

Declaración sobre Divulgación y Acuerdo para Servicios

La muestra a continuación es un ejemplo de lo que podría incluirse en una declaración de divulgación y/o acuerdo para servicios. El terapeuta podría adoptar algunos o todos esos para satisfacer sus necesidades particulares.

Introducción

La intención de este documento es proveerle información importante relacionada con su tratamiento. Por favor lea el documento completo cuidadosamente y asegúrese de preguntar a su terapeuta cualquier pregunta que pueda tener relacionada con su contenido.

Información Acerca de Su Terapeuta

En un tiempo apropiado, su terapeuta hablará sobre sus antecedentes profesionales con usted y le proveerá información relacionada con su experiencia, educación, intereses particulares y orientación profesional. Esta en la libertad de hacer preguntas en cualquier momento acerca de la educación, experiencia y orientación profesional de su terapeuta.

Nota: El terapeuta debe indicar su situación en cuanto a permisos para practicar su profesión, antes de que el paciente complete este formulario.

Su terapeuta es:

- Terapeuta Autorizado de Familia y Matrimonios
- Trabajador Social Clínico Autorizado
- Psicólogo Autorizado
- Practicante Registrado Terapeuta de Familia y Matrimonio*
- Aprendiz de Terapeuta de Familia y Matrimonio*
- Trabajador Social Clínico Asociado*
- Asistente Psicológico*
- Psicólogo Registrado*

* Si su terapeuta es un Practicante Registrado Terapeuta de Familia y Matrimonio, Aprendiz de Terapeuta de Familia y Matrimonio, Trabajador Social Clínico Asociado, Asistente Psicológico o Psicólogo Registrado, su práctica es conducida bajo la supervisión de un profesional autorizado de salud mental. El nombre del supervisor clínico, tipo de licencia y permisos para practicar su profesión se encuentran listados debajo:

_____ Nombre de Supervisor Clínico (si es aplicable)	_____ Tipo de Licencia	_____ Número de Licencia
---	---------------------------	-----------------------------

(Nota: Si la práctica de la terapia usa un nombre comercial ficticio, el nombre y la designación de la licencia de los propietarios del negocio debe ser divulgada. De igual manera, si el negocio es una asociación de profesionales, el paciente debe ser informado de ese hecho.)

Información Acerca de Esta Practica (como sea aplicable)

El nombre de esta práctica es: _____

El terapeuta(s) individual(es) que operan esta práctica es/son:

_____ Nombre de terapeuta	_____ Licencia Tipo	_____ Número de Licencia
------------------------------	------------------------	-----------------------------

_____ Nombre de Terapeuta	_____ Tipo de Licencia	_____ Número de Licencia
------------------------------	---------------------------	-----------------------------

(Divulgaciones requeridas para asociaciones de profesionales.)

- _____ Esta práctica es una Sociedad Autorizada de Terapeutas de Familia y Matrimonios.
- _____ Esta práctica es una Sociedad Autorizada de Trabajadores Sociales Clínicos.
- _____ Esta práctica es una Sociedad de Psicólogos.

(Nota: Todos los terapeutas están obligados a divulgar por anticipado la información acerca de sus honorarios.)

Honorarios y Seguro

El pago por el servicio es de \$ _____ por sesión de terapia individual.

El pago por el servicio es de \$ _____ por sesión de terapia mancomunada (marital/familiar).

El pago por el servicio es de \$ _____ por sesión de terapia de grupo.

Las sesiones individuales y mancomunadas (marital/familiar) son de aproximadamente 50 minutos de duración.

Los pagos son realizados al momento en que los servicios son prestados. Por favor pregunte a su terapeuta si desea discutir sobre un convenio escrito que especifica un método alternativo de pago.

Por favor comuníquese a su terapeuta si desea utilizar su seguro médico para pagar por los servicios. Si su terapeuta/proveedor es un proveedor contratado por su compañía de seguros, su terapeuta /proveedor discutirá los métodos para facturar a su seguro. La cantidad de reembolso y la cantidad de cualquier pago colateral o deducible depende de los requisitos de su plan de seguro específico. Usted debe estar consciente de que los planes de seguros, generalmente, limitan la cobertura a ciertas condiciones mentales diagnosticables. También debe estar consciente de que usted es responsable de la verificación y comprensión de los límites de su cobertura de seguros. A pesar de que su terapeuta/proveedor está encantado de ayudar en sus esfuerzos de buscar el reembolso del seguro, no podemos garantizar que su seguro le proveerá el pago por los servicios provistos a usted. Por favor discuta con su terapeuta cualquier pregunta o preocupación que pueda tener acerca de esto.

Si por alguna razón no puede continuar pagando por su terapia, usted debe comunicárselo a su terapeuta. Su terapeuta le ayudará a considerar cualquier opción que pueda estar disponible para usted en ese momento.

Confidencialidad

Toda la comunicación entre usted y su terapeuta será conducida de forma estrictamente confidencial a menos que usted proporcione un permiso escrito para divulgar la información acerca de su tratamiento. Si usted participa en una terapia marital o familiar, su terapeuta no divulgará información confidencial acerca de su tratamiento a menos que todas las personas que participaron en el tratamiento con usted proporcionen su autorización escrita para divulgar dicha información. (Además, su terapeuta no divulgará información comunicada a el/ella, de forma privada, por un miembro familiar a cualquier otro miembro familiar sin un permiso escrito.)

Hay excepciones para la confidencialidad. Por ejemplo, los terapeutas están obligados a reportar casos de sospechas de abuso a niños o ancianos. Los terapeutas pueden estar obligados o permitidos a quebrantar la confidencialidad cuando hayan determinado que un paciente presenta un peligro serio de violencia física hacia otra persona o cuándo un paciente sea peligroso para él o ella misma. Además, una ley federal conocida como The Patriot Act (La Ley del Patriota) de 2001 obliga a los terapeutas (y a otros), en ciertas circunstancias, a proporcionar libros, registros, papeles, documentos y otros artículos al FBI, y prohíbe al terapeuta comunicar al paciente que el FBI busca o ha obtenido los artículos bajo la Ley.

(Una versión alternativa para terapeutas que utilizan una política de “No Secretos”)

Toda la comunicación entre usted y su terapeuta será conducida de forma estrictamente confidencial a menos que usted proporcione un permiso escrito para divulgar la información acerca de su tratamiento. Si usted participa en una terapia marital o familiar, su terapeuta no divulgará información confidencial acerca de su tratamiento a menos que todas las personas que participaron en el tratamiento con usted proporcionen su autorización escrita para divulgar dicha información. **Sin embargo, es importante que usted conozca que su terapeuta utiliza una política de “no secretos” al conducir una terapia familiar o marital/de parejas.** Esto quiere decir que si usted participa en una terapia familiar y/o marital/de parejas, se le permite a su terapeuta usar información obtenida en una sesión individual que usted podría haber tenido

con él/ella, al trabajar con otros miembros de su familia. Por favor siéntase en libertad de preguntar a su terapeuta acerca de su política de “no secretos” y cómo podría ser aplicada a usted.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Página 2 de 4)

Menores de Edad y la Confidencialidad

La comunicación entre terapeutas y pacientes que son menores de edad (menores de 18 años) es confidencial. Sin embargo, los padres y otros tutores que proveen autorización para el tratamiento de su niño(a) están, a menudo, involucrados en su tratamiento. Consecuentemente, su terapeuta, en el ejercicio de su juicio profesional, puede discutir el progreso del tratamiento de un paciente menor de edad con el padre o tutor. Los pacientes que son menores de edad y sus padres son exhortados para discutir con su terapeuta cualquier pregunta o preocupación que puedan tener sobre este tema.

Políticas de Cancelación y Programación de Citas

Las sesiones son programadas típicamente para tener lugar una vez a la semana, si es posible, a la misma hora y día. Su terapeuta podría sugerir una cantidad diferente de terapia dependiendo de la naturaleza y severidad de su situación. Su asistencia consistente contribuye grandemente a un resultado exitoso. Para cancelar o volver a programar una cita, se espera que usted notifique a su terapeuta por lo menos con 24 horas antes de su cita. Si usted no notifica a su terapeuta por lo menos con 24 horas de anticipación, usted es responsable del pago por la sesión perdida. Por favor comprenda que su compañía de seguros no pagará por sesiones perdidas o canceladas.

Disponibilidad/Emergencias del Terapeuta

Las consultas telefónicas entre las visitas de oficina son bienvenidas. Sin embargo, su terapeuta tratará de mantener breves dichas consultas, debido a nuestra creencia que los asuntos importantes son mejor tratados dentro de sesiones programadas de forma regular.

Usted puede dejar un mensaje a su terapeuta en su maquina de mensajes confidencial en cualquier momento. Si usted quiere que su terapeuta le devuelva su llamada, por favor asegúrese de dejar su nombre y número de teléfono, junto con un mensaje breve describiendo la razón de su llamada. Las llamadas telefónicas que no son urgentes son devueltas durante los días laborales normales (lunes a viernes) dentro de 24 horas. Si usted tiene una necesidad urgente para hablar con su terapeuta, por favor indique ese hecho en su mensaje y siga cualquier instrucción que se provea en la maquina de mensajes de su terapeuta. En el caso de una emergencia médica o una emergencia requiriendo un tratamiento a su seguridad o la seguridad de otros, por favor llame al 911 para pedir ayuda de emergencia.

(Mensaje(s) alternativo(s) para terapeutas que tienen disponibilidad limitada)

Usted puede dejar un mensaje a su terapeuta en su maquina de mensajes confidencial en cualquier momento. Si usted quiere que su terapeuta le devuelva su llamada, por favor asegúrese de dejar su nombre y número de teléfono, junto con un mensaje breve describiendo la razón de su llamada.

Debe saber que su terapeuta esta disponible, generalmente, para devolver llamadas telefónicas dentro de aproximadamente _____ horas. Su terapeuta no puede devolver llamadas telefónicas después de las _____ P.M.

Su terapeuta no está disponible para devolver llamadas telefónicas los sábados ni domingos.

Si usted tiene una necesidad urgente para hablar con su terapeuta, por favor indique ese hecho en su mensaje y siga cualquier instrucción que se provea en la maquina de mensajes de su terapeuta.

En el caso de una emergencia médica o una emergencia requiriendo un tratamiento a su seguridad o la seguridad de otros, por favor llame al 911 para pedir ayuda de emergencia.

(Contenido opcional)

También debe saber que los siguientes recursos están disponibles en la comunidad local para ayudar a individuos con crisis:

Línea directa de Crisis: () _____

Refugio para Jóvenes: () _____

Ayuda por Violencia Doméstica: () _____

Hospital: () _____

Comunicaciones con Terapeuta

Su terapeuta podría necesitar comunicarse con usted por teléfono, correo u otro medio. Por favor indique su preferencia poniendo una marca sobre una de las opciones listadas debajo. Por favor asegúrese de informarle a su terapeuta si no desea ser contactado a una hora o lugar en particular, o por un medio en particular.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Página 3 de 4)

___ mi terapeuta puede llamarme a mi casa. Mi número de teléfono en mi casa es: () _____

___ mi terapeuta puede llamarme a mi teléfono celular. Mi número de teléfono celular es: () _____

___ mi terapeuta puede llamarme al trabajo. Mi número de teléfono en el trabajo es: () _____

___ mi terapeuta puede enviarme correspondencia a mi dirección particular.

___ mi terapeuta puede enviarme correspondencia a mi dirección del trabajo.

___ mi terapeuta puede comunicarse conmigo por correo electrónico. Mi dirección de correo electrónico es: _____

___ mi terapeuta puede enviarme un fax. Mi número de fax es: () _____

Acerca Del Proceso de Terapia

Es la intención de su terapeuta proveer servicios que le ayudarán a alcanzar sus metas. Basado en la información que usted le provea a su terapeuta y las cosas específicas de su situación, su terapeuta le proveerá las recomendaciones relacionadas con su tratamiento. Creemos que los terapeutas y los pacientes son socios en el proceso terapéutico. Tiene el derecho a estar de acuerdo o en desacuerdo con las recomendaciones de su terapeuta. Su terapeuta también le proveerá periódicamente de la información retroactiva relacionada a su progreso e invitará su participación en la discusión.

Debido a la severidad y naturaleza diversas de problemas y a la individualidad de cada paciente, su terapeuta es incapaz de predecir la duración de su terapia ni garantizar un resultado o consecuencia específica.

Terminación de Terapia

La duración de su tratamiento y la fecha probable de su terminación dependen de los detalles específicos de su plan de tratamiento y del progreso que usted logre. Es una buena idea prever su terminación, en cooperación con su terapeuta. Al acercarse la fecha de terminación de sus metas de tratamiento, su terapeuta le hablará de un plan para la terminación.

Usted puede discontinuar la terapia en cualquier momento. Si usted o su terapeuta determinan que no esta obteniendo ningún beneficio del tratamiento, cualquiera de los dos podría decidir iniciar una platica acerca de sus alternativas de tratamiento. Las alternativas de tratamiento podrían incluir, entre otras posibilidades, transferencia a otro especialista, cambio del plan de tratamiento o terminación de su terapia.

Su firma señala que usted ha leído este acuerdo para servicios cuidadosamente y comprende su contenido.

¡Antes de firmar, por favor pídale a su terapeuta que conteste cualquier pregunta o preocupación que usted tenga acerca de esta información!

Nombre de Paciente

Fecha: ___ / ___ / ___

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Página 4 de 4)