



CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE DE FORMA DE TRATAMIENTO (LEA y FIRME)

CONFIDENCIALIDAD

Todas las sesiones son totalmente confidenciales, de conformidad con la legislación y las normas profesionales reconocidas. Si yo, como su consejero, tengo que comunicarme con otros acerca de su caso, usted tiene que darme el permiso para hacerlo por escrito. La única excepción a esto es, si de acuerdo con la ley y el juicio profesional razonable, la comunicación parece necesario para proteger a usted u otras personas de daños, o en respuesta a un proceso legal, o en otras circunstancias apropiadas, la comunicación privilegiado se acaba en estas circunstancias. Excepciones posibles incluyen, pero no están limitadas a, las siguientes situaciones: abuso infantil, el abuso de los mayores o con discapacidad, las amenazas de suicidio, y las amenazas de homicidio. Las compañías de seguros tienen derecho a un diagnóstico, fecha y tipo de servicio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La terapia es un proceso de interacción entre el cliente y el terapeuta, y los resultados de la terapia depende de su cooperación. La terapia tiene el propósito de promover el cambio y la comprensión. A veces este proceso puede ser emocionalmente doloroso, y en otras ocasiones, muy satisfactoria. Se espera usted contribuir en todas las decisiones respecto a las intervenciones terapéuticas (incluso en las asignaciones que se cumplen entre sesiones), la planificación del tratamiento y revisiones periódicas del plan de tratamiento. Usted tiene el derecho a rechazar o modificar cualquier servicio e intervención. Aunque el terapeuta utilizará el mejor esfuerzo para ayudarle, no puede haber garantías de resultados y no se pueden hacer promesas sobre el resultado de los servicios prestados debido a la naturaleza de los servicios psicológicos. Usted puede cuestionar la razón de cualquiera de los servicios, intervenciones, o discusión si no parece claro para usted.

COSTO DE SERVICIOS

El costo básico es \$ 90 por 50 minutos para una sesión en la oficina y \$ 120 por una sesión de 80 minutos en el hogar. Sesiones más largas son prorrateados de las tasas normales. Un paquete de 10 sesiones en la oficina está disponible por \$ 800 y El paquete de 10 sesiones en el hogar cuesta \$ 1100. Llamadas telefónicas cuesta \$ 25 para los incrementos de 15 minutos. Si un cliente ha pagado por adelantado para las sesiones y deseos para un reembolso de la balanza, las sesiones serán prorrateados sin el descuento del paquete y se la devolución será enviado dentro de 5 días. Los cargos que están pendientes se pueden enviar a las colecciones.

FORMA DE PAGO

El pago es debido en el momento que los servicios se prestan o antes. Si el pago no se recibe en el momento que se prestan los servicios, la tarjeta de débito o crédito en la carpeta se le cobrará por los servicios. No se emitirán informes psicológicos o informes judiciales hasta que se reciba el pago total por los servicios.

CITAS PERDIDAS

Si usted no puede asistir a una cita, me comunique inmediatamente por teléfono, correo electrónico o de texto (602) 492-5055 por favor. Si no llegue o si no cancela una cita 24 horas o más antes (24 horas no incluye los fines de semana) el tiempo fijado se le cobrará por la sesión perdida a la cantidad de \$ 50. Tercera y la posterior cancelación tardía se le cobrará la tarifa completa.

RESPONSIBILIDAD

El cliente (o persona responsable) es considerado responsable por el pago de servicios profesionales. Cuando usted solicita ayuda financiera de parte de una organización como una iglesia, y esta organización no realiza el pago dentro de los 30 días a partir de la fecha de los servicios, el pago se espera de cliente o parte responsable de 10 días desde la recepción de la declaración.

CONSENT

Yo, de manera voluntaria, estoy de acuerdo en recibir la evaluación de la salud mental, atención, tratamiento o servicios y autoriza el terapeuta suscrito para proporcionar tal. Entiendo y acepto que voy a participar en la planificación de estos servicios y que puedo dejar de tal cuidado en cualquier momento. Al firmar este formulario de consentimiento, reconozco que he leído y entendido, todos los términos y la información contenida en este documento. Amplia oportunidad se ha ofrecido a mí para hacer preguntas y pedir clarificaciones sobre cualquier cosa confuso para mí.

Firma de Cliente

Fecha

Firma de Terapeuta

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE MENORES DE 18 AÑOS

Yo, _____ soy el padre o guardián legal y tengo la custodia legal de
(Firma del Padre / Guardián)

_____ y doy permiso para que recibe servicios de terapia a estos niños menores de edad.