

# Bienvenido a New Horizon Counseling Center (Menores)

## Información para el Cliente e Informado Consentimiento de Servicios

Bienvenido y gracias por elegir a New Horizon para sus servicios de consejería. La cita de hoy será de aproximadamente 50 minutos. Nosotros reconocemos que empezar el proceso de consejería puede ser una decisión grande y puede tener muchas preguntas. El propósito de este documento es de informarle de nuestras pólizas, sus derechos, y las leyes estatales y federales. Si tiene cualquier pregunta o preocupación, pregúntenos y trataremos de darle toda la información que necesite. Cuando firme este documento, representara un acuerdo entre usted y New Horizon Counseling Center (NHCC).

### Nuestro Centro de Consejería

New Horizon está dedicado a proporcionar la más alta calidad de servicios a la comunidad en nuestros respectivos ámbitos de experiencia. Nuestra misión es promover un estilo de vida emocionalmente y psicológicamente positivo para nuestros clientes a través de servicios de consejería y psicoterapia.

### Nuestros Consejeros

Nuestros consejeros son graduados de una universidad con un programa acreditado, mínimo con una maestría en Consejería o con un título más avanzado. Cada consejero tiene licencia por parte de su respectivo consejo del estado de Texas y aquellos que todavía están en proceso de obtener su licencia complete están bajo supervisión hasta que cumplan con un mínimo de 3000 horas supervisadas. Son cuidadosamente seleccionados basados en su conocimiento, caráct ética, experiencia, y pasión para ayudar y están bajo supervisión para asegurar que usted reciba el mejor servicio posible. Si tiene alguna pregunta sobre cualquier consejero o queja, pida hablar con el Director de NHCC

Si tiene cualquier queja puede contactar a la Sección de Investigación y Manejo de Quejas

(Complaints Management and Investigative Section)

PO Box 141369, Austin, Texas 78714-1369

Website: <http://www.dshs.state.tx.us/>

Telephone: 1-800-942-55-40

\_\_\_\_\_

Iniciales

### Servicios Psicológicos

La psicoterapia no fácilmente descrita en pocas palabras. Varía dependiendo de las personalidades del consejero, el cliente y también en los problemas particulares que usted tenga. Hay muchos métodos que su consejero puede usar para tratar los problemas que usted espera resolver. La psicoterapia requiere de un esfuerzo grande de su parte. Usted tiene que trabajar en las cosas habladas durante las sesión y en casa para que la terapia sea lo más exitosa posible. La psicoterapia puede tener riesgos y beneficios dado que la terapia con frecuencia se trata de hablar de los aspectos más desagradables de su vida. Usted puede sentirse triste, culpable, con frustración, solo y desamparado. Por su parte, la psicoterapia también ha demostrado tener beneficios para las personas que pasan por el proceso. La terapia con frecuencia conduce a una mejor relación, soluciones a problemas específicos, así como disminuciones significantes en los sentimientos de angustia. Sin embargo no hay garantías de cómo se vaya sentir.

Las primeras sesiones incluirán una evaluación de sus necesidades. A final de la evaluación, el consejero podrá ofrecerle algunas primeras impresiones de lo que nuestro trabajo incluye y un plan de tratamiento a seguir, si usted decide continuar con la terapia. Usted debe evaluar esta información junto con sus propias opiniones teniendo en cuenta si usted se siente cómodo trabajando con su consejero. La terapia implica un gran compromiso de tiempo, dinero y energía, así que usted debe de escoger a su consejero con mucha atención. Si usted tiene preguntas acerca de procedimientos, platique de ellos como vayan surgiendo. Si sus dudas continúan, su consejero estará encantado de ayudarle a establecer una reunión con otro profesional de salud mental para una segunda opinión.

### Sesiones

Normalmente, una evaluación que durara al menos 2 sesiones se llevará a cabo. Durante este tiempo, tanto como usted y el terapeuta, decidirán 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 de que cancele su cita con 24 horas de anticipación o haga otra cita (a menos que ambos estén de acuerdo que no pudo asistir debido a circunstancias fuera de su control.)

### Confidencialidad y Limitaciones

Toda comunicación con su consejero, psicólogo, o psiquiatra es confidencial y no sera divulgado con nadie fuera de New Horizon excepto bajo ciertas circunstancias que serán explicadas más adelante, a menos que usted por adelantado de autorización por escrito. Necesitará firmar un *Liberación de información* si desea autorizar al personal de New Horizon para comunicar información a cualquier otra persona distinta de las especificadas a continuación (vea el Consentimiento para la Liberación Limitada de Información).

Nosotros mantenemos un record de su trabajo que contiene información que usted nos a proveido por escrito y tambien las notas de consejeria de su sessione: Este registro se queda en New Horizon por un periodo de siete años a partir de su última visita, enese entonces será destruido. **Su archivo nunca dejará el centro de consejería**

Es importante que usted entienda que toda la información sobre su tratamiento terapéutico se mantiene de manera confidencial. Información solicitada por teléfono, por escrito, o en persona sobre nuestros clientes no va a hacer dada. Usted tendrá que firmar una autorización antes de que cualquier información se proporcione a terceros. Esta condición se aplica también en los casos en que la coordinación del tratamiento es necesaria con otro profesional de la salud (otro 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

He recibido una copia de HIPAA Notice of Privacy Practices (Aviso de las Prácticas de Privacidad) y entiendo completamente como será usada mi información personal médica.

\_\_\_\_\_   
 Iniciales

**Contacto de Emergencia**

Por lo general, estamos a su disposición de lunes a viernes de 9:00am a 7:00pm. Si no le contestamos la llamada deje un mensaje en el correo de voz con su nombre y un número de teléfono y trataremos de regresarle la llamada el mismo día, a excepción de fines de semanas y días festivos. Si es una emergencia, comuníquese con su médico o vaya la sala de emergencias más cercana y pregunte por el médico/psicólogo/psiquiatra de guardia. Si no estamos disponibles por un tiempo prolongado, le facilitaremos el nombre de un colega a contactar, si es necesario.

**Servicios Requeridos** (Por favor de marcar todo lo que aplica)

Consejería Individual \_\_\_\_\_ Consejería de Matrimonio/Pareja \_\_\_\_\_ Consejería Familiar \_\_\_\_\_ EAP \_\_\_\_\_ Consejería de Niños/Jóvenes \_\_\_\_\_

**Por favor note lo siguientes tendrán ciertos requisitos/restricciones**

Evaluación de Inmigración \_\_\_\_\_ Evaluación de discapacidad \_\_\_\_\_ (cargos aplican)

**Honorarios Profesionales y Acuerdo de Honorarios**

Aseguranza \_\_\_\_\_ Numero de Miembrecia \_\_\_\_\_

Persona primaria en Aseguranza \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_

FDN de Persona Primaria \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

La siguiente es un acuerdo entre NHCC & \_\_\_\_\_

Ciudad (Nombre de Aseguranza si aplica)

Se espera que pague \$ \_\_\_\_\_ por cada sesión al principio de la sesión

\_\_\_\_\_   
 Iniciales

Entiendo que en caso de que mi proveedor de seguros no pague ninguna de mis sesiones atendidas, Seré completamente responsable de la cantidad total facturada al proveedor de seguros

\_\_\_\_\_   
 Iniciales

Entiendo que mi cita está reservada exclusivamente para mí y si no cancelo o cambio mi cita con al menos 24 horas de anticipación, voy a ser responsable de un cargo de \$25.

\_\_\_\_\_   
 Iniciales

Entiendo que si solicito cualquier documento (copias, carta, evaluación, etc.) hay una tarifa administrativa Y debe ser pagado en su totalidad antes de recibir los documentos solicitados.

Entiendo que soy responsable de los honorarios y que no está cubierto por el seguro

\_\_\_\_\_   
 Iniciales

**CONSENTIMIENTO A TRATAMIENTO**

Al firmar esta Información al Cliente y Consentimiento de Servicios como 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 sea clara. Voluntariamente acepto recibir tratamiento de evaluación 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 Padre/Guardian Legal

\_\_\_\_\_   
 Fecha

\_\_\_\_\_   
 Firma --Terapeuta

\_\_\_\_\_   
 Fecha

**DO NOT FILL BELOW LINE - STAFF ONLY**

Attending Support Staff: \_\_\_\_\_

Uploaded By: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_