



DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN

La relación terapéutica es única, ya que es un acuerdo altamente personal y al mismo tiempo un contrato. Tener en cuenta esto es importante llegar a un acuerdo claro de nuestra relación y lo que cada uno puede esperar. Este consentimiento proporcionará una claridad para nuestro trabajo. Tenga la confianza de discutir todo esto conmigo en cualquier momento durante el tratamiento.

Sobre el Tratamiento: Beneficios, Riesgos y Alternativas

La psicoterapia puede ser un servicio útil para muchas personas. Alcanzar metas de consejería es una experiencia individual que varía en el método y la continuación del tratamiento. Algunos resultados de la psicoterapia incluyen autoexploración, nuevos conocimientos, resolver experiencias dañinas pasadas y aprender nuevas capacidades para resolver problemas y aprender nuevas habilidades.

Los beneficios de la psicoterapia a menudo se alcanzan a través de experimentar una complejidad de emociones y repasar asuntos de la vida. Esto es parte del proceso terapéutico y, provee la base para la transformación. Decisiones personales significantes a menudo son los resultados de la terapia y se experimentan dentro de su comportamiento, las relaciones o el empleo.

La voluntad y participación franca ayudan hacia un resultado beneficioso en su tratamiento. Puede aprovechar de la terapia cuando hay una participación honesta entre el cliente y la terapeuta.

Al firmar esta declaración está de acuerdo con una póliza de “*No Secretos*” entre miembros de un grupo como familias y parejas. Cuando recibo alguien quien no es un cliente, esa persona no puede esperar recibir la confidencialidad, pero si tiene el derecho de la privacidad. Sin embargo, tendré que exigir el privilegio para esa persona.

Utilizo un método basado en las relaciones además de la autoconciencia y aumento de capacidades hacia un sentido más completo de sí mismo. El tratamiento se planea con metas que se acuerdan después de una evaluación completa. Puede demorar más de la sesión inicial para concordar el tratamiento. Le informaré mi método de tratamiento. Si es necesario le recomendaré a otros terapeutas si es necesario.

Tratamiento de Menores

Prefiero dar tratamiento a menores cuando existe el permiso de padres o tutores legales. Haré lo posible comunicarme con ambos padres para dar el mejor tratamiento. En caso de un divorcio o separación, es servicial recibir una copia del orden actual de la custodia y los documentos relacionados.

Mantengo la privacidad de un niño. Ofrezco información general sobre el tratamiento a los padres/tutores con el fin de entender los servicios. Cuando lo considero necesario, puedo hablar con el niño sobre la importancia de compartir información con sus padres o tutores.

Pido participación de los padres/tutores durante el tratamiento según lo que sea beneficioso para el niño. Esto podría incluir conversaciones individuales, sesiones con los padres o sesiones familiares. Vamos a determinar la participación apropiada a través del tratamiento.

Comunicación Conmigo

La disponibilidad de mi consultorio es de lunes a viernes, generalmente de 9am a 5pm. **Las llamadas urgentes serán contestadas dentro de las 24 horas.** Puede dejar un mensaje de voz, mensaje de texto, correo electrónico o utilizar mensaje seguro en cualquier momento: 831-754- 3077, correo electrónico: elramirezmt@gmail.com, y mensaje seguro a través de *Simple Practice*.

Urgencias

En caso de **una urgencia psicológica** llame al 911 o vaya a la sala de urgencias del hospital más cercano: Natividad Equipo de Crisis, 831-755-4111 o Equipo de Crisis (CHOMP), 831-625-4623.

Cuando esté fuera de la oficina por un tiempo prolongado, nos prepararemos para la interrupción de las sesiones u otro profesional de salud mental puede cubrir mi práctica. Desarrollaremos un plan que satisfaga sus necesidades.

Póliza de Comunicación

Correo electrónico y mensajes de texto

El correo electrónico y mensajes de texto no son apropiados para discutir temas sensibles. Prefiero limitar el uso de estos medios para programar, confirmar o cambiar citas o preguntas que no involucren temas sensibles.

Posibles riesgos de comunicación electrónica pueden incluir pero no se limitan a la entrega involuntaria de información confidencial al destino incorrecto; robo o pérdida de su dispositivo portátil que almacena información confidencial; y la interceptación por terceras partes no autorizadas a través de una red no segura. Los mensajes electrónicos pueden contener un virus u otros defectos, y es su responsabilidad asegurarse de que están libres de virus.

Plataformas de Redes Sociales

No acepto peticiones de ser “*amigo*” o peticiones similares con los clientes o los miembros de familia o sus amigos en las redes sociales. Esto existe para proteger su confidencialidad y privacidad. Si le gustaría hacer “*like*” a mi página profesional de Facebook o “*seguir*” me en Twitter, es posible hacerlo a su propio riesgo. Tenga en cuenta que las plataformas de medios sociales no son una opción para comunicarse conmigo, especialmente en casos de emergencias.

Si desea que revise las interacciones suyas (o de su hijo) de medios sociales como parte de nuestro trabajo terapéutico, por favor imprime lo que le gustaría que repase y traerlo con usted a la sesión. Incluso si las cuentas suyas o de sus hijos son públicos, no los voy a examinar sin su consentimiento y dirección específica.

Tenga en cuenta que cualquier aplicación de medios sociales que utilice puede intentar conectarlo conmigo o con otros visitantes a este consultorio a través de una función de “*personas que quizás conozca*” o algo similar. No tengo control sobre las aplicaciones que puedan interferir en su privacidad. Si desea reducir el riesgo de divulgación, por favor utilizar los controles de privacidad en el dispositivo móvil. Desactivar la habilidad de una aplicación de poder ubicarlo y negar el acceso a su cuenta de correo electrónico y sus contactos y la historia en su dispositivo móvil protege su privacidad y confidencialidad.

Confidencialidad

La información compartida dentro de las sesiones de psicoterapia es generalmente confidencial y requiere su permiso por escrito para divulgarla. Si participa en terapia de pareja o familia, sólo divulgo información confidencial sobre su tratamiento cuando todos quienes participaron proporcionan su autorización por escrito para divulgar dicha información. Discutiré la consulta con otros profesionales de su cuidado médico cuando sea apropiado. Respondo a las citaciones como lo exige la ley o cuando existe una excepción legal o ética aplicable. Soy una psicoterapeuta con fin de tratamiento y no ofrezco servicios en la contemplación de procedimientos legales ni evaluaciones psicológicas formales. Sin embargo, en caso de un requisito de respuesta a una citación, voy a cobrar de acuerdo con un total de tiempo y costos relacionados con la respuesta. Las preguntas de asuntos legales se deben discutir con su abogado.

Yo estoy **obligada** reportar las sospechas de abuso de menores, ancianos o adultos dependientes y cualquier situación en la que el cliente amenace la violencia a una víctima identificable. La ley también me permite romper la confidencialidad cuando el cliente presenta un peligro para sí mismo a menos que se tomen medidas de protección.

Programación de Citas

Si cancela o pierde sus citas, es su responsabilidad reprogramarlas. No puedo garantizar sesiones futuras si existen numerosos vacíos en el tratamiento, como citas perdidas o cancelaciones tardías. Las citas canceladas con menos de **48 horas** de anticipación tendrán **una cuota por la cita perdida** igual al costo total de la sesión.

Opciones de cobertura por planes de salud de CCAH/MediCal/Beacon Health Options - Si hay citas perdidas con frecuencia y/o cancelaciones tardías, no hay una tarifa asignada. Sin embargo, no voy a garantizar futuras sesiones.

Costo y Facturación

Las tarifas se cobran en cada sesión. Los costos varían basado en el acuerdo que fijamos. Puede ser tanto por el plan de seguro o pago propio. Puedo hacer arreglos de costo con los clientes. Las llamadas telefónicas mayor de 15 minutos se cobran según el costo de la sesión. Mi costo típico es \$ 120.00 por sesión.

Su costo: _____/por sesión Costo total: _____ /por sesión (puede variar según el plan de seguridad)

Cobertura y Pagos de Servicio por Terceros Agentes

Es su responsabilidad obtener **la información** necesaria para el tratamiento. Voy a presentar los cobros a su plan de seguro. Usted es responsable por el copago y los deducibles según lo establecido por su plan de beneficios. **Las citas perdidas** no se cubren por todos los planes de seguro y los cargos asociados con ello pueden ser su responsabilidad.

Usted es responsable por 100% del costo de los servicios. En cualquier momento durante el tratamiento, si cambia su elegibilidad o cobertura, por favor notifíqueme lo antes posible.

Finalizar el Tratamiento

Es la practica ética planificar juntos para la finalización del tratamiento. Si entiendo que no recibe beneficio de su trabajo conmigo o si su dificultad está fuera de mi capacidad, puedo recomendar otro servicio profesional que cumple mejor con sus necesidades.

El tratamiento también puede terminarse si no se cumplen las condiciones del tratamiento. Esto incluye no colaborar con el acuerdo mutuo, cancelaciones frecuentes, citas perdidas o falta de pagar.

Acuse de Recibo

He sido informado y reconozco que Elizabeth Ramírez Child & Family Counseling, Inc. es una terapeuta independiente.

He revisado esta póliza. Entiendo y acepto cumplir con su contenido, y participar en el tratamiento. He recibido una copia de esta divulgación.

FIRMA de cliente (padre/tutor de menor) Fecha

Autorizaciones de Terceros Pagadores

Autorizo a los servicios como terceros pagadores (plan de seguro, EAP, Servicio de Víctimas) pagar directamente a Elizabeth Ramírez Child & Family Counseling, Inc. por los servicios recibidos.

FIRMA de cliente (padre/tutor de menor) Fecha

Autorizo a Elizabeth Ramírez Child & Family Counseling, Inc. estar en contacto con los servicios como terceros pagadores (plan de seguro, EAP, Servicio de Víctimas) con el fin de facilitar el pago para servicios recibidos.

FIRMA de cliente (padre/tutor de menor) Fecha

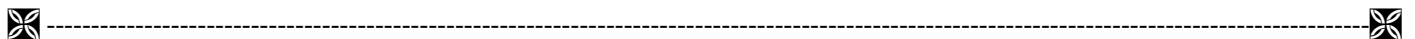
Aviso de Póliza de Privacidad

El "*Aviso de Póliza de Privacidad*" proporciona la póliza sobre su información de salud protegida. Le sugiero que lo lea en su totalidad. Recibí una copia del aviso y sé que está disponible en el sitio web : www.elizabethramirezmt.com.

Inicial para comprobar recibo _____

Indicar el método preferido de comunicación con sus iniciales:

llamada ___ mensajes de texto ___ mensajes de correo electrónico ___ correo ___ mensaje seguro: ___ Otro: ___



He discutido los asuntos presentes con el cliente. Mis observaciones de esta persona me dan a entender que él/ella es capaz de dar el consentimiento libre e informado para tratamiento de psicoterapia.

TERAPEUTA (Firma)

Fecha