

Información inicial del cliente

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE
ESTA HOJA DEBE SER LLENADA COMPLETAMENTE

Fecha de hoy: _____ Número de seguro social _____
 Nombre _____ Apellidos _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Teléfono (principal) _____ (secundario) _____
 Correo electrónico _____
 Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad _____ Genero (sexualidad) _____ Raza _____
 Nombre del cónyuge o guardián _____ Teléfono _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Persona responsable del pago _____ Seguro social _____
 Firma de la persona responsable del pago _____
 (Debe ser firmado antes que comiencen los servicios)

Información de emergencia

Nombre (1) _____ Relación _____ Teléfono _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Nombre (2) _____ Relación _____ Teléfono _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Nombre de su médico _____ Teléfono del médico _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Nombre de su psiquiatra _____ Teléfono del psiquiatra _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Medicamentos que toma _____
 Alergias _____

Información de empleo (Si el cliente es un niño, el empleo de los padres)

Cliente/guardián: _____ Lugar _____ Teléfono _____ Horas _____
 Cónyuge: _____ Lugar _____ Teléfono _____ Horas _____

Información del seguro médico

Compañía de seguro médico _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Titular de la póliza _____ Personas con cobertura _____
 Número de póliza _____ Número de teléfono _____
 Persona de contacto _____

Consentimiento para el tratamiento (Pág. 1 de 4)

La naturaleza de los servicios proveídos: Esta oficina y éste terapeuta proporcionan la psicoterapia a los clientes con el propósito de ayudar a las personas o llegar a un acuerdo, a aliviar y/o superar las dificultades problemas de enfermedad mental y otros obstáculos que impiden el crecimiento personal, mediante la realización de terapia individual, de parejas, familiar o de grupo.

Técnicas terapéuticas: Las técnicas psicoterapéuticas empleadas por éste terapeuta incluyen: psicoterapia centrada en el cliente, terapia cognitivo-conductual, terapia centrada en esquemas, desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares o EMDR (acrónimo en inglés de Eye Movement Desensitization and Reprocessing), terapia dialéctico conductual (TDC) o (DBT por sus siglas en inglés derivadas de Dialectical Behavior Therapy), terapia para concientizar el momento presente o atención plena (Mindfulness), la meditación, el método de Gottman para parejas, terapia sexual, técnicas de activación conductual, terapia existencial, y terapia de grupo con la intención de proporcionar al cliente la visión de cómo sus comportamientos afecta las relaciones interpersonales.

Procedimientos: La terapia típicamente consiste en sesiones individuales de 50 minutos por semana, que a veces se acompañan con sesiones de grupo de dos horas de duración y son semanales. Usted puede esperar que su terapeuta le reciba en la puerta de la sala de espera en los primeros diez minutos de la hora. Usted puede contactar a tu terapeuta durante las horas normales de trabajo en el número de teléfono de la oficina. En el caso de una emergencia, marque 911. Éste terapeuta se reserva el derecho a no llevar a cabo la sesión de terapia si el pago no se proporciona en su totalidad. Se espera que usted informe a este terapeuta cuando tiene la intención de cancelar su sesión de al menos 24 horas de anticipación. Se le cobrará por las sesiones que no sean canceladas al menos con 24 horas de anticipación.

Continuación de servicios si hay incapacitación: En el caso de que su terapeuta se enferme, tenga una emergencia, u otra situación que impida que la terapia se lleve a cabo, si es posible su terapeuta hará otros arreglos para garantizar la continuación de sus servicios. Si la incapacidad es grave, un consejero designado por su terapeuta se reunirá con usted para considerar y planificar la continuación de la terapia.

Pruebas y reportes: cualquier evaluación e informes dados a usted se le explicaran plenamente y cualquier preocupación que pueda tener será discutida completamente. A menos que sean establecidos por ley, usted tendrá acceso a todos los resultados e informes colocados en su archivo y la oportunidad para platicar sobre esta información según considere necesario. Actualmente, ciertos tipos de instrumentos de evaluación sólo puede ser dados e interpretados por psicólogos o bajo la supervisión de psicólogos con licencia. Usted puede ser referido a un profesional si es necesario cuando las evaluaciones requieren experiencia o licencia adicional.

Honorarios: Se les pedirá a los clientes pagar una cuota que esté de acuerdo con su capacidad financiera. Esta tarifa comienza en \$150/50-55 minutos por sesión y se deslizará hacia abajo desde allí a \$ 80/50-55 minutos por sesión. Esta escala se discutirá con más detalle en su cita inicial. Además, los acuerdos individuales (single case agreements) se pueden hacer con ciertas compañías de seguros a discreción del terapeuta. Su terapeuta se reserva el derecho de rechazar prestar el servicio a causa de las irregularidades de facturación o debido a la falta de acuerdo de servicios entre su compañía de seguros y su terapeuta. Los honorarios son negociables según avance la terapia y pueden cambiar a medida que la situación financiera del cliente cambie. Esto se discutirá y usted recibirá un aviso por adelantado sobre cualquier cambio en las tarifas.

Contacto a través del teléfono: Por favor marque **sí o no** al final de cada declaración:

Yo estoy de acuerdo que mi terapeuta deje un mensaje en mi correo de voz indicando su nombre, número de teléfono y el propósito de la llamada. **SI ___ NO ___** 2.) Si un miembro de la familia u otra persona contestan el teléfono. Yo permito que mi terapeuta deje un mensaje con esta persona con su nombre, número de teléfono, y el propósito de la llamada. **SI ___ NO ___**

Contacto a través de correo electrónico (e-mail) o mensajes de texto: Los correos electrónicos **o mensajes de texto** son fundamentalmente inseguros y su confidencialidad no puede ser garantizada. Por favor marque **sí o no** al final de cada declaración: 1.) Yo permito que mi terapeuta me envíe un correo electrónico **o mensajes de texto** o responda a un correo electrónico **o mensajes de texto** que yo le haya enviado y libero a mi terapeuta de cualquier garantía de confidencialidad en las comunicaciones por correo electrónico **o mensajes de texto**.

SI ___ NO ___ (Si la respuesta es no, se entiende que cualquier mensaje de regreso a usted en el futuro tendrá un mínimo de información e incluirá la petición de que todas las futuras comunicaciones fuera de la sesión se llevará a cabo por teléfono o carta.)

Yo _____, acuso de recibir una copia del "consentimiento para el tratamiento" y soy consciente de mis derechos, los límites de la confidencialidad, los riesgos/limitaciones y beneficios del tratamiento, mis metas y los métodos de tratamiento (ver plan de tratamiento adjunto). Entiendo que este consentimiento para el tratamiento aplica a otros terapeutas afiliados a Psychotherapy Innovations, P.L.C. aparte de mi terapeuta individual con el propósito de asistir en grupo, terapia familiar o de pareja.

Firma del cliente/guardián _____ Fecha _____ Firma del terapeuta _____ Fecha _____

Consentimiento para el Tratamiento (Pág. 2 de 4)

Las expectativas con respecto a su participación en el tratamiento: Se espera que usted sea un participante activo en todas las fases de su tratamiento incluyendo, el establecimiento de metas/objetivos, seguimiento de los avances, discutir cuestiones o problemas con la relación terapéutica y completar tareas. Si usted presenta repetidas faltas de participación en el proceso terapéutico y es de mutuo acuerdo que el proceso de la terapia no le está ayudando, la terapia puede terminar. El terapeuta se reserva el derecho de terminar la terapia si usted muestra repetido desinterés en participar activamente en su terapia y se le han dado numerosas advertencias con respecto a este tema.

El derecho a rechazar los servicios terapéuticos: Usted tiene el derecho de rechazar cualquier sugerencia terapéutica o modalidad que crea o sienta no será de utilidad. Si esto ocurre, los síntomas de ansiedad, depresión y otros problemas de salud mental pueden continuar sin disminuir, empeorar o incluso llegar mejorar con el tiempo. El terapeuta se reserva el derecho de suspender la terapia o transferirlo a otro profesional de salud mental si usted no participa activamente en ciertas prácticas terapéuticas, si usted no se está beneficiando de la terapia, o si el terapeuta cree que será beneficiado de la experiencia de otro profesional de la salud mental. Habrá tiempo suficiente para discutir tal opción con usted antes de que ocurra el cambio.

Explicación del diagnóstico: Es importante que usted tenga una comprensión de cualquier diagnóstico psicológico realizado por su terapeuta durante el tratamiento. El terapeuta lo asesorará sobre su diagnóstico y dará tiempo para discutir en detalle las implicaciones de este diagnóstico y las opciones de tratamiento. También se discuten las consecuencias del diagnóstico y el hecho de que un diagnóstico puede llegar a ser una parte permanente de su archivo.

Sensibilidad cultural y uso de un lenguaje claro: Su terapeuta hará todo lo posible para ser sensible a su cultura, género y las cuestiones raciales, ya que son importantes en la interacción terapéutica entre el terapeuta y usted. Es muy posible que usted tenga que proporcionar información adicional al terapeuta respecto sus normas culturales u otras preocupaciones relacionadas, si se produce una dificultad en la comprensión. Su terapeuta también hará un esfuerzo para obtener conocimiento cultural adicional cuando sea necesario de otras fuentes. Hay la expectativa de que todos los aspectos del proceso terapéutico se expliquen claramente a su satisfacción. En el caso de haber barrera por el idioma se proporcionará cuando sea posible un intérprete u otros servicios.

Incapacidad para dar consentimiento: Su terapeuta intentará obtener el consentimiento con cada cliente, pero en aquellos casos en que las personas no son capaces de dar su consentimiento debido a una incapacitación, se hará todo lo posible por incluirlo en la toma de decisiones tanto como sea adecuado, y el terapeuta actuará en el mejor interés del cliente. Su terapeuta también es consciente de la necesidad de equilibrar la necesidad del cliente para tomar decisiones con su capacidad de dar su consentimiento y los derechos legales de las familias.

Respetando sus valores y creencias: Sus valores, creencias, actitudes y conductas serán escuchadas y respetadas por éste terapeuta. En aquellos casos en que los valores críticos o creencias son contrarias a las de su terapeuta se espera que esto será discutido y resuelto totalmente, si es posible. En el caso de que haya un enfrentamiento irresoluble en valores o creencias o si su terapeuta siente que sus perspectivas son riesgosas o lo ponen en peligro a usted, esto también será discutido. El terapeuta puede transferirlo a otro terapeuta cuando hay desacuerdos irresolubles sobre valores y creencias. El terapeuta hará todo lo posible para no imponer su sistema de valores a usted o que sea evidente cuando él/ella cree que usted puede beneficiarse de examinar o cambiar sus valores.

Reunión fuera de la terapéutica de sesión y evitar la doble función: Es importante por su seguridad entender que el terapeuta no puede tener ningún tipo de relación personal con usted fuera de la relación terapéutica profesional que se produce durante la hora de la psicoterapia normal. Por lo general, esto significa que el terapeuta no tendrá ningún contacto personal con usted fuera de la oficina con la excepción de las llamadas de entrenamiento o conversaciones quizá cortas en un lugar público como resultado de un encuentro casual. Además, con el fin de proteger su confidencialidad, **el terapeuta no podrá iniciar un saludo con usted en un lugar público**, pero puede devolver el saludo, si es iniciado por usted. En el caso de que se produzca un breve intercambio, ninguna información será proporcionada por el terapeuta que identifica cómo o por qué el terapeuta lo conoce para proteger su confidencialidad.

Cuestiones relacionadas con clientes que ofrecen regalos a los terapeutas: En ocasiones, ustedes desean ofrecer pequeños obsequios de escaso valor monetario al final de la terapia a sus terapeutas. Aunque esto no es fundamentalmente problemático, no es fomentado, ni esperado. En el caso de que un regalo sea ofrecido por usted, mientras que este en terapia, el terapeuta rechazará cualquier regalo de un valor significativo o rechazará cualquier regalo que sea contrario a los objetivos de la terapia. Además, la oferta del regalo puede convertirse en un problema que se discute con fines terapéuticos.

Yo _____, acuso de recibir una copia del "consentimiento para el tratamiento" y soy consciente de mis derechos, los límites de la confidencialidad, los riesgos/limitaciones y beneficios del tratamiento, mis metas y los métodos de tratamiento (ver plan de tratamiento adjunto). Entiendo que este consentimiento para el tratamiento aplica a otros terapeutas afiliados a Psychotherapy Innovations, P.L.C. aparte de mi terapeuta individual con el propósito de asistir en grupo, terapia familiar o de pareja.

Firma del cliente/guardián _____ Fecha _____ Firma del terapeuta _____ Fecha _____

Consentimiento para el tratamiento (pág. 3 de 4)

Su archivo de consejería: Usted tiene el derecho en cualquier momento de solicitar una copia de su archivo de consejería. Una copia de su archivo será proporcionada en las dos semanas siguientes a la solicitud. En el caso de que una pareja haya tenido consejería juntos y ambas partes no han firmado la autorización en relación al expediente, las partes relacionadas con la otra persona serán tachadas. Su archivo se mantendrá en esta oficina durante su consejería y se mantendrá seguro al término de su terapia. Su archivo se mantendrá archivado por siete años después de la terminación de su terapia. A partir de entonces, será eliminado de forma segura y que ya no estará disponible. Puede recibir una copia de su archivo llamando al número de teléfono de la oficina de su terapeuta.

La determinación de la duración de la terapia: La duración del tratamiento varía por cliente y diagnóstico. No hay reglas establecidas o rápidas en cuanto a la duración de la terapia. La terapia continuará el tiempo que sea beneficioso para usted, y el terapeuta sea capaz de proporcionar servicios terapéuticos que satisfagan sus necesidades y objetivos.

Las disputas, reclamaciones, y quejas: En el caso de que usted se sienta maltratado o que tenga una queja que no ha sido debidamente contestada por su terapeuta, usted puede presentar una disputa o queja ante el Arizona Board of Behavioral Health. Estas direcciones y teléfonos serán proporcionados a su petición. Se espera que la queja pueda ser comentada y resuelta antes de realizar cualquier queja formal.

Propósito del tratamiento psicoterapéutico: Aliviar el malestar emocional y ayudar a que las personas con enfermedades mentales cambian sus actitudes y/o sus comportamientos.

Métodos y metas: Se trata de un proceso en curso entre usted y su terapeuta. Juntos decidirán lo que quiere lograr y cómo es mejor, dada su personalidad, sus preferencias y sus problemas, para tratar y aliviar los síntomas que está experimentando. Generalmente esto se relaciona a los métodos de apoyo, conductuales y cognitivos de la terapia.

Beneficios del tratamiento: Una reducción en el sufrimiento relacionado con la ansiedad, el pánico, la obsesión, las fobias, la depresión, el trastorno del estrés postraumático, los trastornos de la personalidad, el trastorno bipolar, o cualquier otro ajuste a los problemas de la vida .

Limitaciones en tratamiento: La terapia es un proceso y no todos los encuentros entre el terapeuta y usted son productivos para el usted. Si usted encuentra que no está progresando en lo que usted desea hacer, por favor hable con su terapeuta. Además, el tratamiento suele mejorar situaciones, pero no ofrece una panacea para la vida. Usted debe participar plenamente o el progreso puede estancarse o no avanzar en absoluto. Y, en algunos casos, incluso con el mejor tratamiento la mejoría es mínima.

Riesgos potenciales del tratamiento: El tratamiento puede ser molesto para usted y los que lo rodean mientras se enfrenta a sus problemas, comienza a cambiar y a crecer. Como en cualquier forma de "tratamiento" existen riesgos, un tratamiento que trabaja para una persona y en otra no. También, como la terapia es a menudo un proceso, puede descubrir problemas que no esperaba y por lo tanto el dolor y los sentimientos relacionados con esos temas puede ser muy difícil de tratar. Esto es parte del proceso terapéutico pero puede sentirse "peor" antes de que sienta "mejor". Finalmente, los amigos y familiares no siempre apoyan el crecimiento y los cambios que hace una persona hace y esto puede dar lugar a que usted tome decisiones de cambiar como se relaciona con ellos. Si bien es un signo de crecimiento, la terapia puede causar dolor y cambio.

Límites de confidencialidad: la información discutida en entorno a la terapia se mantiene de manera confidencial y no será compartida sin su permiso por escrito, excepto en las siguientes condiciones:

- Usted amenaza con suicidarse.
- Usted amenaza con hacer daño a otra persona(s), incluyendo homicidio, asalto, u otro daño físico.
- Usted es un menor de edad (menor de 18 años) e informa el abuso de menores, incluyendo pero no limitado a golpes y abusos sexuales.
- Usted informa el abuso de los ancianos.
- Usted informa abuso de un menor de edad (menor de 18).
- Usted informa la explotación sexual por parte de un terapeuta.
- La corte lo ordenó o hay una citación de los archivos por un juez.

La ley estatal exige que los profesionales de salud mental informen de estas situaciones a las personas y/o agencias apropiadas. Aparte de estas limitaciones las comunicaciones entre el terapeuta y el cliente se considerarán confidenciales.

Yo _____, acuso de recibir una copia del "consentimiento para el tratamiento" y soy consciente de mis derechos, los límites de la confidencialidad, los riesgos/limitaciones y beneficios del tratamiento, mis metas y los métodos de tratamiento (ver plan de tratamiento adjunto). Entiendo que este consentimiento para el tratamiento aplica a otros terapeutas afiliados a Psychotherapy Innovations, P.L.C. aparte de mi terapeuta individual con el propósito de asistir en grupo, terapia familiar o de pareja.

Firma del cliente/guardián _____ Fecha _____ Firma del terapeuta _____ Fecha _____

Consentimiento para el Tratamiento (Pág. 4 de 4)

Derechos del cliente: usted tiene derecho a:

- Recibir un trato respetuoso que sea útil para usted.
- Recibir un tratamiento determinado o terminar el tratamiento sin compromiso o acoso.
- Recibir terapia en un ambiente seguro, libre de abuso sexual, físico y emocional.
- Reportar el comportamiento poco ético e ilegal de un terapeuta.
- Preguntar acerca de su terapia
- Pedir y recibir información completa acerca de las capacidades profesionales del terapeuta incluyendo certificación, educación, formación, experiencia, asociaciones profesionales, especialización y limitaciones.
- Obtener información escrita acerca de las tarifas, formas de pago, el reembolso del seguro, número de sesiones, sustituciones (en caso de vacaciones y emergencias), y cancelación antes de comenzar la terapia.
- Rechazar grabaciones electrónicas, pero usted puede solicitarlas si desea.
- Negarse a contestar cualquier pregunta o información que usted decida no revelar.
- Saber los límites de la confidencialidad y las circunstancias en que un terapeuta está legalmente obligado a comunicar información a otras personas.
- Saber si hay supervisores, consultores, estudiantes u otras personas con las que su terapeuta discutirá su caso.
- Pedir un resumen de su archivo, incluyendo el diagnóstico, su progreso y el tipo de tratamiento.
- Pedir el traslado de una copia de su archivo a cualquier terapeuta o agencia que usted elija.
- Recibir una segunda opinión en cualquier momento sobre su terapia o métodos del terapeuta.
- Pedir que el terapeuta le informe de su progreso.
- Rechazar cualquier tratamiento o referencia ofrecida.

Yo _____, acuso de recibir una copia de "consentimiento para el tratamiento" y soy consciente de mis derechos, los límites de la confidencialidad, los riesgos/limitaciones y beneficios del tratamiento y mis metas y métodos de tratamiento (ver plan de tratamiento adjunto). Entiendo que este consentimiento para el tratamiento aplica a otros terapeutas afiliados a Psychotherapy Innovations, P.L.C. aparte de mi terapeuta individual con el propósito de asistir en grupo, terapia familiar o de pareja.

Firma del cliente/guardián _____ Fecha _____ Firma del terapeuta _____ Fecha _____

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN HIPAA (Pg. 1 de 2)

Este formulario describe la confidencialidad de su historia clínica, cómo se utiliza la información, sus derechos, y como usted puede obtener esta información.

Mis deberes legales

Las leyes estatales y federales requieren que guarde su expediente médico privado. Estas leyes requieren que le proporcionemos este aviso informándole de nuestra privacidad de políticas de información, sus derechos y nuestras obligaciones. Estoy obligado a cumplir estas políticas hasta su sustitución o revisión. Tengo el derecho de revisar las políticas de privacidad de todos los registros médicos, incluyendo los registros que lleve antes de realizar cambios en las políticas. Cualquier cambio en esta notificación se hará disponible a petición antes de que los cambios tengan lugar. El contenido del material que fue descrito en una evaluación, admisión o una sesión de asesoramiento están cubiertos por la ley como información privada. Yo respeto la privacidad de la información que se me proporciona y me atengo a los requisitos éticos y legales de la confidencialidad y privacidad de los registros.

Uso de la información

La información sobre usted puede ser utilizada por el personal asociado a esta oficina para el diagnóstico, la planificación del tratamiento, el tratamiento y la continuidad de la atención. Puedo revelarla a los proveedores de atención de la salud que le proporcionan tratamiento, tales como médicos, enfermeras, profesionales de salud mental, estudiantes de salud mental y los profesionales de salud mental o socios de negocios afiliados a esta clínica, tales como la facturación, la mejora de la calidad, la formación, auditorías y acreditación. Tanto la información verbal y registros escritos acerca de un cliente no se puede compartir con otra persona sin el consentimiento por escrito del cliente o el guardián legal del cliente o representante personal. Es la política de esta terapeuta no a dar cualquier información acerca de un cliente sin la autorización firmada de información excepto en ciertas situaciones de emergencia o excepción en el que la información del cliente puede ser revelada a terceros sin el consentimiento por escrito. Algunas de estas situaciones se indican a continuación, y puede haber otras disposiciones establecidas por los requisitos legales.

Obligación de advertir y proteger

Cuando un cliente da a conocer las intenciones o un plan para dañar a otra persona o personas, se requiere que el profesional de la salud advierta a la víctima y reporte esta información a las autoridades legales. En los casos en que el cliente divulga o implica un plan de suicidio, se requiere que el profesional de salud notifique a las autoridades legales y haga intentos razonables para notificar a la familia del cliente.

Seguridad pública

Los registros de salud pueden ser liberados para el interés público y la seguridad de las actividades de salud pública, los procedimientos judiciales y administrativos, con fines policiales, amenazas graves a la seguridad pública, las funciones esenciales del gobierno, militares y la hora de cumplir con las leyes de compensación al trabajador.

Abuso

Si un cliente dice o sugiere que él o ella está abusando de un niño o un adulto vulnerable, o ha abusado recientemente un niño o adulto vulnerable, o que un niño (o adulto vulnerable) está en peligro de abuso, se requiere que el profesional de la salud informe esta información al servicio social apropiado y/o las autoridades legales. Si un cliente es víctima de abuso, abandono, violencia o víctima de un delito y su seguridad parece estar en riesgo, puedo compartir esta información con los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudar a prevenir futuras ocurrencias y capturar al agresor.

La exposición prenatal a sustancias controladas

Se requiere a los profesionales de la salud que informen la exposición prenatal admitida de sustancias controladas que son potencialmente dañinos.

En el caso de fallecimiento de un cliente

En caso de fallecimiento de un cliente, el cónyuge o los padres de un cliente (niño) fallecido tienen derecho a acceder a los registros.

FORMULARIO AVISO HIPAA. (Pág. 2 de 2)

Mala conducta profesional

Mala conducta profesional por un profesional de la salud debe ser reportada por otros profesionales de la salud. En los casos en que se llevó a cabo una reunión disciplinaria profesional o legal con respecto a las acciones de los profesionales de atención médica, los registros relacionados pueden ser liberados con el fin de corroborar las preocupaciones disciplinarias.

Procedimientos judiciales o administrativos

Se requiere que los profesionales de la salud liberen los registros de clientes cuando una orden judicial ha sido colocada.

Menores/Tutela

Los padres o guardianes legales de los clientes menores no emancipados tienen el derecho a acceder a los registros del cliente.

Otras disposiciones

Cuando el pago de servicios es responsabilidad del cliente, o una persona que se ha comprometido a proporcionar el pago y el pago no se ha hecho a tiempo, las agencias de cobro pueden ser utilizados en la recolección de deudas pendientes de pago. El contenido específico de los servicios (por ejemplo, el diagnóstico, plan de tratamiento, notas de progreso, pruebas) no es revelado. Si una deuda sigue pendiente de pago puede ser reportado a las agencias de crédito, y el informe de crédito del cliente puede indicar la cantidad adeudada, el calendario y el nombre de la clínica o fuente de colección. Las compañías de seguros, atención administrada y otras agencias terceras se les darán la información que soliciten de los servicios con respecto al cliente. Información que puede ser solicitada incluye tipo de servicios, fechas/horas de servicio, diagnóstico, plan de tratamiento, descripción de deterioro, el progreso de la terapia y resúmenes. Información acerca de los clientes puede ser revelada en las consultas con otros profesionales en fin de proporcionar el mejor tratamiento posible. En tales casos, el nombre del cliente, o cualquier información de identificación no se divulgan. Se discute la información clínica sobre el cliente. Algunas notas o informes de progreso que se dictó, se escriben dentro de la oficina o por fuentes externas especializada en (y rendir cuentas) dichos procedimientos. En el caso en el que el profesional de la salud mental debe llamar por teléfono al cliente para los propósitos tales como cancelaciones de citas o recordatorios, o para dar/recibir otra información, se hacen esfuerzos para preservar la confidencialidad. Por favor, notificarme por escrito donde pueda comunicarme con usted por teléfono y cómo le gustaría que yo me identifique. Por ejemplo, usted podría solicitar que cuando le hable a casa o en el trabajo, no diga el nombre de la oficina o la naturaleza de la llamada, sino más bien el primer nombre del profesional de salud mental solamente. Si esta información no es proporcionada (enseguida), voy a cumplir con el siguiente procedimiento cuando realice llamadas telefónicas: En primer lugar voy a pedir hablar con el cliente (o guardián) sin identificar el nombre de la oficina. Si la persona que contesta el teléfono solicita información de identificación más voy a decir que es una llamada personal. No voy a identificar a la oficina (para proteger la confidencialidad). Si llego a un contestador automático o buzón de voz voy a seguir las mismas pautas.

Sus derechos

Usted tiene el derecho a solicitar, revisar o recibir sus archivos médicos. Los procedimientos para obtener una copia de su información médica es el siguiente. Usted puede solicitar una copia de sus registros por escrito con la firma original (no fotocopias). Si su solicitud es denegada, usted recibirá una explicación por escrito de la negación. Los registros de menores de edad no emancipados deben ser solicitados por sus padres con custodia o guardianes legales. Usted tiene el derecho de cancelar un comunicado de la información proporcionándome una notificación por escrito. Si usted desea tener su información y que se envíe a una ubicación diferente a nuestra dirección en archivo, debe proporcionar esta información por escrito. Usted tiene el derecho de restringir qué información puede ser compartida con otros. Sin embargo, si no estoy de acuerdo con estas restricciones, no estoy obligado a cumplir con ellos. Usted tiene el derecho de solicitar que su información sea comunicada por otros medios o en otra ubicación. Esta solicitud debe hacerla por escrito. Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con los registros médicos en mis archivos. Usted puede solicitar que se cambie esta información. Aunque puedo negarme a cambiar el registro, usted tiene el derecho de hacer una declaración de desacuerdo, que se colocará en su archivo. Usted tiene el derecho de saber qué información en su expediente se ha proporcionado a quién. Solicitar por escrito. Si usted desea una copia escrita de esta notificación puede obtenerla mediante la solicitud.

Quejas

Si usted tiene alguna queja o pregunta con respecto a estos procedimientos, por favor póngase en contacto con Psychotherapy Innovations, P.L.C. al 602-777-6156. También puede presentar una queja ante el Secretary of the U.S. Dept. of Health and Human Services en 200 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20201

Entiendo los límites de la confidencialidad, políticas de privacidad, mis derechos, sus significados y ramificaciones.

El nombre del cliente (letra de imprenta) _____ Fecha: ____/____/____
 Firma _____ Fecha: ____/____/____

Enfoque inicial de Tratamiento

Nombre del cliente: _____

Objetivos/metás

- Reducir/eliminar la depresi3n
- Disminuir/eliminar los ataques de ansiedad o pánico
- Reducir/eliminar los sentimientos de desesperanza
- Mejorar la imagen corporal
- Aprender a tomar decisiones y habilidades para resolver problemas
- Aprender a negociar y a llegar a un acuerdo
- Aprender la asertividad u otras habilidades de comunicaci3n
- Reducir la agresividad
- Reducir la pasividad
- Reducir/eliminar el auto-lastimarse/lacerase
- Disminuir/eliminar los cambios de humor
- Aumentar la capacidad para controlar la frustraci3n o la irritabilidad
- Reducir la ira y la irritabilidad
- Reducir los temores acerca de estar solo o ser abandonado
- Decidir sobre el divorcio/separaci3n
- Procesar las emociones del divorcio/separaci3n
- Sanar del abuso en la infancia
- Aprender a identificar, sobrellevar, y expresar sentimientos
- Reducir/eliminar la culpa/vergüenza
- Reducir/eliminar el pensamiento obsesivo
- Reducir/eliminar el comportamiento compulsivo
- Aprende a hacer amigos/desarrollar redes de apoyo
- Reducir/eliminar sentirse desconectado/aislado
- Aprender a frenar los pensamientos acelerados o continuos
- Reducir/eliminar la dependencia
- Reducir la sensibilidad a la crítica
- Aprender a poner límites
- Aprender a fijar y lograr metas
- Explorar la espiritualidad
- Aumentar el enfoque, la atenci3n, la concentraci3n
- Lidiar con el dolor o la discapacidad física
- Luchar contra los propios comportamientos adictivos
- Hablar o tratar las conductas adictivas en un ser querido
- Explorar la sexualidad/orientaci3n sexual
- Recuperarse de abuso sexual

Otros: _____

Fecha de revisi3n: _____

Plan de cuidados posteriores: _____

Entiendo las metas y los métodos de mi plan de tratamiento y comprendo que no puedo estar en desacuerdo libremente con mi consejero en cualquier momento y optan por no actuar en las sugerencias ofrecidas por mi terapeuta:

Firma del cliente/guardián _____ Fecha _____ Firma del terapeuta _____ Fecha _____

Psychotherapy Innovations, P.L.C. Política de pago

Todos los pagos de la psicoterapia son pagados en el mismo día de servicio. El proveedor acepta efectivo, cheques personales y tarjetas de crédito/débito. Las personas que no asisten a la terapia con la persona responsable del pago deben traer el pago con ellos o que la persona responsable deje una tarjeta de crédito en el archivo. Los saldos pendientes no serán llevados adelante a menos que el cliente ha hecho un arreglo previo con su terapeuta. Se requiere que todos los clientes dejen un número de tarjeta de crédito registrada para avalar la pérdida de sesión/gastos de cancelación tardía o pagar por su cita. El cliente podrá solicitar recibos a través de la forma de un "Súper Bill " para el reembolso o fines personales en cualquier momento.

Yo, _____, por la presente autorizo a **Psychotherapy Innovations, P.L.C.** a cargar en mi tarjeta de crédito como pago por mi persona/familia y/o sesiones de grupo en el mismo día de servicio por la cantidad o balance adeudado y/o por sesiones no atendidas/canceladas tarde. Si usted no desea pagar esto con la tarjeta en archivo, entiendo que la tarjeta se mantendrá en archivo para ser usada por sesiones no atendidas o canceladas tarde como está escrito en la política de cancelación de **Psychotherapy Innovations, P.L.C.**

Tipo de tarjeta Visa Master-Card Amex Discover

Número de tarjeta de crédito: _____

Vencimiento mes y año: _____

CSC (tres dígitos en la parte posterior de la tarjeta) _____

Nombre del titular de la tarjeta: _____

Dirección de tarjeta de crédito (si es diferente a la proveída): _____

Firma autorizada del titular de la tarjeta: _____

Reconozco la política de pago que se ha descrito anteriormente, y asumo toda la responsabilidad de todos los cargos. Estoy de acuerdo con honrar y cumplir con los términos de pago.

Firma del cliente/guardián: _____ Fecha: _____

Psychotherapy Innovations, P.L.C. Política de cancelación

Si usted no cancela una cita programada en un tiempo razonable, no podemos utilizar este tiempo para otro cliente. Esto crea una pérdida a las personas involucradas. Por lo tanto, se le cobrará el costo total de su cita perdida

Con su firma (el cliente) se entiende que esta es un cobro completo de la sesión (\$100.00, no solo el co-pago si está usando seguro médico) que será cobrada automáticamente por las sesiones perdidas o no canceladas antes de 24 horas. La única excepción es una enfermedad seria que le haya ocurrido. (Que requiera atención médica o una hospitalización y con la documentación apropiada). O que haya habido una emergencia extrema. La emergencia extrema tiene que ser una clase de crisis, eventos inesperados e imprevisibles. Tener dificultades con el automóvil o no tener cuidado de niños, no constituye una emergencia extrema. Su terapeuta se reserva el derecho de modificar esta política de cancelación a 48 horas si el cliente tiene la costumbre de cancelar tarde repetidas veces.

Gracias por su consideración con respecto a este importante asunto.

Firma del cliente/guardián: _____ Fecha: _____