

Gloria Sánchez-Pérez, LMFT

Contrato de Servicios y Declaración de Divulgación

Introducción

El presente documento tiene por objetivo proporcionar información importante con respecto a su tratamiento. Lea todo el documento con cuidado y no olvide de preguntar a su terapeuta cualquier pregunta que usted pueda tener acerca del contenido.

Información acerca de su terapeuta

En el momento oportuno, su terapeuta hablará con usted acerca de la historia profesional y le proporcionará información relativa a su experiencia, su educación, sus intereses especiales, y su orientación profesional.

Su terapeuta mantiene una licenciatura como terapeuta matrimonial y familiar. Ejerce como terapeuta independiente en Aspen Servicios Psicológicos y Psiquiátricos.

Gloria Sanchez-Perez, Tipo de Licencia MFT, Numero de Licencia MFC 46522

Honorarios y seguros

La tarifa del servicio es \$ _____ Por sesión de terapia individual.

La tarifa del servicio es \$ _____ Por sesión de terapia familiar o matrimonial.

La tarifa del servicio es \$ _____ Por sesión de terapia por grupo.

Por favor, informe a su terapeuta si desea utilizar seguro de salud para el pago de los servicios. Si su terapeuta es un proveedor contratado para su compañía de seguros, su terapeuta analizará los procedimientos para cobrar su seguro. La cantidad del reembolso y de cualquier co-pago o deducible depende de los requisitos específicos a su plan de seguro médico. Usted debe ser consciente de que los planes de seguro médico en general limitan la cobertura a ciertas condiciones/diagnósticos mentales. También debe ser consciente de que usted es responsable de verificar y comprender los límites de la cobertura de seguro. A pesar de que su terapeuta se complace en ayudar a sus esfuerzos por buscar reembolso del seguro, no podemos garantizar su seguro pague de los servicios provistos a usted. Por favor de preguntar a su terapeuta cualquier pregunta o duda que tenga.

Sesiones individuales y de pareja son aproximadamente 50 minutos de duración.

Las tarifas se pagan en el momento en que se prestan servicios.

Si por alguna razón usted no puede seguir pagando por su terapia, usted debe informar a su terapeuta. El terapeuta le ayudará a examinar opciones que pueden estar disponibles para usted en ese momento. **Iniciales:** _____

Confidencialidad

Todas las comunicaciones entre usted y su terapeuta se mantienen en la más estricta confidencialidad a menos que usted proporcione permiso por escrito para dar a conocer información acerca de su tratamiento. Si usted participa en terapia matrimonial o familiar, su terapeuta no revelará información confidencial acerca de su tratamiento a menos que todas las personas que participaron en el tratamiento proporcionen su autorización por escrito para. Sin embargo, es importante que usted sepa que el terapeuta utiliza una póliza de "ningún secreto" cuando se lleva a cabo tratamiento familiar o matrimonial. Esto significa que si usted participa en la terapia de familia y/o de pareja, su terapeuta se permite utilizar la información obtenida en una sesión individual que puede haber tenido con ella cuando se trabaja con otros miembros de su familia. Por favor, no dude en preguntarle a su terapeuta acerca de la póliza de "ningún secreto" y como se aplica a usted.

Hay excepciones a la confidencialidad. Por ejemplo, los terapeutas tienen la obligación de reportar casos de presunto abuso de niños, ancianos y/o de adultos dependientes. Los terapeutas pueden ser requeridos o permitidos a romper la confidencialidad cuando se determina que un paciente presenta un grave peligro de violencia física a otra persona o así mismo. Además, una ley federal conocida como la ley patriota 2001 requiere terapeutas (y otros); en determinadas circunstancias, a fin de proporcionar a los agentes del FBI con libros, registros, documentos y demás elementos y prohíbe al terapeuta revelar al paciente que el FBI ha buscado u obtenido los elementos en virtud de la ley. **Iniciales:** _____

Los menores y la confidencialidad

Las comunicaciones entre los terapeutas y los pacientes que son menores (menores de 18 años) son confidenciales. Sin embargo, los padres y otros tutores que dan la autorización para tratamiento de sus hijos a menudo están implicados en su tratamiento. En consecuencia, su terapeuta, en el ejercicio de su juicio profesional, puede discutir el progreso del tratamiento de un paciente menor con el padre o cuidador. Los pacientes menores y sus padres son bienvenidos a hacer preguntas o compartir sus preocupaciones sobre este tema con su terapeuta. **Iniciales:** _____

Citas y pólizas de cancelación

Las sesiones suelen estar programadas para que se realicen una vez por semana a la misma hora y el mismo día si es posible. El terapeuta puede sugerir una cantidad diferente en función de la naturaleza y gravedad de los problemas. Su asistencia constante contribuye en gran medida a un resultado exitoso. Con el fin de cancelar o reprogramar una cita, se espera que usted notifique a su terapeuta por lo menos 24 horas antes de la cita. Si usted no proporciona el terapeuta con al menos 24 horas de aviso por adelantado, usted es responsable por el pago de las sesiones faltadas.

Por favor, comprenda que su compañía de seguros no paga por sesiones perdidas o cancelación de sesiones. **Iniciales:** _____

Disponibilidad de su terapeuta

Consultas telefónicas entre visitas son bienvenidos. Sin embargo, el terapeuta intentará mantener esos contactos breves debido a su creencia de que asuntos importantes se abordan mejor en sesiones programadas con regularidad.

Usted puede dejar un mensaje confidencial a la terapeuta en su mensaje de voz. Si usted desea que su terapeuta le devuelva la llamada, por favor asegúrese de dejar su nombre y número de teléfono, incluido el código de área, junto con un breve mensaje sobre la naturaleza de la llamada.

Llamadas no urgentes son devueltas durante días normales (lunes a viernes); dentro de las 48 horas. Si usted tiene una necesidad urgente para hablar con su terapeuta, por favor, indique en su mensaje y siga las instrucciones proporcionadas en el correo de voz de su terapeuta. En el caso de una emergencia médica o un caso de emergencia que suponga una amenaza para su seguridad o la seguridad de los demás, por favor llame al 911 para pedir ayuda de emergencia.

Iniciales: _____

Comunicaciones con su terapeuta

El terapeuta puede que necesite comunicarse con usted por teléfono, correo de voz, o por otros medios.

Por favor, indique su preferencia de la lista de opciones que aparece a continuar. Por favor, asegúrese de informar a su terapeuta si usted no desea ser contactado por un determinado tiempo y lugar, o por un medio particular.

____ Mi terapeuta me puede llamar en casa. Mi número de teléfono es () _____

____ Mi terapeuta me puede llamar a mi teléfono móvil.
Mi número de teléfono celular es () _____

____ Mi terapeuta me puede llamar en el trabajo.
Mi número de teléfono de la oficina es () _____

____ Mi terapeuta puede enviar correo a mi domicilio
____ Mi terapeuta puede enviar correo electrónico a mi dirección de trabajo

Sobre el proceso de la terapia

Es la intención de su terapeuta proporcionar servicios que le ayudarán a alcanzar sus metas. Basado en la información que usted proporcione a su terapeuta y los detalles específicos de su situación, el terapeuta proporcionará recomendaciones con respecto a su tratamiento. Ella está convencida de que los terapeutas y los pacientes son socios en el proceso terapéutico. Usted tiene el derecho de estar de acuerdo o en desacuerdo con las recomendaciones de la terapeuta. Periódicamente su terapeuta proporcionara información sobre su progreso y su participación es bienvenida en esta comunicación.

Debido a la diversa naturaleza y gravedad de los problemas y la individualidad de cada paciente, el terapeuta no es capaz de predecir la duración de la terapia o a garantizar un resultado específico.

Iniciales: _____

Terminación de la terapia

La duración del tratamiento y el tiempo de la terminación de su tratamiento dependerán de las características específicas de su plan de tratamiento y el progreso que logre usted. Es una buena idea de planificar la terminación de servicios, en colaboración con tu terapeuta. Su terapeuta discutirá un plan de terminación con usted a medida que se acerque la finalización de su tratamiento.

Usted puede suspender el tratamiento en cualquier momento. Si usted o su terapeuta determinan que usted no se está beneficiando del tratamiento, cualquiera puede iniciar comunicación acerca de sus alternativas. Alternativas de tratamiento pueden incluir, entre otras posibilidades, referencias, cambiar su plan de tratamiento, o terminar la terapia. **Iniciales:** _____

Consentimiento para el tratamiento de los menores de edad (niños)

Yo soy el tutor o representante legal del paciente y en el nombre del paciente autorizo legalmente al terapeuta ofrecer servicios de salud mental al paciente. Tengo entendido también que todas las pólizas descritas en esta declaración aplica al paciente que represento.

_____	Nombre del cliente	_____	Seguro social del cliente
_____	Firma del tutor legal	_____	fecha
_____	Relación con el cliente	_____	Nombre del suscriptor de beneficios

Consentimiento para el tratamiento de los adultos

Su firma indica que usted ha leído este acuerdo de servicios cuidadosamente y que comprende su contenido.

Por favor pregunte a su terapeuta cualquier duda o inquietud que usted tenga acerca de esta información antes de que usted firme.

_____	Fecha: _____ / _____ / _____
Firma del cliente	
_____	Fecha: _____ / _____ / _____
Firma del cliente	
_____	Fecha: _____ / _____ / _____
Firma del cliente	