

Jose O. Alfaro, LMFT

Terapista Familiar y Matrimonial

License # LMFT106423

**Autorización é Información**

Psicoterapia/ Consejeria ofrece la oportunidad de entender mas a fondo sus problemas y permite hacer los cambios necesarios. La psicoterapia/consejeria puede ser un proceso estimulante pero a la vez difícil e incomodo. Aunque no hay ninguna garantía, su participación le ayudará con este proceso.

**1. Confidencialidad En Terapia/Consejeria**

Todo lo que hablemos es estrictamente confidencial y el terapeuta no permite/autoriza ninguna clase de grabacion. Las seciones seran confidenciales excepto a lo siguiente:

a. Usted me autoriza por escrito a darle a terceras personas su información.

b. Me preocupa que usted esté en peligro de hacerse daño o hacerle daño a otras personas.

c. Necesito darle su información a su compañía de seguros con el propósito de que autorisen y paguen por los servicios terapeuticos.

d. Sospecho que hay un abuso de cualquier tipo a un menor de edad, a una persona mayor de 65 años, o a un(a) adulto(a) que depende de otros a causa de incapacidades.

e. La corte me ordena que les proporcione su información.

f. Si necesito consultar con otros(as) colegas sobre su caso, ya sea individualmente o en grupo (su nombre no será divulgado).

**2**. **Disponibilidad Entre Semana**

Reviso mis mensajes frecuentemente durante horas de negocio. Haré todo lo posible por regresarle su llamada dentro de 24 horas. Si su llamada es urgente y entre la vida ó la muerte por favor comuniquese al 911 inmediatamente. De allí enfuera deje su mensaje y le llamare en cuanto este disponible.

**3. Cancelaciones**

**Tengo una polísa de cancelación de 48 horas, ya que se reserva este horario exclusivamente para udsted. Si no cancela su cita dentro de 48 horas udsted sera responsable por el pago total de su cita que no asistio, porque el seguro no cubre citas de ausencia. Si cancela o no se presenta a tres seciones durante el proceso terapeutico hablaremos sobre su compromiso y su necesidad de continuar los servicios psicoterapeuticos.**

**4. Vacaciones** **é Días Festivos**

Generalmente tomo 4 semanas de vacaciones al año. Le avisaré con anticipación cuando estaré fuera de la oficina y mi consultorio tambien estará serrado en la mayoria de días festivos.

**5. Reportes/ Testificaciones en Corte**

Reportes de progreso ó de participación estan disponibles mientras que se soliciten con 15 dias de anticipación. La cuota por reporte sera de $ \_\_\_\_\_\_\_\_. Mi presencia ó testificación en cualquier audiencia de corte legal tendra una cuota de $\_\_\_\_\_\_\_\_ por hora cual, sera pagada por udsted. (aseguranzas no cubren estas cuotas). La cuota sera pagada al inicio de solicitar algun reporte ó mi presencia en la corte.

**6. Cuota**

El pago estará basado sobre 50 minutos por sesión, la cuota de $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ se pagará al inicio de cada session via manera en efectivo or tarjeta de credito/debito. Anualmente se revisará el costo por sesión y habran ajustes de hasta $10 adicionales por session, por año. En dado caso, yo le dare un informe con 60 dias de anticipacion si la cuota llegara a incrementar.

**Nombre de Cliente/Paciente**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fecha:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consentimiento de Padre/Guardian Legal (Si servicios son para un(a) menor de 18 años de edad)

**Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_**