

Gloria M. Paz
Licencia MFC 36754
415-235-5747
Correo:psicologagmpaz@gmail.com

SOLICITUD DE SERVICIOS Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Bienvenida/o a mi práctica

Este documento contiene información importante sobre mis servicios profesionales y políticas comerciales y cómo pueden afectarlo. Por favor, lea atentamente y tome nota de cualquier pregunta que desee discutir conmigo. Una vez que firme este documento, se convertirá en un acuerdo vinculante entre nosotros y también proporcionará su consentimiento para que comencemos la terapia.

La terapia es una experiencia única y altamente individual con el resultado determinado por el esfuerzo y la motivación que usted aporta para trabajar hacia un cambio en usted mismo y en cómo ve el mundo que lo rodea. Puede resultar en una serie de beneficios para usted y potencialmente puede ayudar en su capacidad para detectar, desafiar y cambiar creencias y actitudes que crean, mantienen y empeoran sentimientos de depresión, ansiedad, pánico, ira, frustración, etc. el potencial para ayudarlo a obtener una comprensión nueva o más profunda de sus problemas y aprender nuevas formas de afrontarlos y resolverlos.

Sin embargo, no hay garantía de que la terapia produzca resultados positivos o previstos. Debido a que se explorarán los sentimientos, es posible que sienta una variedad de emociones que a veces pueden ser intensas e incómodas. Durante el curso de la terapia, algunas de sus suposiciones, percepciones o comportamientos pueden ser desafiados, lo que puede causar que se sienta molesto, enojado, deprimido, incómodo, confundido o decepcionado. Los animo a explorar esos sentimientos durante nuestras sesiones, ya que son parte del proceso terapéutico. En el intento de resolver los problemas que originalmente lo llevaron a la terapia, mi resultado son cambios no intencionales en sus relaciones personales e interpersonales.

Nuestra relación terapéutica es estrictamente voluntaria. En cualquier momento durante nuestro trabajo conjunto, tiene derecho a decidir finalizar el tratamiento. Si está pensando en finalizar la terapia, le animo a que lo discuta conmigo y, si lo desea, estaré encantado de proporcionarle las referencias adecuadas y ayudarlo en la transición a un nuevo terapeuta.

Sesiones

Cada sesión es de 50 minutos y comenzará a la hora acordada. Si llega tarde a la cita, terminaré la sesión a la hora asignada.

Cancelación y reprogramación

Si necesita cancelar o reprogramar una sesión, notifíqueme por teléfono o correo electrónico al menos 24 horas antes de nuestra sesión programada.

Poniéndose en contacto conmigo

Puede comunicarse conmigo al 415-235-5747 de lunes a domingo hasta las 8 pm. Haré todo lo posible para comunicarme con usted dentro de las 24 horas posteriores a su llamada telefónica. Solo devolveré llamadas en casos de emergencia. Las llamadas telefónicas generalmente se limitan a 10 minutos después de este tiempo. Se le cobrará una cantidad prorrateada de mi tarifa habitual.

Uso de correo electrónico

La terapia es confidencial. Puede estar seguro de que sus percepciones, experiencias vulnerables y sentimientos no se repetirán fuera de la relación terapéutica establecida.

La correspondencia por correo electrónico NO es confidencial. Aunque la medida de seguridad en Internet puede ser efectiva, nunca es del 100%.

Mi política con respecto al uso del correo electrónico es la siguiente:

- La correspondencia por correo electrónico conmigo NO es segura.
- La correspondencia por correo electrónico NO sustituye el tratamiento terapéutico de persona a persona, a menos que se lo haya comentado con anticipación y en persona.
- La correspondencia por correo electrónico no influirá en su terapia.
- No responderé a sus correos electrónicos en general. Todo lo que se indique en un correo electrónico suyo se discutirá en la sesión y solo en la sesión.
- La correspondencia por correo electrónico NO se debe utilizar en caso de una emergencia para contactarme.
- Si necesita contactarme con algo que requiera atención inmediata, lo hará al correo de voz al siguiente número 415-235-5747, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias.
- Si es necesario, daré por terminado el tratamiento si el uso del correo electrónico es o se vuelve inapropiado.

ACUERDO DE USO DE TELÉFONO CELULAR

Estoy compartiendo el número de mi celular del trabajo contigo para poder comunicarme contigo. Mi teléfono celular del trabajo solo está disponible durante mis horas de trabajo y está apagado cuando no estoy en el trabajo. Si dejas un mensaje de voz o mensaje de texto, responderé dentro de las próximas 24 horas. Puede llamar a mi teléfono celular para pedir la dirección de una cita programada, o para confirmar o cancelar su cita. Para respetar a cada cliente, no contestaré mi teléfono cuando esté con otro cliente. Por favor, deje un mensaje. Mantendré el correo de voz de mi oficina y los saludos del

teléfono celular actualizados con mi horario de trabajo y tiempo fuera. Estos saludos incluir información sobre cómo puede recibir asistencia urgente si no estoy disponible. Los mensajes de texto son solo para logística, como la confirmación de la cita. Tu privacidad es muy importante para mí y, dado que el texto los mensajes no cumplen con los estándares de privacidad, no deben incluir información médica privada. Puedes enviarme un mensaje de texto si tienes una necesidad urgente, pero reserve los detalles clínicos para un correo de voz o una conversación de voz a voz. Números importantes:

o Mi número de teléfono celular 415-235-5747

o Líneas directas de crisis de suicidio las 24 horas, los 7 días de la semana 1 (800) 273-TALK (8255) o (650) 579-0350; Para español: 1 (888) 628-9454

o Crisis Text Line atiende a cualquier persona, en cualquier tipo de crisis, brindando acceso a soporte gratuito las 24 horas, los 7 días de la semana.

o Envía BAY al 741741 para o que se comuníquese con un consejero de crisis.

Emergencias

Si está experimentando una emergencia que pone en peligro su vida y necesita hablar con alguien de inmediato, llame al 911, a la línea directa de prevención del suicidio al (800) 273-TALK (8255), a la policía o a la sala de emergencias local y pregunte por el psicólogo o psiquiatra de guardia.

Confidencialidad

Todo lo que dice y comparte en una sesión es estrictamente confidencial. Sin embargo, existen algunas excepciones a la regla de confidencialidad.

Estoy obligada por ley a informar:

- Amenazas de daño a otro o a uno mismo.
- Sospecha de abuso de niños o ancianos (pasado o presente).
- Por orden judicial.

Otras excepciones incluyen:

- Según su autorización firmada puedo discutir su caso con compañeros para poder brindarles un excelente servicio. Al hacerlo, mantendré la confidencialidad de su identidad o cualquier dato que permita su identificación.

En el caso de los menores, se mantendrá la confidencialidad a menos que exista la preocupación de que el niño esté en peligro para sí mismo, para otra persona o haya sido lastimado. En estos casos, los padres serán notificados de la inquietud y, si es posible, habré discutido el asunto con el menor y habré hecho todo lo posible para manejar cualquier objeción que pudiera tener. Durante el tratamiento,

proporcionaré a los padres solo información general sobre el progreso del tratamiento y la asistencia a las sesiones programadas.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (ROI)

Para brindarle la mejor atención posible, compartiré información y me comunicaré con sus otros proveedores de atención médica.

También nos gustaría su permiso para hablar con personas de apoyo importantes en su vida, como miembros de la familia, trabajadores sociales,

oficiales de libertad condicional, servicios sociales y otras agencias involucradas en su tratamiento.

¿Quiénes son las personas con las que debemos compartir información para mejorar su atención?

¿Estás de acuerdo con que hable y comparta tu información?

Solo compartiré la cantidad mínima de información necesaria relacionada con su atención. ¿Tiene alguna limitación de la que le gustaría hablar conmigo?

A menos que se revoque el consentimiento, esta autorización estará vigente hasta la fecha que elijamos para finalizar el consentimiento (puede ser de 1 a 10 años) o al darme de alta de mis Servicios, Servicios de recuperación y salud conductual, lo que ocurra primero.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TELESALUD (requerido para todos los clientes que participan en telesalud)

Es posible que en ocasiones le brinde servicios mediante el uso de equipos de videoconferencia. Cuando hagamos esto, podrá ver y escúchame y podré verte y oírte, como si estuviéramos en el Misma habitación. ¿Está de acuerdo con participar en los servicios por video y / o teléfono cuando sea apropiado? La telesalud puede mejorar su acceso a la atención al permitirle estar en un lugar diferente al mío.

No es necesario que participe en el video si se siente incómodo y, en su lugar, puede programar una sesión telefónica. Se están utilizando medidas de seguridad para garantizar que la videoconferencia sea segura y no se grabará ninguna parte del encuentro. sin su consentimiento. Tiene derecho a retirar el consentimiento para el uso de telesalud en el curso de mi atención en cualquier momento, sin afectar su derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro. Las leyes que protegen su privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telesalud.

Tarifa y pago

La tarifa de la sesión será acordada por el terapeuta y el cliente. El pago de esta tarifa debe hacerse al comienzo de cada sesión en su totalidad, a menos que se hayan hecho otros arreglos. La tarifa de su sesión puede aumentarse anualmente. En caso de cambios en las tarifas, se le notificará al menos 30 días antes de dicho cambio.

Cuotas adicionales

Las sesiones prolongadas y las conversaciones telefónicas que superen los diez minutos se cobrarán una tarifa basada en su tarifa de sesión regular. Los informes escritos, autorizaciones de evaluaciones o solicitadas por usted o copiando su archivo siguen la misma política.

Convenio

He leído esta información completa y completamente, he analizado cualquier pregunta que tenía sobre la información y la entiendo. Reconozco que es mi elección participar en mi psicoterapia (o que mi hijo participe). Me doy cuenta de que el resultado de la terapia depende de mi inversión personal en el proceso de la terapia. Me he familiarizado con los honorarios por cargos proporcionados por Gloria M. Paz LMFT, y entiendo y acepto que los servicios terapéuticos prestados se cobrarán a mí y no a ningún tercero pagador. Reconozco la responsabilidad del pago de estos servicios.

Firma del Cliente (Paciente)

Firma del Joven

Gloria M. Paz.com

Gloria M. Paz Informed Consentimiento