



ELIZABETH L. RAMIREZ (MFT45179) Terapeuta de Familias

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

La relación psicoterapéutica es única, ya que es un acuerdo altamente personal y, al mismo tiempo, un contrato. Tener en cuenta esto, es importante para nosotros llegar a un entendimiento claro sobre cómo funcionará nuestra relación y lo que cada uno de nosotros puede esperar. Este consentimiento proporcionará una claridad para nuestro trabajo conjunto. Siéntase libre de discutir todo esto conmigo

Sobre El Tratamiento: Beneficios, Riesgos y Alternativas

La consejería puede ser un servicio útil para muchas personas. Alcanzar metas de consejería es una experiencia individual que varía en el método y la duración de tratamiento. Unos resultados de 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 un complejo de emociones y repasar asuntos de la vida. Esto es parte del proceso terapéutico y provee la base para la transformación. Decisiones personales significativas a menudo son resultados de la terapia y se experimentan dentro de el comportamiento, las relaciones o el empleo.

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

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

Utilizo un método enfocado en relaciones además de conocerse a si mismo e aumentar capacidades hacia un sentido mas completo de si mismo. El tratamiento se planea con metas que acordamos después de una evaluación completa. Puede demorar mas de la primera cita para concordar el tratamiento. Le informaré mi método de tratamiento. Si es necesario, le recomendaré a tres otros terapeutas para continuar su proceso de consejería si es necesario.

Tratamiento de Menores

Prefiero dar tratamiento a menores con el permiso de los dos padres o custodia legal. 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 documentos relacionados.

Mantengo la privacidad del niño durante su proceso de consejería. Cuando lo veo necesario, puedo platicar con el niño sobre la importancia de compartir información con sus padres.

Mi colaboración con los padres se enfoca en lo mejor para el niño. Pido participación de los padres/custodios legales durante el tratamiento. Esto puede incluir conversaciones individuales, sesiones con los padres o la familia. Determinamos el plan apropiado a través del tratamiento.

Comunicación Conmigo

La disponibilidad de citas es por la mayoría entre lunes a jueves, 9am - 5pm. No puedo garantizar citas los viernes ni fin de semana. Mensajes recibidos los viernes serán contestadas los siguientes lunes. **Mensajes urgentes se contestarán dentro de 24 horas.** Puede dejarme mensajes de voz, texto o correo electrónico a cualquier hora. Teléfono: 831-754-3077, correo electrónico: elramirezcmft@gmail.com.

Urgencias

En **una urgencia psicológica**, llame a 911 o vaya al hospital mas cercano: Natividad Centro de Crisis en Salinas: 831-755-4111 o Línea Comunitaria de Crisis 831-625-4623 en Monterey.

Cuando estoy fuera del consultorio por un tiempo extendido, nos preparemos por el lapso u otra terapeuta puede tomar mi lugar. Haremos un plan que sea servicial para sus necesidades.

Comunicación Electrónica y mensajes por texto

El correo electrónico y mensajes por texto no son apropiados o adecuados para discutir temas delicados. Prefiero limitar estos medios para programar, confirmar o cambiar las citas o para preguntas que no incluyen temas delicados.

Los posibles riesgos al utilizar la comunicación electrónica o por texto pueden incluir, pero no se limitan a: entrega involuntaria de información confidencial a un destino equivocado; robo o pérdida de su equipo portátil que almacena información confidencial; y la interceptación por terceras partes no autorizados a través de una red no segura. Los mensajes de correo electrónico o por texto pueden contener un virus u otros defectos, y es su responsabilidad asegurar de que estén libres de virus.

Confidencialidad

La información compartida en la psicoterapia por lo general es confidencial y requiere su permiso escrito para divulgar. Si participa en terapia de pareja o familia, solo divulgo información de su tratamiento cuando todos quienes participaron proveen su autorización para divulgar tal información. Voy a presentar colaboración con otros

proveedores de salud como sea necesario. Contesto citaciones legales requerido por ley o cuando es apropiado legalmente o si existen excepciones éticas. Soy terapeuta de tratamiento y no proveo servicios en contemplación de procedimientos legales ni evaluaciones psicológicas formales. Sin embargo, si contesto una citación, voy a cobrar de acuerdo al tiempo y costo total relacionado con la contestación. Preguntas acerca de asuntos legales deben hacerse a su abogado.

Estoy **obligada** reportar sospechas de abuso de menores, ancianos o adultos dependientes y cualquier situación donde el cliente amenaza la violencia a una víctima identificable. La ley también permite que rompe la confidencialidad cuando el cliente presenta peligro a si mismo a menos que se toman medidas protectivas.

Indique los métodos de comunicación preferidos con sus iniciales:

Llamadas telefónicas Fax
 Mensajes de Texto Correo Tradicional
 Correo electrónico Otro: _____

Programación de Citas

Si cancela o falta a sus citas es su responsabilidad por reprogramar. El horario acostumbrado de la cita no se va a mantener. No puedo garantizar citas futuras si existen numerosas lagunas en el tratamiento como citas perdidas frecuentemente o cancelaciones tardías. Las citas canceladas con menos de **48 horas** de anticipo tendrán un **cargo de citas perdidas** igual al costo total de la sesión.

Para los clientes con el plan CCAH/MediCal/Beacon Health Options si resultan citas faltadas frecuentes o cancelaciones tardías, no existe un cobro. Sin embargo, no voy a garantizar programación de citas futuras.

Costo y Cobros

El costo de la cita se espera recibir en cada cita. El costo por las citas varea base al uso de terceros agentes o pago propio. Puedo hacer otros arreglos de costo depende en el caso particular. Llamadas telefónicas mayor de 15 minutos serán cobradas. Mi costo típico es \$120.00 por cita.

Su costo: _____ /por cita

Costo total: _____ /por cita

Cobertura y Pagos de Servicio por Terceros Agentes

Es su responsabilidad obtener la **autorización previa** necesaria para el tratamiento con el tercero agente. Al mismo tiempo que ayudo en buscar el reembolso del servicio, no puedo garantizar que le proveerá el pago por los servicios provistos. Es responsable por el total del co-pago y deducible según los beneficios de su plan. **Citas faltadas** no se cubren por su seguridad/EAP y los cargos relacionados con las citas faltadas son su responsabilidad.

Es responsable por 100% del costo de servicios. A cualquier momento durante el tratamiento, si su cobertura o elegibilidad cambian me avisan enseguida.

Finalizar Tratamiento

Es buen practica planear la finalización de consejería entre el cliente y yo. Si noto que no recibe beneficios de su trabajo conmigo o si su problema esta fuera de mi capacidad, puedo recomendar otro servicio que puede atenderlo mejor.

El tratamiento también se puede discontinuar si las condiciones no se han cumplido. Esto incluye no colaborar con las metas acordadas, cancelaciones frecuentes, citas faltadas o falta de pagar.

Acuse de Recibo

Estoy informado y aquí reconozco que Elizabeth Ramirez, Terapeuta de Familias, es una psicoterapeuta independiente.

He repasado esta declaración. Entiendo y estoy de acuerdo atenerme a su contenido y deseo participar en tratamiento. He recibido una copia de esta revelación.

FIRMA de Cliente (Padre/custodia legal si menor) Fecha

Autorización de Terceras Agencias

Autorizo a servicios de terceros agentes (plan médico/EAP/ Programa de Victimas) pagar directamente a Elizabeth L. Ramirez, MFT para servicios recibidos.

FIRMA de Cliente (Padre/custodia legal si menor) Fecha

Autorizo a Elizabeth L. Ramirez hacer contacto con los servicios de terceros agentes (plan médico/EAP/Programa de Victimas) con el fin de facilitar los pagos de los servicios recibidos.

FIRMA de Cliente (Padre/custodia legal si menor) Fecha

Aviso de Póliza de Privacidad

Mi *Aviso de Póliza de Privacidad* ofrece información tocante como puedo usar y divulgar su información protegida de salud. Le recomiendo leerlo en su totalidad.

He recibido una copia del aviso.

Iniciales confirma recibo _____

◆.....◆
He comunicado los asuntos mencionados aquí con el cliente. Mis observaciones de esta persona me dan entender que es capaz de dar consentimiento completo y voluntario para recibir los servicios de salud mental.

FIRMA de Psicoterapeuta Fecha