

Derechos y Responsabilidades del Cliente: (De conformidad con los Estatutos Generales de CT, Sección 17a-540 a la Sección 17a-550, CT Ley Pública 93-369 PL)

Nombre _____ Fecha de nacimiento: _____

Admisión a Sunrise Therapy Services, LLC, es voluntaria. Los clientes tienen derecho a un trato humano, con pleno respeto a la dignidad personal y derecho a la privacidad.

Usted será tratado de acuerdo con un plan de tratamiento individual, que será diseñado con su participación activa. El consentimiento informado para el tratamiento de usted o de su tutor legal será especificado en el contrato de responsabilidad civil.

También participará activamente en sus revisiones del plan de tratamiento, que incluirá un resumen de su progreso general y la motivación de los posibles nuevos problemas, metas y objetivos, así como una descripción de los avances en cada enumerado objetivo. También participar en su plan de alta, y en su plan de cuidado posterior.

Si es necesario, se le discuta su medicamento con su psiquiatra o APRN. Se les pedirá a los representantes legales de dar su consentimiento en el caso de la medicación se prescribe para un niño o adolescente. Se explicará cómo se administrará medicación para el cliente. Usted no puede ser obligado a aceptar la medicación o tratamiento no deseado y que tienen derecho a recibir tratamiento en otro lugar si no desea aceptar estilo de tratamiento de la salida del Sunrise Therapy Services, LLC.

En el caso de los medicamentos o tratamientos que se niegan, que es el derecho de la salida del sol TS dar por terminada la relación con usted, el cliente, si está indicado. Si el director / equipo clínico en consulta con un médico determina que el problema es de naturaleza extremadamente crítica, entonces las medidas de emergencia pueden ser tomadas sin el consentimiento indicado anteriormente. Todos los informes serán firmados y se colocan en su carta.

Como profesionales de la salud mental, el personal están obligados por el estado de Connecticut, de conformidad con la Sección 17a-101 del Estatutos Generales de Connecticut, para reportar cualquier sospecha de abuso infantil o negligencia al Departamento de Niños y Familias.

Sunrise Therapy Services, LLC es un ambiente libre de humo. Esto se aplica a todos los que están en los campos, incluido el personal, los clientes y miembros de la familia.

Las sesiones deben ser canceladas por lo menos 24 horas antes de la hora de la cita. Si no es así, Sunrise Therapy Services, LLC se reserva el derecho de cobrar por esta sesión.

Las horas de oficina son sólo con cita previa. Si usted tiene una emergencia clínica durante las horas no clínica, llame a su sala de emergencias de un hospital local.

Todos los registros de tratamiento están protegidos por la Health Insurance Portability y Accountability Act (HIPAA), el Reglamento Federal (42 CFR, Parte 2), y el estado de Connecticut Estatutos Generales (Capítulo 899, 52-146c). La confidencialidad de milos registros de tratamiento se describen en el Aviso de prácticas de privacidad que se darán a mí el momento del ingreso al Pacto FS.

A los efectos del tratamiento, información clínica puede, cuando sea pertinente, se compartirá con el psiquiatra o APRN.

Entiendo que en el caso de que tengo una queja sobre la calidad de mi cuidado, tengo a mi disposición el siguiente procedimiento de queja: Las quejas pueden dirigirse a la terapeuta principal y si no se resuelve, se pueden tomar a director. Voy a presentar mi queja por escrito a la

Director
Sunrise Therapy Services, LLC
580 Naugatuck Ave
Milford, CT 06461
(T)203-307- 1123
(F) 203-283-7714

Servicios a recibir:

Terapia individual
Terapia familiar
Administración de medicamentos
Evaluación
Gestión de Casos

Atestación

Esto es para certificar que yo, el cliente, y / o I, del cliente padre / tutor recibido una copia de los "Derechos del Paciente", como se define en la Sección 17a-540 a la 17a-550 de la Leyes Generales de Connecticut. Estoy de acuerdo que he leído y entendido "Derechos del Paciente" y que todas mis preguntas con respecto a esta información se han explicado de manera adecuada para mí.

He sido informado / educado y consentimiento de todos los elementos descritos anteriormente.

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

Nombre del cliente: _____

Sunrise Therapy Services, LLC
580 Naugatuck Avenue, Milford, CT 06461
3715 Main Street, Bridgeport, CT 06606

(203) 612-4301 (F)
(203) 307-1123 (T)
(203) 612-4300 (T)

Consentimiento informado (p 1 de 2)

Bienvenido a la salida del Sunrise Therapy Services, LLC. Agradezco la oportunidad de ayudarle. Este formulario incluye información sobre la terapia que vamos a repasar juntos. Se asegura de que todos estén en la misma página en cuanto a lo que puede esperar en nuestro trabajo juntos.

Información sobre la Terapia

Como con cualquier tratamiento de gran alcance, la terapia incluye los riesgos y beneficios. El principal riesgo es que las cosas pueden cambiar en su vida. Esto puede parecer obvio, pero es importante tener en cuenta las molestias que el cambio positivo, incluso puede causar en su vida, las relaciones y el trabajo. Cosas que estaban ocultas pueden ser discutidos. Las relaciones pueden sentir que están empeorando antes de mejorar. Todo esto es parte del proceso de cambio. A medida que se produce este cambio, no dude en hablar sobre su reacción a ella a medida que avanzamos.

Los beneficios del tratamiento incluyen el crecimiento en las áreas de su vida en la que se sienten atrapados. Las relaciones que no está satisfecho con pueden asumir una nueva vida, y su sentido de sí mismo como una persona puede llegar a ser más fuerte. Usted puede darse cuenta de por qué ciertas opciones, y por qué las personas más cercanas a usted reaccionar de la manera que lo hacen. Puede experimentar una ampliación de las posibilidades que se tiene en cuenta que hace cosas que no creía que fuera posible antes.

Confidencialidad

Mantener la confianza es importante en cualquier relación terapéutica, y mantendrá la información que comparte conmigo confidencial, incluyendo el hecho de que usted es mi cliente. Hay varios límites a esta confidencialidad, y les pido su comprensión y aceptación de estos antes de proceder.

En primer lugar, soy un mandato de reportar, por lo que si usted divulga ninguna información sobre el posible abuso físico o sexual, o negligencia de un niño (cualquier persona menor de 18 años), estoy obligado por la ley a reportar esta información al Departamento de niños y Familias (DCF).

En segundo lugar, estoy obligado a tomar medidas para proteger su seguridad y la seguridad de los demás, si usted revela cualquier ideación suicida u homicida o intención. Esto puede incluir, pero no se limitan a, ponerse en contacto con un miembro de la familia para vigilar usted, que le llevará al hospital, llamar a la policía y advirtiéndole a la persona que está amenazando, o llamar al 911. Por favor, proporcione la información de contacto más abajo quien pueda llamar en caso de una emergencia.

Contacto: _____ Teléfono: _____

Relación contigo: _____

Sunrise Therapy Services, LLC
580 Naugatuck Avenue, Milford, CT 06461
3715 Main Street, Bridgeport, CT 06606

(203) 612-4301 (F)
(203) 307-1123 (T)
(203) 612-4300 (T)

Consentimiento informado (p 2 de 2)

En tercer lugar, como cualquier profesional, consultar con mi supervisor para asegurar que les de el mejor tratamiento posible. Yo también estoy obligado, si es ordenado por un juez, para divulgar información sobre usted y su tratamiento que pueda ser relevante para un caso judicial.

Pago y Tarifas

Mis honorarios se describen en el documento adjunto programada de los derechos y cargas. Se acepta el pago en efectivo, cheque o tarjeta de débito / crédito al final de cada sesión. Voy a cargar mi cuota completa, incluso si llega tarde a una sesión, y puede que no sea capaz de extender la sesión debido a otras citas. Si por alguna razón usted no puede pagar al final de la sesión, debo recibir la cantidad total antes de que comience la siguiente sesión.

Cancelaciones / Citas perdidas

Les pido que generen el 24 horas de aviso de cancelaciones por teléfono, o 48 horas de aviso si me informa por correo electrónico. Si usted no da el aviso requerido, o deja de asistir a la sesión programada, se le cobrará una tarifa de **\$50.00**, el cual debe ser pagado antes de que tengamos otra sesión.

Finalización de la Terapia

Terapia, como cualquier relación, tiene los mejores efectos, si hay un cierre al final de la relación. Por lo tanto, me gustaría que acepta que cuando decide dejar la terapia, usted me va a informarle de su decisión de terminar, y luego llegar a una última sesión. Esto nos permite tanto tener la intención de poner fin a la terapia y para revisar el progreso que han hecho, y el trabajo que hemos hecho juntos.

/ Nosotros, _____ {nombre de impresión (s)} I, haber leído y estar de acuerdo con las políticas anteriores.

Cliente: _____ Fecha: _____

Cliente: _____ Fecha: _____

Terapeuta: _____ Fecha: _____

LISTA DE DERECHOS Y CARGAS

CONTRATO POR Y ENTRE: Sunrise Services, LLC, el proveedor, y _____, el cliente, y _____, la persona responsable financieramente.

Yo entiendo que el pago se espera en el momento del servicio y que la cobertura del seguro no es un sustituto para el pago. Yo entiendo que, como el paciente, padre o tutor, soy responsable y responsable de este proyecto de ley, no es mi compañía de seguros o de terceros.

En el caso de que tengo éxito en una fecha posterior en la búsqueda de pago de un tercero, que permanecerán sujetos personalmente a las iniciales acordadas cuota. Si el tercero se compromete a un pago retroactivo que se reembolsará a mí a la tarifa acordada.

A menos que un acuerdo entre la salida del Sunrise Therapy Services, LLC y un tercer pagador disponga lo contrario, a partir de la fecha de la responsabilidad de pago por un tercero, en el que el pago de terceros es inferior a la acordada cuota, que permanecerán sujetos sólo por la diferencia entre el iniciales acordadas cuota y el pago de terceros. Cuando el pago de terceros es más alta que la tarifa acordada que los restos de tasas en vigor durante el período de tiempo durante el cual se aplica. Cuando un tercero asume el pago de la cuota del resto de este acuerdo se mantiene intacta.

Honorarios por los servicios prestados son los siguientes:

- Diagnóstico Intake- \$220
- Sesión Familia con Client- \$180
- Sesión familia sin Client- \$150
- Session- individual \$120
- Grupo Session- \$50
- Consultas - \$200
- Aspecto Corte (si es necesario) \$ 400 por hora

Cancelaciones / Citas perdidas

Pacto FS pedimos que nos dé aviso de 24 horas de cancelaciones por teléfono, o aviso de 48 horas si usted me informe por correo electrónico. Si usted no da el aviso requerido, se le puede cobrar \$50.00, el cual debe ser pagado antes de que tengamos otra sesión.

Cliente: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Acuerdo financiera

ESTE ACUERDO, hecha por y entre este _____ y Sunrise Therapy Services, LLC. de Connecticut.

FE DE QUE:

Sunrise TS, LLC. Se compromete a proporcionar: Servicios ambulatorios a _____

Estos servicios serán proporcionados a mí y / o miembros de mi familia:

Yo entiendo que seré responsable por el importe total de los honorarios por estos servicios, menos el importe percibido por los agentes de seguros o de terceros, y que estas tarifas se debe en el momento de la sesión.

Además, entiendo que si mi cuenta está en mora, Sunrise TS, LLC, puede llegar a mi cuenta a los abogados de' recogida después de dar por lo menos 30 días de antelación de su intención de hacerlo.

Información del seguro

Nombre del asegurado:

Nombre de la Compañía de Seguros

SSN asegurado:

Grupo de seguro Número

DOB asegurado

Identificación de miembro:

Nombre del cliente:

Cliente Fecha de Nacimiento:

Cliente SSN: _____

Para la Familia / Cliente: _____

Fecha: _____

Para Sunrise TS, LLC _____

Fecha: _____

Acuse de recibo del aviso de privacidad

He recibido y revisado la Noticia de Sunrise Therapy Services, LLC de Prácticas de Privacidad de 30 de septiembre de 2012 y ha dado la oportunidad de tener alguna pregunta al respecto respondió. Yo entiendo que si tengo más preguntas o quejas relativas al uso y divulgación de mi información de salud o acerca de mis derechos de privacidad, es posible que en contacto con el Oficial de Privacidad al 203-446-1848.

También entiendo que tengo derecho a recibir actualizaciones a petición si Aviso de Privacidad Práctica de Sunrise Therapy Services, LLC queda modificada o cambiada.

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

Padre / Tutor legal Firma: _____

Fecha: _____