

Bienvenidos a New Horizon Counseling Center
Información al cliente y Consentimiento informado de Servicios

Bienvenido(a) y gracias por escoger New Horizon para sus servicios de consejería. La cita de hoy será aproximadamente 60 minutos después de completar formas. Nosotros reconocemos que empesando el proceso de consejería puede ser una grande decisión que a hecho y puede tener muchas preguntas. Este documento es destinado para informarle de nuestras polizas, leyes estatales y federales, y sus derechos.

Si tiene cualquier pregunta o preocupacion por favor pregunte y nosotros trataremos de darle toda la informacion que necesite. Cuando firme este documento este representara un acuerdo entre usted y New Horizon Counseling.

Nuestro Centro de Consejería

New Horizon está dedicado a proporcionar la más alta calidad en nuestros respectivos ámbitos de experiencia en nuestra comunidad. Nuestra misión es promover un estilo de vida emocional y psicológico positivo para nuestros clientes a través de servicios de consejería y psicoterapia. En New Horizon también ofrecemos consejería bilingüe (español).

Nuestros Terapeutas

Nuestros terapeutas son graduados de una universidad acreditada importante, con una maestría en Consejería. Cada terapeuta es un Terapeuta Profesional Certificado o Terapeuta Profesional Certificado-practicante a través del Estado de Texas Junta de consejeros profesionales. Nuestros practicantes están en el proceso de completar las 3,000 horas para hacer las prácticas y están bajo supervisión para asegurar que usted reciba un excelente servicio. New Horizon cuidadosamente selecciona a los practicantes basado en su conocimiento, carácter, ética, experiencia, y pasión para ayudar. Si tiene alguna pregunta sobre cualquier practicante, diga que desea hablar con el Director de New Horizon Counseling Center, Jaime Corona, MA, LPC.

Si tiene cualquier queja puede contactar al Texas Board of Examiners of Professional Counselors at Texas Department of State Health Services MC-1982, 1100 West 49th Street, Austin, Texas 78756-3183

Correo electrónico: lpc@dshs.state.tx.us

Página web: <http://www.dshs.state.tx.us/counselor>

Teléfono: (512) 834-6658

Fax: (512) 834-6677

Servicios Psicológicos

Psicoterapia no fácilmente se describe en declaraciones generales. Es diferente dependiendo de la personalidad del psicoterapeuta y el cliente y los problemas particulares que usted tenga. Hay muchos métodos que su terapeuta puede usar para tratar los problemas que usted espera resolver. La psicoterapia requiere de un muy activo esfuerzo de su parte. En orden para que la terapia se lo más exitoso usted tiene que trabajar en cosas que hablen en las sesiones y en casa.

La psicoterapia puede tener beneficios y riesgos. Dado que la terapia a menudo implica debatir los aspectos más desagradables de su vida, usted puede experimentar sentimientos desagradables como la tristeza, culpa, ira, frustración, soledad y desamparo. Por su parte, la psicoterapia también ha demostrado tener grandes beneficios para las personas que pasan por el proceso. La terapia con frecuencia conduce a una mejor relación, soluciones a problemas específicos, así como reducciones significativas en los sentimientos de angustia. Sin embargo, no hay garantías de lo que va a experimentar.

Nuestras primeras sesiones incluirá una evaluación de sus necesidades. A finales de la evaluación, voy a ser capaz de ofrecer algunas primeras impresiones de lo que nuestro trabajo se incluyen y un plan de tratamiento a seguir, si usted decide continuar con la terapia. Usted debe evaluar esta información junto con sus propias opiniones sobre si se siente cómodo trabajando conmigo. La terapia implica un gran compromiso de tiempo, dinero y energía, así que usted debe tener mucho cuidado con el terapeuta que haya seleccionado. Si usted tiene preguntas acerca de mis procedimientos, debemos hablar de ellos cada vez que surgen. Si las dudas persisten, estaré encantado de ayudarle a establecer una reunión con otro profesional de salud mental para una segunda opinión.

Sesiones

Sesiones Normalmente, la evolución que tendrá una duración de al menos dos sesiones se llevarán a cabo. Durante este tiempo, usted y el terapeuta, tanto decidir si su terapeuta es la mejor persona para proporcionar los servicios que necesita para cumplir sus metas de tratamiento. Si la psicoterapia ha comenzado, por lo general programará una sesión de 50-60 minutos a la semana o de acuerdo a sus necesidades. Una vez que se programa una cita, usted tendrá que pagar por ella a menos que proporcione un aviso de 24 horas de anticipación de la cancelación o programar de nuevo (a menos que ambos estén de acuerdo que no pudo asistir debido a circunstancias fuera de su control.)

Confidencialidad y Limitaciones

Toda comunicacion con su consejero psicólogo o psiquiatra es confidencial y no sera divulgada con nadie fuera de Servicios de asesoramiento excepto bajo ciertas circunstancias que seran explicadas mas adelante. Solo sera divulgada si usted otorga su autorización por escrito para la versión de la información. Necesitará firmar un formulario de publicación de información si desea tener servicios de Consejería personal profesional comunicar información a cualquier persona distinta de las especificadas a continuación (véase el consentimiento para la versión limitada de la información).

Mantenemos un record de su trabajo. Contiene informacion que usted nos a proveido por escrito y tambien las notas de consejeria de su sesiones. Este registro se queda en el Centro de Consejeria. Por un periodo de siete anos siguiendo su ultima visita en ese tiempo sera destruido. **Su registro nunca déja el Centro de Consejeria.**

Es importante que usted entienda que toda la información de identificación sobre su tratamiento terapéutico se mantiene confidencial. Informacion solicitada por telefono, por escrito, o en persona sobre nuestros clientes no va a hacer dada. Usted tendrá que firmar el consentimiento para divulgar información antes de que cualquier información sea proporcionada a terceros fuera de nuestra oficina. Esta condición se aplica también en los casos en que la coordinación del tratamiento es necesaria con otro profesional de la salud (médico o psiquiatra). Sin embargo, hay excepciones y/ o limitaciones a la confidencialidad. Las siguientes son las limitaciones a la confidencialidad:

- En casos de riesgo inmediato / amenaza de suicidio u homicidio por parte del cliente.
- En los casos de abuso infantil o ancianos sexual o negligencia
- En los casos requeridos por la ley

_____ Iniciales

Situaciones de Emergencia

Por lo generalmente **estamos a su disposición** de Lunes a Viernes de 9:00AM a 5:00PM. Si no podemos contestar el telefono deje su mensaje en el correo de voz con su nombre y numero de telefono donde lo podemos encontrar. Nosotros trataremos de regresar su llamada en el mismo dia que usted llamo, con la excepcion de fines de semanas y dias festivos. Si no puede llegar y siente que no puede esperar a que regresemos su llamada, comuníquese con su médico de familia o en la sala de emergencias más cercana y pregunte por el médico / psicólogo / psiquiatra de guardia. Si no estará disponible por un tiempo prolongado, le facilitará el nombre de un colega de contacto, si es necesario.

Honorarios Profesionales y acuerdo de honorarios

Tarifas Fijas horas es el siguiente:

- Diagnóstico y evaluación de sesiones (primera visita) –\$95.00
- Visitas regulares Oficina (50-60 minutos) (Individuos, Parejas y Terapia de Juego) -\$75.00
- Familia sesión (90 minutos)-\$95.00

El siguiente es un acuerdo de honorarios entre _____ y New Horizon Counseling Center. Se espera que usted pague por cada período de sesiones de la cantidad de \$ _____ Antes de su sesión.

_____ Iniciales

Entiendo que mi nombramiento se reserva esta vez exclusivamente para mí y si no cancela ni a una hora volver a mi cita con al menos 24 horas de anticipación, voy a ser responsable de un cargo de \$ 25.00.

_____ Iniciales

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:

Al firmar esta información del cliente y formulario de consentimiento que el cliente o tutor de dicho cliente, reconozco que he leído, entendido y acepto los términos y condiciones contenidos en esta forma. Se me ha dado oportunidad apropiada para atender cualquier duda o solicitar aclaraciones de cualquier cosa que no está clara. Yo estoy voluntariamente aceptando recibir tratamiento mental de evaluación de y servicios para mí (o mi hijo(a) si dicho niño(a) es el cliente), y yo entiendo que puedo parar dicho tratamiento o servicios en cualquier momento.

_____ Firma – Cliente / Padre o Madre

_____ Fecha

_____ Firma – Terapeuta

_____ Fecha