 (Adulto) # DE CUADRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ INICIALES DEL TERAPISTA\_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL CLIENTE: \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PRIMER SEGUNDO APELLIDO

Apodo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfonos: Mobile (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ Home (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

De acuerdo en recibir mensajes? Mobile:  Si  No Casa:  Si  No Trabajo:  Si  No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(POR FAVOR ESCRIBIR LEGIBLEMENTE PARA PODER MANDAR RECORDATORIOS DE CITA)

Casado  Soltero  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Empleado  Desempleado/Otro

Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Como supiste de nosotros:  PCP  Amigo  Sitio web One-Eighty  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PERSONA RESPONSABLE DE LA FACTURA:** \* si el cliente es el responsable, disponer el nombre de la empresa y marque “Si mismo”

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Company: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación:  Si mismo  Cónyuge  Madre  Padre  Padrastro  Guardián

Otro (Describir): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Código postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfonos: Mobile (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ Casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Usar para recordatorios de cita?  Yes  No

**CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA (requerido):**

Marcar si persona es la misma a la “Persona Responsable de la factura,” si no complete abajo.

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación al cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfonos: Mobile (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ Casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

**Médico de atención primaria:**

Nombre del médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Compañía/Grupo Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono: (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

Autorización para divulgar Información a su médico PCP:  de acuerdo  desacuerdo  ninguno - N/D

**MIEMBROS DE LA FAMILIA (aparte de usted):**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha fallecido un miembro de su familia cercana?  Sí  No Person

Top of Form

Spouse’s Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Top of Form

Bottom of Form

**Inventario de Salud**

Por favor circule cualquier área que le preocupe sobre sí mismo/cliente:

Uso de Alcohol o Droga

Uso de Alcohol o Droga en la familia

Enojo/Irritabilidad

Ansiedad

Abuso infantil o Negligencia

Depresión

Dificultad tomando Decisiones

Violencia Domestica

Preocupación Excesiva

Financias

El juego

Sentimientos de culpa

Pesadumbre/perdida

Memoria Dañada

Menos interés y placer en las cosas

Cambios de Humor

Tensión Muscular

Menopausia

Nerviosismo

Dolor

Pánico

Concentración Escasa

Estrés

Problemas Sexuales

Autoestima

Asalto/Violación Sexual

Problemas para Dormir

Pensamientos de Suicidio/Muerte

Pensamientos de Homicidio

Perdida/Aumento de Peso

Alguna vez usted/cliente ha abusado el alcohol u otras drogas?  Yes  No O sus padres?  Sí  No

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

Usted o cualquier miembro de su familia sufre de alcoholismo, adición o desorden mental?  Sí  No

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

Alguna vez usted/cliente han corrido o a presenciado un evento(s) traumático?  Sí  No

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

**Historia De Salud**

Por favor circule si ha sido tratado para cualquiera de lo siguiente:

Alergias Diabetes Presión alta

Asma Desorden Emocional VIH/Sida

Artritis Desorden de Ataques Azúcar Baja en la Sangre

Dolor de Espalda Problema De Estomago Cáncer

Dolor De Cabeza Dolor Lesión De Cabeza/Cerebro

Problema Auditivo Problema De Piel Enfermedad Del Corazón

Por favor liste cualquier problema de salud o discapacidades conocidas:

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

Esta actualmente bajo el cuidado de un médico o psiquiatra para cualquier condición físico o emocional?

Si  No En caso afirmativo, por favor disponer el nombre del médico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razón por cual busca Tratamiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Información previa de consejería:

Nombre del Clínico Año y duración del Tratamiento

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

Por favor lista todos los medicamentos actuales:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Hospitalización previa (fecha/razon): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bottom of Form

**Historia Personal**

Razón cual usted/cliente está buscando consejería? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Cómo calificaría la gravedad de la condición actual de sí mismo/cliente?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No mucho ligero Moderado Serio Extremamente

Que comportamientos acciones, sentimientos, y hábitos específicos quisieras cambiar de ti mismo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Cuales son algunos de sus talentos, fortalezas o habilidades que lo hacen sentir orgulloso de si mismo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Por favor describe su funcionamiento social/vida social. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Actualmente está usted/cliente involucrado en cualquier litigación?  Sí  No

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

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

Cuáles son tus metas con la consejería? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Notas Adicionales:

**En firmar, Estoy de acuerdo que la información previa es verdadera y a lo mejor de mi conocimiento.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\* Firma del Cliente/Guardián FECHA**

**Forma de Autorización de HIPAA**

**PORFAVOR COMPLETAR SI QUIERE COMPARTIR CUALQUIER INFORMACION DEL CLIENTE**

**O**

**DECLINAR EN LA PARTE DE ABAJO**

**AUTORIZAR:**

La Consejería One-Eighty, P.A. ha tomado las medidas para proteger la información privada de salud de nuestros clientes. No soltaremos ninguna información a nadie a menos que haiga proporcionado la información requerido en la parte de abajo. Estas serían personas distintas a las que son cubiertas en nuestra póliza de prácticas de privacidad. HIPAA (Privacidad de aseguranza de salud & Acto de Responsabilidad) no nos permite soltar ninguna información a entidades externas sin su consentimiento escrito.

Yo estoy **autorizando** la persona(s) en la lista siguiente obtener información protegida sobre mi salud. Yo entiendo que la Consejería One-Eighty, P.A. no es responsable de la información previsto siempre y cuando sea entregada a la persona(s) que está en la lista siguiente. Yo comprendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

**\*Fecha de nacimiento debe ser previsto para que nuestra oficina pueda verificar que es la persona correcta.**

1. Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**O**

**DECLINAR:**

No autorizo a la Consejería One-Eighty, P.A. soltar nada de mi información protegida de salud a nadie a menos que sea alguna entidad que es mencionada en el aviso de Prácticas de Privacidad.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\*FIRMA DEL CLIENTE/GUARDIAN FECHA**

**SEGURO /FORMA DE INFORMACION DEL PAGADOR**

**NOMBRE DEL CLIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_**

(PRIMER) (SEGUNDO) (APELLIDO)

EL CLIENTE ESTA CUBIERTO POR UN SEGURO?  Sí  No

* ESTA LA COSEGERIA ONE-EIGHTY EN RED CON SU SEGURO?  Sí  No

**NOMBRE DE LA COMPANIA DE SEGURO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Para La Cobertura De Salud Mental/Salud De Comportamiento/SA)**

No DE MIEMBRO DEL CLIENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No DE GROUPO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR PRINCIPAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_

(PRIMERO) (SEGUNDO) (APELLIDO)

DIRECCION: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

(CALLE) (CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)

No DE SS: \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ No DE TELEFONO PRIMARIO (\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DE EMPLEADOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RELASION AL CLIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(CONYUGUE, PADRE, etc.)

OTROS SEGUROS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EAP:** GROUPO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No DE AUTH: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No DE SESSIONES: \_\_\_\_\_

\***IMPORTANTE**: POR FAVOR PROPORCIONE LA INFORMACION DEL SEGURO PRIMARIO ARIVA (Y UNA COPIA DE LA TARJETA DE L SEGURO) FOR PARA SERVICIOS DADOS DESPUES DE QUE SE HAIGAN COMPLETADO LAS SESSIONES DE EAP. NOTA: FORMAS DE CERTIFICASION DE EAP DEVEN SER RECIVIDAS EN NUESTRA OFICINA ANTES DE QUE SE LE HAIGA DADO SERVISIOS PARA PODER HASER LA FACTURA. DE LO CONTRARIO LA FACTURA SE LE HARA A SU SEGURO.



Bienvenidos!  Nos sentimos honrados que hayan elegido a la Consejería One-Eighty para ayudar le con sus preocupaciones personales. Respetamos la noción que contactar un terapista puede ser intimidante y abecés de miedo. Queremos que sepa que nuestros proveedores profesionales ayudan a los demás como su misión en la vida. Cada terapista busca encontrarse con su cliente donde estén y caminar con ese individuo en cualquier momento de dificultad. Con compasión y con el mayor nivel de respeto y dignidad, le ayudaremos en su camino hacia lo mejor de ti. Creemos que tenemos una vida para vivir y queremos ayudar le a vivir su vida a lo máximo!

**Informado de Consentimiento para el tratamiento de psicoterapia y pólizas de la oficina**

**ENTRADA**: La primera cita que es considerada “sita de entrada, es el tiempo donde usted debe platicar sus preocupaciones, su pasado, y su historial de su desarrollo social, igual a sus problemas en su punto de vista. También es el tiempo para hablar con el clínico sobre su plan para su terapia. Cuando los niños están en terapia, el padre(s) o guardián son involucrados con el tratamiento y su participación es esperado.; sin embargo los padres pueden decidir venir a la primera cita sin el niño, especialmente si el niño es muy joven. Así el padre puede compartir sus preocupaciones con franqueza sin que el niño este presente.

**TERMINASION DE TRATAMIENTO:** Su participación en la terapia es voluntaria, por lo tanto puede ser terminado en cualquier momento. Nuestro pactico general es tener una sesión de “terminación” que nos permite tener conclusión con su proceso terapéutico. No es útil terminar su terapia por no llegar o cancelando su sesión. Es importante comentar le a su terapista cuando está sintiendo que quiere finalizar sus terapias. Reconocemos que la relación terapéutica (la relación entre usted y su terapista) es una parte crítica para tener éxito con su terapia. Si en algún momento siente que su terapista no es adecuado, por favor permita nos asistir lo con referencias a otro probador. Si después de su entrada, su terapista identifica que necesita tratamiento que esta fuera de su que esta fuera de su que esta fuera de su que esta fuera de sus capacidades, lo referimos a un proveedor apropiado. Si falta a 3 citas seguidas, o no he sido visto en 90 días, su archivo será cerrado.

**ARCHIVOS PROFESIONALES:** La ley y las normas de nuestra profesión requieren que mantengamos archivos de los tratamientos. Estos archivos están almacenados y mantenidos en un sistema electrónico archivos de salud. Mantenemos breves notas de terapia documentando su asistencia, de lo que se habló en su sesión, su progreso Asia sus metas, y cualquier tareas. Usted tiene el derecho de recibir una copia de nuestros archivos, o podemos prepararle un resumen si lo prefiere. Como estos son archivos profesionales, pueden ser malinterpretados y/o puede perturbar a los lectores inexpertos. Si desea ver sus archivos, recomendamos que los revise con su terapista para que puedan hablar sobre su contenido. Al cliente se le cobrara una cuota apropiada por cualquier tiempo profesional utilizado en responder la información solicitada.

**PROFESIONALES:** Tenemos una responsabilidad ética de no tener relaciones personales con nuestros clientes que crear un conflicto de interés. Así que si su terapista viene en contacto con usted en una situación pública, su terapista no entrara en conversación con usted en el esfuerzo para proteger su con confidencialidad. En adición, su terapista de la Consejería One-Eighty, no aceptara ninguna solicitud de amistad, seguidor u otras formas de interacción en cualquier salida personal de la red social. Si usted elije ser seguidor o poner “lique en la página de cualquier página social de la Consejería de One-Eighty, que esto puede poner en riesgo su privacidad confidencialidad (es decir: otros podrán ver que has puesto “like”).

**LIMITASIONES DE LITIGASION:** Si se involucra en una disputa de divorcio o custodia, estas de acuerdo que no vamos a disponer evaluaciones o testimonios en la corte por lo que no estamos entrenados a hacer recomendaciones sobre custodia y esto crea una relación dual. Debido a la naturaleza de poseso terapeutico, debe entender que si llega a estar involucrado en procedimientos legales, hay un riesgo potencial que la relación/alianza puede ser perjudicada. Encontramos que la mejor práctica para un terapista es no estar involucrado con procedimientos legales que incluyen testimonios judiciales y la revelación de archivos de terapia.

**CONTACTANDO SU TERAPISTA:** Si necesita contactar a su terapista por favor de llame a nuestra línea principal (919) 772-1990, seleccione la extensión apropiada y deje un mensaje. Su terapista tratara de comunicar se con usted dentro de las próximas 24 horas. Nuestros empleados administrativos revisan nuestro correo de voz general frecuentemente. Pero NO en fin de semana o en el horario que está cerrada la oficina. (Es decir: días feriados). Mensajes dejados en nuestro correo de voz general después de la hora de cierre, se le regresara la llamada en el próximo día laboral.

**EMERGENSIAS:** Debido a la naturaleza de nuestro trabajo, terapistas no siempre son disponibles para dar un discurso en preocupaciones de emergencia. Si usted está en riesgo de lastimar se así mismo o a alguien más, por favor llame al 911, vaya al hospital de emergencia o llame a Holly Hill Hospital at 800-447-1800.

**POLIZA DE COMUNICASION ELECTRONICA:** Debido a la naturaleza confidencial de nuestra terapia, limitamos el uso de correspondencia usando métodos electrónicos (es decir-correo electrónico, textos, etc.) El momento que usaremos correo electrónico o textos serian para recordatorios de cita, cancelaciones o reprogramación, proporcionando una lista de recursos, o una lista de tareas. Cualquier otro uso de correo electrónico y textos no son aceptables. Si no quiere ser contactado por correo electrónico o texto por favor escriba un documento en su forma de entrada. NO USE correo electrónico o texto para emergencias. Adicionalmente, correo electrónico no debe ser utilizado en lugar de sus terapias. Si nos manda o contesta con un correo electrónico personal o con un correo que no es seguro (Gmail, Yahoo! etc.) está de acuerdo que un método no seguro para comunicar se y no podrá responsabilizar a la Consejería One-Eighty si es que la información que compartió en el correo electrónico ha sido violado.

**CONFIDENCIALIDAD:** La información que sea revelada en la sesión de terapia y en sus archivos de terapia, es confidencial y no será compartido sin su consentimiento escrito con la excepción de cuando es requerido por ley. Lo siguiente son condiciones cuando la ley federal permite divulgación de su información:

***Divulgación obligatoria requerida por ley:***

* Ay una sospecha razonable de **abuso o negligencia de niño, abuso o negligencia de anciano, (de 65 años o mayor) abuso o negligencia de un adulto venerable.** Se hará un reporte a las agencias protectoras.
* Cuando usted **presenta amenazas daño corporal grave hacia otros o propiedad**. Tenemos la obligación legal de avisar a los que se les amenaza, o contactar a las autoridades.
* Cuando usted **activamente suicida o amenaza con lesiones corporales significativas,** tenemos la obligación de obtener ayuda de otros para hacer lo que es necesario para mantenerlo seguro.
* Puede ser necesaria la divulgación de **procedimientos legales**. si sus archivos de terapia tienen ORDEN JUDICIAL COURT ORDERED, estamos obligados por ley a divulgarlos.
* Si usted está en **libertad condicional**, puede ser requerido legalmente que compartamos con varios individuos fijados por los tribunales.
* Si está en **el deber activo del el ejército** y revela información cual el terapista crea que **impactaría su aptitud para el servicio o desplegar**, podríamos ser requeridos a reportar esto a su cadena de mando.

**PADRES Y MENORES**: En el estado de Carolina del Norte, niños de la edad de 18 o menos no pueden consentir independientemente para recibir tratamiento de salud mental sin el consentimiento del padre. Aunque la privacidad en psicoterapia es muy importante, particularmente con adolecentes, el involucramiento de los padres es esencial para el éxito del tratamiento y esto puede requerir alguna información privada sea compartida con el padre o guardián.

***Consentimiento de niño y tratamiento***: Dar consentimiento para el tratamiento de un niño debe usted tener la custodia única legal o competir custodia compartida legalmente o ser el guardián legal. Si tiene la custodia compartida y estás divorciado, notas de disposición que informan al debe ser compartido con el otro padre sobre citas programadas de salud. Nuestros servicios calle debajo de esto y puedas estar en violación si falla en informar al otro padre de nuestros servicios con su niño. En firmar esta forma usted está indicando que tiene el derecho legal para dar consentimiento a este niño.

**PAREJAS Y FAMILIAS;**  El terapista está tratando a la pareja y la unidad familiar, así que la confidencialidad se encuentra dentro de la pareja o la unidad de familia. Información no será compartida sin el consentimiento de TODOS los miembros de la familia o pareja que están en terapia. En adición, puede haber tiempos donde el terapista de tratamiento a uno de la familia o pareja individualmente. El terapista usara su juicio clínico para revelar información compartida en las sesiones individuas con la familia o pareja. El terapista mantiene la póliza de “no secretos “y si un “secreto” es revelado durante una sesión individual que pueda dañar la relación terapéutica opone en peligro la terapia y el individuo se niega a revelar lo, la terapia puede ser terminada El terapista trabajara con ustedes en como revelar información a los de más.

**SEGURO:**

1. Es su responsabilidad contactar la compañía de seguro para verificar elegibilidad, benefician, y pólizas de reembolsos, específicos en su póliza de salud.
2. El costo de su terapista generalmente es considerado caer dentro el rango aceptable por la mayoría de compañías de seguro llamado “Usual and Costear and razonable” (UCR) compañías de seguro. Algunas compañías pagan un porcentaje del UCR a una área determinada mientras otros reembolsad basado en una tarifa contractual establecida.
3. Contractos de seguros no necesariamente proporciona cobertura para todos los servicios ni para cualquier tipo de servicios o todo tipo de proveedores. Algunas compañías de seguro desautoriza arbitrariamente la cobertura de ciertos servicios y tipos de proveedores.
4. Su compañía de asegurase va requerir que su terapista incluir en cualquier declaración de factura de servicios un código(s) de procedimiento llamado un código CPT y un código de diagnóstico primario o un código ICD. Puede hablar sobre los usos de estos códigos pero todos diagnósticos finales debe quedar a la discreción de su terapista.
5. Su terapista puede hablar le sobre el diagnostico que será sometido a su compañía de por usted y a petición suyo.
6. En someter su información de seguro a la Consejería One-Eighty y solicitando que mandemos facturas a la compañía de seguro, le estas dando permiso a esta práctica lo siguiente, “su firma almacenada “permisos: permiso de compartir información necesaria para procesar la petición de seguro en representación suya y permiso par que la compañía de seguro pueda reembolsar el proveedor directamente.

El pago total se requiere en el momento del servicio. Esto incluye la porción que no es pagada por su seguro, incluyendo cualquier con-pago o coseguro y si es aplicable cumplir con el requerido deducible anual También será responsable por cualquier parte del balance que es negado por la compañía de seguro a pesar de las circunstancias.

**Prácticas de facturamientos y Forma de acuerdo Financial**

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COBROS Y PAGOS:**

**MASTERS PhD**

Sesión de entrada: $175 $225

Sesión de 60 minutos: $135 $175

* Si usted está utilizándolos beneficios de su seguro de salud mental, la cantidad de su co-pago, coseguro, será debida en el incisión de cada sesión, **en adición a cualquier** otro balance debido.
* Servicios adicionales serán cobraran por la tarifa por ora del clínico. Estos servicios incluyen pero no están limitados a tomar una consulta con otros profesionales, preparación de reportes o correspondencia con otros profesionales o proveedor de servicios: proveedores, y llamadas telefónicas con duración más de 10 minutos. La sesión de teléfono serán archivadas y no será rembolsadas por su seguro. Si servicios adicionales están provistos y no duran lo largo de una hora, la tarifa será prorrateado.
* Pagos aceptables son, efectivo, checke, o tarjeta de debit/crédito. *Si su checke es regresado por falta de fondos, se le va ser un cobro de $25.00 por tener insuficiente fondos. Por favor dejen saber a su terapista si algún problema surge durante el curso de su terapia al respecto a su habilidad de hacer sus pagos puntuales.*
* Si su cuenta se atrasa más de 90 días, la Consejería One-Eighty puede mandar lo a colecciones y usted incurrirá cargos adicionales asociados con colecciones, incluso costos y cobros razonables de abogados.
* *Reservamos el derecho de temporalmente suspender futuras programaciones de citas si tiene un balance sobresaliente y no es pagado y/o si no hace un acuerdo para pagar, o si no ha cumplido pagar.* Referencias a servicios apropiados serán hechos para asegurar que tenga continuidad y cuidado en estos casos.
* Si el clínico se requiere para la corte, un cobro de ($250.00 por hora con un mínimo de una hora) y automático 1-hora de preparación para la sesión antes de la fecha de corte. ($500.00 depósito de anticipo). Esto incluye la presencia física del clínico y/o un testimonio telefónico. .

**CANCELACIONES Y LLEGADAS TARDES:**

* Como su sita involucra la reservación de tiempo especialmente para ti, un mínimo de 48 horas es requerido para hacer una reprogramación o para cancelar una cita. De no avisar dentro de 48 horas, se le ara un cobro de $50.00.
* Si está ausente por más de 3 sesiones seguidas, puede resultar en la terminación de su terapia. En caso de que esto suceda, le recomendaríamos otro terapista.
* Si va llegar MAS da 15 minutos tarde a su cita programada, por favor deje nos saber lo más pronto posible. Si su terapista es incapaz de acomodar su llagada tardía, usted va necesitar programar otra sita cual pueda resultar en un cobro de $50.00 por llegadas tardes/Cancelaciones.
* Por favor note, las compañías de seguros no serán rembolsadas para sesiones falladas o canceladas o que hagan sido canceladas tarde y usted será responsable de pagar el cobro de $50.00 por llegadas tarde/cancelaciones, antes de que lo atiendan en su próxima cita programada.

**Por favor completar la siguiente información:**

**Seguro en red**

Tengo seguro con: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entiendo que hay un contrato con este pagador y la oficina por los servicios del proveedor. Acepto responsabilidades de cualquier deducible y co-pagos específicos en este contrato. Solicito que peticiones sean presentado con este portador y autorizo que la oficina de cualquier información médica requerida por el portador que este procesando la petición. También asigno beneficios directamente a la oficina.

Aceptó responsabilidades financieras para cualquier servicio que deseo tener que no son cubiertos por su seguro.

**Forma de Acuerdo Financiero, y Procedimientos de Facturación Cont.**

**Seguro fuera de la cadena**

Tengo cobertura de seguro/con tercera persona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo entiendo que no hay un contrato entre este pagador y la oficina que da los servicios. Aceptó la responsabilidad para mi factura a pesar de lo que haga mi seguro. Solicito que peticiones sean presentado con este portador y autorizo que la oficina de cualquier información médica requerida por el portador que este procesando la petición. También asigno beneficios directamente a la oficina.

Estoy de acuerdo en pagar las sesiones de la temporada completa y entiendo que la compañía de mi seguro puede o puede que no rembolsar me una porción o todo el cargo completo.

**Sin seguro**

No tengo seguro, o solicito que esta oficina no haga peticiones de seguros. Aceptó la responsabilidad total para cualquier servicio que hagan en esta oficina y acepto firmar cualquier forma necesaria requerida por la consejería One-Eighty.

**Autorización de Tarjeta de Crédito**

La Consejería One-Eighty ofrese una forma segura y complaciente a HIPAA para almacenar su información de tarjeta de crédito en un archivo. Nuestra práctica del software administración notas de terapia, usa seguridad mejorada llamado TransArmor para guardar información delicada de tarjeta de crédito. Nunca guardamos el número de cuenta de su tarjeta. En lugar de eso, representamos cada tarjeta de crédito con una ficha de seguridad. Estos permite a la Consejería One-Eighty mantener información de tarjeta de crédito archivado para utilizar lo en el futuro sin tener que actualmente tener conocimiento o acceso a los números de su tarjeta de crédito.

Con su permiso y para su conveniencia la Consejería One-Eighty puede cargar su tarjeta para los costos de servicios relacionados con nuestra práctica. Estos cargos incluyen, pero no están limitados a lo siguiente:

* Cantidad requerida por su póliza de seguro co-pagos o co-seguros.
* Deducible del seguro.
* Cargos de citas perdidas.
* Servicios no-cubiertos por su seguro.

Tenga por seguro que su tarjeta de crédito/debito nunca será cargado sin su autorización, y solo es almacenado para ser más conveniente al cliente.

Doy mi consentimiento para que mi tarjeta de crédito/debito sea almacenado seguramente en mi archivado.

**Por favor inicial:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor decir le al personal de oficina si NO desea que su tarjeta de crédito/debito quede almacenado en su archivado.

**Mi firma abajo indica que eh leído, y entendido y se me han contestado mis preguntas a mi satisfacción sobre las prácticas de facturamientos de la Consejería One-Eighty P.A. Estoy de acuerdo con el acuerdo financiero y acepto la responsabilidad financiera para los servicios que se me hayan dados por la Consejería One-Eight P.A. En conformidad a su póliza.**

Firma de Cliente/Guardián/Persona Responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de empleado de la Consejería One-Eighty: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consentimiento para Tratamiento**

Eh leído el Informe de Consentimiento para Tratamiento de Psicoterapia y pólizas de oficina y entiendo y estoy de acuerdo con su contenido. En haber leído eso, estoy de acuerdo en ser evaluación y tratamiento. Reconozco que este consentimiento es voluntario es válido hasta que sea revocado. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier tiempo y mi involucración en terapia es completamente voluntaria. Yo como el guardián legal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, doy el permiso y consentimiento para recibir servicios en tratamientos de psicoterapia por la consejería One-Eighty PA. Yo entiendo que no eh recibido ningunas promesas hechas por mi terapista sobre resultados del tratamiento o el eficacia de los procedimientos hechos por este terapista o el número de sesiones necesarias para ser efectivo.

Iniciales: \_\_\_\_\_

**Divulgación Financiero**

Entiendo que la consejería One-Eighty P.A. puede usar información confidencial para hacer la factura y ser pagado por los servicios dados. Le doy el consentimiento para que la Consejería One-Eighty P.A. pueda dar la información al agente de facturas/fondos y para que el agente de facturas/fondos pueda dar información a la Consejería One-Eighty P.A. Entiendo que soy responsable de cualquier pago no cubierto por el seguro y estoy de acuerdo en pagar la sesión o co-pago en el momento del servicio. También entiendo la póliza de cancelación y que yo soy responsable por el pago de cancelación tarde y/o faltar si es que no doy aviso 48 horas antes.

Iniciales: \_\_\_\_\_

**Póliza de comunicación electrónica**

Reconozco y he entendido la póliza respecto a comunicación con la Consejería One-Eighty P.A, (para mandar y recibir) y/o mi terapista individual a través de métodos electrónicos.

Iniciales: \_\_\_\_\_

**Divulgación de Seguro**

Yo autorizo a la Consejería One-Eighty, P.A. presentar peticiones para servicios de salud mental. Yo autorizo la divulgación de cualquier información relacionado con todas las peticiones y beneficios presentados en mi nombre o en el nombre de mi hijo o menor en mi custodia legal. También reconozco que mi firma autoriza al clínico o su especialista de facturas, someter peticiones para servicios dados sin obtener mi firma al tiempo del servicio. Entiendo que soy responsable en hacer el co-pago, coaseguro o deducible en el momento del servicio. Si la petición es rechazada, estoy de acuerdo en pagar por los servicios. Autorizo el pago de beneficios médicas para evaluación o psicoterapia al proveedor clínico por servicios dados.

Iniciales: \_\_\_\_\_

**Aviso de Privacidad de Practicas HIPAA**

Estoy reconociendo que me han dado la oportunidad para leer una copia del Aviso de Privacidad de Prácticas para la Consejería One-Eighty, P.A. Copias adicionales están disponibles en la sala de espera o de mi terapista. (Por solicitud)

Iniciales: \_\_\_\_\_

**Firmas**

Mi firma abajo indica que eh leído, comprendido, y me han ofrecido una copia del documento *consentimiento informado para el tratamiento de psicoterapia y pólizas de oficina y cualquier otro documento(s) mencionado anteriormente.* Estoy reconociendo que estoy de acuerdo con la información presentada y al inicial las declaraciones anteriores acepto cada artículo como se indica.

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_