

**Información de Cliente**

¿Ha recibido servicios de Vitality Unlimited antes en alguna de nuestras instalaciones?  Sí  No

Fecha: \_\_\_\_\_ ¿Cómo se enteró de Vitality Unlimited? \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ F.N.: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

¿Está sin casa?  Sí  No ¿Si sí, por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ (meses/años)

Email: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_  Cel.  Casa

Sexo:  M  F Género:  M  F  Otro

orientación sexual:  Bisexual  Heterosexual  Homosexual  En Duda  No revelado

Raza:  nativo americano o nativo de Alaska  asiático  negro/afroamericano  blanco

hawaiano/Isleño pacifico  Medio Oriente/N. África  Otro  dos o mas  No revelado

Etnicidad:  hispano  No hispano  Otro

Estado Civil:  Soltero/a  casado/a  viudo/a  divorciado  separado/a

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ relación: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

Está empleado?  Sí  No Si no:  jubilado  Discapacidad

Tipo de empleo?  Tiempo Completo  Medio tiempo  Ama de casa  Otro

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Estudiante?  Sí  No (Si sí) Escuela: \_\_\_\_\_

Servicio militar actual/previo?  Sí  No ¿relación con servicio militar?  Padre  Marido-a  Niño

**Información de Madre/Padre/Tutor:** (Se pueden requerir documentos de custodia)

Estado del padre/madre/tutor:  padres biológicos  Casados  Divorciados  Separados

Estado de custodia:  Tutor  Custodia completa  Custodia compartida

Nombre: \_\_\_\_\_ F. N.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ F. N.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Historial Médico**

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Por favor, enumere cualquier problema o condición médica: \_\_\_\_\_

**Medicamentos Actuales**

Incluya todas las medicinas recetadas y de venta libre.  
 Use una hoja adicional si es necesario.

Medicamento	Dosis y frecuencia	Motivo	Médico

Client Name: \_\_\_\_\_

**Información de Facturación**

**Seguro Primario:** \_\_\_\_\_ ID de Miembro: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de póliza: \_\_\_\_\_ F.N.: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado:  Mismo(a)  Hijo(a)  Espos(a)  Padre/Madre/Tutor

**Seguro Secundario:** \_\_\_\_\_ ID de Miembro: \_\_\_\_\_ Group: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de póliza: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Employer: \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado:  Mismo(a)  Hijo(a)  Espos(a)  Padre/Madre/Tutor

**Acuerdo Financiero del Cliente**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Nombre de la persona responsable: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
información cliente/persona responsable

NSS: \_\_\_\_\_ F.N.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_

**¿Cómo le gustaría recibir su estado de cuenta? (elija uno)**  Email  correo  En persona

*El pago debe realizarse en el momento del servicio; esto incluye todos los copagos, deducibles o coseguros. Por favor, notifique a la oficina sobre cualquier cambio en su plan de seguro. Usted es responsable de obtener cualquier referencia o autorización requerida antes de su primera visita. A ninguna persona se le negarán servicios debido a su capacidad de pago; sin embargo, le recomendamos que hable con nuestra oficina sobre la posibilidad de establecer una escala de tarifas ajustada según sus ingresos o acuerdos de pago.*

**Usted puede pagar en el momento del servicio, o puede guardar una tarjeta de crédito o débito que se cargará por cualquier monto adeudado. Por favor, indique su elección.**

- Pagaré en el momento del servicio.**
- Autorizo a Vitality Unlimited a almacenar de forma segura la información de mi tarjeta de crédito o débito a través de su sistema electrónico de procesamiento.** Autorizo que mi tarjeta de crédito o débito sea cargada en el momento del servicio por cualquier monto adeudado. Además, autorizo a Vitality Unlimited a cargar mi tarjeta de crédito o débito por cualquier servicio futuro.

Nombre en la tarjeta: \_\_\_\_\_ Número de tarjeta: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_ Código de seguridad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Firma del titular de la tarjeta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Esta autorización es válida por un año. Usted puede cancelar los pagos automáticos contactando a nuestra oficina al 775-738-4158.*

**Acepto los términos de este acuerdo.**

Firma del cliente/persona responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**TABLA DE TARIFAS BASE**

*Esta tabla de tarifas no es exhaustiva y no refleja las tarifas negociadas con los planes de seguro privados.*

*\*Se ofrece un descuento del 20 % para los pagos realizados en el momento del servicio.*

Evaluación Biopsicosocial	\$200.00	Peer Support - 15 minutes	\$25.00
Terapia Individual-1 hora	\$150.00	Medical Appointments	\$80.00 - \$180.00
Terapia Individual – 45 minutos	\$115.00	Detoxification – per day	\$750.00
Terapia Individual – 30 minutos	\$70.00	Residential SUD Program 30 days +	\$7,500.00
Sesión Grupal	\$70.00	IOP – per day	\$300.00
Gestión de casos intensiva -15 minutos	\$25.00		

¿Está interesado(a) en solicitar una escala de pago ajustado?  Sí  No

**Estimación de Buena Fe:** Usted tiene el derecho a recibir un estimado de buena fe. Las tarifas pueden estar determinadas por los acuerdos dentro y afuera de la red y por las obligaciones contractuales con proveedores preferidos. Si desea recibir un estimado de Buena Fe, por favor, hable con coordinador(a) de la oficina.

Client Name: \_\_\_\_\_

### Historial de Salud Mental

Preocupaciones de salud mental: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha visto a un consejero/terapeuta?  Sí  No

Liste todos los diagnósticos previos de salud mental: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se ha lastimado intencionalmente o ha intentado suicidarse?  Sí  No

Si respondió sí, ¿cómo y cuándo? \_\_\_\_\_

¿Actualmente tiene pensamientos suicidas?  Sí  No ¿pensamientos homicidas?  Sí  No

### Información sobre el Uso de Sustancias

¿Está usando actualmente alguna sustancia?  Sí  No

Droga principal de elección: \_\_\_\_\_ Droga secundaria de elección: \_\_\_\_\_

Sustancias adicionales utilizadas: \_\_\_\_\_

Fecha del último uso: \_\_\_\_\_ ¿Usa drogas intravenosas?  Sí  No

Liste los síntomas de abstinencia: \_\_\_\_\_

¿Fuma?  Sí  No If Sí, how much?  5-10/day  11-20/day  21 or more/day

Do you use any other nicotine products?  Sí  No If yes, what?  Vape  Gum  Chew/snuff

### Historial Legal

¿Alguna vez ha sido arrestado, acusado, cometido o condenado por un delito sexual?

Sí  No Si sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido arrestado, acusado, cometido o condenado por un delito violento?

Sí  No Si sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Ha sido ordenado o referido a tratamiento por alguno de los siguientes?

Consejero(a)  Corte  CPS  Médico  Libertad vigilada/condicional  Trabajador(a) social

¿Será necesario comunicarse con su fuente de referencia durante el tratamiento?  Sí  No

Fuente de referencia \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

**Si marcó "Sí", deberá completar una autorización HIPAA y proporcionar las órdenes o estipulaciones de la corte correspondientes.**

**CONTRATO DE SERVICIOS Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO** Por favor, revise cuidadosamente toda la información y las políticas a continuación.

**POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD:** a confidencialidad de los registros del cliente mantenidos por este programa está protegida por la ley federal y regulaciones, incluyendo HIPAA, 42 C.F.R. Part 2, and 45 C.F.R. partes 160, 162 y 164. Este programa no puede informar a personas externas que un cliente asiste al programa ni divulgar información que identifique a un cliente como persona con un trastorno por uso de sustancias o problemas/diagnóstico de salud conductual, a menos que: (1) El cliente dé su consentimiento por escrito, (2) una orden judicial exige la divulgación (3) la información es necesaria para el personal médico en caso de una emergencia o para personal calificado con fines de investigación, auditorías o evaluaciones, o 4) Las limitaciones de confidencialidad, según la ley estatal, lleven a la obligación de informar sospechas de abuso o negligencia. Las violaciones de estas leyes son delitos y pueden ser reportadas a las autoridades correspondientes. Los clientes pueden presentar quejas de privacidad ante **Vitality Unlimited** llamando al **775-389-5832** o ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos** sin temor a represalias. Estas protecciones no se aplican a la información sobre delitos cometidos dentro del programa, contra el personal, o a amenazas de cometer dichos delitos.

**CONFIDENCIALIDAD ENTRE, POR, PARA Y CON LOS PARTICIPANTES EN EL TRATAMIENTO** Entiendo que el tratamiento para el consumo de sustancias o problemas de salud conductual es privado, y soy responsable de proteger esa privacidad. Mantendré confidencial la identidad de cualquier cliente de Vitality Unlimited y cualquier información compartida en las sesiones de grupo. No divulgaré la información personal ni la información médica protegida de ninguna persona, y esta obligación continúa incluso si ya no soy cliente de Vitality Unlimited.

Client Name: \_\_\_\_\_

**CONSENT FOR RELEASE OF CONFIDENTIALITY FOR BILLING PURPOSES:** Entiendo que la facturación de mi tratamiento requiere compartir mi información médica protegida (PHI). Autorizo a **Vitality Unlimited** a divulgar la información médica protegida necesaria para la facturación, incluidos los detalles del tratamiento, planes de tratamiento, resultados de laboratorio, recetas y notas de progreso, a mi proveedor de seguros u otros pagadores autorizados. Entiendo que puedo solicitar copias de mis registros de facturación para fines de seguro.

**CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL CON FINES DE COBRANZA:** Entiendo que, si no cumplo con mis obligaciones financieras, Vitality Unlimited puede compartir mi información demográfica y financiera con la agencia de cobranza que haya seleccionado para fines de cobro.

**POLÍTICA DE CONSERVACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS:** De acuerdo con la SB17 (Sesión de 2009), los registros de atención médica de los clientes menores de 23 años no pueden ser destruidos. Los registros solo pueden ser destruidos después de haber sido conservados durante al menos siete años después de que el cliente cumpla 23 años.

**POLÍTICA DE INVESTIGACIÓN:** Autorizo a Vitality Unlimited a proporcionarme o enviarme cuestionarios para fines de investigación y seguimiento. Entiendo que la información recopilada se utilizará para investigación y para evaluar los resultados del tratamiento, y que mi identidad no estará vinculada a los resultados. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que el proyecto de investigación haya finalizado.

**POLÍTICA DE NO PRESENTACIÓN (NO SHOW POLICY):** Entiendo que mantener mis citas programadas es parte de mi plan de tratamiento, y que faltar a las citas o cancelarlas con menos de 24 horas de anticipación es perjudicial para mi progreso y refleja una falta de compromiso. Entiendo que si falto a dos citas programadas dentro de un período de dos meses, todas las citas futuras serán eliminadas del calendario de Vitality Unlimited y se me colocará en un sistema de citas el mismo día. Esto significa que no podré programar citas con anticipación y debo llamar a la clínica diariamente para verificar la disponibilidad de citas el mismo día. Si hay una cita disponible, podré programarla; si no, debo continuar llamando en días posteriores. Entiendo que si estoy en el sistema de citas el mismo día y no asisto a una cita disponible ese día, puedo ser dado de baja de mi programa por 90 días, después de lo cual podré restablecer los servicios. También entiendo que si tengo dificultades para cumplir con mis citas programadas, debo discutir esto con el personal de Vitality Unlimited antes de ser colocado en el sistema de citas el mismo día. Reconozco que violar esta política puede considerarse como mi decisión de abandonar el tratamiento.

**POLÍTICA DE NOTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN:** Vitality Unlimited se reserva el derecho de brindar tratamiento a través de pasantes supervisados y debo ser informado del nombre y la información de contacto de su Supervisor Clínico. Nombre del Supervisor Clínico: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**POLÍTICA DE GRABACIÓN:** Ocasionalmente, las sesiones individuales o grupales pueden ser grabadas para asegurar la calidad y para la supervisión de pasantes consejeros o terapeutas. Un supervisor de Vitality Unlimited puede revisar estas grabaciones con el consejero o terapeuta. Entiendo que algunas instalaciones de Vitality Unlimited utilizan vigilancia por video con fines de seguridad, que mi imagen puede ser capturada y que estas imágenes están protegidas por leyes estatales y federales de confidencialidad. También entiendo que no puedo grabar ningún servicio o comunicación sin permiso por escrito.

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO FARMACÉUTICO, MÉDICO Y DENTAL Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA:** Autorizo a Vitality Unlimited a buscar y referirme para tratamiento médico o dental según lo considere necesario su personal. Entiendo que Vitality Unlimited utiliza laboratorios, farmacias y otros servicios médicos de terceros, y que soy responsable de cualquier costo relacionado. Si requiero servicios de emergencia durante el tratamiento, soy responsable de todos los cargos de los proveedores externos. Entiendo que Vitality Unlimited no se hace responsable de las acciones o decisiones de estos proveedores.

**CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE TELEMEDICINA:** Consiento recibir tratamiento y servicios a través de telemedicina, incluyendo plataformas interactivas de video o audio. Entiendo que algunas plataformas pueden no ser completamente seguras, pero están permitidas bajo reglas de emergencia. Reconozco que la telemedicina conlleva riesgos, incluyendo transmisión no segura o no encriptada, interrupciones de audio o video, acceso no autorizado y fallas técnicas. Aunque poco probable, entiendo que mi información de salud protegida podría verse comprometida si la tecnología es vulnerada. Este consentimiento permanecerá en efecto hasta que lo revoque, y puedo revocarlo en cualquier momento notificando a mi proveedor. Entiendo que cualquier cargo por tecnología o datos incurrido mientras uso servicios de telemedicina es mi responsabilidad. También entiendo que no puedo grabar ningún servicio o comunicación de telemedicina sin permiso por escrito.

