

**INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

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

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (FN): \_\_\_\_\_

Padre(s) o tutor(es) si el cliente es menor de edad:

1. Nombre: \_\_\_\_\_ FN: \_\_\_\_\_ N°SS: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ FN: \_\_\_\_\_ N°SS: \_\_\_\_\_

Dirección del cliente: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

La dirección electrónica: \_\_\_\_\_

¿Quién vive en su hogar en este momento?

| Nombre | Edad  | Relación con el cliente | Ocupación |
|--------|-------|-------------------------|-----------|
| _____  | _____ | _____                   | _____     |
| _____  | _____ | _____                   | _____     |
| _____  | _____ | _____                   | _____     |
| _____  | _____ | _____                   | _____     |

Describa brevemente por qué acude a terapia.

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

¿Ha estado en terapia antes? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Historias personales pertinentes (por ejemplo: nacimiento de un nuevo hijo, fallecimiento de un miembro de la familia, enfermedad, etc.)?

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

Por favor complete lo siguiente, si corresponde.

Escuela (si es menor de edad) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Año/Grado \_\_\_\_\_

Trabajador(a) Social \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Pediatra \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Tiene problemas de drogas o alcohol usted o alguien en su familia?    Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Si respondió afirmativamente, por favor, explique:

---

---

¿Ha intentado suicidarse usted o alguien en su familia?    Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

¿O ha tenido ideas suicidas usted o alguien en su familia?    Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Si respondió afirmativamente, por favor, explique:

---

---

¿Ha sido condenado por un delito grave usted o alguien en su familia?    Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Si respondió afirmativamente, por favor, explique:

---

---

¿Alguien en su familia ha recibido:

1. Tratamiento con hospitalización por consumo de drogas \_\_\_\_ o cuestiones de salud mental \_\_\_\_?

Por favor, explique quién y las circunstancias: \_\_\_\_\_

---

---

2. Tratamiento ambulatorio por consumo de drogas \_\_\_\_\_ o cuestiones de salud mental \_\_\_\_\_?

Por favor, explique quién y las circunstancias: \_\_\_\_\_

---

---

3. Tratamiento ambulatorio por problemas psicológicos/psiquiátricos \_\_\_\_\_?

Por favor, explique quién y las circunstancias: \_\_\_\_\_

---

---

4. Medicación \_\_\_\_\_?

Por favor, explique quién y las circunstancias: \_\_\_\_\_

---

---

5. Evaluación/evaluaciones de custodia \_\_\_\_\_?

Por favor, explique quién y las circunstancias: \_\_\_\_\_

---

---

## **AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

*Ahora el Gobierno Federal requiere que los pacientes reciban este Aviso, en cumplimiento con las regulaciones de HIPAA.*

**I. ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER USADA Y COMENTADA LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO ATENTAMENTE.**

**II. TENGO LA OBLIGACIÓN LEGAL DE SALVAGUARDAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI por sus siglas en inglés).**

La ley me exige proteger la privacidad de su PHI, la cual incluye información que puede ser usada para identificarlo(a), que he creado o recibido acerca de su salud o condición pasada, presente o futura, de la prestación de atención médica a usted o del pago de esta atención médica. Debo proporcionarle este Aviso sobre mis prácticas de privacidad y dicho Aviso debe explicar cómo, cuándo y por qué yo “usaré” y “revelaré” su PHI. Un “uso” de PHI ocurre cuando comparto, examino, utilizo, aplico o analizo la información dentro del ejercicio de mi profesión; la PHI se “revela” cuando se divulga, transfiere, entrega o se da a conocer de otra manera a un tercero externo a mi práctica profesional. Salvo algunas excepciones, no puedo usar ni revelar más de lo necesario de su PHI para lograr el propósito por el cual se hizo el uso o divulgación. La ley me exige cumplir con las prácticas de privacidad descritas en este Aviso.

Sin embargo, reservo el derecho de cambiar en cualquier momento los términos de este Aviso y mis políticas de privacidad. Todo cambio se aplicará a la PHI que ya esté en mis archivos. Antes de hacer cualquier cambio importante a mis políticas, inmediatamente cambiaré este Aviso y publicaré una copia del mismo en mi consultorio u oficina. Igualmente, usted puede solicitarme una copia del Aviso o ver una copia del mismo en mi consultorio u oficina.

**III. CÓMO PUEDO USAR Y REVELAR SU PHI.**

Usaré su PHI por muchas razones diferentes. Para algunos usos o revelaciones de información necesitaré su autorización previa; para otros, sin embargo, no la necesitaré. A continuación se listan las diferentes categorías de los usos y divulgaciones que realizo, así como algunos ejemplos para cada categoría.

**A. Los usos y revelaciones de información relacionadas al tratamiento, al pago o a operaciones de atención de la salud no requieren su consentimiento escrito previo.** Puedo usar y revelar la información de su PHI sin su consentimiento por las siguientes razones:

- 1. Por tratamiento.** Usaré y revelaré su PHI a los médicos, psiquiatras, psicólogos y otros profesionales de la salud autorizados que le proporcionan servicios médicos o participan del cuidado de usted. Por ejemplo, si un psiquiatra lo(a) está tratando, puedo revelar su PHI a su psiquiatra para coordinar la asistencia que se le proporciona.
- 2. Para obtener el pago del tratamiento.** Puedo usar y revelar su PHI para facturar y cobrar el pago por el tratamiento y los servicios que le proporciono. Por ejemplo, podría enviar su PHI a su compañía aseguradora o a su plan de salud para cobrar los servicios de atención de salud que le he proporcionado. Puedo también suministrar su PHI a mis asociados comerciales tales como compañías de facturación, compañías de tramitación de reclamos y otras que procesan mis reclamos por servicios de asistencia médica.
- 3. Por operaciones de asistencia de la salud.** Puedo revelar su PHI para la operación de práctica profesional. Por ejemplo, podría usar su PHI para evaluar la calidad de los servicios de atención de la salud que usted recibió o para evaluar el desempeño de los profesionales de la atención de la salud que le proporcionaron estos servicios. Puedo también suministrar su PHI a mis contadores, abogados, asesores y otros para asegurarme de estar cumpliendo con la legislación aplicable.
- 4. Otras revelaciones de información.** También puedo revelar su PHI a otros sin su consentimiento en ciertas situaciones. Por ejemplo, no se requiere su consentimiento si usted necesita un tratamiento de emergencia, en tanto yo intente obtener su consentimiento después de que se le proporcione el tratamiento, o si intento obtener su consentimiento pero usted es incapaz de comunicarse conmigo (por ejemplo, si está inconsciente o sufre dolores agudos) y yo creo que usted consentiría con este tratamiento si pudiera.

B. **Ciertos usos y revelaciones de información no requieren su consentimiento.** Puedo usar y revelar su PHI sin su consentimiento o autorización por las siguientes razones:

1. **Cuando la ley federal, estatal o local, los procedimientos judiciales o administrativos o el cumplimiento de la ley requieren la revelación de información.** Por ejemplo, puedo revelar información sobre víctimas de abuso o negligencia a los funcionarios o agentes oficiales pertinentes si una ley me exigiera reportar información a las instituciones o reparticiones gubernamentales y al personal encargado del cumplimiento de la ley, o si lo ordenara un procedimiento judicial o administrativo.
2. **Para actividades de la salud pública.** Por ejemplo, puedo tener que reportar información sobre usted a la oficina forense del condado.
3. **Para actividades de supervisión de la salud.** Por ejemplo, puedo tener que proporcionar información para asistir al gobierno cuando lleva a cabo una investigación o inspección de un proveedor u organización de servicios de salud.
4. **Para fines de investigación.** En ciertas circunstancias puedo proporcionar PHI para realizar investigaciones médicas.
5. **Para evitar daños.** Para evitar una amenaza seria a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad de otra persona o del público, puedo proporcionar PHI al personal encargado del cumplimiento de la ley o a personas capaces de impedir o reducir el daño.
6. **Para funciones gubernamentales específicas.** Puedo revelar PHI de personal y veteranos militares en ciertas situaciones. Puedo revelar PHI para fines de seguridad nacional, como la protección del presidente de los Estados Unidos o la conducción de operaciones de inteligencia.
7. **Con propósitos de indemnización laboral.** Puedo proporcionar PHI para cumplir con las leyes de compensación a los trabajadores.
8. **Recordatorios de citas y beneficios o servicios relacionados con la salud.** Puedo usar PHI para suministrar recordatorios de citas o dar información sobre alternativas de tratamiento u otros servicios o beneficios de asistencia de la salud que ofrezca.

C. **Ciertos usos y revelaciones de información requieren que usted tenga la posibilidad de oponerse.**

1. Revelaciones de información a la familia, amigos u otros. Puedo proporcionar su PHI a un familiar, amigo u otra persona que usted señale como relacionada con su cuidado o con el pago de su atención de salud, a menos que usted se oponga total o parcialmente. El consentimiento puede obtenerse retroactivamente en situaciones de emergencia.

D. **Otros usos y revelaciones de información requieren su previa autorización escrita.** En cualquier otra situación no descrita en las secciones III A, B y C, le pediré su autorización escrita antes de usar o revelar cualquier información de su PHI. Si usted elige firmar una autorización para revelar su PHI, luego puede revocar por escrito dicha autorización, para impedir que yo haga cualquier futuro uso y divulgación (en la medida en que yo no haya actuado con base en dicha autorización) de su PHI.

#### IV. **QUÉ DERECHOS TIENE USTED CON RESPECTO A SU PHI.**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI:

- A. **El derecho de solicitar límites para los usos y divulgaciones de su PHI.** Usted tiene el derecho de pedir que yo limite cómo uso y revelo su PHI. Consideraré su solicitud, pero no estoy obligado legalmente a aceptarla. Si acepto su solicitud, expresaré cualquier límite por escrito y me sujetaré a ellos excepto en situaciones de emergencia. Usted no puede limitar los usos y divulgaciones que la ley me exija hacer.
- B. **El derecho de elegir cómo le envío la PHI.** Usted tiene el derecho de pedir que le envíe la información a usted a una dirección alternativa (por ejemplo, enviar la información a su dirección laboral en lugar de a su domicilio) o por medios alternativos (por ejemplo, correo electrónico en lugar de correo común). Yo debo concordar con su solicitud en tanto pueda proporcionarle fácilmente su PHI en el formato solicitado.

- C. **El derecho de ver y obtener copias de su PHI.** En la mayor parte de los casos, usted tiene el derecho de mirar y obtener copias de su PHI en mi poder, pero debe solicitarlo por escrito. Si no tengo su PHI pero sé quién la tiene, le diré cómo obtenerla. Le responderé dentro de los 30 días después de recibida su solicitud escrita. En ciertas situaciones puedo negar su solicitud. Si lo hago, le diré por escrito mis razones para la negativa y le explicaré su derecho a la revisión de mi negativa. Si solicita copias de su PHI, no le cobraré más de veinticinco centavos (\$0.25) por cada página. En lugar de proporcionarle la PHI que solicitó, puedo suministrarle un resumen o explicación de la PHI en tanto usted esté de acuerdo de antemano con ello y con el costo.
- D. **El derecho de obtener una lista de las revelaciones de información que haya hecho.** Usted tiene el derecho de obtener una lista de las instancias en las cuales he revelado su PHI. Esta lista no incluirá los usos o revelaciones de información a los que usted ya ha consentido, tales como los hechos *para* el tratamiento, el pago u operaciones de asistencia de la salud, directamente a usted o a su familia. La lista tampoco incluirá los usos y divulgaciones hechas *para* fines de seguridad nacional con personal penitenciario o personal encargado del cumplimiento de la ley o revelaciones de información hechas antes del 15 de abril del 2003.

Responderé su petición de explicación de las divulgaciones de información dentro de los sesenta (60) días después de recibida su solicitud. La lista que le daré incluirá las divulgaciones hechas en los últimos seis (6) años, a menos que usted solicite un tiempo más breve. La lista incluirá la fecha de la revelación de información, a quién se le reveló su PHI (incluyendo la dirección del recipiente, si se conoce), una descripción de la información divulgada y la razón para la divulgación. Le proporcionaré la lista sin costo, pero si usted realiza más de una solicitud en el mismo año, le cobraré cada solicitud adicional a una tarifa razonable basada en el costo.

- E. **El derecho de corregir o actualizar su PHI.** Si usted piensa que hay un error en su PHI o que falta información importante, tiene el derecho de solicitar que yo corrija la información existente o agregue la faltante. Usted debe suministrar por escrito la solicitud y sus razones para hacerla. Responderé su petición dentro de los sesenta (60) días de recibida la solicitud de corregir o actualizar su PHI. Puedo rechazar su solicitud por escrito si (1) su PHI es correcta y está completa, (2) su PHI no es de mi autoría, (3) no se permite su divulgación o (4) no consta en mis archivos. Mi rechazo por escrito expresará las razones para la negativa y explicará su derecho de presentar por escrito una declaración de desacuerdo con la denegación. Si no presenta un desacuerdo, tiene el derecho de pedir que su solicitud y mi negativa se adjunten a toda futura divulgación de su PHI. Si apruebo su solicitud, modificaré su PHI, le notificaré que he cambiado su PHI y se lo notificaré a otros que necesiten saber acerca de la modificación de su PHI.
- F. **El derecho de recibir este Aviso por correo electrónico.** Usted tiene el derecho de recibir una copia de este Aviso por correo electrónico. Incluso si ha acordado recibir este Aviso por correo electrónico, tiene igualmente el derecho de solicitar una copia en papel.

V. **CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE MIS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.** Si usted piensa que puedo haber violado sus derechos de privacidad o discrepa con una decisión mía sobre el acceso a su PHI, usted puede presentar una queja ante la persona indicada en la sección VI de abajo. También puede enviar una queja escrita a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Secretary of the Department of Health and Human Services* en inglés), en: 200 Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20201. No adoptaré represalias contra usted si presenta una queja contra mis prácticas de privacidad.

VI. **A QUIÉN CONTACTAR POR INFORMACIÓN ACERCA DE ESTE AVISO O PARA PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE MIS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.** Si tiene alguna pregunta acerca de este Aviso o alguna queja sobre mis prácticas de privacidad o desea saber cómo presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos, por favor comuníquese con:

**NOMBRE:** Diana Jones, Administrativa Director  
**DIRECCIÓN:** 2827 Concord Boulevard, Concord, CA 94519  
**TELÉFONO:** (925) 685-9670 x 101

**ACUSO RECIBO DE ESTE AVISO.**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_



925-685-9670 • Fax 925-685-1528 • support@astepforwardinc.com  
2827 Concord Blvd., Concord, CA 94519

## AUTORIZACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Esta es una autorización para la divulgación de información confidencial concerniente al(a los) siguientes(s) paciente(s):

NOMBRE(S): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Al firmar este documento, yo (nombre del paciente o tutor en imprenta), \_\_\_\_\_, autorizo a \_\_\_\_\_ (en adelante: “Profesional”) a revelar información y registros sobre tratamientos de salud mental, obtenidos durante el tratamiento del Paciente por parte del Profesional, incluyendo aunque sin limitarse al diagnóstico del Profesional sobre el Paciente, a:

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

Comprendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización. Comprendo que cualquier cancelación o modificación de esta autorización debe constar por escrito. Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, a menos que el Profesional haya actuado basándose en ella. También comprendo que dicha revocación debe constar por escrito y ser recibida por el Profesional en la dirección del Profesional, para tener validez.

Se requiere la revelación de información y registros autorizada por el Paciente con el siguiente propósito:

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

Los usos y limitaciones específicos de los tipos de información médica a tratar son los siguientes:

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

Dicha divulgación se limitará a los siguientes tipos específicos de información:

---

---

El Profesional no condicionará el tratamiento a la firma de esta autorización por parte del paciente.

El paciente tiene el derecho de rehusarse a firmar este formulario.

El paciente comprende que la información usada o divulgada conforme a lo dispuesto en esta autorización puede quedar sujeta a una nueva divulgación por parte del recipiente y ya no estar protegida por la Norma Federal de Privacidad, aunque dicha información podría estar protegida por la legislación de California aplicable.

Esta autorización permanecerá vigente:

- Por un año
- Por la duración del tratamiento con el profesional
- Hasta una fecha específica: \_\_\_\_\_

Una copia del original de esta autorización firmada tendrá la misma validez que el original.

---

---

(EN IMPRENTA –Nombre del Paciente o Tutor) (Fecha) (Firma)

---

---

(EN IMPRENTA –Nombre del Paciente o Tutor) (Fecha) (Firma)



## **ACUERDO DE POLÍTICAS DEL CONSULTORIO E INFORMACIÓN GENERAL PARA SERVICIOS DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL**

### **CONFIDENCIALIDAD**

Toda información revelada dentro de sus sesiones y los registros escritos correspondientes a esas sesiones son confidenciales y no pueden ser revelados a nadie sin su permiso escrito (el del cliente), excepto cuando la divulgación se exige por ley. La mayoría de las disposiciones que explican cuándo la ley exige revelar información, se describen en el extenso Aviso de Prácticas de Privacidad que usted recibirá junto con este formulario.

La versión breve de las Excepciones a la Confidencialidad e información adicional es la siguiente:

- Si hay “sospecha razonable” de que un menor o un adulto mayor (de más de 65 años de edad) ha sido víctima de abuso o si Ud. está en peligro de lastimarse o de lastimar a otra persona.
- Mi Secretario(a)/Gerente de Oficina y Contable puede tener acceso a información confidencial limitada si se le pide que prepare cartas o facturas. Él/ella ha firmado un acuerdo de confidencialidad.
- Consulto regularmente a otros profesionales acerca de mis clientes; sin embargo, nunca se mencionan los nombres de mis clientes ni otra información identificatoria. Las identidades de los clientes permanecen anónimas y se mantiene completamente la confidencialidad.
- Estoy sano y no preveo ningún problema; sin embargo, si me ocurriera una emergencia personal, un representante de “A Step Forward” se lo notificaría y se responsabilizaría de todos mis registros confidenciales escritos.

### **LLAMADAS TELEFÓNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA**

Mi correo de voz está disponible para Ud. en todo momento. Reviso mi correo de voz cada día durante la semana de trabajo. Las llamadas devueltas que superen los 10 minutos serán cobradas según mis honorarios por hora, prorrateados. Todas las llamadas de fin de semana que no sean de emergencia serán devueltas el lunes siguiente. Aliento a los padres a dejar una “actualización sobre el hijo(a)” antes de las citas si tienen información importante acerca de la semana del hijo(a). En caso de emergencia puede llamar a la línea de crisis que opera las 24 horas del día en el 925-472-0999 para el condado de Contra Costa y en el (800) 309-2131 para el condado de Alameda, ir al hospital o llamar a la policía (911).

### **PAGOS Y REEMBOLSOS DE SEGURO**

Mis honorarios son de \$\_\_\_\_\_ por sesión. El pago se hace en cada sesión. Para ahorrar tiempo, por favor, tenga su cheque listo antes de cada sesión. Si tiene seguro, igualmente debe pagar por la sesión, y al final de cada mes se le entregará un estado de cuenta mensual para enviar a su compañía aseguradora. Todo reembolso irá directamente a usted. Discutiremos detalles o arreglos

alternativos durante la sesión. Debe ser consciente de que presentar una factura por atención de salud mental conlleva cierto riesgo. Las compañías aseguradoras no reembolsan todos los puntos, condiciones o problemas en los que se enfoca la psicoterapia. Sí requieren de mí que proporcione un diagnóstico. Es la responsabilidad de Ud. verificar los detalles específicos de su cobertura. Si usted solicita que yo escriba un informe, examine extensivamente su caso con otro profesional, programe una sesión telefónica o cualquier otra cosa que requiera tiempo fuera de su sesión de terapia, habrá un costo (basado en mis honorarios por sesión) en relación al tiempo que me tome completar el trabajo

### **EL PROCESO DE LA TERAPIA/EVALUACIÓN**

El cambio en la terapia a veces será fácil y rápido, pero puede ser también lento e incluso frustrante. No hay garantía de que la psicoterapia arrojará resultados positivos o los resultados perseguidos. En el transcurso de la terapia probablemente recurriré a varios enfoques psicológicos según, en parte, el problema que se trate y mi valoración de lo que podría ser beneficioso para Ud. Estos enfoques incluyen el cognitivo-conductista, el psicodinámico, el somático/emocional, el de sistemas familiares, el de desarrollo y el psicoeducativo.

### **CANCELACIONES**

Nuestro trabajo requiere compromiso, consistencia y responsabilidad. Cuando hace una cita, Ud. reserva un tiempo específico conmigo y este tiempo será suyo. Si cancela menos de 24 horas (un día de trabajo) antes de la sesión programada se le cobrará la sesión, a menos que podamos reprogramar la cita dentro de la misma semana. Si Ud. no llama ni viene a la sesión programada, se le cobrarán los honorarios completos. La mayoría de las compañías aseguradoras no reembolsa las sesiones perdidas.

**El Departamento de Asuntos del Consumidor del Estado de California (*California State Department of Consumer Affairs en inglés*)**, el Consejo de Control de Calidad Médica (*Board of Quality Medical Assurance en inglés*) y el Código de Ética de la Asociación Americana de Psicología (*Code of Ethics of the American Psychological Association en inglés*) prohíben cualquier acto sexual entre terapeutas y clientes. Si Ud. conoce alguna violación de esta norma de conducta, debe reportarla inmediatamente a: Department of Consumer Affairs, 1422 Howe Avenue, Sacramento, CA 95825, 1-866-503-3221.

He leído y comprendo y acepto acatar las políticas y condiciones del consultorio referidas arriba:

|   |                |                |
|---|----------------|----------------|
| _____<br>Nombre del Cliente o Tutor (en<br>impresión) | _____<br>Fecha | _____<br>Firma |
| _____<br>Nombre del Cliente o Tutor (en<br>impresión) | _____<br>Fecha | _____<br>Firma |

## **REGLAS DE OFICINA**

La siguiente es una lista de reglas que pedimos que lea y firme.  
Estas reglas aseguran la seguridad y consideración de todos nuestros clientes.

- Pedimos que los niños menores de doce años siempre estén acompañados por un adulto (padre o tutor) tanto dentro como fuera del edificio.
- El baño se encuentra al final de las escaleras. Los niños pequeños deben ser acompañados por un adulto.
- Hay amplio espacio para estacionar en la calle y se pide a los clientes que usen solo esa área. Mantenga siempre despejado el Acceso Vehicular Principal. La zona de estacionamiento en la parte posterior del edificio es de uso del personal únicamente.
- Por favor, no traiga comida ni bebidas a la Sala de Espera.

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



925-685-9670 • Fax 925-685-1528 • support@astepforwardinc.com  
2827 Concord Blvd., Concord, CA 94519

## POLICIES FOR INSURANCE REIMBURSEMENT CLAIM FORMS

A Step Forward does not accept medical insurance of any kind. Some individual carriers will reimburse their patient for a portion or all of their “out-of-network” treatment fees. We recommend that you contact your insurance company to discuss what kind of coverage you have.

If you would like, we are happy to provide a monthly 'super' claim form for you to submit to your insurance company for reimbursement. Please make your request by signing the bottom portion of this notice and returning it to your therapist or Main Office.

A Step Forward cannot guarantee that your insurance company will approve your reimbursement request; however, we will do what we can to assist you in the process.

If you have any questions, please contact Diana Jones, Administrative Director, at 925-685-9670 x 101.

-----  
I have read the “Policies For Insurance Reimbursement Claim Forms.” I agree with these policies, and I understand that I will only receive claim forms from the date this agreement was signed and ongoing throughout treatment.

\_\_\_\_\_  
Patient’s Name

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Patient’s Signature (or parent for minors)

\_\_\_\_\_  
Name of Treating Therapist

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A UN MENOR DE EDAD**

Yo, \_\_\_\_\_, siendo el padre/ guardián (ponga un circulo en uno),

de \_\_\_\_\_ doy mi permiso a \_\_\_\_\_ para darle tratamiento que puede incluir un grupo de terapia y/o la terapia individual o evaluación de mi hijo o hija. Yo entiendo que \_\_\_\_\_ me mantenerme informado del progres que hace mi hijo o hija o cualquier problema nuevo que de descubra durante el tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma de padre/guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo