

Edward Callirgos, LMFT

Terapeuta con Licencia para Matrimonios y Familias
(480) 203-7165; EC@thebridgeccm.com

Consentimiento informado para la Evaluación y Tratamiento

¡Bienvenido! Miro adelante a nuestro trabajo conjunto. Yo sé que a partir de la terapia es una decisión importante y puede que tenga muchas preguntas. La siguiente información se proporciona a los nuevos clientes que buscan la terapia con The Bridge Counseling, Consulting, & Mediation, LLC. Con el fin de iniciar nuestra relación de una manera sana, este documento se asegura de que no haya malos entendidos acerca de los diversos aspectos de los servicios de psicoterapia que proporcione. El propósito es ayudar a tomar una decisión informada sobre su participación en el tratamiento. Le pido que lea atentamente esta información y discutir conmigo alguna pregunta o reacciones que pueda tener.

Participación y Reacciones:

La participación en la terapia puede dar lugar a una serie de beneficios para usted, incluyendo una mejor comprensión de sus objetivos y valores personales, la mejora de las relaciones interpersonales, y la resolución de los problemas específicos que conllevan a que busque terapia. Que operen con estos beneficios, sin embargo, requiere un esfuerzo de su parte y puede dar lugar a molestias considerables experimentar. Intensos sentimientos de tristeza, culpa, ansiedad, depresión, soledad, impotencia, o pueden ser despertados. Estos sentimientos son una parte normal del proceso de la terapia, y son generalmente temporales. Vamos a trabajar juntos para superar los momentos difíciles y encontrar la solución que mejor se adapte a sus necesidades. Si alguna vez estás preocupado de que nuestro trabajo en conjunto no está ayudando, vamos a hablar de ella.

Derechos del Cliente:

1. Usted tiene el derecho de decidir poner fin a la psicoterapia nuestro trabajo en cualquier momento y sin prejuicios. Si lo desea, yo le proporcionará los nombres de otros terapeutas calificados. Tenga en cuenta que a menos que de otro modo contraído, sin contacto por 30 días resultará en el cierre de archivos; el archivo puede ser reabierto por acuerdo de ambas partes.
2. Usted tiene el derecho de hacer cualquier pregunta acerca de los procedimientos utilizados durante la terapia. Si lo desea, voy a explicar mi método habitual de prácticas de psicoterapia con usted.
3. Usted tiene el derecho a rechazar el uso de cualquier técnica terapéutica. Yo le informará si la intención de utilizar los procedimientos inusuales y explicarle los riesgos involucrados.
4. Usted tiene el derecho de aprender acerca de los métodos alternativos de tratamiento. Voy a discutir esto con usted durante nuestro trabajo junto.
5. Usted tiene el derecho a participar en las decisiones de tratamiento y en el desarrollo y la revisión periódica de su plan de tratamiento.

Confidencialidad:

La confidencialidad de todas las interacciones de asesoramiento está protegida por la ley. Todo lo que me dicen es considerada información privilegiada y tendrá lugar en la confianza por mí. No voy a dar cualquier información a otros acerca de que si no me das permiso explícito para hacerlo por escrito, firmando un formulario de divulgación de información. Hay ciertas situaciones en las que, como terapeuta, estoy obligado por ley a revelar información obtenida durante el tratamiento a otras personas o entidades sin su permiso. Además, no estoy obligado por la ley a informarle de mi acción en este sentido. Estas circunstancias incluyen: emergencias médicas; la existencia de una amenaza de peligro para sí mismo o para otros, una sospecha razonable de la corriente física / sexual, abuso de niños o personas mayores; abandono o negligencia; una orden judicial; la facturación a terceros reclama requisitos; la recepción de un formulario de consentimiento debidamente ejecutada; y donde está legalmente requerido (tal como

para cumplir con las leyes de compensación de trabajadores, o para cumplir con la Ley Patriota de EE.UU.) Además, soy consciente de que personal de la oficina puede tener que revisar la documentación para fines de clasificación, programación, facturación / seguros, correcta. Realización de trámites de admisión, el personal de oficina también es consciente de la importancia de la confidencialidad. Notas de la sesión y los planes de tratamiento no serán vistos por personal de oficina, excepto para los fines específicos enumerados anteriormente. La HIPAA AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD, firmado en su papeleo inicial y disponible bajo petición, detalla las consideraciones relativas a la confidencialidad, privacidad, y sus registros. Este paquete también contiene información acerca de su derecho a acceder a sus registros y los detalles de los procedimientos para obtenerlos, si decide hacerlo. Periódicamente, el AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA podrá ser revisado. Cualquier cambio a esta política de privacidad se publicará en mi oficina, pero no recibirán una notificación individual de las actualizaciones. *Es imprescindible que lea y comprenda los límites de la privacidad y confidencialidad antes de comenzar el tratamiento.*

He leído el AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD HIPAA, y he tenido mis preguntas acerca de la privacidad y confidencialidad respondidas satisfactoriamente. Yo entiendo que la HIPAA AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD se incorpora por referencia en este convenio.

_____ (Iniciales)

En el caso de mi muerte o incapacidad, se darán los registros de mis clientes que están recibiendo activamente los servicios (visto en el último mes) a uno o más profesionales locales de salud mental para facilitar la continuación del tratamiento. En tal situación, usted tiene el derecho de continuar el tratamiento con este, suspender el tratamiento profesional, o pedir una referencia. Los registros de mis clientes inactivos serán manejadas por un "custodio de registros", que puede ser una persona o empresa. El custodio será responsable de satisfacer las solicitudes de registro y la destrucción de los registros cuando los plazos legales de conservación de registros están satisfechos.

Edward Callirgos, MAS-LMFT trabaja dentro de una clínica privada, TheBridge Counseling, Consulting, y Mediation, LLC. Sus archivos están protegidos y confidenciales, pero se almacenan en la sala de archivos práctica general (habitación cerrada con archivadores con llave). Tenga en cuenta que ningún terapeuta dentro de la práctica tendrá derecho a su registro sin su permiso por escrito. _____ (Iniciales)

Servicios de terapia y cargos:

1. Una hora de terapia es de cincuenta minutos a una hora. Se le anima a programar citas como usted siente que necesita. **Si usted no puede asistir a su cita, debe llamar 24 horas de anticipo o se le cobrará la tarifa de la sesión completa. Además, si se devuelve su cheque personal se le cobrará una tarifa de \$25.**
2. Mi tarifa de \$125 por sesión de 50-55 minutos, o \$215 para las sesiones de 90 minutos. Podemos decidir hacer una sesión intensiva de dos o más horas a la vez. Se le cobrará \$ 125 por cada hora extra.

_____ (Su inicial)

El pago se espera en el momento en que el servicio se presta a menos que se tomen otras medidas. El pago se puede recibir en efectivo, cheque (a nombre The Bridge CCM), o tarjeta de crédito. **Reservamos el derecho de "NO HAY REEMBOLSO".** Si en algún momento en el curso del tratamiento que usted no puede pagar su cuota, por favor comunicar esto a mí y su cuota puede ser negociado.

Para los informes de evaluación, mi tarifa es de \$ 70 para que se solicite cada informe.

3. Yo uso un sistema de correo de voz confidencial teléfono celular, al que se puede llegar marcando (480) 203-7165. Si no he regresado la llamada dentro de 24 horas, por favor asuma que el sistema no está funcionando correctamente y dejar otro mensaje. Compruebo mensajes varias veces durante el día.
4. Mi práctica no tiene la capacidad para responder de manera inmediata a las emergencias de asesoramiento. Verdaderas emergencias deben ser dirigidas a los servicios de emergencia de la comunidad (911) o las líneas telefónicas locales (Empact 480-784-1500, 602-254-4357 Banner Línea de Ayuda, o Línea de Crisis 602 222 hasta 9444).
5. Correo electrónico y la comunicación de texto es **sólo** para **los no-emergencias**. Puede ser utilizado para los cambios de citas, referencias y preguntas no clínicos. Compruebo mensajes de correo electrónico a menudo, pero si usted está cancelando una cita con menos de 24 horas de antelación, por favor llame al número indicado anteriormente. EC@thebridgeccm.com

Correos electrónicos, teléfonos celulares, computadoras y faxes:

Es importante ser consciente de que las computadoras, teléfonos celulares, correo electrónico y, en particular, son vulnerables al acceso no autorizado. Los servidores tienen acceso ilimitado y directo a todos los correos electrónicos que van a través de ellos. Además, mis correos electrónicos no están cifradas y los faxes pueden ser enviados erróneamente a la dirección equivocada. Mi ordenador está equipado con cortafuegos, protección contra virus, y una contraseña. Por favor, notificarme si decide evitar o limitar, de ninguna manera, el uso de dispositivos de cualquiera o todas de comunicación, como el correo electrónico, teléfono celular / textos o faxes. Si se comunica la información confidencial o privada a través de medios electrónicos, Edward Callirgos, LMFT asumirá que haya tomado una decisión informada y verán como su aceptación a correr el riesgo de que dicha comunicación puede ser interceptada. _____ (Iniciales)

Si usted es el tutor de un menor de edad o menor de edad, por favor lea lo siguiente:

Al firmar abajo, doy el consentimiento para Edward Callirgos, EGAML para llevar a cabo las sesiones de terapia con el menor se enumeran a continuación. También se me ha informado de las limitaciones de confidencialidad en cuanto al tratamiento de un menor de edad. Yo entiendo que un cuidado especial y la sensibilidad pueden ser requeridos en la liberación de información a mí acerca de ciertos temas como el abuso de sustancias y la actividad sexual. Acepto el juicio Edward Callirgos en lo que respecta a la divulgación de información relacionada con el tratamiento de este menor. Además, entiendo que si Edward Callirgos, LMFT cree que este menor se encuentra en peligro de hacerse daño de él o ella, se me notificará inmediatamente.

Doy _____ o no doy _____ Edward Callirgos, el permiso a el LMFT de ponerse en contacto con la persona (si los hay) que me refería a él a reconocer y expresar su reconocimiento por esta referencia.

Estoy muy contento de darle la bienvenida como un cliente en mi práctica. Os animo a hacer preguntas acerca de la terapia en cualquier momento. En general, cuanto más se pone en la terapia, más se va a salir de ella. Estoy animado por nuestro tiempo juntos y espero que sea un éxito para usted.

Autorización para el Tratamiento

YO, _____, doy autorización para la evaluación y el tratamiento dado por Edward Callirgos, LMFT para mí/mi pareja / o el niño / los niños de los cuales soy legalmente responsable, y estoy de acuerdo en pagar todas las cuotas para dicho tratamiento. Reconozco que he recibido una copia de este acuerdo de consentimiento informado y el AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA (a petición). Se ha acordado que cualquiera de nosotros podrá interrumpir el tratamiento en cualquier momento. También autorizo la liberación de mi / nuestro código de diagnóstico DSM-IV, a petición mía, para ser impreso en el formulario de reclamación de la Salud con el fin de que presente una reclamación de seguro para los posibles beneficios. Estoy de acuerdo y consentimiento para recibir asesoramiento en estas condiciones.

Cliente: _____

Fecha: _____

Cliente: _____

Fecha: _____

Tutor: _____

Terapeuta: _____

Fecha: _____

Edward Callirgos, MAS-LMFT
Terapeuta con Licencia para Matrimonios y Familias
4625 S. Lakeshore Dr., Ste. 302, Tempe, AZ 85282
(480) 203-7165

NUEVA INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre completo: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

SU DIRECCION: _____ APT . _____

CÓDIGO POSTAL _____ ESTADO _____ TELEFONO _____ Celular
 Domicilio

CORREO ELECTRÓNICO:

Contacto secundario

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

RELACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____ APT . _____ CITY _____

PHONE _____ (Inicio) _____ (Trabajo)

CORREO ELECTRÓNICO:

ESTADO CIVIL ACTUAL: Soltero Casado Separado Divorciado

NOMBRE DEL SOCIO: _____

OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE VIVEN EN SU CASA (nombre, parentesco, edad):

OCUPACION: _____ ETNIA: _____

EMPLEADOR(nombre/dirección/telefono) _____

NOMBRE DE médico de atención primaria (nombre, dirección y número de teléfono)

¿POR EL PRESENTE, USTED ESTA TOMANDO O VAJO MEDICACIONES? SI NO

En caso afirmativo, indique los medicamentos que está tomando: _____

¿POR EL PRESENTE, USTED TIENE ALGUN ENFERMEDAD FISICA? SI NO

En caso afirmativo, favor de listar: _____

¿USTED A ESTADO PREVIAMENTE EN CUALQUIER FORMA DE TERAPIA OR ASESORAMIENTO? S/N

En caso afirmativo, indique el nombre (s) de su terapeuta / consejero anterior: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (Contacto sólo en caso de emergencia)

NOMBRE _____ relación: _____

DIRECCIÓN: _____ APT . _____ CIUDAD _____

PHONE _____ (Inicio) _____ (Trabajo)

¿Quién lo refirió a esta oficina? _____



Edward Callirgos, MAS-LMFT
Terapeuta con Licencia para Matrimonios y Familias
4625 S. Lakeshore Dr., Ste. 302, Tempe, AZ 85282
(480) 203-7165

NUEVA INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre completo: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

SU DIRECCION: _____ APT . _____

CÓDIGO POSTAL _____ ESTADO _____ TELEFONO _____ Celular
 Domicilio

CORREO ELECTRÓNICO:

Contacto secundario

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

RELACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____ APT . _____ CITY _____

PHONE _____ (Inicio) _____ (Trabajo)

CORREO ELECTRÓNICO:

ESTADO CIVIL ACTUAL: Soltero Casado Separado Divorciado

NOMBRE DEL SOCIO: _____

OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE VIVEN EN SU CASA (nombre, parentesco, edad):

OCUPACION: _____ ETNIA: _____

EMPLEADOR(nombre/dirección/telefono) _____

NOMBRE DE médico de atención primaria (nombre, dirección y número de teléfono)

¿POR EL PRESENTE, USTED ESTA TOMANDO O VAJO MEDICACIONES? SI NO

En caso afirmativo, indique los medicamentos que está tomando: _____

¿POR EL PRESENTE, USTED TIENE ALGUN ENFERMEDAD FISICA? SI NO

En caso afirmativo, favor de listar: _____

¿USTED A ESTADO PREVIAMENTE EN CUALQUIER FORMA DE TERAPIA OR ASESORAMIENTO? S/N

En caso afirmativo, indique el nombre (s) de su terapeuta / consejero anterior: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (Contacto sólo en caso de emergencia)

NOMBRE _____ relación: _____

DIRECCIÓN: _____ APT . _____ CIUDAD _____

PHONE _____ (Inicio) _____ (Trabajo)

¿Quién lo refirió a esta oficina? _____



Aviso sobre prácticas de privacidad Información de Salud Protegida

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser utilizado y revelada y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revisarlo cuidadosamente.

He leído y comprendido los términos de este aviso.

Fecha

Firma

Se requiere esta oficina para mantener la privacidad de su información de salud y para proporcionarle una notificación de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad. Esta oficina no va a usar o divulgar su información de salud excepto como se describe en este aviso. Si está de acuerdo, la oficina está permitido por las leyes federales de privacidad para hacer usos y divulgaciones de su información de salud para propósitos de tratamiento, pago y atención médica. La información médica protegida es la información que creamos y obtenemos en la prestación de nuestros servicios a usted. Dicha información puede incluir documentación de sus síntomas, historial médico, exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento, y la solicitud de tratamiento en el futuro. También incluye documentos de facturación para esos servicios.

Los ejemplos de los usos de su información de salud para propósitos de tratamiento son:

- *Un proveedor o asistente obtiene información sobre el tratamiento de usted y lo registra en un registro de salud.*
- *Durante el curso de su tratamiento, el proveedor determina que él / ella tendrá que consultar con otro especialista en el área. Él / ella obtendrá una autorización firmada antes de compartir información con dichos especialistas para obtener su / su entrada.*
- *Información de referencia puede ser reenviado a diagnóstico Testing Labs para su posterior tratamiento o prueba cuando el profesional médico querrá resultados de tales pruebas o tratamientos informaron bock a él / ella.*
- *Si el proveedor es un especialista, su información sobre la salud y el progreso se puede informar de nuevo a su médico de cabecera o proveedor de referencia, tras la recepción de su autorización por escrito.*

Ejemplo de uso de su información de salud para fines de pago:

- *Nos presentar solicitudes de pago a su compañía de seguros de salud. La compañía de seguros de salud solicita información sobre la salud de nosotros con respecto al tratamiento que recibió. Vamos a proporcionar la información solicitada acerca de usted y de la atención que reciben. Por ejemplo, un proyecto de ley enviado a su compañía de seguros de salud puede incluir información que identifique su diagnóstico y los procedimientos y materiales utilizados.*

Ejemplo de uso de su información de salud para operaciones de cuidado de la salud:

- *Obtenemos servicios de nuestros aseguradores y otros socios comerciales (una persona o entidad bajo contrato con nosotros para llevar a cabo o que nos ayuden en una función o actividad que requiere el uso o divulgación de información de salud) como la evaluación de la calidad, mejora de la calidad, evaluación de resultados, protocolo y guías clínicas de desarrollo, programas de entrenamiento, certificaciones, médicos de la transcripción, revisión médica, servicios legales y de seguros. Vamos a compartir información sobre su salud con nuestros aseguradores y otros socios comerciales como sea necesario para obtener estos servicios. Exigimos a nuestros aseguradores y otros socios comerciales para proteger la confidencialidad de su información de salud.*

SUS DERECHOS DE INFORMACIÓN DE SALUD

Los registros de salud y de facturación que mantenemos son propiedad física del proveedor de tratamiento. La información contenida en ella, sin embargo, pertenece a usted. Usted tiene el derecho a:

- *Solicitar una restricción para ciertos usos y divulgaciones de su información de salud mediante la entrega de la solicitud por escrito a nuestra oficina. No estamos obligados a conceder la petición, pero vamos a cumplir con cualquier solicitud sentada como lo requiere la ley;*
- *Obtener una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Información de Salud Protegida ("Aviso") al hacer una solicitud en nuestra oficina.*
- *Solicitud de que se le permita inspeccionar y copiar su registro de facturación - que puede ejercer este derecho entregando una solicitud por escrito a nuestra oficina;*
- *Obtener un informe de las divulgaciones de su información médica según sea necesario para mantener la ley, bajo petición. Una lista no incluirá usos internos de información para tratamiento, pago, operaciones o revelaciones hechas a usted; y*
- *Revocar las autorizaciones que usted hizo anteriormente para usar o revelar información, exceptuando la información medida o acción ya ha sido tomada con una revocación por escrito a nuestra oficina.*

Si desea ejercer cualquiera de los derechos antes mencionados, por favor, póngase en contacto con Edward Callirgos al (480) 203-7165 en persona o por escritura, durante el horario normal. Se le proporcionará asistencia en la medida necesaria para ejercitar sus derechos.

Usted tiene el derecho de revisar este Aviso antes de firmar el consentimiento autorizando el uso y divulgación de su información médica protegida para propósitos de tratamiento, pago y atención médica.

Nuestras Responsabilidades

Se requiere esta oficina para:

- Mantener la privacidad de su información de salud como es requerido por la ley;
- El consumidor recibe un aviso de nuestros deberes y prácticas de privacidad en cuanto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted;
- Cumplir con los términos de este Aviso;
- Notificarle si no podemos dar cabida a una restricción solicitada; y
- Sus solicitudes razonables respecto a los métodos para comunicar información de salud con usted.

Nos reservamos el derecho de modificar, cambiar o eliminar las disposiciones en nuestras prácticas de privacidad y las prácticas de acceso y promulgar nuevas disposiciones relativas a la información de salud que tenemos. Si nuestras prácticas de información cambian, vamos a modificar nuestro Aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia revisada del Aviso llamando y solicitando una copia o nuestro "Aviso" o visitando nuestra oficina para recoger una copia.

A SOLICITAR INFORMACIÓN o presentar una queja

Si tiene preguntas, desea información adicional, o quiere reportar un problema relacionado con el manejo de su información, puede comunicarse con *Ed Callirgos, 480- 203 - 7165* Además, si se considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito en nuestra oficina mediante la entrega de la queja por escrito a Ed Callirgos. También puede presentar una queja por correo a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos.

No podemos, y no, requieren que se renuncia al derecho de presentar una queja ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos (HHS) como condición para recibir tratamiento en la oficina. De la misma manera, no podemos, y no perjudicarle por presentar una queja con el Secretario de Salud y Servicios Humanos.

OTRA INFORMACIÓN Y USOS

Notificación de la Familia / Amigos: Nuestra oficina no divulga la información protegida de salud o cualquier otra información a los miembros de la familia.

Recordatorios de citas e información Tratamiento: *Podemos comunicarnos con usted y / o dejar un mensaje en el contestador automático del teléfono para ofrecerle recordatorios de citas o información de facturación.*

Compensación a los Trabajadores: Si usted está buscando una compensación a través de compensación de trabajadores, podemos revelar su información de salud en la medida necesaria para cumplir con las leyes de compensación al trabajador.

Abuso, abandono y violencia doméstica: Podemos revelar su información médica a las autoridades públicas según lo permitido por la ley para reportar el abuso, negligencia o violencia doméstica.

Los internos: Si usted es un preso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos revelar información de salud a la institución o funcionario policial necesaria para su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros individuos.

Aplicación de la ley: Podemos revelar su información de salud para propósitos de aplicación de la ley como lo exige la ley, como por ejemplo cuando sea requerido por una orden judicial; para la identificación de una víctima de un crimen si se cumplen ciertos requisitos de protección; para reportar un crimen en situaciones de emergencia; y otras situaciones apropiadas permitidas por la ley.

Procedimientos administrativos judiciales: Podemos revelar su información de salud en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo que permita o exija la ley o según las indicaciones de un orden de la corte o en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal si se cumplen ciertos requisitos específicos. Para evitar una amenaza grave para la salud o seguridad, podemos revelar su información de salud en consonancia con la ley aplicable para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad de una persona o del público.

Otros usos: Se harán otros usos y divulgaciones de su información de salud, además de los identificados en este aviso sólo como autorizado por la ley o con su autorización por escrito y usted podrá revocar la autorización conforme a lo dispuesto anteriormente.



Tarjeta de Crédito Formulario de Autorización

**** Es la política de esta oficina para mantener una tarjeta de débito / crédito en el archivo. Puede pagar en efectivo o con cheque, pero una tarjeta todavía debe estar guardada en el archivo. ****

Nombre como aparece en la tarjeta:

Autorizo a Edward Callirgos, MAS-LMFT con The Bridge Counseling, Consulting, & Mediation, LLC a cobrar en mi tarjeta de crédito / débito para los servicios profesionales de la siguiente manera.:

Inicial

 Todas las visitas para los que el pago no se hizo en el momento de la visita (esto incluye la tarifa para servicio).

 Para cobrar a mi tarjeta para el equilibrio de los honorarios no pagados por mi seguro compañía de un plazo de 90 días.

 Para cobrar a mi tarjeta \$125 para cada No-Show o cancelación tarde (menos de 24 horas de aviso).

Tipo de tarjeta: Visa MasterCard Discover AMEX

Número de tarjeta de crédito _____ - _____ - _____ - _____ Número CVV _____
(Número de 3 dígitos en el **reverso** de la tarjeta)

Fecha de caducidad _____

Dirección de facturación del titular de la tarjeta de las tarjetas de crédito:

Calle

Ciudad

Estado

CodigoPostal

Titular de la tarjeta Firma _____, Fecha ____ / ____ / ____

Office Use Only

- Plan original
 Actualizacion del Plan

El plan de tratamiento inicial

Para avanzar eficazmente, necesitamos metas específicas y concretas. Por favor, piense acerca de sus objetivos en nuestro trabajo conjunto. Si se trata de parejas o terapia familiar, completa los objetivos juntos antes de la primera sesión, si es posible.

1) ¿Cuál es el primer objetivo específico - quizás uno muy pequeño - que si se logra ayudaría a sentir como si se están moviendo en la dirección correcta? (Use palabras claras y sencillas.)

2) ¿Cuál es el segundo objetivo específico que desea alcanzar?

3) (Terapeuta finaliza) ¿Qué métodos / enfoque se utiliza para lograr estos objetivos?

Para lograr estos objetivos, ¿qué estás dispuesto a hacer? Marque todo lo que corresponda:

- Asistir a la terapia regular (con qué frecuencia) _____
 Hacer la tarea entre sesiones
 Colaborar con el terapeuta en el diseño de mi tratamiento
 Pruebe algunos nuevos comportamientos mi consejero podría sugerir

Iniciado el ____ / ____ / _____, por: _____(Revisado: ____ / ____ / ____ Por: _____)

Cliente (s) firma (s) _____

Nombre (s) (letra de imprenta) _____

Terapeuta _____

Edward Calligos, LMFT (# 15169)

Fecha de Descarga: _____

Plan de cuidados posteriores:
