muerte), ocupación.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(D2) ¿Tiene hijos ?     Si (especifique enseguida)     No

**En caso afirmativo, indique el nombre, la edad y el sexo de los niños (indique si es hijastro, hijo biológico o hijo adoptivo):**  
**(por ejemplo: Tommy, varón, 9 años, 3er grado, biológico)**

**Nombre, Relación con usted, edad actual, (o la edad en el momento de la muerte), ocupación.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**En caso afirmativo, ¿tiene la custodia total de sus hijos?**     Si     No (especifique a continuación)

**Si no, describir el arreglo de custodia:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(D3) ¿Existe historia de enfermedad mental, abuso de sustancias, o dificultades de aprendizaje en su familia?

Si (especifique a continuación)     No

**En caso de afirmación, por favor explique brevemente:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

RICHLAND OAKS COUNSELING CENTER

D4) Además de los miembros de la familia, aproximadamente con cuantas personas puede contar para apoyo emocional?

---



---

**Sección E: Preocupaciones Presentes**

(E1) Describa brevemente lo que lo trae a Richland Oaks Counseling Center (ROCC):

---



---



---

(E1 cont.) ¿Hay alguna información adicional sobre usted, sus dificultades actuales, circunstancias especiales o retos dentro de su familia, sus relaciones, ambiente educativo o laboral que seria útil que supiéramos?

---



---



---



---

(E2) Aproximadamente, ¿por cuánto tiempo le han molestado estas preocupaciones?

- Un par de días   
  Una semana   
  Un mes   
  Varios meses   
  Un año   
  Varios años  
 La mayor parte de mi vida

(E3) Cuanto interfieren estas preocupaciones con su:

Rutina diaria	Muy poco:	1	2	3	4	5	:Gravemente
Bienestar emocional	Muy poco:	1	2	3	4	5	:Gravemente
Relaciones/Actividades	Muy poco:	1	2	3	4	5	:Gravemente
Trabajo/ Escuela	Muy poco:	1	2	3	4	5	:Gravemente

Gracias por Completar el Cuestionario Inicial

**Formulario de Autorización de Tarjeta de Crédito**  
FAVOR DE IMPRIMA, COMPLETAR, Y DEVOLVER ESTA AUTORIZACIÓN  
Toda la información se mantendrá confidencial

Yo, \_\_\_\_\_, le doy a Richland Oaks Counseling Center permiso de cobrar a la tarjeta de crédito, debito, tarjeta de gastos flexibles, o cuenta de ahorros de salud, que está a continuación:

Nombre en la tarjeta: _____
Numero de tarjeta: _____
Fecha de Vencimiento: _____ Código postal: _____
Código de Seguridad: _____
Cargos aplicables incluyen: -Sesiones de Consejería -Pedidos de Reporte/Documentación -Pedidos de Registros -Cancelaciones Tardias /Ausencias -Sesiones de Grupo

Escriba sus iniciales a continuación:

\_\_\_\_\_ Entiendo que este comunicado esta limitado a lo que he acordado anteriormente. En caso de querer cambiar la información de mi tarjeta en un futuro, necesito decírselo a mi consejero

\_\_\_\_\_ Entiendo que, si mi cuenta entra en sobregiro, soy responsable de cualquier cuota incurrida.

\_\_\_\_\_ Entiendo que todas las tarjetas de crédito están sujetas a una cuota de conveniencia de \$3. Entiendo que esta cuota será aplicada a cada transacción en mi tarjeta.

*\* Si, por cualquier razón, varios "cargos" se procesan en una sola transacción -e.j. cargos acumulados/ balances pasados, varios miembros de la familia pagando por sus sesiones individuales en un pago conjunto- se aplicará (1) una cuota de conveniencia por la transacción.*

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en pagar por los servicios en consonancia con el acuerdo del titular de la tarjeta de mi banco emisor

\_\_\_\_\_ Entiendo que este comunicado es válido cuando lo firme, y que puedo retirar mi consentimiento a este comunicado en cualquier momento, ya sea verbalmente o por escrito.

**Dueño de la tarjeta: Escriba su nombre impreso, firma, y fecha a continuación.**

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_