

# Bienvenidos a New Horizon Counseling Center

## Información al Cliente y Consentimiento Informado de Servicios

Bienvenido y gracias por escoger a New Horizon para sus servicios de consejería. La cita de hoy será de aproximadamente 60 minutos después de llenar las formas. Nosotros reconocemos que empezar el proceso de consejería puede ser una decisión grande y puede tener muchas preguntas. El propósito de este documento es informarle de nuestras pólizas, sus derechos, las leyes estatales y federales. Si tiene cualquier pregunta o preocupación, por favor pregunte y nosotros trataremos de darle toda la información que necesite. Cuando firme este documento este representara un acuerdo entre usted y New Horizon Counseling Center.

### Nuestro Centro de Consejería

New Horizon está dedicado a proporcionar la más alta calidad en nuestros respectivos ámbitos de experiencia a 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. Además, en New Horizon ofrecemos consejería bilingüe.

### 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 de la Junta Professional de Consejeros del Estado de Texas. Nuestros practicantes estan en el proceso de completar 3,000 horas requeridas; ellos 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 passion para ayudar. Si tiene alguna pregunta sobre cualquier practicante, pida hablar con el Director de New Horizon Counseling Center, Jaime Corona, MA, LPC.

Si tiene cualquier queja puede contactar a la Junta Professional de Consejeros del Estado de Texas:

Texas Department of State Health Services MC-1982, 1100 West 49<sup>th</sup> Street, Austin, Texas 78756-3183

Correo Electrónica: [lpc@dshs.state.tx.us](mailto:lpc@dshs.state.tx.us)

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

Teléfono: (512) 834-6658

Fax: (512) 834-6677

### Servicios Psicológicos

La psicoterapia no fácilmente se describe en pocas palabras. Varía dependiendo de las personalidades del terapeuta y el cliente como también 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 esfuerzo grande de su parte. Para que la terapia sea la más exitosa, usted tiene que trabajar en las cosas que hablen durante las sesiones y en casa.

La psicoterapia puede tener riesgos y beneficios. 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.

Las primeras sesiones incluirán una evaluación de sus necesidades. A final de la evaluación, el terapeuta será capaz de 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 se siente cómodo trabajando con su terapeuta. 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 procedimientos, hable los cuando surjan en la terapia. Si las dudas persisten, su terapeuta 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 comunicacion con su consejero, psicólogo, o psiquiatra es confidencial y no sera divulgado con nadie fuera de New Horizon Counseling excepto bajo ciertas circustancias que serán explicadas más adelante, a menos que usted de autorización por escrito. Necesitará firmar una Liberación de Información (Release of Information) si desea autorizar al personal de New Horizon para comunicar información a cualquier persona distinta de las especificadas a continuación (vea el Consentimiento para la Liberación Limitada de 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 Consejería por un periodo de siete años siguiendo su última visita, en ese tiempo sera destruido. **Su registro nunca dejará el Centro de Consejería.**

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 Iniciales
- En los casos requeridos por la ley

**Situaciones de Emergencia**

Por lo general, estamos a su disposición de lunes a viernes de 9:00am a 7:00pm. Si no podemos contestar el teléfono deje un mensaje en el correo de voz con su nombre y un número de teléfono. Nosotros trataremos de regresar su llamada el mismo día que usted hablo, a excepción de fines de semanas y días festivos. Si no puede contactarnos y siente que no puede esperar a que le regresemos su llamada, comuníquese con su médico de familia 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.

**Honorarios Profesionales y acuerdo de honorarios**

Las Tarifas Fijas son:

- Sesión de evaluación y diagnóstico (1ª visita) -\$115.00
- Visitas Regulares (50-60 minutos) (Individual, de Pareja y Terapia de Juego) -\$85.00
- Sesión Familiar (50-60 minutos)-\$95.00

El siguiente es un acuerdo de pago entre New Horizon y \_\_\_\_\_.

Se espera que usted pague por cada sesiones la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ Su Nombre (y seguro, si aplica) antes de su sesión.

\_\_\_\_\_ Iniciales

Entiendo que mi cita está reservada exclusivamente para mí y si no cancelo o cambio mí cita con al menos 24 horas de anticipación, voy a ser responsable de un cargo de \$ 25.00 a mi cuenta.

\_\_\_\_\_ 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 está clara. Yo estoy voluntariamente aceptando recibir tratamiento mental 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 – Cliente / Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma – Terapeuta

\_\_\_\_\_  
Fecha