

# Información Personal

Stephen H. Hill, Ph.D., PLLC

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Teléfonos: Hogar (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Dónde prefiere que se llamo primero? Hogar Trabajo Celular Email \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Ciudad y País de Nacimiento u Origen \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre de su Médico \_\_\_\_\_ Fecha de su última cita medical \_\_\_\_\_

Medicinas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene alergías sistémicas, o a medicinas? \_\_\_\_\_

## ¿En caso de una emergencia, quién puedo llamar?

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Relación a mi: \_\_\_\_\_ Teléfonos: Hogar \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

---

---

### **SI ES UN ADULTO:**

Ocupación \_\_\_\_\_ Empresario: \_\_\_\_\_

Estado de relación: \_\_\_\_ solo \_\_\_\_ casado \_\_\_\_ separado \_\_\_\_ divorciado \_\_\_\_ viudo

Quántas veces ha casado: \_\_\_\_ Numero de años con su esposo/novio \_\_\_\_

Nombre de su esposo/novio \_\_\_\_\_ Empresario de su esposo/novio \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de esposo \_\_\_\_\_

Hijos: Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

### **SI ES UN MENOR o TIENE SEGURANZA POR LOS PADRES:**

Nombre de padre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Empresario \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre de madre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Empresario \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Hermanos: Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre de Escuela \_\_\_\_\_

Padrastra \_\_\_\_\_

Madrastra \_\_\_\_\_

Bienvenidos a mi practica privada. Este documento repasa información importante sobre mis servicios y arreglos financieros. Favor de leerlo con cuidado, y mencionarme cualquier preguntas tiene sobre ello en nuestro primera cita.

El código etico del Asociación Psicológico Americano require que cada psicólogo se da información accurada al empezar servicios sobre 1) confidencialidad, 2) informarse que siempre puede terminar o rehusar los servicios, y 3) que es su responsabilidad escojer o cambiar a un professional adecuado para usted. El hecho que soy un psicólogo autorizado por el estado de Idaho no implica una recomendación de parte del estado, ni que siempre tenemos éxito en su tratamiento.

### RATOS PROESIONALES

\$158 Cita normal (50-55 minutos)

\$174 Primera Consultación Diagnóstica

\$158 al hora para llamadas extendidas, reportes, etc. Mis servicios incluyen gratis llamadas y cartas breves de vez en cuando

\$ 30 Copiar y mandar su folio a otro professional.

\$449 Cita y carta de recomendación antes de tratamiento médico de fertilidad. \$549 si require el MMPI test-- por ejemplo para donantes, si usan una madre de aquiler o si conocen al donante. (Solo pagamiento en efectivo, cartas debit y crédito).

\$450 al hora para preparar, consultar o asistir a cualquier proceso legal, incluso si otra persona me consulta o me manda estar allí.

### PAGAMIENTO

Favor de pagar el rato delineado arriba al tiempo de la cita. Para enfocar en servicio directo a mis clients, no accepto seguridad como pagamiento, pero puedo enviar información a su seguridad de su parte para recibir pagamiento después directamente de ellos. Cobramos una multa de \$25 para cheques devueltos. Acepto pagamiento en efectivo (cash), cartas debit y de crédito, y cheques personales (hasta \$175). Prefiero cartas de debit más que cartas de crédito debido a los honorarios diferentes.

### CANCELACIONES

Favor de intentar asistir cada cita puesta. Salvo emergencias graves favor de llamar un mínimo de 24 horas antes de la cita para cancelarla—48 horas sería mejor. Esto respecta mi horario y me ayuda en servir otros clientes en esa hora si es imposible que usted venga. Si no recibo una cancelación con notico de 24 horas, tendré que cobrar para la cita. ***Puede cancelar una cita a cualquier hora por dejarme un mensaje a 495-4050.***

### EMERGENCIAS

Recibo muy pocas llamadas urgentes o de crisis. Devuelvo las llamadas lo más pronto posible, pero a veces esto será la próxima día. Stephen H Hill, Ph.D., PLLC no es un centro para responder a emergencias con respuesta de 24 horas al dia. Si tiene una emergencia, debe llamar a su médico personal, llamar 911, o ir a la sala de emergencias de el hospital más cerca.

### NUESTROS CITAS, LA SALA DE ESPERANZA Y APARCAMIENTO GRATIS

Citas normales duran 50 minutos con 10 minutos más usados para preparación antes, y para terminar con mis notas después. Favor de llegar a tiempo, o un poco temprano. Si la puerta está cerrada, favor de relajar en la sala de esperanza al fin del corredor, o si prefiere puede gozar de algo del café o los restaurantes abajo antes de subir. Favor de apagar teléfonos celulares al entrar. Se entra el **aparcamiento gratis** (por 2 horas) por calle Idaho doblando inmediatamente al lado del Café Flying M. También hay aparcamiento gratis por las calles Idaho y Bannock entre Calles 5<sup>th</sup> y 4<sup>th</sup>.

**CONFIDENCIALIDAD**

La ley del estado de Idaho requiere confidencialidad de comunicación entre un psicólogo autorizado y sus clientes (Chapter 23, Title 54-2314, Idaho Code). Así, nuestras conversaciones y su información personal siempre son confidenciales y tengo que tener su permiso para revelar su información a otra persona, salvo estas situaciones:

1. Si sospecho que ha pasado abuso a un niño o un inválido, la ley me requiere que lo reporto a la policía o otras oficiales
2. Si temo que estas al punto de suicidarse o de hacer un grave dano físico a otra persona, voy a informar otras personas apropiadas para guardar su seguridad físico, o la de otra persona
3. Si necesito usar una agencia de cobramientos o un abogado sobre un cuento diligente, puedo mandar un sumario de la cuenta, su nombre, dirección y numeros teléfonos a ellos.
4. En un Corte legal, el juez-- o a veces un abogado-- puede mandar que rompo nuestra confidencialidad si 1) su estado mental tiene que ver con el caso legal, o 2) el Corte determine que reparar parte o todo de su información es necesario por otra razón en el caso.
5. En un proceso legal o un proceso con la oficina de licensura de psicólogos sobre sus servicios o interacciones conmigo.
6. Asisto consultaciones profesionales en que es posible que querría consultar sobre nuestro trabajo. Ambos usted y yo a veces mejoramos nuestro trabajo por buscar el consejo de mis colegas. Estos consultaciones son estrictamente confidenciales y sólo lo hago con asociados que tienen mi confianza total. Muchas veces puedo consultar sin usar su nombre. Salvo que me pida que no consulto con otros, normalmente no pregunto permiso cada vez antes de consultar con mi grupo profesional.
7. Si quiere usar su seguridad, tengo que revelar a su compañía de seguridad el tipo de nuestro cita, y un diagnosis. A veces me requieren otra información también para determinar si van a pagar los servicios.

**PARA USAR SEGURANZA: FIRMA DEL CLIENTE O PERSONA AUTORIZADO**

Autorizo que Dr. Hill comunica con mi compañía de seguridad, dando qualquier información ella require para reparar cobramiento para mis services. Autorizo todos mis servicios con Dr. Hill, incluso servicios que podrían ser ineligible o denegados por seguridad. Autozizo pagamientos de seguridad a Stephen H. Hill, Ph.D., PLLC

I authorize the release of any medical or other information necessary to process my insurance claim. I authorize all services with Dr. Hill, including services that may be ineligible or denied by insurance. I authorize insurance payments to be made to Stephen H. Hill, Ph.D., PLLC.

Nobre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**CONSENTAMIENTO PERSONAL Y FINANCIAL**

Yo he leído y entiendo todo este documento. Entiendo y estoy de acuerdo con ello, y entiendo que representa un acuerdo legal entre yo y Stephen H. Hill, Ph.D., PLLC. Intento pagar para todos los servicios dados por Dr. Hill, y cobrar pagamientos especiales si eventualmente es necesario pasar mi cuento a una compañía de cobramientos (mínimo \$50). Si quiero, he recibido una copia de este documento. Si utilizo una carta debit o de crédito, autorizo su uso en el futuro con los ratos y principios descrito arriba.

I have read the entire financial policy. I understand and agree to comply with this financial policy, and that it represents a binding agreement between myself and Stephen H. Hill, Ph.D., PLLC. I agree to pay for all services rendered and for any legal expenses incurred should this account be turned over to an attorney for collection (minimum \$50 fee applies). I have been given a copy of this policy. If paying by debit/credit card I authorize the future use of this card in accordance with the fee schedule and policies above.

\_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Persona responsable para pagamiento

\_\_\_\_\_ Firma de persona responsable para pagamiento  
Fecha \_\_\_\_\_