

BIENVENIDOS A LA OFICINA DEL DR. VICTOR LOOS

Por favor revise y llene las siguientes formas:

Notice of Privacy of Policy
(*Aviso de privacidad al paciente*)
Leer y puede quedarse con él

Informacion del Cliente pg 1&2
Llenar lo mas que pueda

Informacion de Seguro pg 3
Llenar la parte de arriba
(si ya nos dió informacion de su seguro puede pasar a la porcion de abajo y firmarla)

Pólizas de la Oficina
Por favor firme

Reconocimiento de Recibo
Por favor firme

Informacion sobre la Pareja

Nombre de Esposa/Novia: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Numero de Teléfono: Casa: _____ Celular: _____
Trabajo: _____ ¿Puedo contactarlo/a a su trabajo? _____
Correo electronico: _____ ¿Puedo contactarlo/a via correo electronico? _____
Preferencia de comunicación: Casa ___ Trabajo ___ Celular ___ e-mail _____

Nombre del Esposo/Novio: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Numero de Teléfono: Casa: _____ Celular: _____
Trabajo: _____ ¿Puedo contactarlo/a a su trabajo? _____
Correo electronico: _____ ¿Puedo contactarlo/a via correo electronico? _____
Preferencia de comunicación: Casa ___ Trabajo ___ Celular ___ e-mail _____

Miembros de familia en casa

Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento	Edad
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿A quien agradecemos por referirlo? _____
Describa brevemente por que solicita una consulta: _____

Estado de salud del Cliente

¿Está Ud. Tomando algun medicamento? () Sí () No
¿Tiene Ud. Problemas de salud? () Sí () No
¿Ha visitado Ud. Algun profesional de salud mental anteriormente? ¿Sí? Por favor de proveer algun comentario que crea ser necesario _____

Para uso de la Oficina:
Date: ___ DX. ___ Therapist: ___ CYS: ___

INFORMACION DE SEGURO

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Asegurado: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Numeros de Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____

Relación a el Paciente: _____

Nombre del Empleador:

Teléfono: _____

Compañía de Seguro: _____

Telefono: _____

de Grupo: _____ # de Póliza: _____ # de ID: _____

AUTORIZACION PARA ASIGNAR
CARGOS Y EMITIR INFORMACION

Por la presente autorizo a Victor E. Loos, PhD. Facturar mi compañía de seguros y autorizar el pago psicologicos y beneficios suplementarios a los anteriores; y a emitir informacion a la compañía de seguros con respecto a las reclamaciones con el Dr. Victor E. Loos.

Estoy de acuerdo en aceptar la plena responsabilidad de todos los cargos incurridos por mi y me comprometo a pagar por todos los cargos no cubiertos por el seguro.

Firma de el Paciente/Padres/Guardian

Fecha

Testigo

Fecha

Pólizas de la Oficina

1. Por favor de cancelar su cita 24 horas antes para evitar una multa, a menos en un caso de emergencia.
2. Le ayudaré con las formas de su seguro, pero la responsabilidad del pago es del cliente.
3. Se requiere su pago cada vez de su visita.
4. Confidencialidad se le garantiza dentro de las limitaciones de la ley.
5. Mensajes de telefono simplemente diran "Oficina de Victor Loos" sin referencia alguna a la oficina del doctor o sesiones de psicología.
6. Los mensajes de correo electronico seran breves y pocas veces contienen informacion de material clinico. Lista blanca de correo electronico: para evitar los filtros de spam pueden venir de vloos@cffc-online.com o office@cffc-online.com

Firma

Fecha

CENTER FOR FAMILY CONSULTATION

Victor E Loos, PhD., Director

2524 Nottingham Houston, TX 77005-1412

Phone (713) 526-4751 Fax (713) 5264342

Office Policies

PLEASE NOTE:

1. Please cancel appointments 24 hours in advance to avoid payment, except in case of emergency.
2. I will help you with insurance forms, but the responsibility for payment lies with the client, who may be reimbursed by the insurance company.
3. Payment is requested at the time of each visit.
4. Confidentiality to you is assured within the constraints of the law.
5. Phone messages will simply state "office of Victor Loos" with no reference to doctor's office or psychology sessions.
6. E-mail messages will be brief and seldom contain information about clinical material.

For white listing e-mails to avoid spam filters may come from vloos@cffc-online.com or office@cffc-online.com

Client's signature

Date

CENTER FOR FAMILY CONSULTATION

Victor E Loos, PhD., Director

2524 Nottingham Houston, TX 77005-1412

Phone (713) 526-4751 Fax (713) 5264342

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT

HIPAA "Notice of Privacy Policy"

This is to verify that I have been given a copy of the *Notice of Privacy Policy* for the office of *Victor Loos, PhD.* I understand that, after reviewing it, I may ask for any clarification I might need. OK.

Patient/Guardian Signature

Date

VICTOR E. LOOS, PH.D.
Clinical Psychologist

RECONOCIMIENTO DE RECIBO

HIPAA" Aviso de Privacidad al Paciente

Esto es para verificar que se me ha dado una copia de *Notice of Privacy of Policy*
Para la oficina de Victor Loos PhD. Yo entiendo que despues de revisar que puedo
solicitar cualquier aclaracion que pueda necesitar.

Firma

Fecha

2524 Nottingham~ Houston, Texas 77005
(713) 526-3218 ~ Fax (713) 526-4342