

Livewell Behavioral Health Counseling Center, Inc.

1300 E. Shaw Ave Suite 172

Fresno, CA 93710

Oficina: (559) 484.2021

Fax: (559) 472.3587

Consentimiento para el tratamiento

Has decidido embarcarte en un poderoso viaje conocido como psicoterapia, una decisión de fuerza y coraje. Sepan que consideramos que la relación psicoterapéutica es una relación de confianza sagrada. Esta carta sirve para informarle sobre el proceso terapéutico, darle información y responder preguntas sobre la relación profesional entre el terapeuta y los clientes.

La psicoterapia no puede asegurar la resolución exitosa de los problemas que usted le trae. Los seres humanos son demasiado complejos y la vida es demasiado incierta. Sin embargo, es nuestra experiencia como terapeutas lo que hace que la mayoría de las personas pueden ganar algún valor del proceso terapéutico. Sepan que a medida que viajamos juntos pueden aparecer nuevos destinos, a menudo imprevistos. El proceso terapéutico puede no sólo afectarle a usted, sino también a las relaciones, el trabajo y otras áreas de la vida. Hay alternativas y muchos complementos a la psicoterapia. Estos incluyen, pero no se limitan a, medicamentos, grupos de apoyo y modalidades complementarias. Estaré feliz de discutir cualquier alternativa que usted quiera considerar en cualquier momento.

Tenemos una serie de expectativas de los clientes sobre la relación profesional que mantenemos con cada uno de ellos. Esperamos que usted cumpla con sus citas. Por favor recuerde que alguien más puede querer esta vez. **Por favor, dé a nuestros otros clientes, sus obligaciones, relaciones y su terapeuta la cortesía de un aviso de 24 horas si usted debe cancelar una cita; de lo contrario, se le cobrará una cancelación de \$50 dólares no-mostrar/tardía por este tiempo.** Siempre tenemos en cuenta las citas no atendidas de forma individual y entendemos que surgen emergencias. El seguro no pagará por las citas rotas.

Nuestra tarifa actual es de \$100.00 por sesión para terapia individual. Nuestra tarifa actual es de \$110.00 por sesión para terapia de pareja y terapia familiar. Tenemos una escala móvil dependiendo de los ingresos de su hogar. El pago de su sesión se debe pagar en el momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques personales y tarjetas de crédito. Trabajamos con varias compañías de seguros a través de contratos de cuidado administrado y somos responsables de presentar reclamos por nuestros servicios; usted debe pagar su copago en el momento en que se prestan los servicios. No hay excepciones. Se aceptan otros planes de seguro (fuera de la red) pero es posible que tenga que pagar la diferencia. Los arreglos de pago son discutidos durante su sesión inicial.

También cobramos por nuestro tiempo cuando requieres correspondencia escrita. Esto es facturado de acuerdo a la cantidad de tiempo utilizado con una tarifa mínima de \$25. Esto incluiría correspondencia como cartas a otros profesionales, solicitudes de discapacidad, etc. El seguro no pagará la correspondencia. No cobramos por la presentación de seguro habitual. Las consultas telefónicas también se facturan a tarifas regulares. Los primeros 5 minutos consideramos una cortesía profesional a nuestra relación; a partir de entonces, el tiempo es facturado a tarifas regulares al cuarto de hora más cercano. Las sesiones tienen una duración de 45 a 50 minutos. Nuestro terapeuta toma unos minutos de una hora entre los clientes para relajarse, dejar ir la última sesión y prepararse para la siguiente.

Nuestro horario de citas es generalmente en la hora de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. Hacemos citas más temprano y más tarde, pero estas son reservadas para clientes de larga data. Nuestro personal de la oficina principal programará nuestra próxima cita al final de cada sesión. Puede ponerse en contacto con nosotros por teléfono/correo de voz durante las horas regulares de oficina. Como nuestros terapeutas están en sesión la mayor parte del día, a menudo revisan el correo de voz y envían mensajes varias veces al día. Si su llamada no es urgente, le responderemos lo antes posible. Las llamadas que salgan después de las 5 p.m. serán devueltas el siguiente día hábil muy pronto.

Si te encuentras en una situación de emergencia de vida o muerte, marca el 911 para obtener asistencia o vaya inmediatamente a su departamento de emergencias local.

Aunque las sesiones cliente-terapeuta serán íntimas psicológicamente, es importante que entiendas que la relación cliente-terapeuta es profesional y no social. Todo contacto se limitará a las sesiones que usted organice con su terapeuta. Las sesiones se celebran generalmente en una de nuestras oficinas. Si usted se encuentra con su terapeuta

fuera de la oficina, el terapeuta hablará con usted sólo si usted inicia el contacto; esto le permite mantener la privacidad de su relación psicoterapéutica. Por favor, no invite a su terapeuta a reuniones sociales (incluyendo, pero no limitado a, fiestas, bodas, reuniones de negocios, etc.), ofrecer regalos, o pedirles que se relacionen con usted de cualquier otra manera que no sea el contexto profesional de nuestras sesiones de terapia. Aunque esto puede parecer artificial y/o incómodo, es la mejor manera de promover una buena relación psicoterapéutica.

Sus sesiones deben centrarse exclusivamente en sus preocupaciones. Usted aprenderá mucho acerca de su terapeuta mientras más tiempo trabajen juntos; nuestro terapeuta puede ocasionalmente compartir experiencias y luchas con cierta regularidad como modelos para los clientes. Sin embargo, usted seguirá experimentando al terapeuta en un papel profesional únicamente. Nuestro terapeuta mantendrá la confidencialidad de todo lo que diga con las siguientes excepciones: a) usted le ordenará al terapeuta que hable de usted con alguien, b) el terapeuta determina que usted es un peligro para usted mismo o para otros, o c) hay evidencia de abuso de niños o ancianos. En el caso de las dos últimas excepciones, el terapeuta se pondrá en contacto con la familia, amigos, DFCS y / o autoridades de aplicación de la ley para tratar de prevenir el daño a cualquier persona.

Nuestros terapeutas asisten a consultas semanales con colegas. Pueden discutir el trabajo que ocurre en su sesión en estas sesiones mientras mantienen su anonimato.

Nuestros terapeutas utilizan un enfoque ecléctico de la terapia, lo que significa que utilizan una variedad de modelos terapéuticos. Nuestro terapeuta trabaja diligentemente para usar lo que es más útil para cada individuo en lugar de tomar cualquier enfoque exclusivamente. Esperamos que esta información le sea de utilidad. Si en cualquier momento durante su relación su terapeuta, tienes alguna pregunta, por favor no dudes en preguntar.

Por la presente solicito y doy mi consentimiento para participar en el tratamiento proporcionado por esta agencia. Entiendo que el desarrollo de un plan de tratamiento con este terapeuta y la revisión regular de nuestro trabajo hacia los objetivos del tratamiento son en mi mejor interés. Estoy de acuerdo en desempeñar un papel activo en este proceso. Entiendo que no se me ha hecho ninguna promesa en cuanto a los resultados del tratamiento o de cualquier procedimiento proporcionado por este terapeuta.

Soy consciente de que yo (o mi hijo) podría interrumpir el tratamiento con este terapeuta en cualquier momento. Entiendo que podría perder otros servicios o tener que lidiar con otros problemas si dejo de recibir tratamiento. (Por ejemplo, si mi tratamiento ha sido ordenado por la corte, tendré que responderle al tribunal.)

Soy consciente de que un agente de mi compañía de seguros u otra tercera parte puede recibir información sobre el tipo (s), costo (s) y proveedores de cualquier servicio que reciba. Entiendo que si no se hace el pago por los servicios que recibo aquí, el terapeuta puede suspender el tratamiento. Mi firma abajo muestra que entiendo y estoy de acuerdo con todas estas declaraciones. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas con respecto a esta información.

Firma del Cliente (o persona que actúa para el cliente)

Fecha

Firma del Cliente (o persona que actúa para el cliente)

Fecha

Relación con el Cliente

Yo, el terapeuta, he discutido los asuntos mencionados anteriormente con el cliente (y/o sus padres, tutores u otro representante). Mis observaciones del comportamiento y las respuestas de esta persona no me dan ninguna razón para creer que esta persona no es totalmente competente para dar consentimiento informado y voluntario.

Firma del Terapeuta

Fecha

Nombre del cliente _____ C.I.D.# _____