

Consumer Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Insurance Number: \_\_\_\_\_ Medical Record #: \_\_\_\_\_

## 21<sup>st</sup> Century Counseling, PLLC

Jonadab S. Franco, MSW, LCSW, LISW-CP  
Individual, Couple, and Family Counseling  
304 E Greene Street, Rockingham, NC 28379

Phone: (910) 817-9181  
Fax/phone: (833) 909-9090  
[www.21stcenturycounseling.com](http://www.21stcenturycounseling.com)

Por favor ponga sus iniciales en cada sección y firme a continuación para indicar el reconocimiento y la autorización  
**Nota: El representante legal debe iniciar y firmar la autorización en lugar de un menor de edad o paciente. La prueba de custodia puede ser solicitada por el psicoterapeuta y formará parte del expediente del paciente.**

\_\_\_\_\_ **Póliza de pago del paciente**

He leído y comprendido la póliza de pago del paciente de 21st Century Counseling, PLLC y estoy de acuerdo en pagar el tratamiento que recibí para mí / el paciente.

\_\_\_\_\_ **Aviso de Prácticas de Privacidad**

Entiendo que 21st Century Counseling, PLLC utilizará y divulgará mi información de salud / la del paciente para fines de tratamiento, pagos y operaciones de atención médica, según lo permita la ley. Se puede encontrar más información en el Aviso de prácticas de privacidad, que se me ha ofrecido.

\_\_\_\_\_ **Asignación de beneficios del seguro**

Autorizo el pago de beneficios de salud mental a 21st Century Counseling, PLLC, y por este medio cedo a 21st Century Counseling, PLLC y a los profesionales involucrados en mi / los pacientes, todos los derechos y reclamos de reembolso bajo cualquier póliza de seguro de salud privado, Medicare, Medicaid o cualquier otro programa que yo identifique, cuyos beneficios puedan estar disponibles para pagar los servicios que se me brindaron a mí / al paciente.

\_\_\_\_\_ **Consentimiento para tratar**

Yo, el paciente o el representante legal del paciente, otorgo permiso a 21st Century Counseling, PLLC y sus representantes autorizados para realizar exámenes / tratamientos que se consideren necesarios o aconsejables para el diagnóstico y el tratamiento. **Entiendo que tengo derecho a rechazar el tratamiento en cualquier momento, ya sea verbalmente o por escrito.** No inicie esta sección si desea rechazar el tratamiento en este momento.

\_\_\_\_\_ **Derechos y responsabilidades del paciente**

Entiendo que tengo el derecho y la responsabilidad de participar en mi / cuidado y tratamiento del paciente. Entiendo que tengo derecho a ser informado sobre el tratamiento recomendado y la responsabilidad de hacer preguntas si no lo entiendo. Estoy de acuerdo en proporcionar información precisa y completa sobre mi / el historial de salud del paciente y la presentación de la queja, para acordar un plan de tratamiento y seguir ese plan. Entiendo que los proveedores de psicoterapia de 21 Century Counseling, PLLC me tratarán con respeto y acepto hacer lo mismo por ellos.

\_\_\_\_\_ **Consentimiento para que el proveedor busque servicios de emergencia médica (911)**

Entiendo que el personal de 21st Century Counseling se comunicará con los servicios de emergencia o con el 911 en caso de que el paciente o el representante legal del paciente experimente una emergencia que ponga en peligro la vida.

\_\_\_\_\_ **Terminación de servicios**

Si no tengo contacto o comunicación con usted durante un período de 30 días, asumiré que ya no tiene la intención de permanecer activo en esta relación terapéutica y su caso se cerrará. Puede volver a la terapia en el futuro si decide continuar con el tratamiento.

Firma del paciente / tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_