

PÓLIZAS DE LA OFICINA Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

BIENVENIDOS A MI PRÁCTICA DE CONSEJERÍA. Me da gusto trabajar con usted. El siguiente documento ofrece información sobre mis servicios profesionales y las políticas de la oficina. Por favor, lea cuidadosamente. Si tiene preguntas o inquietudes, por favor pregúntame en su primera sesión, o tan pronto como se presenten durante el curso del tratamiento. Tenga en cuenta que al firmar este formulario representa un acuerdo entre nosotros.

PROCESO DE TERAPIA: Participando en la terapia puede resultar en una serie de beneficios incluyendo mejoramiento en la autoestima, sus relaciones, la salud emocional, satisfacción con la vida y áreas problemáticas específicas para las cuales usted está buscando ayuda. Trabajando hacia estos objetivos, sin embargo, requiere un esfuerzo continuo de su parte, y a veces puede resultar en sentimientos incómodos como la tristeza, la ansiedad o el enojo, así como alegría y alivio. Las relaciones con sus familiares y queridos también pueden cambiar como resultado de estar en terapia debido a cambios en cómo se siente, se comunica, se relaciona y lidia con el conflicto. Los sentimientos también pueden surgir en relación con el terapeuta y el proceso de terapia. Por favor, siéntase libre de expresar cualquier sentimiento o problemas que pueda tener con respecto a la terapia o de hacer preguntas sobre mi enfoque o acerca de su progreso hacia sus metas terapéuticas. Si empiezas a pensar en terminar con la terapia, le recomiendo hablar conmigo sobre sus necesidades. Si decide terminar la terapia, puede solicitar que le proporcione referencias a otros profesionales calificados.

CONFIDENCIALIDAD: En general, toda la comunicación entre un terapeuta y su cliente es confidencial y protegido por la ley y no puede revelarse sin su permiso por escrito. La confidencialidad también protege a los niños y adolescentes clientes. Hay algunas excepciones en las que estoy legalmente obligado o permitido romper la confidencialidad. Revise cuidadosamente estas excepciones y pregúntame cualquier pregunta en su primera sesión o tan pronto como se presenten durante el curso del tratamiento.

1. La revelación es requerida cuando hay sospecha razonable de abuso / negligencia infantil, y abuso de adultos y ancianos dependientes.
2. Si un cliente es un peligro grave e inminente para los demás, tengo que tomar medidas de protección. Esto incluiría notificar a una víctima potencial, y la policía.
3. Si mi cliente amenaza con hacerse daño, tengo el derecho permisivo de solicitar la hospitalización o de contactar a miembros de la familia u otras personas que puedan brindar protección.
4. La Ley Patriota designa que los agentes del FBI tienen el derecho de obtener información de los terapeutas que pertenecen a la Seguridad Nacional.
5. En la mayoría de los procedimientos legales, pero no todos, usted tiene el derecho legal de evitar que le dé información sobre su terapia. En ciertas situaciones legales, como en un caso de custodia de niños o cuando su estado emocional es un problema (por ejemplo, en un caso de Compensación de Trabajadores o lesiones personales), el juez puede ordenar a mi que testifique. (Continuado...)

Iniciales: _____

Cuando esté indicado terapéuticamente, haré todos los esfuerzos razonables para clarificar mi curso de acción con usted antes de quebrar la confidencialidad. Si usted está participando en terapia de grupo, los detalles del grupo deben mantenerse estrictamente confidenciales (vea formas separadas para más información sobre el grupo terapia). En ocasiones, puede ser beneficioso para su situación consultar a otros profesionales sobre su caso. Durante esta consulta, hago todo lo posible por proteger su identidad. El consultor también está legalmente obligado a mantener la información confidencial.

CONFIDENCIALIDAD CON LA FAMILIA Y LA TERAPIA DE PAREJAS: Cuando trabaje con miembros de la familia y parejas, pediré a todas las partes que firmen consentimientos para compartir información relevante y dar una retroalimentación importante a todos los que participan en el tratamiento. En situaciones en las que un miembro de la familia o un compañero solicita que yo divulgue información sobre las sesiones de la familia o las parejas, mi política es no divulgar información a menos que todos los miembros de la familia (o ambos miembros de la pareja) firmen una autorización permitiéndole hacerlo.

NOMBRAMIENTO Y CANCELACIONES: Mis citas duran 50 minutos. Dado que la programación de una cita implica la reserva de un tiempo reservado específicamente para usted, se requiere un aviso de 24 horas para reprogramar o cancelar una cita. Si por alguna razón, aparte de la emergencia, una sesión se cancela con menos de 24 horas de antelación, usted tendrá que pagar el costo de la sesión completa.

PAGO Y SEGURO: El costo de una sesión de terapia individual es \$ 150.00. El pago se debe en cada sesión, a menos que se hagan otros arreglos. Actualmente no estoy contratado con ninguna compañía de seguros y los pacientes me pagan directamente. Sin embargo, si tiene un plan de seguro PPO, es probable que tenga beneficios "fuera de la red", lo que significa que las visitas pueden ser reembolsadas al menos parcialmente. Le recomiendo que llame a su seguro o consulte sus pólizas de seguro para determinar los procedimientos para el reembolso de salud mental. Su cuota se fijó en _____ y se reevaluará periódicamente.

TELÉFONO Y OTRAS CONSULTAS PROFESIONALES: No se cobrarán llamadas telefónicas de menos de diez minutos de duración. Sin embargo, para aquellas llamadas que sean más de diez minutos, se cargarán en segmentos de cuarto de hora (según su tarifa establecida). Para consultas profesionales con personas con las que me ha pedido o permitido hablar (médicos, abogados, maestros, terapeutas, etc.), cobro por segmentos de cuarto de hora (para llamadas de más de diez minutos). También cobro por tiempo escribiendo cartas / informes sobre su caso, leyendo reportes extensos, y para fotocopiar archivos. Le notificaré sobre estos cargos antes de comenzar estas actividades. Estos son los cargos que las compañías de seguros por lo general no cubren. Si usted se involucra en los procedimientos legales que pueden requerir mi participación, se espera que pague mi tiempo profesional incluso si estoy llamado a testificar por otra parte.

TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO: Usted tiene el derecho de terminar el tratamiento en cualquier momento. Sin embargo, si no está satisfecho con mis servicios o si tiene preguntas sobre mis métodos de tratamiento, le invito a hablarlo conmigo tan pronto como sea posible. Si decide dejar de tratamiento conmigo, estaré encantado de darle los nombres y números de teléfono de otros terapeutas para asegurar una transición suave de su cuidado. Los terapeutas también tienen el
(Continuado...)

Iniciales: _____

derecho de terminar la terapia bajo ciertas circunstancias - por ejemplo, si un cliente no se beneficia del tratamiento después de un tiempo razonable o si un cliente podría beneficiarse más de recibir tratamiento en otra parte. A veces, durante el curso del tratamiento, salen a la luz cuestiones adicionales que serían mejor atendidas por otro terapeuta o agencia de tratamiento que se especializa en ese área en particular. En el caso de que se haga evidente que es en su mejor interés para terminar el tratamiento conmigo, le daré las referencias y revisarlas cuidadosamente con usted. Además, realizaré sesiones de terminación con usted antes de su traslado a otro terapeuta o centro de tratamiento.

EMERGENCIAS: Para ponerse en contacto conmigo entre las sesiones, puede dejar un mensaje en mi buzón de voz confidencial (510) 984-3360 y trato de devolver su llamada a dentro de 24 horas o el siguiente día entre semana. Si surge una situación de emergencia, llame al 911 o vaya al hospital más cercano. Para apoyo adicional con necesidades psicológicas urgentes, puede comunicarse con la línea de crisis de salud mental del Condado de Alameda al 1-800-494-9099 (www.acbhcs.org). También puede comunicarse con una línea telefónica nacional de la prevención del suicidio llamando al: 1-800-273-8255. Recomiendo que mis clientes pre-programean esta información en su teléfono para que la tengan disponible en un momento de necesidad.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Mi firma en esta página indica que estoy dando mi consentimiento para entrar en tratamiento con Anna Lindberg Cedar, MPW, LCSW # 64284, y que estoy autorizando a este practicante a realizar procedimientos diagnósticos, evaluaciones psicológicas y procedimientos de tratamiento durante mi curso del tratamiento. Entiendo que el propósito y la lógica de estos procedimientos me serán explicados y que están sujetos a mi acuerdo. También entiendo que el resultado de mi tratamiento no puede ser garantizado, a pesar de que la psicoterapia está diseñada para ser útil (para obtener más información, consulte la página 1, párrafo 2, "El proceso de la terapia").

YO ENTIENDO Y ACEPTO ESTAS POLÍTICAS Y DOY MI CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO.

Me ha ofrecido una copia de este formulario.

NOMBRE

FIRMA

FECHA