

*Sonidos de Luz*  
*Psicoterapia con un toque de sanación*  
*Aileen Nealie, LMFT, DCEP Lic#MFC 40154*

## ACUERDO DE TRATAMIENTO

Yo, \_\_\_\_\_ por medio de esta petición voluntaria, requiero de los servicios de Psicoterapia con Aileen Nealie, (Licenciada en Terapia Familiar y Matrimonial) en Sonidos De Luz. El tratamiento consistirá en terapia individual, pareja y/o sesiones de grupo, a como la terapeuta considere necesario. Si en cualquier momento estoy en desacuerdo o confuso en algún punto, pediré clarificación antes de firmar este documento.

### Confidencialidad

Toda la información proveída y discutida en las sesiones es confidencial, con las siguientes excepciones en las cuales un terapeuta es de mandato LEGAL obligatorio reportarlo por motivos de seguridad:

1. Si el terapeuta considera que usted está seriamente suicida, o que es incapaz de cuidarse a sí mismo, Usted puede ser hospitalizado voluntariamente o una hospitalización involuntaria podría ocurrir en la cual un oficial de la policía, un miembro de PET (Equipo Psiquiátrico de Emergencia ) puede escoltarle a un hospital. Un miembro de su familia, previamente designado por Ud. como contacto de emergencia, podría ser notificado para asistirlo.
2. Los terapeutas están requeridos por ley el reportar cualquier caso de abuso infantil, negligencia, abuso sexual, o injustificado castigo corporal a menores. (Comprendido entre las edades de 0 a 18 años), y
3. También se les requiere reportar cualquier sospecha de abuso a ancianos o que dependientes de un adulto.
4. Si usted comunica en la sesión cualquier amenaza seria a una víctima identificable y hay peligro inminente, el terapeuta tiene un deber de advertir a la víctima y a cualquier persona presente identificable de tal amenaza del peligro.
5. Ocasionalmente, puede haber la necesidad de comunicarse con terceros, por ejemplo: un médico, un psiquiatra, anterior terapeuta, el maestro de la escuela o un pariente; para mejorar el servicio y sus necesidades. Pero esto no ocurrirá a menos que este terapeuta tenga su firma en la forma de *Revelación de Información del Cliente* a la persona específica y por el periodo del tiempo que usted elija. Recuerde que Ud. puede revocar esta forma *Revelación de Información del Cliente* en cualquier momento.
6. Cuando usted utiliza su seguro médico para pagar su terapia, usted tendría que renunciar a su confidencialidad entre las compañías de seguros, los funcionarios, y su terapeuta.
7. Si Ud. tiene un caso en los tribunales y tiene un citatorio, ud. será notificado por su terapeuta quien le pedirá el que usted elija si desea que se revele la información de éstos. En el acontecimiento de que halla una orden judicial para que su terapeuta atestigüe, la confidencialidad puede ser suspendida, aún así su terapeuta considerará la seguridad y protección de su cliente y de cualquiera de las víctimas que conozca.

### Citas, Cancelaciones y llamadas telefónicas:

1. Sesiones individuales o de pareja están programadas para una duración de 45 minutos.
2. Si Ud. está 15 minutos tarde o más a su cita, la duración de su sesión será el resto de los

- minutos que quedan para completar los 45 minutos.
3. Para evitar cargos de cobro, su cita deberá ser cancelada con 24 horas de anticipación de la hora pautada.
  4. Cualquier llamada que envuelva asistencia psicoterapéutica y que dure 5 minutos o más será cargada a una cantidad previamente prorrateada.
  5. Si Ud. tiene una crisis Ud. deberá llamar al 911 o deberá ir al hospital más cercano inmediatamente.
  6. Si Ud. llama durante horas de oficina y deja un mensaje a su terapeuta, ésta llamada será devuelta durante ese día laboral, pero si es una emergencia y no ha localizado a su terapeuta directamente, usted debe llamar al 911, por favor, tenga en cuenta que su terapeuta asegura atención individualizada a cada cliente, es por ello que si se encuentra en sesión, ella no contesta las llamadas telefónicas.
  8. Su terapeuta sólo está disponible durante horas de oficina.

### **Honorarios: Favor de incluir sus iniciales frente a cada uno de los siguientes hasta el # 7**

1. Su aseguranza está con \_\_\_\_\_ y tiene un co-pago de \_\_\_\_\_. Los co-pagos se saldan durante cada cita.
2. El costo de una sesión individual y/o una sesión de pareja es de \$125. En caso de no cancelar su cita al menos 24 horas antes, usted será responsable por el costo completo de \$125 **aún teniendo aseguranza**. Si cancela antes de 24 horas, su pago será la mitad ó \$62.50. Si su cheque es devuelto sin fondos, tendrá un cobro adicional de \$25. Si usted tiene un balance sin saldar por 30 días o más, tal balance estará sujeto a una cuota adicional de \$25.
3. Llamadas telefónicas están sujetas a costos adicionales si se pasa de 5 minutos. Lo mismo aplica a correspondencia electrónica o textos.
4. Si, después de determinado tiempo de tratamiento, Ud. no puede pagar los honorarios, su terapeuta le referirá con una lista de servicios para tratamiento de bajo costo.
5. En caso de no hacer sus pagos o hacer caso omiso de su obligación por servicios, y después de varios intentos de cobros sin éxito, el terapeuta legalmente puede reportar o recurrir a una agencia de colección independiente la cual incluye costos adicionales.
6. Los pagos y co-pagos necesitan ser saldados por completo durante cada visita.
7. Si requiere una carta de parte de su terapeuta, necesita pedirla con al menos una semana de anticipación. Una carta o documentos para completar de parte suya tienen una cuota de \$10.

### **Políticas de la Oficina:**

1. Esta oficina está libre de violencia. Cualquier agresión, violencia, o comportamiento inadecuado no es aceptado.
2. Toda arma está prohibida en esta oficina; armas tales como: cuchillos, revólveres, u otros dispositivos que puedan ocasionar daño.
3. Los teléfonos celulares deberán estar apagados durante su sesión, así podrá utilizar todo su tiempo más efectivamente y permanecer enfocado durante la sesión.

### **Principios Éticos:**

1. Su terapeuta respeta su privacidad. Por ética se sugiere que la relación, terapeuta/cliente se mantenga estrictamente dentro de la oficina. En caso de que Ud. vea a su terapeuta fuera de la oficina en un evento (social o comercial) podrán saludarse, sin embargo, la ética de su terapeuta no le permite dirigirse a usted, dado que Ud. puede estar acompañado(a) por alguien que no

sabe que usted está recibiendo servicios de terapia. Sin embargo, usted sí puede dirigirse y saludarla.

2. Muchos clientes les gusta demostrar el aprecio a su terapeuta con regalos, sin embargo no es ético recibirlos. Es igualmente valioso expresar su gratitud verbalmente.

**Expedientes:**

1. Sus expedientes se mantendrán con su terapeuta bajo gabinete cerrado con llaves por 7 años después de que su tratamiento halla finalizado.
2. Usted tiene derecho a solicitar por escrito un resumen de su expediente. Esto puede ser discutido en más detalle con su terapeuta.

**Sus Derechos:**

USTED TIENE DERECHO A:

1. Ser tratado con respeto y dignidad en todo momento.
2. Sus servicios no serán negados por su edad, género, raza, incapacidad física o mental, orientación sexual, o creencia religiosa.
3. Aceptar o negar servicios.
4. Confidencialidad ( a excepción de lo mencionado anteriormente)
5. Reportar una queja o un agravio en las oficinas del *Board of Behavioral Sciences*.
6. Preguntarle a su terapeuta por sus credenciales.
7. Hacer cualquier pregunta en caso de duda.

Firmando este documento acepto y entiendo todo lo antedicho y explicado.

Imprima su Nombre: \_\_\_\_\_

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Guardián Legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo/terapeuta: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_