

Kranz Psychological Services, PLLC
Evaluations - Counseling - ABA - Manejo de Medicación

CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS

Yo he leído, entiendo, y acepto las pólizas, procedimientos y condiciones estipuladas en las pólizas de Kranz Psychological Services, PLLC (KPS) "Pólizas de la Práctica." Estas incluyen las áreas de:

- Información general acerca de la oficina - *incluyendo no presentarse a la cita y cancelaciones tarde.*
- La naturaleza de la psicoterapia y sus beneficios/riesgos.
- La naturaleza y los límites de confidencialidad.
- Consideraciones Financieras por los servicios recibidos.

Yo he leído, entiendo, y acepto las pólizas, procedimientos y condiciones estipuladas en las pólizas de Kranz Psychological Services, PLLC (KPS) "Pólizas de la Privacidad."

Si el cliente es un menor de edad, la firma en este documento indica que yo soy el padre o guardián legal del menor y tengo la tutela (managing conservatorship).

Por la presente autorizo a KPS a proporcionar información a las compañías de seguros sobre mi enfermedad y tratamiento. Por la presente cedo a KPS todos los pagos por servicios prestados a mí mismo o mis dependientes.

Una copia de este acuerdo/pólizas serán entregadas a usted si así usted lo desea, dejando el original en su archivo digital en Kranz Psychological Services, PLLC.

Nombre del cliente

Firma del cliente

Fecha

Firma del Padre o Tutor

Fecha