



## FORMULARIO DE REGISTRACION DEL PACIENTE

---

Fecha: \_\_\_\_\_

DX ( Terapeuta): \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: Calle \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Nro. Lic. De conducir: \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Cell # \_\_\_\_\_

Tel. Trabajo # \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Estado Civil: Casada/o \_\_\_ Soltera/o \_\_\_ Separada/o \_\_\_ Divorciada/o \_\_\_ Viuda/o \_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Nombre de su doctor de cabecera: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre completo del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si el cliente es menor:

Nombre completo del padre: \_\_\_\_\_

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre completo de la madre: \_\_\_\_\_

Firma de la madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Iniciales del Terapeuta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Iniciales del Cliente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## DECLARACION DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE

Yo, Graciela Aires Rust LPCA, CRC, YT proveo psicoterapia, consultoría, entrenamiento de vida, terapias complementarias y alternativas y consultoría multicultural a todos los clientes sin importar raza, color, religión, origen nacional, orientación sexual, edad, discapacidad, o cualquier otro factor de diversidad cultural. Cuando reciba servicios de mí, es importante que conozcas tus derechos que enumero a continuación.

### **Derecho a la Confidencialidad.**

A menos que la ley así lo requiere, sus registros clínicos e historia médica, o de terapias y otra información sobre usted no se darán a conocer sin su permiso por escrito (o si es menor de edad, el permiso por escrito de sus padres o tutor legal, o si la persona es discapacitada para tomar decisiones, el permiso de tutor legal o curador). Sin embargo, hay algunas circunstancias específicas bajo las cuales la ley puede requerir que divulgue la información con otros sobre los servicios terapéuticos que usted. Estas son las excepciones:

- Si yo poseo bases suficientes para interpretar que exista un peligro inminente para consigo mismo/a o para con los demás, o si creo que es probable que usted vaya a cometer un crimen.
- Se haya cometido un crimen en mi oficina o en mi contra.
- En caso que la corte me ordene libere sus expedientes.
- Si existen sospecha de que usted ha abusado de un niño o un adulto dependiente, o si está siendo investigado por abuso o negligencia infantil, estoy obligado por la ley a compartir información con los funcionarios de la administración del condado de protección
- Si usted es VIH positivo y soy consciente de que no está siguiendo las medidas de control adecuadas, estoy obligado a informar de ello a los agentes encargados de la protección de la salud pública.
- A personal médico en una emergencia médica.
- A toda persona o entidad a quien usted solicite compartir información con su consentimiento firmado y escrito.

### **Derecho a rechazar el tratamiento**

Usted tiene el derecho de consentir el tratamiento o servicios que recibe de nuestra parte y puede retirar su consentimiento en cualquier momento. Si rechaza un servicio o tratamiento recomendado, intentaré informarle de las consecuencias de tal rechazo. La única vez que usted puede ser tratado sin su consentimiento es en una situación de emergencia, cuando se ha ordenado por la corte, si usted es un menor de edad y su padre o tutor ha dado su consentimiento.

### **Derecho a conocer el costo de los servicios**

Usted debe ser informado de los costos de sus servicios antes de la prestación de los servicios. Es su responsabilidad de hacer arreglos para el pago de los costos, y sus servicios pueden ser terminados por no pagar los costos acordados.

### **Derecho a la privacidad**

Usted tiene el derecho de estar libre de cualquier búsqueda injustificada de su persona o propiedad.

### **Derecho a ser tratado con dignidad**

No administramos procedimientos potencialmente dolorosos, tampoco proveemos de estímulos para reducir la frecuencia o intensidad de un comportamiento. Protegemos a los clientes de daños y estamos obligados de reportar cualquier forma de abuso, negligencia o explotación que llegáramos a identificar.

## Su Información.

### Sus Derechos.

### Nuestras responsabilidades.

Esta nota le explica los usos permitidos de su información médica y cómo usted puede acceder a ella. **Por favor léala detalladamente.**

#### Sus Derechos

##### Usted tiene derecho a:

- Obtener copias de su historial médico o clínico.
- Corregir si hay alguna información errónea.
- Solicitar información confidencial.
- Disponer de su información médica.
- Designar personas o entidades con quienes desea se comparta su información clínica.
- Obtener copias de esta nota (disponible en la página de internet en "Formularios").
- Optar por alguien que actúe por usted.
- Presentar una queja si considera que sus derechos de privacidad han sido violados

#### Sus Opciones

##### Usted puede optar si prefiere o no que compartamos su información clínica en los siguientes casos

- Divulgar a su familia y amigos acerca de su condición
- Proporcionar auxilio en casos de desastre.
- Incluir en un directorio de hospital.
- Proveer atención de salud mental.
- Marcar nuestros servicios y vender su información
- Recaudar fondos.

#### Su Información

##### Usamos su información clínica para:

- Tratarlo/a.
- Desempeñar labores administrativas en la oficina.
- Facturar nuestros servicios.
- Proveer ayuda a las oficinas de Salud Pública y por razones de seguridad.
- Investigaciones científicas.
- Responder a la ley.
- Administrar compensaciones de trabajadores, obligaciones legales y otros requisitos gubernamentales.
- Responder a juicios y acciones legales.

## Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y nuestras obligaciones de ayudarlo.

### Obtener una copia electrónica o impresa de su historia clínica.

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de su historia clínica y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Usualmente le entregamos una copia dentro de los 30 días de habernos solicitado su historial clínico. Existe una tarifa razonable en base al número de copias impresas.

### Solicitar corregir sus datos clínicos.

- Usted puede solicitar corregir sus datos médicos si considera existe algo erróneo o incompatible. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Si denegamos la solicitud, le explicaremos en una nota escrita detallando las razones dentro de los 60 días de haber solicitado la modificación a su historia.

### Solicitar comunicación confidencial.

- Usted puede solicitarnos que nos comuniquemos de manera específica, por ejemplo, llamándolo/a a su casa, o trabajo, o recibiendo correo a determinada dirección.
- Accederemos a estas solicitudes en tanto sean razonable.

### Solicitarnos limitar la información que compartimos.

- Usted puede solicitarnos que no utilicemos o compartamos cierta información de su salud o su tratamiento, para procesar pagos o para uso administrativo. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esta solicitud afecta su tratamiento.
- Si usted paga por su tratamiento en forma directa, sin uso de seguros de salud, usted puede solicitar que no compartamos su información clínica con el propósito de procesar pagos u operaciones con su aseguradora de salud. Vamos a decir "sí" a menos que una ley nos obligue a compartir dicha información.

### Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información.

- Usted puede solicitarnos una lista de las veces en que compartimos su información de salud durante seis años antes de la fecha que solicita, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos en dicha lista todas las veces hemos compartido su información, excepto información relacionada a su tratamiento, pagos y toda otra información que usted haya solicitado no informarla. Existe una tarifa razonable basada en costos asociada a las hojas impresas.

### Obtener una copia de estos derechos a su privacidad.

- Esta información está disponible en nuestro website <http://www.holisticgrowth.net/contact.html#forms>. Usted puede bajar estos formularios en su computadora, imprimirlas tantas veces necesite y también puede solicitar una copia impresa en nuestra oficina.

### Eligir a alguien para que actúe por Usted.

- Si le ha dado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

### Presentar una queja si cree sus derechos no han sido respetados.

- Usted puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos utilizando su información clínica. Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta al 2000 Independence Avenue, SW - Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacidad/HIPAA/quejas/](http://www.hhs.gov/ocr/privacidad/HIPAA/quejas/). No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

## Sus Opciones

Usted puede establecer sus preferencias en cuanto a cómo desea que compartamos ciertos aspectos de su información clínica.

Si tiene una clara preferencia de por cómo prefiere que compartamos su información clínica en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros y trataremos de acomodar sus requerimientos.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:

-Compartamos su información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado.

-Compartamos su información en una situación de emergencia.

-Incluyamos su información en un directorio de hospital.

*Si usted no puede decirnos su preferencia, por ejemplo si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para apaliar una amenaza seria e inminente a la salud o la seguridad.*

En estos casos nunca compartiremos su información a menos que usted nos dé permiso por escrito:

-Fines de marketing.

-Venta de su información.

-Divulgar notas psicoterapéuticas.

En caso de recaudación de fondos.

- Puede que lo contactemos si estamos recaudando fondos, pero usted puede optar por no, en cuyo caso no lo contactaremos más.

## Nuestro Uso de la Información

### ¿Cómo utilizamos o compartimos normalmente su información clínica?

Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

**Tratarlo**

- Podemos usar su información clínica para tratarlo y podemos también compartir su información con otros profesionales que lo tratan a Usted.

***Ejemplo:** Un médico que lo trata por una lesión pregunta a otro médico acerca de su condición general de salud.*

**Operar nuestra organización.**

- Podemos utilizar y compartir su información de salud para operar nuestra práctica privada, mejorar su atención y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.

***Example:** Utilizar su información de salud para administrar su tratamiento y servicios.*

**Facturar sus servicios.**

- Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de los planes de salud u otras entidades.

***Ejemplo:** Le damos información sobre usted a su plan de seguro de salud para que pague por sus servicios.*

## De qué otra manera podemos utilizar su información médica o clínica?

Estamos autorizados u obligados a compartir su información clínica de otras maneras - por lo general en formas que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación científica. Tenemos que cumplir con diversos requisitos legales antes de que podamos compartir su información para estos propósitos. Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

### Ayuda con asuntos de salud pública y seguridad

#### Podemos compartir información sobre su salud para ciertas situaciones como:

- El Centro de Prevención de la enfermedad.
- Ayudar con los retiros de productos medicinales dañados.
- Informar sobre reacciones adversas a medicamentos.
- Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.

#### Investigación científica

- Podemos usar o compartir su información para la investigación científica de salud.

#### Cumplir con la ley

-Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si solicitan que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

#### Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir información sobre su salud con organizaciones de adquisición de órganos.

#### Trabajar con un médico forense o director de funeraria

-Podemos compartir información de salud con un médico forense, examinador médico o director de funeraria cuando muere un individuo.

#### Responder a solicitudes de indemnización de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales.

- Podemos usar o compartir información sobre su salud:
  - Para reclamaciones de compensación de trabajadores
  - Para fines legales o con un oficial de la ley
  - Con agencias de supervisión de salud autorizadas por ley
  - Para funciones especiales del gobierno como militares, seguridad nacional y servicios presidenciales de protección.

#### Responder a demandas y acciones legales

-Podemos compartir información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

## Nuestras Responsabilidades

---

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información clínica protegida.
- Le informaremos rápidamente si ocurre una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y disponerle una copia del mismo.
- No usaremos o compartiremos su información de otra manera que la descrita aquí a menos que usted nos diga que podemos por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información puede visitar:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### **Cambios en los Términos de este Aviso:**

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible bajo petición, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

**Este Aviso de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.**

**Holistic Growth, Graciela Aires Rust MS, LPCA, CRC**

Iniciales del Terapeuta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Iniciales del Cliente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



---

## Regulaciones de Nuestra Oficina

### ¡Bienvenido a Terapia!

Mi meta en la terapia es ayudar a los clientes a lograr equilibrio, avanzar y obtener alivio de los síntomas de ansiedad, depresión o cualquier otro desafío de salud mental, emocional y de conducta. Nuestro trabajo en conjunto depende de desarrollar una relación abierta y honesta que le permitirá tomar conciencia de los patrones y creencias antiguas que afectan la calidad de su vida.

### Duración de la sesión

Ofrecemos sesiones de diagnóstico y grupales de 90 minutos, y sesiones individuales de 60 minutos. Cuando usted hace una cita el tiempo se reserva especialmente para usted. Si llegas tarde a tu cita, las sesiones deben terminar en la hora de finalización programada. En las sesiones de inicio, te ayudaré a establecer metas para nuestro trabajo juntos. Mi meta es lograr cambios en su vida en el menor tiempo posible. El costo de una evaluación clínica integral es de \$ 150 y la tarifa para la psicoterapia individual es de \$ 95 por sesión. El pago completo se espera al final de cada sesión. Ahora aceptamos a Blue Cross Blue Shield como proveedor dentro de la red para sesiones de psicoterapia. Holistic Growth acepta todos los demás planes de seguro como proveedor fuera de la red. Los servicios pueden ser cubiertos en su totalidad o en parte por su plan de seguro de salud o de beneficios para empleados. También puede optar por pagar mediante cheque, en efectivo o tarjeta de crédito. Los honorarios por tiempo adicional o servicios serán pro-calificados en la tarifa de sesión de sesenta minutos, por ejemplo, la consulta con otros profesionales o la preparación de informes o correspondencia.

### Estipulaciones de nuestra práctica:

El pago total se espera al momento de hacer su cita o al final de cada sesión. Usted puede optar por pagar con cheque, en efectivo o tarjeta de crédito.

### Política de cancelación:

Solicitamos por favor que asista a su cita puntualmente. En la página de internet, en contacto existen detalles de cómo llegar a la oficina, como así están a su disposición todos los formularios necesarios para su registración. Puede bajarlos, archivarlos, e imprimirlos tantas veces le sea necesario.

Si usted no viene a su cita o da menos de 48 horas de aviso de cancelación, usted es responsable de pagar por la sesión perdida en su totalidad. La cancelación con 48 nos permite contactar a clientes en lista de espera y tomar su espacio.

### Límites de Confidencialidad

Como su terapeuta mi meta es establecer un lugar seguro para que usted pueda explorar abiertamente sus problemas personales. Me comprometo a proteger su derecho a la privacidad, dentro de los límites de la ley. Hay ciertas situaciones en las que un terapeuta es requerido, por ley, revelar información obtenida durante la terapia.

La revelación es requerida por la ley en las siguientes circunstancias:

1. Si existe riesgo de homicidio o suicidio, esto debe ser reportado a las autoridades apropiadas.
2. Si existe abuso infantil actual o pasado o una sospecha razonable de abuso / negligencia de un niño o adulto vulnerable, esto debe ser reportado a las autoridades apropiadas.
3. Cuando un tribunal emite una orden judicial legítima firmada por un juez.
4. Su compañía de seguro de salud tiene acceso a conocer su diagnóstico e información relevante para el proceso de pago.

### Divulgación de información:

Salvo en las circunstancias anteriores, solo publicaré información sobre usted si usted autoriza por escrito un consentimiento para hacerlo.

**Terminación:** Cuando usted decida dejar la terapia, por favor cométemelo 2 sesiones antes de concluir. Esto nos permitirá revisar sus logros y entender cómo seguir avanzando.

**Nuestra información de contacto**

Nuestra línea de contacto es +1 - 808-8824 - 0721. Devolveremos la llamada dentro de las 48 horas o antes. Devolveremos su llamada del fin de semana el lunes próximo (a menos que sea vacaciones).

He leído las políticas anteriores y las entiendo y estoy de acuerdo con ellas. Mi firma a continuación confirma mi consentimiento informado y voluntario para ingresar a la terapia (y / o hacer que mis hijos entren en la terapia):

**Nombre del Cliente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Cliente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

(Si el cliente es menor de edad)

**Nombre del padre o tutor:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del padre o Tutor** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la madre o tutor:** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Firma del madre o Tutor:** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**GRACIELA AIRES RUST MS, LPCA, CRC****Cláusula de Divulgación Profesional**

*Es un placer poder trabajar con usted como su terapeuta. La intención de esta información es comunicarle acerca de mis antecedentes profesionales, describir ciertos aspectos en cuanto a nuestra relación terapéutica, y para asegurar que usted este informado de sus derechos y responsabilidades dentro de nuestra relación de terapia. Por favor léalo con cuidado y siéntase libre de hacer cualquier pregunta.*

**Certificaciones/Experiencia**

Cuento con una Maestría en Ciencias de Terapia de Rehabilitación Y Psicología. Me gradué con doble especialización en Discapacidades Psiquiátricas y Discapacidades en el Desarrollo. Soy una Consejera Certificada en Rehabilitación (CRC # 00117680), Licenciada en Consejería Profesional Asociada (LPCA #A10364), Certificada varias modalidades de Terapias Alternativas, Instructora de Yoga Certificada y un Consultora Multicultural. Comencé mi trabajo en el campo de la consejería y salud mental durante mi pasantía en agosto del 2012 en la Universidad de Carolina del Norte, Unidad Psiquiátrica, y mi educación y preparación me han capacitado para ser consejero de adultos, niños, adolescentes, familias y grupos.

**Descripción de los Pacientes Asistidos y de los Servicios Ofrecidos.**

Tengo experiencia de haber proveído servicios de terapia a pacientes niños, adolescentes y adultos, con condiciones de problemas desarrollo y psiquiátricas, asistiéndolos individualmente, en grupo, con pacientes externos y con pacientes hospitalizados, ofreciendo servicios en inglés y español. En mi práctica, yo proveo tratamientos comprobados científicamente enfocados en las personas, e íntegro además tratamientos alternativos con la psicología occidental basada en la evidencia. Mi trabajo terapéutico es proveer de apoyo y soluciones prácticas para ayudar a los clientes a afrontar efectivamente los retos de la vida y hacer cambios positivos. Tengo entrenamiento extensivo y experiencia trabajando con personas y familias sufriendo depresión, ansiedad, estrés de aculturación, problemas de temperamento, codependencia, traumas complejos, desórdenes alimenticios, duelos y pérdidas de seres queridos, problemas relacionados a etapas de la vida, transiciones, relaciones personales, desorden de estrés post-traumático, depresión de post-parto, problemas de identidad racial, étnica y cultural, baja autoestima, espiritualidad, trauma y abuso y aquellos que necesitan un bienestar integral, al igual que mejorar su efectividad interpersonal. Trabajo con empatía y comprensión con cada individuo, grupo o familia para superar los retos y ayudarlos a forjar una mejor relación sobre sus fortalezas y alcanzar el crecimiento personal con el que están comprometidos a lograr de una forma holística.

**Naturaleza de la Terapia**

Hacer terapia proporciona la oportunidad de sanar, crecer, auto-descubrirse en un ambiente seguro y de apoyo. Como cada experiencia es única, no existe un estilo de terapia que pueda funcionar para todos. El trabajo terapéutico es de colaboración mutua y respeto donde conjuntamente identificamos cualquier problema que usted traiga a nuestra sesión para trabajar en ellos. Desde una perspectiva centrada en la persona, yo sigo enfoques teóricos que encajen mejor con la situación particular de cada cliente de acuerdo a las mejores prácticas científicas que han comprobado ser efectivas en el tratamiento de problemas similares con el deseo de promover restablecimiento integral en la persona: desde el punto de vista emocional, espiritual, cognitiva y relacional. El modelo que yo utilizo involucra la Terapia de Aceptación y Compromiso, Terapias Alternativas, Terapia Basada en el Apego, de Comportamiento, Terapia de Comportamiento Cognitivo, Trauma Complejo de Comportamiento Cognitivo, de Desarrollo, Existencial, Terapia Familiar, Sistema Familiar, Terapia de Gestalt, Terapia Humanística, Integrativa, Interpersonal, Instrucción de Vida, basada en la conciencia, Entrevistas Motivacionales, Enfoques Sensitivos Multiculturales, Enfoque sobre el Individuo, Juego de Terapia, Racional, Emotivo, Terapia de Realidad, Relacional, Terapia de Enfoque Resolutivo (SBT), Curación Espiritual, Enfoque en Traumas.

La terapia incluye tu involucramiento activo, al igual que esfuerzos para cambiar tus pensamientos, sentimientos y comportamientos. Algunas veces, podré solicitarte que haga "tareas" con el propósito de obtener refuerzo de los conceptos discutidos en la sesión, o promover una percepción más profunda. Es importante que tú estés consciente por adelantado del riesgo y beneficios de la terapia. A menudo en terapia, a medida que discutimos aspectos no placenteros de la situación de su vida, tu puede experimentar sentimientos incómodos como tristeza, culpa, enojo o frustración. Por otro lado, también ha sido demostrado que la psicoterapia proporciona

beneficios como mejores relaciones, soluciones a problemas específicos, reducción significativa de los sentimientos de angustia y una mejora general del bienestar. En cuanto a los resultados, y dada la naturaleza de la psicoterapia, es difícil predecir con exactitud los resultados, o determinar un tiempo exacto de duración de las terapias. Por favor nota que es imposible garantizar cualquier resultado en específico que usted tenga para su terapia. Sin embargo, juntos podremos trabajar para alcanzar tus objetivos. Los factores esenciales para el éxito en la terapia incluyen el nivel de motivación del cliente, ser receptivo en el proceso del cambio, ser consciente para atender a las sesiones y trabajar en los cambios y metas afuera de la sesión, en tu vida diaria.

**La Relación de Terapia:**

Durante el tiempo que trabajemos juntos nos veremos semanalmente, o como esté agendado, en sesiones de 50 minutos. En las sesiones de terapia, lo más común es que tú compartas conmigo aspectos íntimos de tu vida en un marco seguro. Es importante que comprendas que nuestra relación es profesional, no socia. Nuestro contacto estará limitado a las sesiones de terapia que organicemos, salvo raros casos de emergencia. Yo no discrimino en base a la edad, raza, etnia, género, religión, nacionalidad, orientación sexual o diferencias en las capacidades físicas.

**Derechos del Cliente:**

Tu estas en el control de su experiencia en terapia y posee la libertad de finalizar tus sesiones cuando lo deseas. Si decides ponerle fin a nuestras sesiones de terapia, le pido que hables de tu decisión conmigo durante tu terapia. Estoy disponible para hablar de los efectos negativos y positivos de comenzar, continuar y finalizar el proceso de la terapia, que a la vez es personal para cada individuo. También estoy a disposición tuya para atender cualquier duda, preocupación, aclaración que sea necesaria.

Mi práctica de terapia está guiada por el código ético de la Asociación Americana de Consejeros. Un resumen detallado del código ético de la Asociación Americana de Consejeros puede encontrarse en este sitio web:

(<http://www.counseling.org/Resources/CodeOfEthics/TP/Home/CT2.aspx>)

En caso de considerar que haya habido transgresión al código ético antes mencionado, tienes el derecho de de reportar su queja en la siguiente organización:

Norte Junta de Consejeros Licenciados Profesionales de Carolina del Norte

PO Box 77819  
Greensboro, NC 27417  
Phone: **844-622-3572 or 336-217-6007**.  
Email: [LPCinfo@ncblpc.org](mailto:LPCinfo@ncblpc.org)  
Fax 336-217-9450

Como psicoterapeuta con licencia provisional trabajo bajo la supervisión de la Dr. Candice Mowrey a quien también puedes comunicarte por preguntas en referencia a mi práctica, su teléfono es 919-345-2132.

**Referencias:**

Si usted o yo creemos que es necesario referir su caso a otro terapeuta o tratamiento, yo podría proporcionarle información de contacto sobre programas alternativos y/o profesionales que podrían ser más apropiados para su caso. Podemos conversar de estas posibilidades juntos, pero usted será responsable de contactar y evaluar sus opciones.

**Confidencialidad, Responsabilidades y Excepciones**

La relación terapeuta-cliente es confidencial. "Confidencial" significa que, con ciertas excepciones, yo no revelaré a terceros lo que tú presentas y hablamos en las sesiones. El hecho de que tenemos una relación profesional, así como el contenido de nuestras sesiones no serán divulgados sin su explícito consentimiento por escrito. Las conversaciones entre tú y yo, e incluso el hecho de que tú estés en terapia conmigo, son confidenciales. Tener confidencialidad y confianza es esencial para nuestra experiencia terapéutica y el resultado de la terapia. Sin embargo, existen excepciones a la confidencialidad. Estas excepciones incluyen, pero no están limitadas a, las siguientes situaciones:

- I. Si yo determino que tú puedes estar en peligro debido ti misma u otros.

- II. Si tú me proporciona información que me incline a creer que un niño (menor de 18 años de edad), persona de la tercera edad, o adulto discapacitado está siendo o ha sido abusado o descuidado por usted.
- III. Si una orden judicial es emitida por la corte en la cual se solicita se revele ciertos aspectos.
- IV. Si tú solicitas por escrito que yo puedo revelar información sobre usted a las personas que tú autorizas.
- V. Su compañía de seguro de salud tiene acceso a conocer su diagnóstico e información relevante para el proceso de pago.

También es importante que tú sepas que si yo te veo en público, yo protegeré su confidencialidad y responderé a tu saludo solo si tú me saludas primero. Si en cualquier momento tú tienes alguna duda en cuanto a la confidencialidad, por favor no dudes en hacérmelo saber.

## Registros Médicos y Diagnóstico:

Las leyes federales y estatales requieren que la información médica personal sea resguardada de forma segura y confidencial. Toda nuestra comunicación forma parte de un registro clínico, el cual está accesible para usted cuando lo solicite. Si requieres una copia de todo o parte de tu registro médico, por favor haga una cita conmigo para revisar la información que necesita y para ver la mejor forma de proporcionársela.

Algunas compañías de seguros médicos reembolsarán los servicios de terapia y algunas otras no. La mayoría de compañías de seguros médicos requieren un diagnóstico de una condición mental/de salud e indicar que usted tiene una "enfermedad" diagnosticable antes de que acepten realizar el reembolso. Algunas condiciones por las cuales la gente busca terapia no califican para un reembolso. Si un diagnóstico calificable es apropiado en su caso, yo le informaré de su diagnóstico antes de entregarlo a la compañía de seguro médico. Cualquier diagnóstico realizado será parte de su registro permanente del seguro.

## Duración de las sesiones

Mis servicios serán prestados de forma profesional y consistentes con los estándares éticos aceptados. Excepto por la sesión inicial de diagnóstico, las sesiones tienen una duración de 50 minutos. Si por alguna razón no puedes atender a tu cita agendada, por favor llame a la oficina para cancelarla o agendarla para otro día con al menos 48 horas de anticipación. Si yo no recibo tal aviso en adelantado, es responsable de pagar la sesión a la que no atendió. Por favor llegue de 10 a 15 minutos antes de su cita para darle tiempo de alistarse para la sesión.

## Tarifa:

Yo ofrezco Evaluación Clínica Comprensiva y Sesiones Individuales. Las escalas variables están disponibles en casos limitados. El costo de una evaluación clínica integral es de \$ 150 y la tarifa para la psicoterapia individual es de \$ 95 por sesión. El pago completo se espera al final de cada sesión. Ahora aceptamos a Blue Cross Blue Shield como proveedor dentro de la red para sesiones de psicoterapia. Acepto todos los demás planes de seguro como proveedor fuera de la red. Los servicios pueden ser cubiertos en su totalidad o en parte por su plan de seguro de salud o de beneficios para empleados. También puede optar por pagar mediante cheque, en efectivo o tarjeta de crédito. Los honorarios por tiempo adicional o servicios serán pro-calificados en la tarifa de sesión de sesenta minutos, por ejemplo, la consulta con otros profesionales o la preparación de informes o correspondencia.

## Emergencia/Crisis

Yo no proporciono servicios de emergencia o crisis. Si experimentas una emergencia de salud mental, por favor ve a la Sala de Urgencias del hospital más cercano, o llama al 9-1-1, o puede llamar a la línea de Servicios Humanos del Condado de Wake al (919) 250-3133 o al Holly Hill al (919) 250-7000.

## Mi información de contacto

Teléfono (919) 832-1830

## Consentimiento de Tratamiento

Con su firma en la sección de abajo tú estas indicando: 1) Que voluntariamente estás de acuerdo en recibir atención de salud mental, tratamientos u otros servicios, y que me autorizas a que yo proporcione tal asistencia y cuidado, tratamiento, u otros servicios como yo lo considere necesario y aconsejable; 2) Que comprendes y estás de acuerdo en que participarás activamente en la planeación de tu

