



## Consentimiento Informado

### Información sobre su Terapeuta

Soy un Terapeuta Licenciado en Matrimonio y Familia. En un momento apropiado, discutiré mis antecedentes profesionales con usted y le proporcionaré información sobre mi experiencia, educación, intereses especiales, y orientación profesional. Por favor pregunte en cualquier momento sobre mis antecedentes, experiencia y orientación profesional.

### Información Sobre Esta Práctica.

El nombre de esta práctica es:

**Abran Aviles-Scott, LMFT**

El terapeuta Individual que opera esta práctica es:

**Abran (aka Abraham) A. Aviles-Scott**

Tipo de Licencia, Número:

**LMFT #113688**

Licencia de Negocios de la Ciudad de Concord.

**#5022539**

### Aviso a Los Clientes

**La Junta de Ciencias del Comportamiento** recibe y responde a las quejas sobre los servicios prestados dentro del alcance de la práctica de los terapeutas matrimoniales y familiares. Puede comunicarse con la junta en línea en [www.bbs.ca.gov](http://www.bbs.ca.gov) o llamando al **1-916-574-7830**.

### Tarifa y Seguro.

La tarifa por servicios es **\$120** por sesión de terapia individual

La tarifa por servicio es **\$160** por conjunto (sesión de terapia matrimonial/de pareja/familiar).

Actualmente no proporciono sesiones de terapia grupales.

Favor de preguntar si desea analizar un acuerdo por escrito que especifique una tarifa de escala móvil, según corresponda.

Las sesiones individuales y conjuntas (matrimoniales/familiares) duran aproximadamente 50 minutos.

Las tarifas son pagaderas en el momento en que se prestan los servicios. Acepto efectivo, cheque, American Express, Discovery, Master Card, Visa y Paypal. Favor de preguntar si desea analizar un acuerdo por escrito que especifique un procedimiento de pago alternativo, según corresponda.

Favor de informarme si desea utilizar un seguro de salud para pagar el servicio. Actualmente soy un proveedor contratado con **Beacon Health Options, Cigna/Evernorth, CuraLinc EAP, Kaiser (requiere autorización), Magellan (incluyendo Blue Shield de California), New Directions EAP, y Optum (incluyendo UnitedHealthCare, UMR, y Sutter Select)**. También estoy en la lista de proveedores preferidos de Salud Mental del Programa de Asistencia a Víctimas del Condado de Contra Costa.

Si por alguna razón encuentra que no puede continuar pagando su terapia por favor infórmeme. Le ayudaré a considerar cualquier opción que pueda tener disponible en ese momento.

### Divulgación de Reclamos de Seguro de Información y Asignación de Beneficios.

Si utiliza un seguro de salud para pagar los servicios, al firmar este consentimiento informado, autoriza la divulgación de cualquier información médica u otra información necesaria para procesar reclamos de seguro, y autoriza el pago de beneficios médicos como su proveedor de servicios de salud del comportamiento.



## **Confidencialidad**

Todas las comunicaciones entre usted y su Terapeuta se mantendrán en estricta confidencialidad a menos que el proveedor otorgue un permiso por escrito para divulgar información sobre tratamiento.

Si participa en terapia matrimonial/de pareja/familiar, no divulgare información confidencial sobre su tratamiento a menos que todas las personas que participaron en el tratamiento le hayan proporcionado su autorización por escrito para divulgar dicha información. Sin embargo, es importante que sepa que utilizo una poliza “sin secretos” cuando realizo terapia matrimonial/de pareja/familiar. Esto significa que si participa en terapia matrimonial/de pareja/familiar, se me permite usar la información obtenida en una sesión individual que pueda tener conmigo cuando trabaje con otros miembros de su familia. Por favor no dude en preguntar sobre mi política de “no secretos” y como se puede transmitir a usted.

Hay excepciones a la confidencialidad. Por ejemplo, se requiere que los terapeutas denuncien casos de niños sospechosos, abuso de adultos o ancianos dependientes. Los terapeutas también pueden ser requeridos o permitido romper la confidencialidad cuando han determinado que un paciente presenta peligro grave o violencia física a otra persona o cuando un paciente es peligroso para sí mismo.

## **Menores y Confidenciabilidad**

Las comunicaciones entre terapeutas y pacientes menores de edad (menores de 18 años) son confidenciales. Sin embargo, los padres y otros tutores que proporcionan autorización para el tratamiento de su hijo a menudo están involucrados en su tratamiento. En consecuencia, en el ejercicio de mi juicio profesional, puedo discutir el progreso del tratamiento de un paciente menor con el padre o cuidador. Se insta a los pacientes menores de edad y a sus padres a discutir cualquier pregunta o inquietud que tengan sobre este tema.

## **Programas de Citas y Políticas de Cancelación**

Por lo general, las sesiones se programan una vez por semana a la misma hora y día si es posible. Puedo sugerir una cantidad diferente de terapia dependiendo de la naturaleza y gravedad de sus inquietudes. Su presencia constante contribuye en gran medida a su resultado exitoso. Para cancelar o reprogramar una cita, debe notificar con 24 horas de anticipación a su cita. Si no me proporciona el aviso con al menos de 24 horas de anticipación, usted es responsable del pago de la sesión perdida. Por favor comprenda que su compañía de seguros no pagara las sesiones pérdidas o canceladas.

## **Disponibilidad del Terapeuta/ Emergencias**

Es bienvenido a llamarme entre sesiones. Sin embargo, como regla general, creo que los problemas importantes se abordan mejor en sesiones regularmente programadas. Sin embargo, como regla general, creo que los problemas importantes se abordan mejor en sesiones programadas regularmente.

Puede dejarme un mensaje en cualquier momento en mi correo de voz confidencial. Si desea que le devuelva su llamada, asegúrese de dejar su nombre y teléfono (s), junto con un breve mensaje sobre la naturaleza de su llamada. Las llamadas urgentes serán regresadas durante mis días normales de trabajo dentro de las 24 horas. Si tiene una necesidad urgente de ponerse en contacto con su Terapeuta, indíquele en su mensaje y siga las instrucciones que proporciona mi correo de voz. En el caso de emergencia médica o psiquiátrica o una emergencia en que se implique o amenace a la seguridad de otros. Favor de llamar al 911 para solicitar asistencia de emergencia.



Favor de tener en cuenta que su terapeuta esta generalmente disponible para devolver llamadas telefónicas aproximadamente en 24 horas. Asegúrese de escribir su nombre y número (s) de teléfono, junto con un breve mensaje sobre la naturaleza de su llamada.

Su Terapeuta NO es capaz de devolver su llamada telefónica después de las 8:00pm

Su Terapeuta NO está disponible en regresar su llamada telefónica los domingos y días feriados importantes.

Si tiene una necesidad urgente de hablar con su Terapeuta, indique ese hecho en su mensaje y siga las instrucciones proporcionadas por el mensaje de correo de voz de su Terapeuta.

**En caso de una emergencia médica o psiquiátrica o una emergencia que implique una amenaza para su seguridad o la seguridad de otros, llame al 911 para solicitar asistencia de emergencia.**

También debe de conocer los siguientes recursos de 24 horas disponibles en la comunidad local para ayudar a las personas que están en crisis:

Centro de Crisis de Contra Costa (Servicios Mentales o emocionales): **1-888-678-7277**

Centro de Crisis de Contra Costa (Asesoramiento sobre suicidio o duelo): **1-800-833-2900**

Línea directa para personas sin hogar: **1-800-808-6444**

Refugio Juvenil CalliHouse: **1-800-610-9400**

Oponerse a la Violencia Domestica: **1-888-215-5555**

Soluciones de Violencia Comunitaria **1-925-798-7273**

Asesoramiento y Servicio LGBTQ: **1-925-692-2056**

Centro medico Concord/ Hospital: **1-925-682-8200**

Otro: Marcar 211 o escriba un mensaje de **Texto HOPE al 20121** Para comunicarse con un consejero de crisis y recibir referencias.

### **Comunicaciones del Terapeuta**

Es posible que necesite comunicarme con usted por teléfono u otro medio. Favor de indicar su preferencia marcando una o más de las opciones enumeradas a continuación Asegúrese de informarme si no desea que lo contactemos en un momento determinado en el lugar o por algún medio en particular.

- Mi Terapeuta puede llamar al número de teléfono de mi casa: \_\_\_\_\_
- Mi Terapeuta puede llamarme a mi número celular: \_\_\_\_\_
- Mi Terapeuta puede llamarme a mi teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_
- Mi Terapeuta puede enviar un mensaje de texto a mi número de teléfono celular.: \_\_\_\_\_
- Mi Terapeuta puede enviar un mensaje a mi dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_
- Mi Terapeuta puede enviar un correo a mi domicilio.

\_\_\_\_\_

- Mi terapeuta puede enviar un correo a la dirección del trabajo.

\_\_\_\_\_



La información clínica confidencial se debe discutir por teléfono o en persona, según lo considere apropiado el terapeuta. Para una comunicación apropiada por correo electrónico o mensaje de texto, responderé a su correo electrónico o mensaje de texto dentro de 24 horas. Los riesgos potenciales de la comunicación electrónica pueden incluir entre otros: Envío involuntario de un correo electrónico o texto que contiene información confidencial al destinatario equivocado; robo o pérdida de la computadora, computadora portátil, o dispositivo móvil que almacena información confidencial; e interceptación por un tercero no autorizado a través de red no segura. Los mensajes de correo electrónico pueden contener virus u otros defectos y es su responsabilidad de asegurarse de que esté libre de virus. Además la comunicación por correo electrónico o mensaje de texto puede formar parte del registro clínico. Se le puede cobrar por el tiempo que el terapeuta pasa leyendo y respondiendo correos electrónicos o mensajes de texto.

### **Sobre el Proceso de Terapia**

Es mi intención proporcionar servicios que le ayuden a alcanzar sus objetivos. Según la información que me proporciona y la situación específica de su situación, Le proporcionare recomendaciones sobre su tratamiento. Creo que los terapeutas y los pacientes son socios en el proceso terapéutico. Tiene derecho a estar de acuerdo o desacuerdo con mis recomendaciones. Periódicamente le proporcionare comentarios sobre su progreso e invitare a que participe en la discusión.

Trabajare con usted para desarrollar un plan de tratamiento efectivo. En el transcurso de la terapia intentare evaluar si la terapia proporcionada es beneficiosa para usted. En el transcurso de la terapia, intentare evaluar si la terapia proporcionada es beneficiosa para usted. Sus comentarios y sugerencias son una parte importante de este proceso. Mi objetivo es ayudarlo a abordar eficazmente sus problemas y preocupaciones. Sin embargo, debido a la naturaleza variable y la gravedad de los problemas y la individualidad de cada paciente, no puedo predecir la duración de su terapia o garantizar un resultado o resultado específico.

### **Terminacion de la Terapia**

La duración de su tratamiento y el momento de la finalización de su tratamiento dependen de los detalles de su plan de tratamiento y del progreso que archive. Es una buena idea planificar su terminación, en colaboración con su terapeuta. Discutire un plan de finalización con usted a medida que se acerque al cumplimiento de sus objetivos de tratamiento.

Puede discontinuar la terapia en cualquier momento. Si usted o yo determinamos que no se está beneficiando del tratamiento, cualquiera de nosotros puede elegir iniciar una discusión sobre sus alternativas de tratamiento. Las alternativas de tratamiento pueden incluir, entre otras posibilidades, una remisión que cambie su plan de tratamiento o que finalice su terapia.

**Su firma indica que ha leído este acuerdo de servicios detenidamente y comprende su contenido.**

**Por favor pídamme que responda cualquier pregunta o inquietud que tenga sobre esta información antes de firmar.**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_