



## Gathered Connections Counseling

### CONSENTIMIENTO PARA LA TERAPIA, POLÍTICAS Y ACUERDO

#### PARTE I: PROCESO TERAPÉUTICO

**BENEFICIOS/RESULTADOS** El proceso terapéutico busca cumplir los objetivos establecidos por todas las personas involucradas, generalmente para resolver una queja(s) específica(s). Participar en terapia puede incluir beneficios como la resolución de problemas presentados, así como mejorar las relaciones intrapersonales e interpersonales. El proceso terapéutico puede reducir la angustia, mejorar el manejo del estrés y aumentar la capacidad de hacer frente a los problemas relacionados con el trabajo, la familia, personal, relacional, etc. La participación en la terapia puede conducir a una mayor comprensión de los objetivos y valores personales y relacionales. Esto puede aumentar la armonía relacional y conducir a una mayor felicidad. El progreso se evaluará regularmente y se obtendrán comentarios de los clientes para garantizar que se brinden los servicios terapéuticos más efectivos. No se puede hacer garantías con respecto al resultado final de la terapia.

**EXPECTATIVAS** Para que los clientes alcancen sus objetivos terapéuticos, es esencial que completen las tareas asignadas entre las sesiones. La terapia no es una solución rápida. Toma tiempo y esfuerzo, y por lo tanto, puede avanzar más lentamente de lo esperado. Durante el proceso terapéutico, identificamos objetivos, revisamos el progreso y modificamos el plan de tratamiento según sea necesario.

**RIESGOS** El trabajo para lograr beneficios terapéuticos requiere que los clientes tomen medidas para alcanzar los resultados deseados. Aunque el cambio es inevitable, a veces puede ser incómodo. Resolver eventos desagradables y hacer cambios en los patrones de relación puede provocar reacciones emocionales inesperadas. Buscar resolver problemas también puede llevar a incomodidad, así como a cambios relacionales que pueden no ser originalmente intencionados. Trabajaremos de manera colaborativa hacia un resultado deseable; sin embargo, es posible que no se alcancen los objetivos de la terapia.

#### **LA ESTRUCTURA DE LA TERAPIA**

- **Fase de Admisión**- Durante la primera sesión, se discutirá el proceso terapéutico, la estructura, las políticas y los procedimientos. También exploraremos sus experiencias relacionadas con el(los) problema(s) presentado(s).

Gathered Connections Counseling, PLLC 623-201-0719

[info@gatheredconnectionsounseling.com](mailto:info@gatheredconnectionsounseling.com)

1360 N Bullard Ave, Suite 200

Goodyear, AZ 85395



## Gathered Connections Counseling

- **Fase de Evaluación**- La evaluación inicial puede durar 2-4 sesiones. Durante esta fase de evaluación, te conoceré. Haré preguntas para comprender su visión del mundo, fortalezas, preocupaciones, necesidades, dinámica de relaciones, etc. Durante este proceso de construcción de relaciones, reuniré mucha información para ayudar en el enfoque terapéutico más adecuado para tus necesidades y objetivos. Si se determina que no soy la mejor opción para sus necesidades terapéuticas, proporcionaré referencias para un tratamiento más apropiado.
- **Desarrollo de Metas/Planificación del Tratamiento** – Después de recopilar información de antecedentes, colaboraremos para identificar tus metas terapéuticas. Si la terapia es ordenada por la corte, las metas incluirán tus metas y las metas de tratamiento ordenadas por la corte, basadas en la documentación de la corte (por favor proporciona cualquier documento judicial). Una vez que se alcance cada meta, firmaremos cada una y recibirás una copia.
- **Fase de intervención**- Esta fase ocurre desde la segunda sesión hasta la graduación/descarga/terminación. Cada cliente debe participar activamente en sesiones de terapia, utilizar soluciones discutidas y completar asignaciones entre sesiones. Se revisará el progreso y se ajustarán los objetivos según sea necesario.
- **Graduación/Alta/Terminación** – A medida que progresas y te acerques a completar tus objetivos, discutiremos colaborativamente un plan de transición para la graduación/alta/terminación.
- **Supervisión Clínica** Su terapeuta puede estar bajo supervisión clínica para garantizar el más alto nivel de atención. Esto significa que los aspectos de su caso pueden discutirse con un supervisor clínico que está sujeto a los mismos estándares de confidencialidad. La supervisión es una práctica de rutina para que los terapeutas mejoren sus habilidades y le brinden el mejor servicio posible.
- **Quejas y Preocupaciones** Si tiene alguna queja o preocupación sobre su cuidado, por favor de hablar directamente con su terapeuta. Estamos comprometidos a abordar cualquier problema de manera rápida y profesional. Si siente que sus preocupaciones no se resuelven adecuadamente, puede comunicarse con Michele Wiest-Alvarez, la propietaria de la práctica, al 623-201-0719 para obtener asistencia adicional. Además, puede presentar una queja ante la Junta de Examinadores de Salud Comportamental de Arizona en [www.azbbhe.us](http://www.azbbhe.us) o llamando al (602) 542-1882.

**DURACIÓN DE LA TERAPIA** Las sesiones de terapia son típicamente semanales o quincenales y tienen una duración de 55 minutos, dependiendo de la naturaleza de los desafíos presentados. Es difícil predecir inicialmente cuántas sesiones serán necesarias. Discutiremos en colaboración, de sesión a sesión, cuáles son los próximos pasos y con qué frecuencia se llevarán a cabo las sesiones de terapia.

Gathered Connections Counseling, PLLC 623-201-0719

[info@gatheredconnectionsounseling.com](mailto:info@gatheredconnectionsounseling.com)

1360 N Bullard Ave, Suite 200

Goodyear, AZ 85395



## Gathered Connections Counseling

**Citas y Cancelaciones** Usted es responsable de presentarse a cada cita y acepta cumplir con la siguiente política: *si no puede mantener la cita programada, debe notificar a nuestra oficina que cancele o reprogramar la cita antes de las 24 horas de la hora de cita programada. El cargo por cancelaciones tardías /No Shows es de \$ 100.00 si cancela o reprograma más de dos veces, podemos reevaluar sus necesidades, deseos y motivaciones para el tratamiento en este momento.*

La psicoterapia es un servicio exclusivamente personal; por lo tanto, las consultas pueden ser interrumpidas brevemente. Puede que ocasionalmente tome tiempo libre para vacaciones, seminarios y/o me enferme. Se harán esfuerzos para dar un aviso adecuado de estos eventos. Si no puedo contactarte directamente, un colega puede contactarte para cancelar o reprogramar una cita.

**Tarifas** La tarifa para la ingesta inicial es de \$220.00 y cada sesión de terapia adicional es de \$200.00 y si está utilizando un seguro, esto se facturará al momento del servicio. Hay una tarifa con descuento de \$150.00 por sesión de admisión para individuos y \$180.00 por ingesta para parejas y sesiones adicionales si elige no utilizar el seguro. El pago se debe al momento del servicio. Las formas de pago aceptables son la cantidad exacta en efectivo, Zelle o tarjeta de crédito/débito, incluida la tarjeta HSA/HRA. Si se pierde o cancela una hora de cita programada con menos de 24 horas de anticipación, consulte la política de "Citas y Cancelaciones" encontrada anteriormente.

El terapeuta reserva el derecho de terminar la relación de asesoramiento si se pierden más de 2 sesiones sin una notificación adecuada, y/o al cliente ***cancela dos veces consecutivamente.***

El terapeuta cobra su tarifa por hora en cuartos de hora por llamadas telefónicas de más de 10 minutos, correspondencia por correo electrónico, evaluaciones de lectura o evaluaciones, evaluaciones de escritura o cartas y colaborando con otros profesionales necesarios (con su permiso) para continuidad de la atención. El costo por cada 15 minutos gastados es \$30.00. Estos servicios no están cubiertos por el seguro. Todos los costos de los servicios fuera de la sesión se facturará por separado.

**JUICIO. APARICIONES ORDENADAS POR EL TRIBUNAL. LITIGIO** Raramente, pero en ocasiones, un tribunal ordenará a un terapeuta que testifique, sea depuesto o comparezca ante el tribunal por un asunto relacionado con su tratamiento o caso. Para salvaguardar su confidencialidad, recomiendo evitar cualquier participación en los procedimientos legales. Si usted o su asesor legal solicitan mi presencia en la corte, se aplicarán tarifas adicionales. Estas tarifas cubren no solo el tiempo en el tribunal, sino también cualquier viaje y preparación de documentos involucrados. Por favor, consulte la sección "TARIFAS" arriba para detalles específicos de costos bajo "colaborando con otros profesionales".

Gathered Connections Counseling, PLLC 623-201-0719

[info@gatheredconnectionsounseling.com](mailto:info@gatheredconnectionsounseling.com)

1360 N Bullard Ave, Suite 200

Goodyear, AZ 85395



## Gathered Connections Counseling

**Copias de los Registros Médicos** Si solicita una copia de sus registros médicos; El costo es de \$ .50 por página. El pago de sus registros médicos se presentará antes o al recibir y se puede recoger en la oficina. Favor de permitir al menos 30 días para preparar registros médicos.

**Contactos Telefónicos y Emergencias** El horario de oficina es de lunes a jueves de 9 a.m. a 5 p.m., viernes de 9 a.m. a 4 p.m. Si necesita comunicarse con su terapeuta por algún motivo, llame al 623-201-0719, deje un mensaje de voz y se realizará una llamada de devolución de 48 horas o lo antes posible. En caso de emergencia, puede acceder a la asistencia de emergencia llamando a la línea nacional de prevención del suicidio LifeLine al **1-800-273-8255**. Si usted o alguien más está en peligro de ser dañado, **marque el 911 o la línea directa de crisis local 602-222-9444**.

### Parte II: Confidencialidad

Cualquier cosa que se diga en la terapia es confidencial y no puede revelarse a un tercero sin autorización por escrito, excepto las siguientes limitaciones: ...

- **Abuso Infantil** El abuso y/o negligencia infantil, que incluyen, entre otros, la violencia doméstica en presencia de un niño, un niño en la actuación sexual infantil/abuso, el abuso físico, etc. Si revela información sobre el abuso infantil o la negligencia infantil, la ley me exige que lo informe a la autoridad apropiada.
- **Abuso de Adultos Vulnerable** Abuso o negligencia de adultos vulnerables. Si se revela información sobre el abuso de adultos vulnerable o ancianos, la ley me exige que informe esto a la autoridad apropiada.
- **Autolesionarse** Amenazas, planes o intentos de hacerse daño. Se me permite tomar medidas para proteger la seguridad del cliente, lo que puede incluir la divulgación de información confidencial.
- **Daño a Otros** Amenazas respecto al daño a otra persona. Si amenazas con causar daño corporal o muerte a otra persona, estoy obligado por ley a informar esto a la autoridad correspondiente.
- **Órdenes Judiciales y Citaciones Legales** Si recibo una citación para sus registros, me pondré en contacto con usted para que pueda tomar las medidas que considere necesarias para prevenir la divulgación de su información confidencial. Me pondré en contacto con usted dos veces por teléfono. Si no puedo comunicarme con usted por teléfono, le enviaré una correspondencia escrita. Si un tribunal emite una orden judicial legítima, estoy obligado por ley a proporcionar la información específicamente descrita en la orden. A pesar de cualquier intento de contactarlo y mantener sus registros confidenciales, estoy obligado a cumplir con una orden judicial.

Gathered Connections Counseling, PLLC 623-201-0719

[info@gatheredconnectionsounseling.com](mailto:info@gatheredconnectionsounseling.com)

1360 N Bullard Ave, Suite 200

Goodyear, AZ 85395



## Gathered Connections Counseling

- **Cumplimiento de la Ley y Salud Pública** Una autoridad de salud pública que está autorizada por ley para recopilar o recibir dicha información con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; a una agencia de supervisión de la salud para actividades de supervisión autorizadas por la ley, incluyendo auditorías; investigaciones civiles, administrativas o criminales; inspecciones; acciones de licencias o disciplinarias; procedimientos o acciones civiles, administrativas o criminales; información limitada (como nombre, dirección, fecha de nacimiento, fechas de tratamiento, etc.) a un funcionario de cumplimiento de la ley con el propósito de identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; y información que su clínico cree de buena fe establece que se ha cometido un delito en las instalaciones.
- **Actividades de Supervisión Gubernamental** a una información de agencia apropiada directamente relacionada con la recepción de la atención médica, reclamo de beneficios públicos relacionados con la salud mental o la calificación para o la recepción de beneficios públicos o servicios cuando su salud mental es esencial para el reclamo de beneficios o servicios, o para funciones gubernamentales especializadas, como la aptitud física de los deberes militares, la elegibilidad para los beneficios de VA y la seguridad nacional e inteligencia.
- **Tras Su Muerte** a un funcionario de la ley con el fin de alertar sobre su muerte si existe la sospecha de que tal muerte puede haber resultado de una conducta criminal; a un forense o médico forense con el fin de identificar a una persona fallecida, determinando una causa de muerte u otros deberes autorizados por la ley.
- **La Víctima del Crimen** Información limitada, en respuesta a la solicitud de información de un funcionario de la ley sobre usted si se sospecha que es víctima de un delito; Sin embargo, excepto en circunstancias limitadas, intentaremos obtener su permiso para liberar información primero.
- **Terapia Ordenada por el Tribunal** Si se ordena la terapia, el tribunal puede solicitar registros o documentación de participación en los servicios. Discutiré la información y/o documentación con usted en sesión antes de enviarla al tribunal.
- **Solicitud por Escrito** Los clientes deben firmar un formulario de autorización de información antes de que cualquier información pueda ser enviada a un tercero.. Se puede dar un resumen de las visitas en lugar de “notas de psicoterapia/progreso”; con la excepción si el tercero es parte del equipo médico. Si las sesiones de terapia involucran a más de una persona, cada persona mayor de 18 años debe firmar la liberación de información antes de que se publique información.
- **Disputas de Tarifas** En el caso de una disputa con tarjeta de crédito, me reservo el derecho de proporcionar la documentación necesaria (es decir, su firma en el “Consentimiento y Acuerdo de Terapia” que cubre la política de cancelación) a su banco o compañía de tarjeta de crédito en caso de que ocurra una disputa sobre un cargo. Si hay un saldo financiero en la cuenta, se enviará una factura a la dirección de casa en el formulario de ingreso, a menos que se indique lo contrario.

Gathered Connections Counseling, PLLC 623-201-0719

[info@gatheredconnectionsounseling.com](mailto:info@gatheredconnectionsounseling.com)

1360 N Bullard Ave, Suite 200

Goodyear, AZ 85395



## Gathered Connections Counseling

- **Consejería de Parejas y Política de "No Secretos"** Al trabajar con parejas, existen todas las leyes de confidencialidad. Solicito que ninguno de los miembros de la pareja intente triangularme para mantener un "secreto" que sea perjudicial para el objetivo de la terapia de pareja. Si uno de los miembros de la pareja solicita que mantenga un "secreto" en confianza, puedo optar por finalizar la relación terapéutica y dar referencias a otros terapeutas, ya que nuestro trabajo y sus objetivos se vuelven contraproducentes. Sin embargo, si una de las partes solicita una copia de los registros de terapia de pareja o familiar en los que participó, se requiere una autorización de cada participante (o de sus representantes y/o tutores) en las sesiones antes de que se puedan liberar los registros.
- **Relaciones Duales y Público** Nuestra relación es estrictamente profesional. Para preservar esta relación, es imperativo que no haya ninguna relación fuera de la relación de asesoramiento (es decir: social, comercial o de amistad). Si nos encontramos en un entorno público, no te reconoceré ya que esto pondría en riesgo la confidencialidad. Si tú me reconocieras, tu confidencialidad podría estar en peligro.
- **Redes Sociales** No se aceptarán solicitudes de amistad en nuestras redes sociales personales (Facebook, LinkedIn, Pinterest, Instagram, Twitter, etc.) de clientes actuales o anteriores. Si eliges comentar en nuestras páginas o publicaciones profesionales en redes sociales, lo haces bajo tu propio riesgo y puedes infringir la confidencialidad. No puedo ser considerado responsable si alguien te identifica como cliente. Las publicaciones e información en redes sociales están destinadas a ser educativas y no deben reemplazar la terapia. Por favor, no me contactes a través de ningún sitio o plataforma de redes sociales. No son confidenciales, ni están monitoreadas, y pueden convertirse en parte del registro médico.
- **Comunicación Electrónica** Si necesita contactarme fuera de nuestras sesiones, hágalo por teléfono. No use el correo electrónico para emergencias. En caso de emergencia, llame al 911, a su línea de emergencia local o vaya a la sala de emergencias más cercana. Además, el correo electrónico no es un sustituto de las sesiones. Si necesita ser atendido, por favor llame para reservar una cita.
- **Programa** Tengo una responsabilidad legal y ética de hacer mis mejores esfuerzos para proteger todas las comunicaciones que forman parte de nuestras sesiones de psicoterapia. Hemos elegido utilizar un sistema de toma de notas para la psicoterapia como parte de nuestro esfuerzo por ofrecer la mejor atención a nuestros clientes. Este sistema nos proporciona una transcripción y resumen generados automáticamente de nuestras sesiones. Este sistema cumple con la normativa HIPAA y utiliza métodos de cifrado actualizados, cortafuegos y sistemas de respaldo para ayudar a mantener su información privada y segura. Usted consiente que grabemos nuestras sesiones utilizando este sistema si el terapeuta elige usar esta tecnología.

Las grabaciones de nuestras sesiones serán transcritas y resumidas por esta tecnología que cumple con la HIPAA. Este programa no almacena las grabaciones ni la información personal del cliente. Podríamos optar por conservar las notas resumidas como parte de su historial médico confidencial. El programa solo conserva datos anonimizados para ayudar a mejorar la herramienta. Al igual que con cualquier tecnología, hay ciertos riesgos y beneficios, que enumeramos aquí:

Gathered Connections Counseling, PLLC 623-201-0719

[info@gatheredconnectionsounseling.com](mailto:info@gatheredconnectionsounseling.com)

1360 N Bullard Ave, Suite 200

Goodyear, AZ 85395



## Gathered Connections Counseling

Toda tecnología conlleva el riesgo de que se divulgue información confidencial. Puede garantizar la seguridad de nuestras comunicaciones utilizando únicamente redes seguras de confianza para las sesiones de psicoterapia y teniendo contraseñas para proteger el dispositivo que utiliza para la psicoterapia. El programa mitiga este riesgo asegurando una seguridad tecnológica actualizada y almacenando los datos con la menor cantidad de información identificativa posible. Los investigadores del sistema tendrán acceso a sus transcripciones despersonalizadas (contenido de la transcripción con nombres, correos electrónicos y otra información identificativa eliminados).

El sistema puede contener sesgos desconocidos en la forma en que genera el resumen de la sesión y presenta información clínica. Este riesgo se mitiga con el compromiso de su terapeuta de revisar y modificar la nota según sea necesario utilizando su experiencia clínica.

La tecnología permite al terapeuta centrar más su atención en la terapia.

Elimina la necesidad de tomar notas o intentar recordar información durante y después de la sesión.

El sistema reduce la carga de trabajo del terapeuta y puede ayudar con la fatiga de compasión.

La tecnología puede proporcionar información clínica adicional al terapeuta, lo que ayuda a mejorar los resultados en el proceso terapéutico.

Al firmar este consentimiento, está de acuerdo en permitir que su terapeuta use este programa. Si desea optar por no participar o tener alguna pregunta, discuta esto con su proveedor.

### PARTE III: SEGURO DE SALUD

**SU COMPAÑÍA DE SEGUROS:** al usar un seguro, debo dar un diagnóstico de trastorno de salud mental que se realiza en su registro médico. El diagnóstico clínico se basa en sus síntomas actuales a pesar de que puede haber sido diagnosticado previamente. Discutiremos su diagnóstico durante la sesión. Su compañía de seguros conocerá los tiempos y las fechas de los servicios proporcionados. Pueden solicitar más información para autorizar servicios adicionales con respecto al tratamiento.

**IMPORTANTE:** Algunos diagnósticos psiquiátricos no son elegibles para reembolso (es decir: terapia matrimonial/de pareja). En caso de falta de cobertura o denegación de pago, usted será responsable de pagar por los servicios prestados por Gathered Connections Counseling, PLLC, quien también se reserva el derecho de buscar el pago de saldos impagos a través de agencias de cobro o recursos legales después de un aviso razonable al cliente.

Gathered Connections Counseling, PLLC 623-201-0719

[info@gatheredconnectionsounseling.com](mailto:info@gatheredconnectionsounseling.com)

1360 N Bullard Ave, Suite 200

Goodyear, AZ 85395



## Gathered Connections Counseling

### PARTE IV: CONSENTIMIENTO

1. He leído y entiendo la información contenida en el Acuerdo de Terapia, Políticas y Consentimiento. He discutido cualquier pregunta que tenga sobre esta información con mi terapeuta. Mi firma a continuación indica que estoy dando voluntariamente mi consentimiento informado para recibir servicios de consejería y acepto cumplir con el acuerdo y las políticas enumeradas en este consentimiento. Autorizo a mi terapeuta de Gathered Connections Counseling a proporcionar los servicios de consejería que se consideren necesarios y recomendables.
2. Autorizo la liberación de información de tratamiento y diagnóstico (como se describe en la Parte III, anterior) necesaria para procesar facturas para los servicios a mi compañía de seguros, y solicitar el pago de beneficios al asesoramiento de Gathered Connections Counseling, PLLC. Reconozco que soy financieramente responsable del pago si está cubierto o no por el seguro. Entiendo que, en caso de que las tarifas no estén cubiertas por el seguro, el asesoramiento de Gathered Connections Counseling, PLLC puede utilizar procedimientos de recuperación de pagos después de un aviso razonable para mí, incluida una compañía de cobranza o abogado de cobranza.
3. **Consentimiento para el tratamiento de menores (s): por la presente certifico que tengo el derecho legal de buscar tratamiento de asesoramiento para menores bajo mi custodia y dar permiso para reunir el asesoramiento de Gathered Connections Counseling, PLLC para proporcionar tratamiento a mi hijo/a menor.** Si tengo una capacidad de toma de decisiones unilateral para obtener servicios de asesoramiento para mi menor, proporcionaré la documentación judicial apropiada a Gathered Connections Counseling, PLLC antes o en la sesión inicial. De lo contrario, haré que el otro padre/tutor legal firme este consentimiento para el tratamiento antes de la sesión inicial.

Gathered Connections Counseling, PLLC 623-201-0719

[info@gatheredconnectionsounseling.com](mailto:info@gatheredconnectionsounseling.com)

1360 N Bullard Ave, Suite 200

Goodyear, AZ 85395