



Terapia-Virtual-Counseling

TERAPIA DE PAREJAS Y FAMILIAS

MARLENE FILLA, LMFT

CONSENTIMIENTO PARA TERAPIA

INFORMACION IMPORTANTE Y CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE: Por favor lea esta forma y firme al terminar la forma indicando que ha entendido completamente la información que se le ha presentado.

RELACIÓN ENTRE EL CLIENTE Y EL TERAPEUTA

Usted y su terapeuta tienen una relación profesional que existe exclusivamente para el tratamiento terapéutico. Esta relación funciona mejor se mantiene como una relación profesional solamente. Su terapeuta se podrá enfocar mejor en sus necesidades centrándose solamente en terapia y evitando cualquier tipo de relación social o del negocio. No es apropiado cualquier clase de comercio o intercambio del servicio.

SERVICIOS DISPONIBLES

Los servicios profesionales virtuales incluyen servicios terapia individual, terapia familiar, terapia para parejas. La psicoterapia eficaz se funda en la comprensión mutua y la buena simpatía entre el cliente y el terapeuta.

RIESGOS Y VENTAJAS

El asesoramiento y la psicoterapia son beneficiosos, pero como con cualquier tratamiento, hay riesgos inherentes. Durante el asesoramiento, usted tendrá discusiones sobre las ediciones personales que pueden traer las emociones incómodas superficiales tales como cólera, culpabilidad, y tristeza. Sin embargo, las ventajas del asesoramiento pueden compensar lejos cualquier malestar encontrado durante el proceso. Algunas de las ventajas posibles son relaciones personales mejoradas, sensaciones reducidas de la señal de socorro emocional, y el solucionar de problema específico. No podemos garantizar estas ventajas, por supuesto. Es nuestro deseo, sin embargo, trabajar con usted para lograr sus metas personales.

ASESORAMIENTO

La salud es más que la ausencia de la enfermedad; es un estado del bienestar óptimo. Va más allá de curar la enfermedad y alcanzar salud óptima. Con la integración de nuestro físico, salud emocional, mental, y espiritual, cada persona tiene la oportunidad de crear y de preservar una vida entera y feliz. Los servicios se diseñan para proporcionar a los clientes una solución integrada para las situaciones de vida que le preocupan. Su primera visita será una sesión en la cual usted y el terapeuta determinarán sus preocupaciones e intereses por la terapia, y si ambos están de acuerdo se desarrollará un plan de tratamiento. Si usted elige no seguir el plan del tratamiento proporcionado a usted por su terapeuta, los servicios podrán terminar. La meta es proporcionarle la experiencia terapéutica más eficaz disponible. Si usted se siente en cualquier momento que usted y su terapeuta actual no son un buen ajuste, discuta por favor esta materia con su terapeuta para determinarse si la transferencia a otro terapeuta será más conveniente para usted. Si usted y su terapeuta deciden que otros servicios serían más apropiados, se discutirá la forma en encontrar un proveedor que le podrá ayudar.

CITAS

Las citas usualmente son programadas típicamente sobre una base semanal y son aproximadamente 50 minutos de largo. Sesiones más frecuentes están disponibles si su terapeuta piensa que sea apropiado. Si usted debe cancelar o cambiar la hora de su cita, favor de llamar o enviar texto al 218-451-3855 por lo menos 24 horas por adelantado, siempre que sea posible. Esto liberará su tiempo de la cita para otro cliente. Por favor no atender a una cita si usted está bajo influencia de cualquier sustancia incluyendo las drogas o el alcohol. Si usted estuviera en un estado alterado, su cita será cancelada.

HORARIOS Y PAGOS

NOTA IMPORTANTE: Debido a ser servicios meramente virtuales, no se aceptarán casos en donde el cliente estuviera interesado en utilizar los servicios terapéuticos para procesos de Corte. Ya que las situaciones legales de Corte probablemente requieran en algún momento la presencia del terapeuta y eso no será posible en mi caso. Por favor comuníquese al terapeuta si esta es su intención.

Las sesiones ofrecidas son individuales, para parejas o familia (Las sesiones de familia pueden ser para un padre o madre con su hijo o hija mayor de 10 años). Para sesiones individuales con adolescentes se requiere que los padres de familia firmen la documentación y consentimiento necesario.

Los pagos se hacen antes de la cita. Las citas se deben coordinar para ser anotadas en la agenda.

Los horarios para Texas son: De lunes a domingos, de 6:00 am a 3:00 pm

NOTA: Cartas y otros procedimientos tienen un costo adicional. Por favor preguntar.

EMERGENCIAS

Si se encuentra en una situación considerada una emergencia, debe llamar al 911 o ir al cuarto de emergencia más cercano. Favor de llamar a nuestra oficina para informarle a su terapeuta de la situación lo más pronto posible.

CONFIDENCIAL

Las discusiones entre un terapeuta y su cliente son confidenciales. No se dará ninguna información sin el consentimiento escrito por el cliente a menos que sea asignada por mandato por la ley. Las excepciones posibles a la información confidencial incluyen pero no se limitan a las situaciones siguientes: **abuso de niño; abuso de persona mayor** o lisiado; abuso de pacientes en instalaciones mentales de la salud; **explotación sexual**; Infección de AIDS/HIV y transmisión posible; procesamientos criminales; casos de custodia del niño; cuando el cliente o alguna otra

persona esté en peligro inminente como el caso de **plan de suicidio o homicidio**, situaciones donde el terapeuta tiene un deber a divulgar, o donde, en el juicio del terapeuta, está necesario advertir o divulgar; disputa del honorario entre el terapeuta y el cliente; un caso de la negligencia traído por el cliente contra el terapeuta; o por una queja con la asociación que licencia o que certifica. Si usted tiene cualquier pregunta con respecto a la información confidencial, usted debe traerlas a la atención del terapeuta cuando usted y el terapeuta discutan esta información. Firmando esta información y consentimiento, usted está dando consentimiento al terapeuta de discutir la información confidencial con todas las personas asignadas por mandato por la ley, con la agencia que lo refirió y con el portador de seguro responsable de proporcionar pagos.

NOTA: Si usted requiere procedimientos para discapacidad a través de su seguro de salud, algunas veces se requiere compartir las notas de las sesión, plan de tratamiento y entrevista inicial. En esos casos la confidencialidad de su información se verá afectada. Por favor tenga esto presente.

Firma del cliente:

DEBER DE ADVERTIR/DEBER DE PROTEGER

Si mi terapeuta cree que yo (o mi niño si el niño es el cliente) está en cualquier peligro físico o emocional a mí u otra persona, doy por este medio consentimiento a mi terapeuta para contactar a cualquier persona incluyendo quien esté en una posición para prevenir daño a mí o a otro, pero no limitado a, la persona en peligro.

INCAPACIDAD O MUERTE

Entiendo que, en el caso de la muerte o de la incapacidad de mi terapeuta será necesario asignar mi caso a otro terapeuta y entiendo que ese terapeuta tendrá posesión de mi expediente. Por mi firma en esta forma, consiento por este medio a otro profesional de salud mental licenciado, seleccionado por mi terapeuta, tomar la posesión de mis expedientes y proporcionarme copias conforme a mi petición, y/o entregar esos expedientes a otro terapeuta que elija yo.

CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO

Firmando esta información y consentimiento del cliente, reconozco que he leído, entiendo, y convengo los términos y las condiciones contenidos en esta forma. Me han dado oportunidad apropiada de tratar cualquier pregunta o de solicitar la clarificación para cualquier cosa que es confuso para mí. Estoy conviniendo voluntariamente del tratamiento y de los servicios mentales de la salud para mí (o mi niño si el niño dicho es el cliente), y entiendo que puedo parar tal tratamiento o servicios en cualquier momento.

Firma del cliente:

Fecha:

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

NOMBRE Y APELLIDO

Estado civil Soltero

Casado/a

Conviviendo

Por cuanto tiempo viviendo juntos o casados ?

Tiene hijos? Cuantos? Viven con usted? Explique.

Fecha de Nacimiento:

Hombre Mujer Otro

Direccion de su residencia (Obligatorio):

Numero de telefono:

E-mail:

Con quienes vive actualmente?

CONTACTO DE EMERGENCIA (**OBLIGATORIO**) Nombre y vinculo. Para terapia de pareja el contacto debe ser otra persona que no sea la pareja.

Nombre y apellido del Contacto de Emergencia:

Relacion con la persona (Amigo, Hermana, etc.)

Telefono del contacto de Emergencia:

Datos de la oficina de **Policia** de su ciudad (Numero de telefono y ciudad)

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES.

Por la presente, reconozco que he leído una copia de las Prácticas de Privacidad.

Iniciales:

Por la presente, reconozco que he leído y he hablado con mi terapeuta sobre cualquier pregunta/inquietud.

Iniciales:

Consentimiento para tratamiento de tele-salud (Virtual)

La salud tele-mental son comunicaciones electrónicas de audio y video bidireccionales en vivo que permiten que los terapeutas y los clientes se reúnan fuera de un consultorio físico.

Comprensión del cliente

Entiendo que los servicios de salud tele-mental son completamente voluntarios y que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento.

Entiendo que no se grabará ni fotografiará ninguna de las sesiones de salud tele-mental.

Acepto no realizar ni permitir grabaciones de audio o video de ninguna parte de las sesiones, y aceptar la terminación de la terapia en caso de que eso suceda.

Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información del cliente también se aplican a la salud tele-mental, y que ninguna información obtenida en el uso de la salud tele-mental que me identifique será divulgada a otras entidades sin mi consentimiento.

Entiendo que la salud tele-mental se realiza a través de un sistema de comunicación seguro al que es casi imposible de acceder para cualquier otra persona. Entiendo que cualquier comunicación basada en Internet no está garantizada al 100% como segura.

Estoy de acuerdo en que el terapeuta y el consultorio no serán responsables si alguna parte externa obtiene acceso a mi información personal sin pasar por las medidas de seguridad del sistema de comunicación.

Entiendo que existen riesgos potenciales para esta tecnología, incluidas interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas.

Entiendo que mi terapeuta o yo podemos interrumpir las sesiones tele-mentales en cualquier momento si se considera que la tecnología de video no es adecuada para la situación.

Entiendo que si hay una emergencia durante una sesión de salud tele-mental, entonces mi terapeuta puede llamar a los servicios de emergencia y / o mi contacto de emergencia.

Entiendo que este formulario se firma además del Aviso de prácticas de privacidad y consentimiento para el tratamiento y que todas las políticas y procedimientos de la oficina se aplican a los servicios de salud tele-mental.

Entiendo que si la conexión de la videoconferencia se cae mientras estoy en una sesión, tendré una línea telefónica adicional disponible para contactar a mi terapeuta, o haré planes adicionales con mi terapeuta antes de tiempo para volver a contactarme.

Entiendo que se cobrará un cargo por "no presentarse" o un cargo por retraso si pierdo una cita o no cancelo dentro de las 24 horas de la cita programada (\$25). Entiendo que la forma de pago se establecerá antes de la primera sesión.

Entiendo que mi terapeuta me aconsejará sobre qué plataforma de salud tele-mental usar y establecerá una sesión de videoconferencia.

CONFIDENCIAL

Los servicios de terapia siguen todos los estándares éticos prescritos por el estado y la ley federal. Los estándares del cuidado nos requieren las pautas de la práctica y guardar expedientes de su

asesoramiento. Estos expedientes son confidenciales con las excepciones conocidas debajo y en del aviso de las prácticas del aislamiento proporcionadas a usted.

Las discusiones entre un terapeuta y su cliente son confidenciales. No se lanzará ninguna información sin el consentimiento escrito por el cliente a menos que sea asignada por mandato por la ley. Las excepciones posibles a la información confidencial incluyen pero no se limitan a las situaciones siguientes: abuso de niño; abuso del mayor o lisiado; abuso de pacientes en instalaciones mentales de la salud; explotación sexual; Infección de AIDS/HIV y transmisión posible; procesamientos criminales; casos de custodia del niño; situaciones en las cuales la salud mental de una persona está en peligro; situaciones donde el terapeuta tiene un deber a divulgar, o donde, en el juicio del terapeuta, está necesario advertir o divulgar; disputa del honorario entre el terapeuta y el cliente; un caso de negligencia traído por el cliente contra el terapeuta; o por una queja con el departamento que licencia o que certifica al terapeuta. Si usted tiene cualquier pregunta con respecto a la información confidencial, usted debe traerlas a la atención del terapeuta cuando usted y el terapeuta discutan esta información. Firmando esta información y consentimiento, usted está dando consentimiento al terapeuta de discutir la información confidencial con todas las personas asignadas por mandato por la ley, con la agencia que lo refirió o **compañía de seguro**.

NOTA: Para las personas que desean usar su cobertura de seguro para las sesiones se les notifica que el proceso se hace a través de la compañía HEADWAY y los datos necesarios serán incluidos en el sistema de Headway para procesar los cobros y pagos. Las compañías de seguro requieren que se ponga **un diagnóstico** al cliente para poder cubrir el tratamiento.

DEBER A ADVERTIR/DEBER A PROTEGER

Si mi terapeuta cree que yo (o mi niño si el niño es el cliente) está en cualquier peligro físico o emocional a mí u otro humano, doy por este medio consentimiento a mi terapeuta para contactar a cualquier persona incluyendo quien esté en una posición para prevenir daño a mí o a otro, pero no limitado a, la persona en peligro.

En caso de tener alguna queja sobre un terapeuta puede contactar a la siguiente organización:

Texas Behavioral Health Executive Council
George H.W. Bush State Office Building
1801 Congress Ave., Ste. 7.300
Austin, Texas 78701
Main Line (512) 305-7700
Investigations/Complaints 24-hour, toll-free system (800) 821-3205

Consentimiento del cliente para recibir servicios por telehealth

Nombre del Cliente:

Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de la salud tele-mental en mi cuidado.

Firma del cliente:

Fecha:

INFORMACION GENERAL

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

ESTRESORES AMBIENTALES EN SU VIDA PRESENTE

(marque todos los que apliquen ya sean actuales o recientes)

- Disrupción en la familia debido a separación/divorcio
- Problemas de salud en la familia
- Muerte de un familiar o amigo cercano
- Disrupción en la familia debido a deportación
- Disrupción en la familia debido a alejamiento
- Problemas matrimoniales
- Nuevo matrimonio de un padre
- Abuso Sexual
- Sobreproteccion Parental
- Nacimiento de un niño ^S
- No tener a alguien con quien hablar
- Discriminación
- Cambios por la etapa de vida, por la edad
- Estrés por el proceso de inmigración
- Problemas académicos
- Desempleo
- Problemas en el Trabajo
- Problemas en la Comunidad - Vecinos - Inseguridad
- Problemas de Vivienda
- Problemas Financieros
- Problemas Legales, arrestos, encarcelamiento
- Víctima de un crimen (reciente)
- Ser testigo / experimentar guerra, desastres, accidentes

HISTORIA MÉDICA

Nombre de su medico:

Ultima visita al medico

Acepta que su terapeuta pueda contactar a su medico para coordinar servicios?

- SI NO

Si su respuesta es si, por favor escriba nombre y numero de su medico.

Tiene algun diagnostico medico? Por favor mencionarlo aquí:

Medicaciones actuales que usted toma:

Haz un lista en este forma: Receta, dosis, frecuencia, fecha de inicio, propósito, y prescriptor

Receta 1:

Receta 2:

Receta 3:

Recetas continuar:

¿Estás viendo a un psiquiatra?

SI NO

¿Usted ha tomado medicamentos en el pasado?

SI NO

Por que razon ?

Acepta que su terapeuta pueda contactar a su psiquiatra para coordinar servicios?

SI NO

Si su respuesta es si, por favor escriba nombre y numero de su psiquiatra.

Usted ha visitado a un consejero antes por problemas de salud mental?

SI NO

Quién:

Cuándo:

Por cuánto tiempo:

Por que razon?

Usted ha estado hospitalizado alguna vez por cuestiones médicas o psiquiátricas?

SI NO

Si es así, por favor de el nombre del hospital, mes y año, y la razón:

Describe cualquier otro problema de salud, **ALERGIAS** o datos importantes sobre su historia médica:

Si le han dado algun diagnóstico mental por favor escríbalo aquí:

Acepta que su terapeuta coordine servicios con algun otro profesional de salud mental que usted haya visitado o este visitando actualmente?

SI NO

Si su respuesta es si, por favor escriba nombre y numero del profesional.

Si esta recibiendo algun tipo de ayuda o servicio social en su comunidad por favor mencionarlo:

SI NO

USO DE SUBSTANCIAS, ALCOHOL Y TOBACO

Por favor describa cualquier sustancia que está usando o ha usado en el pasado, frecuencia y desde cuando usa. Cafeína , Alcohol, Tabaco, Marihuana, Heroína, Cocaína/Crack, abuso de medicamentos, etc.

Problemas relacionados con el abuso de sustancias (Ejemplos: Crudas, Convulsiones, Sobredosis, Asaltos, Perdida de trabajo, Arrestos, Impulsos suicidas, Problemas para dormir, Síntomas de abstinencia, Condiciones médicas, Perdida de control en la cantidad consumida Problemas con familiares, etc.

ESTADO MENTAL

¿Usted ha considerado suicidio en conexión al problema actual?

SI NO

Si es así, por favor de una descripción con las fechas

¿Usted ha considerado suicidio en el pasado?

SI NO

¿Usted ha tratado suicidarse recientemente o en el pasado?

SI NO

Si su respuesta es “si”, por favor explique cuando, a que edad, como?

¿Usted ha tenido pensamientos de homicidio recientemente o con respecto a su problema actual?

SI NO

Si es así, por favor de una breve descripción

¿Usted ha considerado homicidio en el pasado?

SI NO

Si es así, por favor de explicar

SITUACION DE RELACION DE PAREJA / MATRIMONIAL

Soltero/a nunca casado/a

En noviazgo

En convivencia con mi pareja Por cuantos años:

Casado por cuantos años:

Separado/a. Por cuanto tiempo:

Divorciado/a. Por cuanto tiempo:

Viudo/a. Por cuanto tiempo:

Satisfacción de la relación

Muy satisfecho Satisfecho Algo satisfecho Insatisfecho Muy insatisfecho

Problema significativo (pasado o actual) en las relaciones íntimas: Explique:

Situacion Laboral

Esta trabajando?

SI NO

Si su respuesta es si, por favor escribir nombre de la compania y su puesto: **Obligatorio**
contestar si utiliza su seguro de salud para la terapia:

Satisfacción en el trabajo

- Muy satisfecho Satisfecho Algo satisfecho Insatisfecho Muy insatisfecho

HISTORIA DE LA FAMILIA

Enfermedades en su familia:

Salud Física

- Diabetes
 Enfermedad del corazón
 Cancer

Salud Mental

- Depresión
 Ansiedad
 Cambios de humor

Otro(s) especifique:

Describe cualquier abuso experimentado:

Describe otras experiencias/traumas difíciles (e.g accidente automovilístico, asalto, robo, etc.)

Describe su experiencia familiar en su infancia/niñez

- Ambiente familiar normal Caótico Padres adictos/alcohólicos

Pobreza (problemas serios con finanzas) SI NO

Experimentó o vio algún tipo de estos abusos?

- No Físico Verbal Abandono/Descuido Sexual

Historia legal

Describe cualquier problema legal pasado o presente

Si ha estado usted involucrado en abusar/maltratar alguna persona o abuso a su pareja de su parte por favor explique cuando y a quien:

- SI NO

Sistema de apoyo social

Tengo buen apoyo de mi familia/amistades SI NO POCO

Tengo amistades SI NO POCAS

Distante/separado de la familia de origen Si NO POCO

OTRA INFORMACION

¿Hay otra información que no se ha cubierto en esta forma que quisiera compartir con su terapeuta? Usted puede también utilizar este espacio para terminar sus respuestas anteriores. Por favor indique que son sus metas y expectativas para el tratamiento

FIRMA CLIENTE:

FECHA:

X *Marlene Filla*

Marlene Filla, LMFT
Marriage & Family Therapist