

# **Dra. en Psic. Natalie Kollross, Psicóloga Clínica**

## **Psychological Services of Pendleton, LLC**

**135 SE First Street  
Pendleton, Oregon 97801**

**1050 W Elm Ave, Suite 250  
Hermiston, Oregon 97838**

**(541) 278-2222**

**(541) 667-7899**

**FAX: (541) 276-8405**

### **PRÁCTICAS DE LA OFICINA**

La Dra. en Psic. Natalie Kollross, Psicóloga Clínica, Obtuvo su Doctorado en Psicología Clínica en la Pacific University. Complejó una residencia al OHSU en Portland y otra al Psychological Services of Pendleton. La Dra. Kollross tiene su licencia de parte del Panel de Oregon de Psicólogos Forenses. Es miembro de la Asociación de Psicólogos de Oregon y la Asociación Nacional Latino de Psicólogos.

**CONFIDENCIALIDAD:** La información compartida durante el tratamiento se mantendrá bajo la más estricta confidencialidad de acuerdo con la ley. La Dra. Kollross no dará a conocer la información que usted le haya provisto durante el curso de su tratamiento o evaluación. Con las siguientes excepciones:

1. Información de que usted está en “peligro claro e inminente” para sí mismo o para los demás.
2. Información que pudiese ayudar a otra persona que lo estuviera tratando de ayudar en caso de una emergencia médica.
3. La información en cuanto al tratamiento de menores de edad pudiera ser en algunos casos dada a conocer a sus padres, padrastros.
4. Si usted ha sido referido para obtener una evaluación psicológica, la Dra. Kollross le pedirá que firme una autorización para darle a conocer sus resultados a la agencia que lo haya referido.
5. En algunos casos la Dra. Kollross pudiese ser ordenada por ley de dar a conocer información ante un tribunal.
6. Información necesaria para que su compañía de seguros médicos pueda procesar su reclamo.

En el transcurso de su terapia la Dra. Kollross pudiese pedir información suya al médico que lo refirió, a otros profesionales o comunicarse con estas personas en cuanto a su tratamiento. En dichos casos, se le pedirá que usted firme una autorización para poder hacer esto. Por favor pregúntele a la Dra. Kollross si usted tiene alguna duda en cuanto a algún asunto relevante a la confidencialidad.

**TRATAMIENTO DE MENORES:** La Dra. Kollross tratará a los hijos de padres divorciados o separados bajo las siguientes condiciones (al menos de que el tribunal haya ordenado lo contrario): 1) El padre que tiene la custodia deberá de firmar la forma de consentimiento para tratar al menor antes de que se inicie el tratamiento. 2) La Dra. Kollross consultará con el padre que no tiene la custodia y los padrastros cuando sea necesario. 3) Los padres que no tienen la custodia o los padrastros pudieran traer al menor a las citas y pudieran proveer y recibir actualizaciones en cuanto al comportamiento del niño. 4) Las citas que haga el padre que tiene la custodia que ocurrirán durante el tiempo de visita con el padre que no la tiene, tendrán que ser hechas con el previo consentimiento del padre que no tiene la custodia.

**HORARIO DE OFICINA:** de Psychological Services of Pendleton, LLC es de las 8 a.m. a las 6 p.m. De Lunes a Viernes. Para obtener información o para hacer una cita favor de llamar a la oficina.

**CITAS:** Las sesiones solo pueden ser hechas con previa cita. La Dra. Kollross se reserva el derecho de cobrar por citas en las que el cliente no se haya presentado o por citas canceladas con menos de 24 horas de notificación (vea la sección “cancelaciones tardías” a continuación). Ocasionalmente la Dra. Kollross pudiese estar retrasada o tuviese que cancelar la cita debido a alguna emergencia. Por favor mantenga a nuestra oficina informada de cómo quiere que se le contacte en dado caso de que sea necesario realizar este cambio.

**LLAMADAS TELEFÓNICAS:** Pudiesen ser hechas durante el horario de oficina a la Dra. Kollross, pero solamente se interrumpirán las sesiones de terapia en caso de que sea una emergencia. Todas las otras llamadas las regresará la Dra. Kollross lo más pronto posible. Usted pudiese dejarle un mensaje breve y confidencial a la Dra. Kollross fuera de las horas de oficina. Usted será financieramente responsable por el cobro de cualquier llamada larga que esté relacionada con su salud clínica que no pueda serle cobrada a su seguro de gastos médicos. Los cobros de dichas conversaciones telefónicas serán basados en la tarifa actual de la Dra. Kollross.

**EMERGENCIAS PSIQUIÁTRICAS:** Deberán de ser reportadas inmediatamente a nuestra oficina. Si no puede contactar a nuestra oficina, por favor vaya a la sala de emergencia del hospital más cercano. En ciertos casos la Dra. Kollross pudiera darle algún otro número de contacto en casos de emergencia.

**MEDICAMENTOS:** La Dra. Kollross no prescribe recetas médicas. Si usted está tomando medicamentos psicotrópicos, la Dra. Kollross usualmente consultará con su médico en cuanto a su respuesta a estos medicamentos y a los efectos que éstos tengan en su tratamiento. Si la Dra. Kollross determina que estos medicamentos le benefician a usted, entonces ella lo referirá con un proveedor que le pueda prescribir la medicina.

**HONORARIOS:** El costo está basado en sesiones de 50 minutos. Las sesiones que sean más largas o más cortas tendrán un costo prorrateado. Las llamadas telefónicas, preparación de reportes, copias y el envío de expedientes son servicios adicionales que serán cobrados por separado. Si usted no puede pagar la tarifa actual, tenemos una escala móvil para negociar un acuerdo de pago con ella. **TODOS LOS CHEQUES DEVUELTOS ESTARAN SUJETOS A UN COBRO DE \$25.00.**

**PÓLIZA DE SEGURO Y CUENTAS:** Nuestra recepcionista le pedirá información sobre su cobertura de seguro/seguranza cuando llame para hacer su primera cita. Muchas compañías de seguro y sus compañías de seguridad médica (Managed Care) ahora requieren autorización para su primera visita. Nuestra oficina tratará obtener esta autorización con su ayuda antes de la primera cita con Dra. Kollross. Además, la mayoría de planes de seguro no cobran 100% del costo del tratamiento. Debajo un plan tradicional de tarifa por servicio, usted será responsable por cualquier cantidad de deducible (por ejemplo, el primer \$200 cada año) y el porcentaje de cada visita/cita no cubierto por su plan (por ejemplo, 20%). Debajo otro plan de seguro usted es responsable por un copago (por ejemplo, \$25 cada cita). La cantidad específica de su pago depende en su plan de seguro. Nuestro empleados le atenderán en determinar cuál será su obligación financiera. Dra. Kollross le pide que traiga su porción de pago a cada visita.

Si no tiene seguro de médico o no se puede pagar su porción del costo cada visita, usted puede negociar una tarifa alternativa directamente con Dra. Kollross.

Cada mes usted va a recibir un estado de cuenta de Dra. Kollross informándole de sus cargas por el mes, y un saldo acumulativo de su cuenta. En caso de que no se esté siguiendo el acuerdo de pago mensual, la Dra. Kollross pudiese mandar su cuenta a una agencia de colecciones. Si usted tiene preguntas de su cuenta, por favor contacte la oficina de Psychological Services of Pendleton, LLC.

**HONORARIOS LEGALES:** Las evaluaciones psicológicas, testimonios, reportes, declaraciones, cartas y consultas en general (esto incluye el tiempo de preparación, visitas de oficina, viaje, reportes, cartas y tiempo de espera) tendrán una tarifa de \$200/ hora. Si la Dra. Kollross necesitase bloquear su horario y debido a esto ella no pudiese ver a otros pacientes, para poder asistir ante el tribunal, ella cobrará por este tiempo aún en el caso de que hubiese una cancelación de parte del tribunal.

Usted recibirá un estado de cuenta mensual de parte de la Dra. Kollross, que le informará de los gastos acumulados en su cuenta. En caso de que no se esté siguiendo el acuerdo de pago mensual, la Dra. Kollross pudiese mandar su cuenta a una agencia de colecciones. Si usted tiene alguna pregunta en cuanto a su cuenta favor de contactar a nuestro personal de Psychological Services of Pendleton, LLC.

**CANCELACIONES TARDÍAS:** La Dra. Kollross se reserva el derecho de cobrarle una tarifa por citas que usted haya perdido, haya cancelado tardíamente con menos de **24 horas** de notificación antes de la cita. Usted será responsable por el costo de citas a las que usted no haya venido o haya llegado tarde. Este cobro se le agregará a su estado de cuenta y tendrá que ser pagado antes de su siguiente sesión.

Tarifa por citas a las que no haya llegado o a las que usted haya llegado tarde:

Primera Gracia

Segunda Tarifa completa pagadero por el paciente. La Dra. Kollros tomará la decisión de discontinuar el tratamiento del cliente o si lo referirá con algún otro proveedor.

**PROGRESO DEL TRATAMIENTO:** será monitoreado y documentado por escrito por la Dra. Kollross.

Aunque ella dedica su servicio para que usted se mejore, la Dra. Kollross no puede garantizar el que ella va a “curar” su condición o su situación. La mayoría de su progreso dependerá de sus esfuerzos. El tratamiento no se limita a tan solo el tiempo que usted está en la oficina y pudiese incluir “tareas” que tendrá que completar entre las sesiones. Pudieran haber ocasiones en donde usted querrá obtener una segunda opinión en cuanto a su tratamiento de parte de algún otro proveedor, o cuando la Dra. Kollross quisiese consultar con otro colega en cuanto a su caso. Estas consultas deberán de ser mencionadas de antemano con la Dra. Kollross. En caso de que usted quisiera discontinuar el tratamiento para buscar ayuda con otro profesional, la Dra. Kollross pudiese proveerle una lista con los nombres de otros profesionales.

**QUEJAS:** En cuanto al tratamiento o en cuanto a los procedimientos de la oficina deberán de ser mencionados a la Dra. Kollross inmediatamente. La quejas que no hayan sido resueltas podrán ser mandadas al Panel de Oregon de Psicólogos Forenses, (503) 378-4154.

## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

**Por favor pregúntenos si tiene alguna duda antes de firmar este acuerdo.**

**Yo he leído las prácticas de la oficina y estoy de acuerdo con el tratamiento/evaluación bajo las condiciones que se mencionaron anteriormente. Yo reconozco que seré financieramente responsable por todos los cobros.**

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

