



INFORMACIÓN DE CONTACTO

Por favor complete las siguientes preguntas. Toda la información es confidencial. Ingrese los datos aquí o IMPRIMA sus respuestas.

Fecha: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección del domicilio: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Ciudad/Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____

Empleador: _____

Teléfono del trabajo: _____

Seguro médico: _____

Número de cuenta: _____

INFORMACIÓN GENERAL

La relación terapéutica es única, ya que es altamente personal y, al mismo tiempo, un acuerdo contractual. Por ello, es importante que lleguemos a un entendimiento claro sobre cómo funcionará nuestra relación y qué podemos esperar el uno del otro. Este consentimiento proporcionará un marco claro para nuestro trabajo conjunto. No dude en discutir cualquiera de estos puntos con su proveedor.

Por favor, lea e indique que ha revisado esta información y que está de acuerdo con ella marcando la casilla al final de este documento.



EL PROCESO TERAPÉUTICO

Usted ha dado un paso muy positivo al decidir buscar terapia. El resultado de su tratamiento depende en gran medida de su disposición a participar en este proceso, el cual puede, en ocasiones, generar malestar considerable.

Recordar eventos desagradables y tomar conciencia de los sentimientos asociados a esos eventos puede despertar emociones intensas como ira, depresión, ansiedad, etc.

No existen curas milagrosas. No podemos prometer que su comportamiento o circunstancias cambiarán. Sí podemos prometer apoyarlo, hacer todo lo posible por comprenderlo, identificar patrones repetitivos y ayudarle a aclarar lo que usted desea para su vida.

CONFIDENCIALIDAD

El contenido de las sesiones y todo material relevante para el tratamiento del cliente se mantendrá confidencial, a menos que el cliente solicite por escrito que la totalidad o parte de dicho contenido sea revelado a una(s) persona(s) específicamente nombrada(s).

Existen limitaciones a esta confidencialidad, las cuales se enumeran a continuación:

1. Si un cliente amenaza o intenta cometer suicidio, o actúa de manera que exista un riesgo sustancial de sufrir daños corporales graves.
2. Si un cliente amenaza con causar daño corporal grave o la muerte a otra persona.
3. Si el terapeuta tiene sospecha razonable de que un cliente, u otra persona identificada, es autor, testigo u víctima de abuso físico, emocional o sexual hacia menores de 18 años.
4. Sospechas como las mencionadas anteriormente en el caso de personas mayores que pudieran estar siendo sometidas a estos abusos.
5. Sospecha de negligencia hacia las personas mencionadas en los puntos #3 y #4.
6. Si un tribunal de justicia emite una citación legítima (subpoena) para obtener información.
7. Si un cliente está en tratamiento por orden de un tribunal, o si se obtiene información con el propósito de elaborar un informe pericial para un abogado.

Ocasionalmente, podemos necesitar consultar con otros profesionales en sus áreas de especialidad con el fin de proporcionarle el mejor tratamiento posible. En ese contexto, se podrá compartir información sobre usted sin utilizar su nombre.

Si nos vemos accidentalmente fuera de la oficina, no lo saludaremos primero. Su derecho a la privacidad y confidencialidad es de suma importancia, y no deseamos poner en riesgo su privacidad. Sin embargo, si usted nos saluda primero, estaremos encantados de hablar brevemente, pero consideraremos apropiado evitar conversaciones prolongadas en público o fuera del consultorio.

Referido por: _____

Firma: _____