

Formulario de Constancia de Recibo

Por favor lea detalladamente cada declaración. Por favor agregue su inicial -si está de acuerdo, que usted entiende y ha recibido la información dada. Háganos saber si tiene alguna duda sobre algún ítem.

_____ **Reconocimiento de haber recibido una copia escrita de Los Derechos Cliente.** Doy constancia y reconocimiento de haber recibido una copia y revisado la Declaración de Derechos del Cliente de parte de Holistic Growth /Graciela Aires Rust. Declaro haber recibido explicación y entiendo todos mis derechos.

_____ **Reconocimiento de haber recibido una copia de la Divulgación Profesional y Reglamentaciones del Terapeuta /Holistic Growth.** He recibido y revisado una copia de la Declaración de Divulgación Profesional de la Lic. Graciela Aires Rust que incluye información sobre su experiencia, educación, reglamentaciones de su trabajo, asistencia, conclusión de las terapias y cómo presentar una queja.

_____ **Verificación de Recibo de Aviso de Privacidad:** He recibido, revisado, y obtenido explicación de una copia del Aviso de Privacidad de parte de la Lic. Graciela Aires Rust explicando cómo se protegerá mi Información Protegida de Salud (IPS) y bajo qué condiciones se dará a conocer esta información.

_____ **Reconocimiento de Recibo de Consentimiento para tratamiento:** Declaro que soy legalmente competente y que tengo la capacidad de consentir mi tratamiento y / o el trato de los miembros de la familia de quienes soy el padre/madre o custodia legal.

_____ **Reconocimiento de Recibo de Políticas de Pago y Asistencia.** Entiendo y acepto que se me cobrará el costo total de una sesión si pierdo una cita no cancelada con 48 horas de antelación. Entiendo que el seguro no cubre las citas perdidas. Entiendo y acepto que si estoy más de 15 minutos tarde, la misma se considerará una cita cancelada tarde por la que asumo la responsabilidad de pagarla en su totalidad dentro de las 24 horas.

_____ **Consentimiento para usar el correo electrónico y el texto para la comunicación.** El correo electrónico, mensajes de texto y otras formas de comunicación electrónica no están protegidos y no protegen la información clínica de acuerdo a las reglamentaciones del HIPAA. Sin embargo entiendo la necesidad social para estos tipos de comunicación. Las llamadas telefónicas son la forma más segura de comunicación (fuera de la cara a cara). Acepto y entiendo los riesgos, sin embargo opto por también comunicarme via e-mail y texto con mi terapeuta o clínica de Holistic Growth inicializando en este párrafo.

_____ **Terminación de Servicios.** Entiendo y acepto que después de la tercera cita perdida, puedo ser contactado y notificado de la terminación de los servicios terapéuticos.

Nombre completo y Apellido del Cliente. _____

Firma: _____

Fecha: _____

Presenciado por: _____

Fecha: _____