

CCD Counseling PA
INFORMACION DEL CLIENTE Y CONSENTIMIENTO
 version 201601

Su Consejero

CCD Counseling P.A. emplea los servicios de una variedad de consejeros/terapeutas bajo contratos en un intento de servir mejor las necesidades de nuestra clientela diversa. Su terapeuta/consejero esta licenciado por el estado de Texas o está en proceso de completar su licencia y practica bajo la supervisión de otro profesional con licencia. Cada uno tiene su agencia de licencias y su Código de Ética que guía su práctica (ver la lista, abajo). Su Consejero/Terapeuta es:

_____, quien tiene licencia de:

- Consejero Profesional Licenciado (LPC)
 - Texas State Board of Examiners of Professional Counselors (800-942-5540)
- Trabajador Social Clínico Licenciado (LCSW)
 - Texas State Board of Social Work Examiners (800-942-5540)
- Consejero De Dependencia Química Licenciado (LCDC)
 - Texas Department of State Health Services (800-942-5540)
- Licenciado Matrimonial y Terapeuta Familiar (LMFT)
 - Texas State Board of Examiners of Licensed Marriage and Family Therapists (800-942-5540)
- * Licenciado Con Maestría en Trabajo Social (LMTS)
 - Texas State Board of Social Work Examiners (800-942-5540)
- * Licenciado Consejero Profesional Practicante (LPC Intern)
 - Texas State Board of Examiners of Professional Counselors (800-942-5540)
- * Licenciado Matrimonial y Terapeuta Familiar Asociado (LMFT Associate)
 - Texas State Board of Examiners of Licensed Marriage and Family Therapists (800-942-5540)

***Supervisor Clínico :**

(Requerido para LMSW, LPC Intern, and LMFT Associates): _____

- PRIMERA SESSION- TERAPEUTA/CONSEJERO NO ASIGNADO (Si esta casilla está marcada, el cliente recibirá la información acerca de su terapeuta en la primera sesión)

La Relación Terapéutica

Para simplificar, este documento tiene referencia a “consejeros” y “terapeutas” como “terapeutas.” En realidad, el titulo verdadero depende en el tipo de licencia que tiene la persona. Su relación con su terapeuta es una relación terapéutica y profesional. Nuestros códigos de ética, nos prohíben tener "relaciones duales", en las que el terapeuta tiene alguna otra relación de trabajo o personal con usted.

Queremos que nuestros clientes sean buenos consumidores de servicios de salud mental. Hay una variedad de acercamiento psicoterapéuticas dentro de nuestra agencia. La consejería es un asunto personal y usted debe sentirse a gusto con su terapeuta. Por favor siéntase cómodo para hacer cualquier pregunta con respecto a sus servicios. Si su terapeuta no es la "persona indicada" para usted, por favor informe para que se le ofrezcan alternativas dentro o fuera de nuestra agencia. Su terapeuta también puede referirlo a servicios adicionales si usted no está siendo beneficiado con nuestros servicios.

Su terapeuta usara su conocimiento de desarrollo humano y conducta para tratar de ayudarlo a cumplir SUS metas terapéuticas. No se garantiza el resultado de ningún servicio de salud mental. Esperamos que el servicio sea provechoso para usted, pero también queremos que reconozca que usted puede experimentar molestias emocionales durante el tratamiento. El proceso de consejería y las decisiones de los clientes tal vez no sean lo que tenían anticipado. Un ejemplo de un resultado no esperado es cuando una pareja acude a terapia de parejas, y una o ambas partes deciden terminar su relación.

INFORMACION DEL CLIENTE Y CONSENTIMIENTO

Sesiones

La sesión clínica estándar es de 50 minutos. Una sesión de terapia de juego es 45 minutos. Evaluaciones, grupos y otros servicios varían en tiempo. El pago se hace en el momento del servicios.

Citas

Los diferentes terapeutas tienen diferentes horarios de trabajo y ofrecen citas a diferentes horas. Usted probablemente hará su cita (si es necesario) durante su primera cita. Cancelaciones deben de ser hechas con 24 horas de anticipación o usted será facturado por la sesión.

Número de visitas/ terminación

Tanto el número de visitas como la frecuencia de sesiones varían con cada caso. Usted debe discutir con su terapeuta este punto. Terminación de la consejería es muy importante en psicoanálisis y debe ser planeada con anticipación con su terapeuta para que haya el cierre necesario y se le puedan ofrecer referencias o recursos si es necesario. El terminar sin consultar con su terapeuta es considerado como "En Contra del Consejo Médico".

Emergencias fuera de horas

Las emergencias son problemas urgentes que requieren atención inmediata. Si la situación es peligrosa, usted debe de tomar acción inmediata para crear seguridad, incluyendo llamar al 911.

Identificador de llamadas/buscar

Por favor proteja nuestra privacidad. En refuerzo para regresar sus llamadas rápidamente, su terapeuta, puede usar un teléfono en otro lugar, que puede ser su casa o la casa de alguien más. Cuando regrese la llamada por favor no use el número que apareció en el identificador de llamadas, si este número es diferente al que se le pidió llamar anteriormente. SI SU TELEFONO ESTA BLOQUEADO PARA LLAMADAS ANONIMAS usted limitara la habilidad de su terapeuta de regresar su llamada. Por favor provea un número a donde se le pueda localizar.

Privacidad

El Aviso de Prácticas de Privacidad explica más en detalle sus derechos y cómo podemos utilizar y compartir su información. Por favor léalo antes de que firme esta forma de Consentimiento. Al firmar esta forma, usted está de acuerdo y está permitiendo que utilicen la información que usted nos dio. Si no firmar este forma de consentimiento aceptando lo que está en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, no podemos tratar.

Yo doy mi consentimiento al consejero y a la agencia de comunicarse conmigo por correo, correo electrónico, y por teléfono o texto a los números y dirección que he proveído. Yo entiendo que la información será mandada electrónicamente y la privacidad de esos métodos diferentes de comunicación no es garantizado (por ejemplo, la llamada de un cliente a su consejero por celular, en teoría, puede ser interceptada; no podemos confirmar la identidad de la persona recibiendo mensajes electrónicos.) Yo, también entiendo, que mi información es guardada electrónicamente y es intercambiada entre miembros de la agencia electrónicamente. CCD me ha avisado sobre esto y me avisa que debo de considerar cual información es mandada por los varios métodos, cual información de contacto he proveído, y si tengo alguna consulta especial de lo que he comunicado por mi mismo en el manejo de mi información.

Entiendo que CCD Counseling PA es el guardián de mi registro, y esto es en caso de la incapacidad o la muerte de mi terapeuta, CCD Counseling P.A. me proveerán copias a la solicitud o los entregarán al terapeuta de mi opción.

INFORMACION DEL CLIENTE Y CONSENTIMIENTO

El Costo

Terapia Individual, de Pareja y Familiar

El costo por una "hora clínica" (50 minutos de sesión cara a cara de terapia individual, de pareja o familiar o una sesión de 45 minutos de terapia de juego) es \$100.00. Queremos que los servicios sean accesibles para familias de diferentes ingresos. Podemos reducir el costo cuando reducimos el costo de proveer el servicio. Ofrecemos costo reducido para la mayoría de los clientes que cumplan con los siguientes requisitos:

1. PAGUE EL COSTO COMPLETO EL DIA DEL SERVICIO,
2. Tener un ingreso anual neto menor a \$100,000.00 y,
3. No requiera ninguna documentación para un pago tercero.

Cada uno de estos puntos debe de cumplirse en todas y cada una de las sesiones si usted desea tener un costo reducido. Por ejemplo, si usted no paga el total el día del servicio, se le enviara una cuenta de \$100, mientras usted tenga una deuda, sin importar si tuvo reducción en el costo.

Cualquier reducción de los costos se calcula basada en la siguiente información acerca de su ingreso actual:

de Miembros _____ Ingreso Anual Neto \$ _____

Otros Servicios

El costos por otros servicios están puestos a una tarifa fija de \$100.00 por hora. Los servicios que usted está contratando para recibir y sus costos, están especificados en la sección "SU COSTO", en la siguiente página. Algunos servicios tienen un acuerdo adicional que explica esos servicios y los costos relacionados en más detalle.

Pago por terceros

Su costo, o parte de él, puede ser pagado por un tercero. Si la agencia tiene un contrato con ese tercero, el costo será determinado de acuerdo al contrato. Mientras que los clientes retienen la responsabilidad final de pago por todos los servicios que reciban, el único pago que se pide al momento del servicio es la porción designada como "Co-pago" en la sección de "SU COSTO" que está en la siguiente página. Si se especifica un tercero, el cliente solicita que cobrará un tercero.

No Asistir a la sesión y Cancelaciones Tardes

Si usted no puede asistir a su cita, por favor llame lo más pronto posible. Si usted llama al menos 24 horas antes de la cita, no se le cobrara. Si nos avisa con menos de 24 horas de anticipación, el cargo será de \$25.00. Si usted no le da a su terapeuta ningún aviso y no acude a su cita, el cargo será de \$50.00.

Preparación de Corte y Testimonio

El costo por testificar en corte y proveer deposiciones es de \$600 por medio día (4 horas) por el tiempo que el terapeuta es requerido que este en el lugar (ej. si el terapeuta espera afuera de la corte por 4 horas, y testifica por 10 minutos, el costo es de \$1,200). **El costo mínimo es de \$600** que debe ser pagado cuando usted o su abogado pidan la presencia del terapeuta. El costo por actividades relacionadas (ej. Preparación para testimonio, viajes, reportes, etc.) es de \$100 por hora.

Costos Varios Copiar expedientes \$100.00 por hora - mínimo \$25.00

Cheque sin fondos \$25.00

INFORMACION DEL CLIENTE Y CONSENTIMIENTO

Su Costo

Servicios de Clientes de Pago Personal

Costo

- Hora Clínica** **\$ 100**
- Hora Clínica de Costo Reducido _____
- _____ _____

Servicios Para Clientes con Pago por Terceros:

(Especifique el 3ro)

<u>Servicio</u>	<u>Costo</u>	<u>Copago</u>	<u>Tercero</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Yo (nosotros) voluntariamente acepto recibir una evaluación Médica y/o de Salud Mental, cuidados, tratamiento o servicios y autorizo al personal de CCD Counseling P.A. a proveerme de esos cuidados, tratamientos o servicios que sean considerados necesarios y recomendables. Yo entiendo y acepto que participare en la planeación de mi cuidado, tratamiento o servicios, y que puedo parar en cualquier momento.

Al firmar este formato de información del cliente y consentimiento, yo, el cliente firmante, reconozco que he leído, entiendo y acepto todos los términos e información contenida aquí. Se me ofreció una amplia oportunidad para hacer preguntas y buscar aclaración a cualquier cosa que no esté clara para mí. Estoy de acuerdo con el uso y distribución de mi información de salud protegida como se describe en CCD Counseling PA's Aviso de Prácticas del Privacidad.

[Esta traducción es proveída como una cortesía. En el evento de un conflicto, el documento original en Ingles será el acuerdo que gobierna. Este documento es disponible con solicitud.]

 Cliente

 Fecha

 Cliente

 Fecha

Además de consentir a todo lo anterior, también testifico que yo soy el padre, tutor o tengo derecho legal a autorizar el tratamiento médico de la persona mencionada arriba. No estoy obligado por un decreto de divorcio u otro forma de documentación para tener el consentimiento de otro antes de que este menor reciba estos servicios.

 Firma de Padre/Guardian/Tutor

 Fecha

 Terapeuta

 Fecha