



# Catholic Counseling Services, Inc.

499 St. Matthews Street • El Paso, TX 79907  
Ph.(915) 872-8424 • Fax (915) 872-8425

## AUTORIZACIÓN / CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS CLIENTES

|  |  |
|--|--|
| <b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b>                                       | Autorizo a Catholic Counseling Services, Inc. (CCS) para proveer servicios de salud mental. Esto puede incluir: evaluación, consejería o referencia a otros recursos en la comunidad.                        |
| <b>CONTACTO CON MI MEDICO PERSONAL</b>                                 | Autorizo el intercambio de información con respecto a mi caso entre mi medico personal y Catholic Counseling Services, Inc.  |
| <b>PAGOS HECHOS POR PARTE DE AGENCIA PUBLICA O COMPAÑIA DE SEGUROS</b> | Autorizo a cualquier agencia que provee fondos a CCS, gubernamental o privada de seguros, que revise mi caso con el propósito de asegurar si recibí los servicios que fueron cobrados.                       |
| <b>SERVICIOS DE EMERGENCIA</b>   | Si usted tiene una emergencia por favor llame a El Paso Psychiatric Center a el 532-2202.  |
| <b>AUTORIZACION DE PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA</b>                   | Yo autorizo el intercambio de cualquier información necesaria para que esta solicitud sea procesada. También solicito que cualquier pago de beneficios sea dirigido a mi o a CCS, quien aceptara asignación. |
| <b>AURORIZACION DE PERSONA ASEGURADA O PERSONA AUTORIZADA</b>          | Yo autorizo pago de beneficios médicos a CCS por los servicios proveídos.  |
| <b>BANCARROTA</b>  | Yo doy autorización a Catholic Counseling Services, Inc. para que se pongan en contacto con la corte o con mi abogado en caso de que yo reclame bancarrota.  |
| <b>DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS CLIENTES</b>                    | He leído y entiendo los Derechos y Responsabilidades de los clientes.  |

SE LE COBRARA UNA CUOTA POR LAS CITAS DONDE NO SE PRESENTA Y LAS CANCELACIONES TARDES NO HECHAS CON 24 HORAS ANTERIORMENTE.

Entiendo que si no doy esta autorización, Catholic Counseling Services, Inc. no podrá proveerme servicios.

Firma de cliente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de esposo (a) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

