



## Paquete De Admisión Centro Bonilla

Centro Bonilla  
[elcentrobonilla@gmail.com](mailto:elcentrobonilla@gmail.com)  
Whatsapp: 829-515-0417

## AVISO DE DERECHOS DE LOS CLIENTES Y DERECHOS DE PRIVACIDAD

Todo Cliente tendrá el derecho:

A petición, de obtener del terapeuta a cargo de su cuidado el nombre y la especialidad, si la

hubiera, del terapeuta responsable de su cuidado o la coordinación de su cuidado;

A la confidencialidad de todos los registros y comunicaciones;

Para que todas las solicitudes razonables respondan de manera pronta y adecuada;

Para obtener del terapeuta una copia de cualquier regla o reglamento del servicio que se presta que se aplica a su conducta como cliente;

Previa solicitud, recibir del terapeuta cualquier información disponible en relación con la asistencia financiera;

Al consentimiento informado

A la privacidad durante los servicios u otra prestación de atención;

NO USAREMOS NI DIVULGAREMOS SU INFORMACIÓN SIN SU PERMISO

USOS ADICIONALES Y DISCLOSURES QUE NO REQUIERAN SU AUTORIZACIÓN:

En un de emergencia,

Para prevenir lesiones graves a una persona o al público

Para recordarle una cita por teléfono, texto o correo electrónico

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Estamos obligados a mantener la privacidad de nuestras sesiones.

SUS DERECHOS

Derecho a solicitar restricciones adicionales sobre el uso y la divulgación de su información.

Derecho de recibir comunicaciones confidenciales en un teléfono o dirección alternativa que no sea su hogar.

Derecho a una copia de este aviso.

---

Firma De Cliente:

Fecha:

Centro Bonilla

[elcentrobonilla@gmail.com](mailto:elcentrobonilla@gmail.com)

Whatsapp: 829-515-0417

## NORMAS Y REGLAS

### La Sesión

- Los clientes deben asistir a las citas de la sesión de forma consistente. Los clientes deben asistir semanalmente, quincenalmente o mensualmente para recibir la atención que están pagando y para ver el progreso.
- Como parte de las sesiones, se les pedirá a los clientes que creen un plan con su terapeuta. El plan se revisará trimestralmente. También se pedirá a los clientes que completen las medidas de resultados trimestrales para garantizar la calidad de las sesiones.

### El Pago

- Los clientes son responsables de pagar al comienzo de sus sesiones. Si no lo hace, la cita puede cancelarse. Si un cliente debe un saldo, es posible que no se le permite programar otra cita hasta que se pague la cantidad en su totalidad o se cree un plan de pago.
- Tenemos asistencia financiera. Por favor, pregunte a la recepcionista o a su terapeuta para obtener más información.

### La Comunicación

- Si los clientes necesitan dejar mensajes de correo de voz para su terapeuta, deben darles al menos 24-48 horas para responder a la llamada. Solo las llamadas no urgentes deben dejarse en el buzón de voz de un proveedor.
- Los clientes también pueden enviar mensajes de texto o enviar un correo electrónico a su terapeuta, pero deben darles al menos 24-48 horas para responder.

### El Comportamiento

- Si los clientes asisten a una sesión bajo la influencia de sustancias o alcohol, el terapeuta tiene el derecho de terminar la sesión inmediatamente.

Cualquier inquietud o queja, póngase en contacto directamente con el terapeuta para que se resuelva.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Apellidos \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Centro Bonilla

[elcentrobonilla@gmail.com](mailto:elcentrobonilla@gmail.com)

Whatsapp: 829-515-0417

Dirección:

---

---

Teléfono: Celular \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M\_\_F\_\_ Número de Cédula: \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono: Celular \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_

EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

NOMBRE: Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO PARA SESIONES DE TERAPIA

Por la presente doy permiso para recibir sesiones de terapia de Centro Bonilla  
Al firmar a continuación, estoy de acuerdo con lo anterior.

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

Firma de Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## RECEPCIÓN DE NOTIFICACIONES:

Al firmar a continuación, confirmo que he recibido los siguientes avisos de Centro Bonilla

\_\_\_\_ Aviso de derechos del cliente/Aviso de derechos y prácticas de privacidad

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_/\_\_/\_\_\_\_

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

Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de estos avisos, comuníquese con Centro Bonilla.

## ACUERDO DE PAGO DE CLIENTE

Al convertirse en cliente de Centro Bonilla, se les pide a todos los clientes que firmen un documento confirmando que son responsables de todas las facturas incurridas por los servicios prestados.

Antes de la primera sesión, el cliente debe realizar un pago y antes de cada sesión después de eso.

Se les pide a los clientes que soliciten un recibo de todas las transacciones de pago para sus registros personales.

Al firmar a continuación, confirmo que este formulario ha sido revisado conmigo y que entiendo mi responsabilidad financiera.

\_\_\_\_\_  
Firma de Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha