

La Vida Life Counseling Center

Teléfono (714) 883-9156

Correo Electrónico info@lavidalcc.com

www.lavidalcc.com

Declaración de Divulgación, Consentimiento Informado y Acuerdo de Servicios

Este documento está destinado a proporcionar información importante sobre su tratamiento. Por favor, lea atentamente el documento completo y asegúrese de hacerle a su terapeuta cualquier pregunta que pueda tener con respecto a su contenido.

¡Bienvenido!

Aquí en *Luisa Contreras Family Therapy, Inc. / La Vida Life Counseling Center*, una Corporación MFT, somos un equipo dedicado de profesionales que trabajan para asegurar su servicio de calidad. El tratamiento será proporcionado por (Nombre de Terapeuta e Información de Licencia/s) _____;

_____;
registrado en la Junta de Ciencias del Comportamiento.

Confidencialidad.

Todas las comunicaciones entre usted y su terapeuta se mantendrán en estricta confianza a menos que usted proporcione permiso por escrito para divulgar información sobre su tratamiento. Si usted participa en terapia conyugal o familiar, su terapeuta no divulgará información confidencial sobre su tratamiento a menos que todas las personas que participaron en el tratamiento le proporcionen su autorización por escrito para divulgarla. (Además, su terapeuta no divulgará información comunicada en privado a él o ella por un miembro de la familia, a ningún otro miembro de la familia sin permiso por escrito.)

Con las siguientes excepciones:

1. Abuso físico y/o sexual de menores (s)
2. Abuso de ancianos (físico, secuestro, aislamiento, negligencia, fiduciario)
3. Abuso de un adulto dependiente debido a su condición física/intelectual
4. Situación en la que un menor podría estar en peligro
5. Intentar o planear el suicidio/homicidio
6. Cuando hay un caso legal en el que el estado mental/emocional del cliente es un problema

• Si tiene una emergencia, llame al 911 o vaya al lugar de emergencia más cercano. Si necesita hablar con su terapeuta urgentemente, puede llamar al (714) 883-9156 durante el horario de oficina. Para comunicarse después del horario de oficina, puede dejar un mensaje.

Menores y Confidencialidad

Las comunicaciones entre terapeutas y clientes menores de edad (menores de 18 años) son confidenciales. Sin embargo, los padres y otros tutores que proporcionan autorización para el tratamiento de su hijo a menudo están involucrados en su tratamiento. En consecuencia, su terapeuta, en el ejercicio de su juicio profesional, puede discutir el progreso del tratamiento de un cliente menor con el padre o cuidador. Se insta a los clientes menores de edad y a sus padres a discutir cualquier pregunta o inquietud que tengan sobre este tema con su terapeuta.

La Vida Life Counseling Center

Teléfono (714) 883-9156

Correo Electrónico info@lavidalcc.com

www.lavidalcc.com

Políticas de programación y cancelación de citas

Por lo general, las sesiones se programan para que se realicen una vez por semana a la misma hora y día, si es posible. El terapeuta puede sugerir una cantidad diferente de terapia dependiendo de la naturaleza y la gravedad de tus preocupaciones. Su asistencia constante contribuye en gran medida a un resultado exitoso. Con el fin de **cancelar o reprogramar** una cita, se espera que notifique a su terapeuta al menos **24 horas antes** de su cita. Si no le proporciona a su terapeuta con al menos 24 horas de anticipación, usted es responsable del pago de la sesión perdida.

Disponibilidad/Emergencias del Terapeuta

Le invitamos a llamar a su terapeuta entre sesiones. Sin embargo, como regla general, creemos que las cuestiones importantes se abordan mejor en las sesiones programadas regularmente. Usted puede dejar un mensaje para su terapeuta en cualquier momento en su correo de voz confidencial. Si desea que su terapeuta devuelva su llamada, asegúrese de dejar su nombre y número de teléfono, junto con un breve mensaje sobre la naturaleza de su llamada. Las llamadas telefónicas no urgentes se devuelven durante los días laborables normales del terapeuta dentro de las 24 horas. Su terapeuta no puede devolver llamadas telefónicas después de las 6 de la tarde de lunes a viernes, ni los fines de semana. Si tiene una necesidad urgente de hablar con su terapeuta, por favor indique ese hecho en su mensaje y siga las instrucciones proporcionadas por el correo de voz de su terapeuta. En caso de una emergencia médica o psiquiátrica o una emergencia que implique una amenaza para su seguridad o la de otros, llame al 911 para solicitar asistencia de emergencia.

Comunicaciones, redes sociales y confidencialidad

Tenga en cuenta que, debido a la confidencialidad del cliente, su terapeuta no se pondrá en contacto con usted excepto en el alcance de su tratamiento y las formas indicadas a continuación. Su terapeuta no se "amigo" o se pondrá en contacto con usted a través de cualquier medio social; con la excepción si sigue o interactúa con sus perfiles profesionales o páginas. Si se encuentra con su terapeuta fuera de la oficina, no se ofenda, ya que su terapeuta no hará ninguna indicación o intento de interactuar con usted; usted es libre de dirigirse a su terapeuta. A veces, su terapeuta o la oficina puede necesitar comunicarse con usted por teléfono u otros medios para organizar citas u otras comunicaciones no clínicas. Tenga en cuenta que algunas de estas formas de comunicación no son seguras o están protegidas por HIPPA, por lo que no envíe información sensible o clínica a través de estas formas de comunicación; simplemente notifique a su terapeuta que se ponga en contacto con usted tan pronto como puedan.

Divulgación: La información clínica confidencial debe ser discutida por teléfono o en persona según lo considere apropiado por el terapeuta. Para el correo electrónico o el servicio de comunicación por texto adecuado responderá a su correo electrónico o texto en un plazo de 24 horas. Los riesgos potenciales de utilizar la comunicación electrónica pueden incluir, entre otros; el envío involuntario de un correo electrónico o texto que contenga información confidencial al destinatario equivocado, robo o pérdida de la computadora, portátil o dispositivo móvil que almacena información confidencial, y la interceptación por parte de un tercero no autorizado a través de un Red. Los mensajes de correo electrónico pueden contener virus u otros defectos y es su responsabilidad asegurarse de que está libre de virus. Además, la comunicación por correo electrónico o texto puede formar parte del registro clínico. Es posible que se cobre por el tiempo que el terapeuta pasa leyendo y respondiendo mensajes de correo electrónico o mensajes de texto.

Por favor, indique su preferencia comprobando y rellenando la información de la forma en que desea ser contactado. Por favor, asegúrese de informar a su terapeuta y tomar nota de él en este formulario si no desea ser contactado en un momento o lugar en particular, o por un medio particular.

La Vida Life Counseling Center

Teléfono (714) 883-9156

Correo Electrónico info@lavidalcc.com

www.lavidalcc.com

Mi terapeuta o la oficina podrán contactarme a través de:

- Teléfono de casa. Mi número de teléfono de casa es: _____
- Teléfono móvil. Mi número de teléfono móvil es: _____
- Sí, mensaje de texto al teléfono móvil mencionado anteriormente. NO, no envíe mensajes de texto.
- Teléfono de trabajo. Mi número de teléfono de trabajo es: _____
- Correo electrónico. Mi dirección de correo electrónico es: _____
- Mi dirección preferida para recibir correo es: _____

Política Financiera - Tarifas Estándar y Seguros

A continuación, se presentan los términos del acuerdo con respecto al pago de servicios y sesiones en Luisa Contreras Family Therapy, Inc. / La Vida Life Counseling Center.

Tarifas estándar – Debido al servicio

La tarifa por el servicio es _____ por sesión de terapia individual.

La tarifa por el servicio es _____ por sesión de terapia conjunta (marital/familia).

La tarifa por el servicio es _____ por sesión de terapia de grupo.

1. Las sesiones individuales y las cuotas de sesión conjuntas (maritales/familiares) se basan en una hora clínica, que BBS define como 45-50 minutos de duración.
2. La Vida Life Counseling Center es un proveedor fuera de la red y no acepta el pago del seguro. Las tarifas se pagan al Centro de Consejería La Vida Life en el momento en que se prestan las sesiones y los servicios. Se aceptan pagos en efectivo, con cheque o tarjeta de crédito.
3. Yo, el cliente, entiendo que, si elijo usar una tarjeta de crédito, que todos los cargos de servicio y sesión se cobrarán automáticamente al final de cada sesión a través de Ivy Pay, que es compatible con HIPPA.
4. Si se devuelve o rechaza el pago de un cliente, se devolverá y pagará inmediatamente una tarifa de \$25 por incidente, además del monto adeudado. Esto incluye la tarjeta de crédito registrada en el archivo que se está rechazando.
5. Todas las tarifas pagadas son por sesiones y servicios prestados. Yo, el cliente, entiendo y acepto que todos los pagos son para sesiones y servicios prestados. Todas las tarifas no son reembolsables, no acreditables y no intercambiables en ningún momento.
6. Aunque La Vida Life Counseling Center está encantado de ayudarle a sus esfuerzos para solicitar el reembolso del seguro para los proveedores fuera de la red proporcionando una SuperBill, no podemos garantizar si su seguro le reembolsará los servicios proporcionados. La Vida Life Counseling Center no es responsable de ningún reembolso del seguro o falta de los mismos; es responsabilidad exclusiva del cliente. Se proporcionará una SuperFactura al cliente a petición, al final de cada mes.
7. Si yo, el cliente, no aparezco para una cita sin un aviso de cancelación de 24 horas, se cobrarán los cargos de la cita y yo seré responsable del pago.
8. Entiendo que, si llego tarde a una sesión, esa sesión terminará a la hora originalmente programada. Es mi responsabilidad llegar a tiempo.
9. Los servicios que incluyen llamadas telefónicas, correos electrónicos, revisiones de registros y consultas profesionales en momentos distintos de la sesión de terapia programada son responsabilidad del paciente. Estos servicios se facturarán por trimestre de una hora a la tarifa estándar de \$_____ por hora.
10. Los servicios relacionados con casos judiciales, incluyendo citaciones, revisar o copiar archivos, o la apariencia o testimonio de la corte se facturarán por trimestre de una hora a la tarifa estándar de \$500.00 por hora. Cualquier comparecencia o testimonio ante el terapeuta será facturado en un mínimo de 4 horas.
11. Yo, el cliente entiendo que, si no pago por los servicios, o entro en mora, no recibiré tratamiento o servicios.

La Vida Life Counseling Center

Teléfono (714) 883-9156

Correo Electrónico info@lavidalcc.com

www.lavidalcc.com

12. Si por alguna razón descubres que no puedes seguir pagando la terapia, debes informar a tu terapeuta inmediatamente. El terapeuta te ayudará a considerar cualquier opción que pueda estar disponible para ti en ese momento.

Acerca del proceso de terapia

Es la intención de su terapeuta proporcionar servicios que le ayudarán a alcanzar sus metas. Según la información que proporciones a tu terapeuta y los detalles de tu situación, tu terapeuta te proporcionará recomendaciones con respecto a tu tratamiento. Creemos que los terapeutas y los pacientes son socios en el proceso terapéutico. Usted tiene el derecho de estar de acuerdo o en desacuerdo con las recomendaciones de su terapeuta. Su terapeuta también le proporcionará comentarios periódicamente con respecto a su progreso e invitará a su participación en la discusión. Su terapeuta trabajará con usted para desarrollar un plan de tratamiento eficaz. En el transcurso de la terapia, el terapeuta intentará evaluar si la terapia proporcionada es beneficiosa para ti. Sus comentarios y comentarios son una parte importante de este proceso. El objetivo de su terapeuta es ayudarlo a abordar eficazmente sus problemas e inquietudes. Sin embargo, debido a la naturaleza y gravedad variables de los problemas y la individualidad de cada paciente, su terapeuta es incapaz de predecir la duración de su terapia o de garantizar un resultado o resultado específico.

Terminación de la terapia

La duración de su tratamiento y el momento de la terminación final de su tratamiento dependen de los detalles de su plan de tratamiento y del progreso que logre. Es una buena idea planificar su terminación, en colaboración con su terapeuta. Su terapeuta discutirá un plan para la terminación con usted a medida que se acerque a la finalización de sus metas de tratamiento. Puede interrumpir el tratamiento en cualquier momento. Si usted o su terapeuta determina que usted no se está beneficiando del tratamiento, cualquiera de ustedes puede optar por iniciar una discusión de sus alternativas de tratamiento. Las alternativas de tratamiento pueden incluir, entre otras posibilidades, la derivación, el cambio de su plan de tratamiento o la terminación de su terapia.

Su firma indica que ha leído atentamente este acuerdo para servicios y sesiones y entiende todos sus contenidos. Al firmar este acuerdo, usted acepta todas las políticas y procedimientos indicados en el acuerdo, incluyendo confidencialidad, consentimiento informado, política de comunicaciones y acuerdo financiero.

Yo, _____, autorizo y solicito a (Nombre del Terapeuta e información de su/s licencia/s)

_____;
para realizar evaluación, diagnóstico y tratamiento, que ahora o durante el curso de mi terapia son recomendables. Entiendo que el propósito de estos procedimientos será explicado a mí y estar sujeto a mi acuerdo verbal. Entiendo que hay una expectativa de que me beneficiaré de la psicoterapia, pero no hay garantía de que esto ocurra. Entiendo que el máximo beneficio se producirá con una asistencia constante y que a veces, puedo sentirme en conflicto acerca de mi terapia, ya que el proceso a veces puede ser incómodo.

Certifico que he leído y entiendo completamente este Consentimiento de Tratamiento. Yo acepto ser atendido (o mi hijo/a) por el/la terapeuta mencionado arriba.

Nombre del Cliente

Fecha

Firma del Cliente o Padre/Guardian

Testigo/Intérprete

La Vida Life Counseling Center

Teléfono (714) 883-9156

Correo Electrónico info@lavidalcc.com

www.lavidalcc.com

Formulario De Información De Contacto De Emergencia

Esta información será extremadamente importante en caso de accidente o emergencia médica.

Información del cliente

Nombre: _____
Apellido Primer Nombre Inicial Segundo Nombre

Número de teléfono: _____ [] Casa [] Celular [] Trabajo

Fecha de nacimiento: _____ [] Masculino [] Femenino

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Contactos de emergencia

Nombre: _____
Apellido Primer Nombre Inicial Segundo Nombre

Número de teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____
Apellido Primer Nombre Inicial Segundo Nombre

Número de teléfono: _____ Relación: _____

En caso de emergencia

Hospital Local Preferido: _____

Información de seguros

Aseguradora: _____ # Póliza: _____

Comentarios (incluya cualquier información médica o personal especial que desee que un proveedor de atención de emergencia sepa, o información de contacto especial:

Firma: _____ Fecha: _____

La Vida Life Counseling Center

Teléfono (714) 883-9156

Correo Electrónico info@lavidalcc.com

www.lavidalcc.com

Formulario de admisión del cliente

Por favor, responda las siguientes preguntas lo mejor que puedan. Estas preguntas son para ayudar al terapeuta con el proceso de terapia. Esta información se mantiene en los mismos estándares de confidencialidad que la terapia. Este cuestionario tardará aproximadamente 30 minutos en completarse.

Información del cliente

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Primer Nombre Inicial Segundo Nombre Mes/Día/Año

Edad: ____ Género: Femenino Masculino Transgénero No Binario Prefiero no decir Otro _____

Nombre del Padre/Tutor (si es menor de edad): _____

Estado civil: Nunca Casado/a Asociado Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Número de hijos: _____ Edades: _____

Dirección actual: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono de la casa: _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Si No

Celular/Otro Número de Teléfono: _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Si No

Correo electrónico: _____ ¿Podemos enviarle un correo electrónico?* Si No

*Nota: Los correos electrónicos pueden no ser confidenciales

Información general y de salud mental

Referido por: _____

¿Está recibiendo actualmente servicios psicológicos, asesoramiento profesional, servicios psiquiátricos o cualquier otro servicio de salud mental? Si No

Motivo del cambio: _____

¿Has tenido algún servicio de salud mental en el pasado? Si No

Motivo del cambio: _____

¿Está tomando algún medicamento psiquiátrico recetado? Si No

En caso afirmativo, por favor enumere: _____

¿Te han recetado medicamentos psiquiátricos recetados en el pasado? Si No

En caso afirmativo, por favor enumere: _____

¿Cómo está su salud física en este momento? Pobre Insatisfactoria Satisfactoria Bien Muy bien

Por favor enumere cualquier síntoma físico persistente o problema de salud (por ejemplo, dolor crónico, dolores de cabeza, hipertensión, diabetes, disfunción tiroidea, etc.): _____

La Vida Life Counseling Center

Teléfono (714) 883-9156

Correo Electrónico info@lavidalcc.com

www.lavidalcc.com

¿Está tomando algún medicamento para problemas físicos/médicos? Si No
En caso afirmativo, por favor enumere: _____

¿Tienes algún problema con tus hábitos de sueño? Si No
En caso afirmativo, marque los que correspondan:
 Duerme demasiado Duerme muy poco Mala calidad Sueños perturbadores Otro: _____

¿Cuántas veces por semana hace ejercicio? _____ días _____ minutos horas

¿Hay algún cambio o dificultad con tus hábitos alimenticios? Si No
En caso afirmativo, marque uno:
 Comiendo menos Comiendo más Atracones Restringiendo

¿Has experimentado un cambio de peso en los últimos dos meses? Si No

¿Consumes alcohol regularmente? Si No

En un mes, ¿cuántas veces toma cuatro o más bebidas en un período de 24 horas? _____

¿Con qué frecuencia participa en el consumo recreativo de drogas?
 Diario Semanalmente Mensualmente Raramente Nunca

¿Se has sentido deprimido recientemente? Si No
En caso afirmativo, ¿durante cuánto tiempo? _____

¿Ha tenido algún pensamiento suicida recientemente? Si No
En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? Frecuentemente Algunas veces Raramente

¿Alguna vez ha tenido pensamientos suicidas en su pasado? Si No
En caso afirmativo, ¿hace cuánto tiempo? _____

¿Con qué frecuencia tenía estos pensamientos? Frecuentemente Algunas veces Raramente

¿Estás en una relación romántica? Si No
En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo llevas en esta relación? _____

En una escala del 1 al 10 (10 siendo genial), ¿cómo calificaría la calidad de su relación? _____

En el último año, ¿ha tenido algún cambio importante en su vida? (por ejemplo, nuevo trabajo, mudanza, enfermedad, cambio de relación, etc.)

La Vida Life Counseling Center

Teléfono (714) 883-9156

Correo Electrónico info@lavidalcc.com

www.lavidalcc.com

Comprobación rápida (Compruebe los problemas a continuación que se aplican a usted)

Estado de ánimo depresivo extremo	Humor	Discurso rápido	Ansiedad extrema
Ataques de pánico	Fobias	Trastorno del sueño	Alucinaciones
Lapso de memoria	Abuso de alcohol/sustancias	Quejas corporales	Trastorno alimenticio
Pensamientos repetitivos	Ansiedad	Pérdida de tiempo	Comportamientos repetitivos
Pensamientos homicidas	Intentos de suicidio	problemas de Planificación	Dificultad con relaciones

Información ocupacional

¿Está empleado actualmente? Si No

En caso afirmativo, ¿quién es su empleador? _____

¿Cuál es su puesto de trabajo? _____

¿Está satisfecho en su puesto actual? Si No

¿Se siente realizado en su puesto actual? Si No

¿Su trabajo le hace sentir estresado? Si No

En caso afirmativo, ¿cuáles son los factores estresantes relacionados con su trabajo? _____

Información Religiosa/Espiritual

¿Practica una religión? Si No

En caso afirmativo, ¿cuál es su fe? _____

Si no, ¿se considera espiritual? Si No

Historia de la Salud Mental Familiar

Lo siguiente es proporcionar información sobre su historia familiar. Por favor marque cada uno como sí o no. En caso afirmativo, indique el miembro de la familia afectado.

Depresión	Yes	No	
Trastorno de ansiedad	Yes	No	
Trastorno bipolar	Yes	No	
Ataques de pánico	Yes	No	
Abuso de alcohol/sustancias	Yes	No	
Trastorno alimenticio	Yes	No	
Discapacidad de Aprendizaje	Yes	No	
Historial de Trauma	Yes	No	
Violencia doméstica	Yes	No	
Obesidad	Yes	No	
Comportamiento obsesivo compulsivo	Yes	No	
Esquizofrenia	Yes	No	

La Vida Life Counseling Center

Teléfono (714) 883-9156

Correo Electrónico info@lavidalcc.com

www.lavidalcc.com

Otra información

Haga una lista de sus puntos fuertes

Haga una lista de las áreas que siente que necesita desarrollar:

¿Qué es lo que más le gusta de usted?

¿Cuáles son algunas de las maneras en que enfrenta los obstáculos y el estrés de la vida?

¿Cuáles son sus objetivos para la terapia/qué le gustaría lograr?
