

Intuitive Trance-Formations®

EXPEDIENTE DE INFORMACIÓN LADO "A" FAVOR DE LLENAR CON LETRA DE MOLDE Y AGREGAR INICIALES

Nombre:

Fecha de Hoy:

/ /

Dirección:

Ciudad:

Edo:

Zona Postal+4:

Teléfono Móvil

Edad:

Fecha de Nacimiento:

Trabajo Casa: ()

/ /

Correo electrónico:

Ocupación:

Estado Civil: # De Hijos? Edades:

S C D V

Religión:

Nombre del Contacto de Emergencia:

Teléfono

Relación

()

Recomendado Por: Nombre & #Tel.:

¿Está bajo cuidado médico o psicológico? No Si Describe:

¿Está tomando medicamentos? No Si Describe:

¿Sufre de fobias u alguna otra condición médica? No Diabetes Epilepsia Asma Alta Presión Otro: Describe:

Nombre y teléfono del médico de cabecera:

Tel. ()

¿Ha sido hipnotizado anteriormente? Sí No ¿Resultados?

¿Qué espera **ESPECIFICAMENTE** lograr en esta sesión?

PROCESO TERAPEUTICO:

Iniciales:

ENTIENDO QUE la asistencia que recibiré **NO** es sustituto de atención médica o psiquiátrica. Entiendo que aunque este proceso es terapéutico no es psicoterapia. La terapeuta, Leticia Montiel, no es psicoterapeuta y solamente hace funciones de practicante. Se me aconseja discutir sobre estas sesiones con el profesional que me atienda hoy y en un futuro. **HIPNOSIS MÉDICA:** la hipnosis es efectiva para aliviar algunas afecciones médicas (por ejemplo, control del dolor, migrañas, SII, etc.) antes de iniciar cualquiera de las sesiones se requiere una autorización firmada por mi médico o un profesional de la salud apropiado.

Iniciales:

YO DECLARO QUE NO me encuentro bajo tratamiento psiquiátrico ni he sido hospitalizada (o) en instituciones de salud mental Se me aconseja continuar con cualquier medicamento y/o tratamiento en el que me encuentre y a discutir cualquier cambio y/o mejora con mi médico.

Iniciales:

ENTIENDO QUE mi terapeuta no puede decirme exactamente cuántas sesiones serán requeridas para mi recuperación y que para que el proceso sea exitoso debo comprometerme a mi terapia o sesiones de manera ininterrumpida. Es mi responsabilidad seguir las sugerencias y las instrucciones dentro de lo mejor de mis capacidades para obtener el resultado deseado. Además, me comprometo a presentarme siempre a tiempo, y a todas las sesiones requeridas para la culminación exitosa del programa prescrito. **Es mi responsabilidad hacer una llamada de confirmación 24 horas por adelantado para TODAS mis citas programadas. Mi cita no será reservada a menos que yo haga esa confirmación y el pago.**

Iniciales:

CITAS PERDIDAS/CANCELADAS: Una cita concretada significa que su terapeuta ha reservado ese espacio ÚNICAMENTE para USTED por lo consecuente nadie más puede ser atendido, y será facturado por esa cita. **NO** habrá reembolsos en depósitos por cancelaciones o por no presentarse no importando la causa. Solamente serán permitidos 15 minutos de gracia por retardos. Las sesiones duran 60 minutos y empiezan a correr desde el momento que son programadas. **Si necesito reprogramar debido a una emergencia, soy responsable de asegurar que mi terapeuta sea notificado lo antes posible.**

Iniciales:

PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA:

ENTIENDO QUE siempre debo contactarme con la ayuda de emergencias 911 o el hospital más cercano, mi médico u otro proveedor dependiendo de la severidad de mi necesidad. La emergencia o la ayuda urgente de parte de mi terapeuta o de otros terapeutas asociados solamente se me pueden proporcionar bajo aprobación de mi médico.

EXPEDIENTE DE INFORMACIÓN LADO "B" FAVOR DE AGREGAR INICIALES

Iniciales: **TÉRMINOS DE COBERTURA FINANCIERA Y DE SEGURO MÉDICO:**

Efectivo, PayPal, órdenes de pago (Money Orders) y cheques personales **pre-aprobados** son las únicas formas aceptables de pago.

No se acepta NINGUNA tarjeta de crédito, a menos que se haya aprobado con anterioridad.

Las sesiones se programan solamente después de recibir un depósito adelantado. Entiendo que soy responsable del pago completo en efectivo de mis sesiones al momento en que dichos servicios son ofrecidos. Es mi responsabilidad venir preparada/o para hacer los pagos apropiados y el depósito requerido para mis subsecuentes sesiones para que el terapeuta pueda reservarlas de una manera oportuna. Las sesiones de cualquier terapia a largo plazo (programas de sesiones múltiples) se deben pagar por completo antes de la sesión inicial. Todas las políticas de citas se aplican a esto. **No se acepta seguro médico como forma de pago.** Es su responsabilidad obtener la información sobre su cobertura de seguro y proveer a su médico las formas del seguro y la pre-aprobación de sus sesiones antes de poder aceptar cualquier pago de terceros. Todas las sesiones pre pagadas son intransferibles y vencerán después de 6 meses. Los paquetes cancelados serán reembolsados de manera prorrateada.

Iniciales: **DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:**

Por mi firma al calce Autorizo Declino la divulgación de la información con respecto a mi cuidado a mi médico de cabecera según lo indicado por mis iniciales aquí: Autorizo Declino consentimiento general para informar a médicos que estoy recibiendo estos servicios terapéuticos, si está declinado, la autorización puede todavía ser proporcionada en cuanto sea necesario en base solamente de una fecha más tarde. Autorizo la divulgación de la información solo en cuanto sea necesario en base solamente por requerimiento de mi médico, plan de salud, o autoridades legales, y solamente después de ser notificado que se requiere mi consentimiento.

Iniciales: **CONFIDENCIALIDAD:**

Entiendo que la confidencialidad respecto a mis sesiones será honrada entre mi terapeuta y yo. La misma confidencialidad se aplica cuando se atienden menores de trece años. Toda la información entre el terapeuta y el paciente se lleva a cabo terminantemente confidencial a menos que:

1. El paciente autoriza la divulgación de la información con su firma
2. Se presenta una orden del juez
3. El paciente presenta un peligro físico a si mismo
4. El paciente presenta un peligro a otros*
5. Se sospecha abuso o negligencia a niños o ancianos *

* En los últimos dos casos es un requisito legal informar a víctimas potenciales y a autoridades legales para poder tomar medidas protectoras.

Iniciales: **CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE:**

YO ESTOY CONSCIENTE y entiendo que en algunos casos puede ser necesario que mi terapeuta coloque respetuosamente su mano en mi (s) hombro (s), mano, brazo, muñeca o frente como parte de una técnica de inducción o anclaje. Le doy permiso al terapeuta y doy mi consentimiento para hacerlo a fin de ayudarme a establecer un estado beneficioso de hipnosis.

Iniciales: **ENTIENDO** que mi participación, compromiso y dedicación son imperativas para el exitoso logro de mis metas respecto a la aplicación de las terapias de Hipnosis/PNL/TLE y demás.

I understand that because the results of my sessions depend greatly upon my own serious participation that my therapist cannot offer any guarantee of the success of my treatment. Therefore, no refunds for services are given.

Iniciales: **MI TERAPISTA** promete respetarme y salvaguardar mi integridad. El dedicar 100% de su maestría y sus capacidades para asistirme. Convengo en poner mi mejor y más honesto esfuerzo de lograr mi resultado deseado y de comprometerme a preservar mi integridad.

Iniciales: **ENTIENDO QUE** aunque el curso de la terapia se diseña para ser provechoso, puede ocasionalmente ser difícil e incómodo, y que pueden serme asignadas tareas para terminar antes de mi siguiente sesión. Me comprometo a completar y seguir con tales oportunamente.

Iniciales: **CONVENGO EN** notificar mi terapeuta de cualquier cambio de mi información de una manera oportuna, es decir cambios de dirección, de teléfono y el contacto de emergencia incluyendo cambios relativos a la salud o cualquier otra información crítica.

Iniciales: **ESTOY CONSCIENTE** y entiendo mi responsabilidad sobre mi proceso terapéutico, por lo tanto, por este medio libero a Leticia Montiel y a Intuitive Trance-Formations de cualquier responsabilidad.

Iniciales: **CONVENGO EN** proveer información honesta, completa y veraz a lo mejor de mis capacidades, para lograr el mejor resultado en mi programa, incluyendo los cambios percibidos durante este tratamiento.

Toda la información proveída es verdadera de acuerdo a mi consciencia. He recibido, leído y entendido todo lo que he leído aquí y me responsabilizo de cualquier evento que surja por no cumplir con las sugerencias o recomendaciones del terapeuta. **Fecha:** _____ / _____ / _____

Nombre del Cliente: _____ **Firma:** _____

Menores de edad firma del padre/madre o tutor

Doy mi consentimiento para que el menor reciba asistencia a través de hipnosis y otras técnicas terapéuticas. Doy fe de que se ha discutido y recibido la aprobación del médico del menor para recibir dichas sesiones.

Nombre del Menor: _____ **Edad:** _____

Nombre del Padre o Tutor: _____ **Firma:** _____

Uso de la Oficina: Notas/Código: _____ Nombre del Terapeuta: _____