



Ana Dlouhy, LCSW

CONSENTIMIENTO Y ACUERDO DE TERAPIA PARA TERAPIA INDIVIDUAL

Nombre del cliente _____ Fecha de nacimiento _____

Gracias por el privilegio de trabajar con usted y/o su familia. Por favor lea este acuerdo sobre información de nuestra relación profesional. Su firma al final del formulario indica que comprende y acepta la información y las políticas que se enumeran a continuación.

Antecedentes e intervenciones terapéuticas

Poseo una licencia como trabajadora social clínica y, por lo general, trabajo desde una orientación teórica integradora, lo que significa que me esfuerzo por elegir enfoques teóricos adecuados a los problemas y preocupaciones particulares que se presentan del cliente. En general, utilizo un enfoque basado en neurobiología y sensible al desarrollo para la resolución de problemas clínicos. Utilizo una variedad de modalidades, incluida la terapia de juego, la terapia cognitivo-conductual (CBT), la desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (EMDR) y la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TF-CBT). Veo la psicoterapia como una tarea colaborativa en la que usted toma un papel activo en el trabajo hacia sus metas, tanto dentro como entre sesiones.

Riesgos y beneficios de la terapia

Hay riesgos y beneficios de participar en la terapia que se deben considerar cuidadosamente. Los riesgos potenciales incluyen, pero no se limitan a:

- Niveles incómodos de tristeza, culpa, ansiedad, enojo u otros sentimientos negativos
- Recuerdo y atención a recuerdos desagradables
- Pensamientos y sentimientos que interrumpen el funcionamiento diario
- Empeoramiento temporal de los síntomas
- Resolución fallida de los síntomas
- Desarrollo de nuevos síntomas.

Al considerar estos riesgos, también sepa que los beneficios de la terapia han sido bien documentados a través de investigación científica. Algunos beneficios más comunes son la disminución de los síntomas, la mejora de la comunicación en las relaciones y una mejor capacidad para enfrentar y resolver los problemas.

Es mi política no aceptar clientes que no creo que pueda ayudar. Por tanto, iniciare nuestra relación con optimismo sobre nuestro progreso, utilizando mis conocimientos, habilidades, recursos y capacitación profesionales para ayudarlo. Si pudiera beneficiarse de un tratamiento que no puedo brindarle, lo ayudaré a obtener información y las referencias apropiadas.

Evaluación inicial

Nuestra primera sesión, y posiblemente las primeras sesiones, implicarán una evaluación de sus necesidades y objetivos de terapia. Hay varios resultados posibles de esta evaluación inicial, ya que es una oportunidad para que decidamos si trabajar juntos puede ser beneficioso para usted. Si mi enfoque terapéutico parece encajar con sus objetivos individuales, le ofreceré algunas primeras impresiones de lo que incluirá nuestro trabajo si decide continuar con la terapia y acordaremos un plan de tratamiento.

Derechos y responsabilidades

Sus derechos:

- Recibir atención y respeto profesional
- Conocer la evaluación y recomendaciones de su terapeuta
- Rechazar recomendaciones o tratamientos
- Preguntar sobre otros tratamientos, sus riesgos y sus beneficios
- Obtener la opinión de otro profesional en cualquier momento



Ana Dlouhy, LCSW

Sus responsabilidades:

- Llegar a tiempo a las citas
- Ser honesto, abierto y estar dispuesto a compartir sus inquietudes
- Participar en el proceso de la terapia lo mejor que pueda
- Hacer preguntas según sea necesario
- Discutir cualquier reserva sobre su plan de tratamiento
- Informar cambios o eventos relacionados con su problema

Límites de la confidencialidad

La confidencialidad es de vital importancia para crear un entorno seguro y de confianza. Toda la información proporcionada se mantendrá confidencial y, por lo general, no se compartirá sin su consentimiento por escrito. Bajo ciertas circunstancias, las obligaciones éticas profesionales, la ley estatal o federal me pueden requerir que divulgue información confidencial sin su consentimiento por escrito. Si la divulgación fuera necesaria, haré todos los esfuerzos razonables para informarle al respecto de manera oportuna. Las excepciones a la confidencialidad pueden incluir, pero no se limitan a:

- Si creo que usted es un peligro para sí mismo o para otras personas, puedo comunicarme con el personal médico o policial.
- Si divulga información que me lleve a sospechar que un menor, una persona mayor o una persona discapacitada está siendo abusada o descuidada, la ley me exige que notifique a las autoridades dentro de las 48 horas y cumpliré con este requisito.
- Si presenta una demanda o una queja en mi contra por cualquier motivo relacionado con su terapia, se me permite utilizar información confidencial para defenderme.
- Si renuncia a los derechos de privilegio o da autorización por escrito para divulgar información, cumpliré con su autorización.
- Si me entero de una explotación sexual previa por parte de un proveedor de salud mental, debo informar al fiscal de distrito del condado de la supuesta explotación y a la junta de licencias correspondiente del proveedor. El cliente tiene derecho a permanecer en el anonimato cuando se presenta el informe.
- Si una orden judicial u otro procedimiento legal o estatuto requiere la divulgación de su información, obedeceré la orden judicial o la ley.
- Si el cliente es menor de edad, los padres tienen acceso a los registros a menos que estén limitados por una orden judicial.
- Si está involucrado en un procedimiento judicial y se solicita información sobre su diagnóstico y tratamiento, dicha información está protegida por la ley de privilegio entre el terapeuta y el cliente. No puedo proporcionar ninguna información sin su autorización por escrito. Sin embargo, si sus registros son citados o si un juez emite una orden judicial para sus registros, estoy legalmente obligado a cumplir. En el caso de una citación, me comunicaré con usted para que usted (y/o sus abogados) puedan tomar medidas para impugnar la citación. Si no hace nada para impugnar la citación después de haber sido notificado por mí, obedeceré la citación.
- Puedo consultar a colegas profesionales si es necesario para mejorar los servicios terapéuticos que recibe; tales consultas se realizarán sin revelar su información de identificación individual.
- La información contenida en comunicaciones a través de computadoras con seguridad/control limitado, como correo electrónico no cifrado y conversaciones telefónicas a través de teléfonos celulares, no es segura y puede comprometer su privacidad.
- Los asuntos discutidos durante una sesión de terapia familiar no son confidenciales para las personas presentes, ya que esas personas escuchan las declaraciones hechas y participan en la discusión. Sin embargo, todos los asuntos discutidos durante las sesiones familiares son confidenciales y privilegiados en cuanto a terceras personas, que no estuvieron presentes en la sesión.
- Los miembros de una familia no deben revelarme información en una sesión privada que no quieran que comparta con otros miembros de la familia o pareja. No soy el guardián de tu información privada, usted lo es. No seré responsable de mantener un registro de la información que se puede o no se puede compartir con otros participantes en la terapia familiar. Si debe hablar sobre información personal que no se puede compartir, debe buscar asesoramiento individual con su propio terapeuta.



Ana Dlouhy, LCSW

La información que se puede solicitar incluye, pero no se limita a: tipos de servicios, fechas / horas de servicios, diagnóstico, plan de tratamiento, descripción del impedimento, progreso de la terapia, notas de casos y resúmenes.

La mayoría de las compañías de seguros requieren un diagnóstico clínico para reembolsar el tratamiento. Algunos pueden requerir información clínica adicional para respaldar el pago. La información recopilada por una compañía de seguros pasará a formar parte de los archivos de la compañía. Aunque todas las compañías de seguros afirman mantener la confidencialidad de dicha información, no tengo control sobre lo que hacen ella una vez que está en su poder. También se ha reportado que datos médicos pueden ser accesados por las autoridades y otras agencias que tienen acceso legal, lo que puede colocarlo en una posición vulnerable. La forma más segura de proteger la confidencialidad es pagar el tratamiento en efectivo. Si opta por utilizar su cobertura de seguro para pagar el tratamiento, asumiré que ha evaluado los riesgos aquí indicados y ha elegido continuar.

Con su firma a continuación, reconoce que se le ha informado de estos límites a la confidencialidad y los riesgos potenciales.

Familias

Cuando trabaje con familias que involucran a niños menores de edad, inicialmente consultaré con todos los padres o cuidadores involucrados antes de incluir a los clientes menores en una sesión. A partir de ese momento, todas las discusiones sobre asuntos clínicos e inquietudes que pertenecen a la familia se realizarán en presencia del niño (s) menor (s), ya que las reuniones sin la presencia del niño (s) tienden a socavar la confianza y la relación terapéutica.

Si usted es un padre o tutor que da su consentimiento para el tratamiento de un menor, al firmar este Acuerdo, usted afirma que:

- es el padre o tutor legal del menor;
- tiene el derecho legal de dar su consentimiento para el tratamiento psicológico del niño;
- no ha habido una sentencia de divorcio ni ninguna otra orden judicial que limite su capacidad para dar su consentimiento para el tratamiento del niño.

Si los padres del niño están separados, divorciados o nunca se casaron, es mi práctica exigir que AMBOS padres den su consentimiento para el tratamiento, de conformidad con cualquier Decreto de divorcio u Orden judicial que pueda existir. También requeriré una copia del Decreto de Divorcio o de la Orden Judicial antes de brindar cualquier servicio al niño y, con su firma a continuación, usted acepta proporcionar esa documentación de inmediato si se requiere.

En mi práctica, si los padres del niño cliente se han vuelto a casar o tienen otras personas importantes que pueden estar involucradas en la terapia del niño, me gusta reunirme con todos los adultos antes de ver al niño para obtener Autorizaciones firmadas para el intercambio limitado de información con respecto al niño, y para establecer los límites de mi tratamiento del niño. Mi primera regla es que ninguno de los adultos debe pedir hablar conmigo antes de la cita del niño frente al niño. Si tiene información para compartir, hágalo en privado. Además, no permito que los padrastros/madrastras programen citas de terapia para los clientes menores a menos que los padres del niño hayan firmado una Autorización que permita al padrastro/madrasta programar las citas del niño.

Redes sociales

Estás entrando en una relación profesional, no social, conmigo. Por favor, comprenda que su confidencialidad y privacidad es mi prioridad. Por esta razón, no acepto solicitudes de amigos o contactos de ningún cliente actual o anterior en ningún sitio de redes sociales. Puede encontrar mi práctica en sitios de Internet que lo alientan a calificar y revisar mis servicios. Tenga en cuenta que no he solicitado ni solicitaré a clientes actuales o anteriores que califiquen o revisen mis servicios, ya que esto pone en peligro su confidencialidad y privacidad. Usted, por supuesto, tiene derecho a expresarse, pero le insto a que se tome su privacidad tan en serio como yo me tomo mi compromiso de confidencialidad con usted.



Ana Dlouhy, LCSW

Records

La documentación de las sesiones consiste en un resumen de cada reunión y puede incluir cuestiones generales abordadas, posible presentación o cambio de síntomas, nivel de funcionamiento, estado mental, diagnóstico y planes de tratamiento. Las leyes federales y de Texas exigen que mantenga registros de tratamiento adecuados durante al menos 6 años a partir de la última fecha de servicio. Si alguno de los miembros de la familia es un niño (s) menor de edad, debo mantener registros de tratamiento durante 6 años a partir de la fecha en que el niño cumple 18.

Como cliente, usted tiene derecho a obtener una copia de sus registros mediante la presentación de una autorización. Los registros de su tratamiento contendrán información confidencial sobre usted. La ley de Texas requiere que todas las solicitudes para revisar u obtener copias de sus registros se hagan por escrito. En mi práctica, exijo que los clientes firmen una autorización adecuada antes de que les entregue cualquier registro.

En la terapia familiar, la relación de la familia es tanto un "cliente" como las partes individuales. Por esa razón, no divulgaré mis registros de consejería familiar a menos que todos los miembros adultos de la familia firmen una Autorización que permita la divulgación de los registros y paguen la tarifa de los registros, o me presenten una orden judicial que requiera que los registros se divulguen. En cualquier caso, proporcionaré una copia completa de mis registros a todos los miembros adultos de la familia al recibir las Autorizaciones requeridas, los honorarios y / o la Orden judicial.

He determinado que un cargo razonable basado en el costo por proporcionarle una copia de sus registros será de \$25.00 por las primeras 20 páginas y \$.50 centavos por página a partir de entonces, más los costos reales de envío. Generalmente, no estoy obligado a proporcionar copias de los registros solicitados hasta que se pague la tarifa.

Pago

Usted acepta pagar mi tarifa profesional de \$140 por una sesión individual de 45 a 50 minutos o \$150 por una sesión familiar de 45 a 50 minutos. Además de las sesiones individuales o familiares, es mi práctica cobrar \$140 por hora de forma prorrateada por otros servicios profesionales que pueda necesitar, como redacción de informes, conversaciones telefónicas que duren más de 10 minutos, asistencia a reuniones o consultas que usted haya solicitado, o el tiempo para realizar cualquier otro servicio que usted solicite.

El pago vence en el momento en que se presta el servicio. Le proporcionaré un recibo que usted puede presentar como servicios fuera de la red con su compañía de seguros. Se acepta efectivo, cheque, Visa, MasterCard, American Express y Discover. Hay un cargo por servicio de \$35 por cheques devueltos.

Políticas de Litigio y Tarifas por Servicios Relacionados con la Corte

- **No me gusta ir a la corte y no quiero lidiar con los sentimientos negativos que pueden resultar de un testimonio o de deposición en la corte.**
- La naturaleza del proceso terapéutico a menudo implica hacer una revelación completa con respecto a muchos asuntos que pueden ser extremadamente privados, molestos o vergonzosos. Si se ve involucrado en cualquier procedimiento legal durante su terapia conmigo, incluidas, entre otras, disputas de divorcio y custodia, o demandas por lesiones personales, eso podría resultar en la divulgación de información que de otro modo sería confidencial. Con su firma a continuación, reconoce mi posición y acepta cumplir con mi política de litigios.
- Si me involucra en su litigio, o si usted o sus abogados me citan para que proporcione mis registros, testifique en la corte o dé una declaración, cumpliré con una citación emitida legalmente.
- **Mi cargo por hora por todo el tiempo relacionado con casos judiciales o litigios es de \$ 300.00 por hora.** También acepta con su firma a continuación ejecutar y firmar una Autorización de tarjeta de crédito y proporcionar una tarjeta de crédito válida para garantizar el pago por el tiempo que debo dedicar a resolver su litigio.



Ana Dlouhy, LCSW

- Si me citan para proporcionar registros o testimonio, también reconoce y acepta que pagará todo mi tiempo profesional, incluidos, entre otros, la preparación, la revisión de registros, los cargos de transporte (puerta a puerta), el tiempo de espera, el tiempo ocupado testificando en la corte o deposición, y el tiempo dedicado a consultar con los abogados **sin importar qué parte emite la citación o requiere que yo testifique.**
- Si debo comparecer en cualquier procedimiento legal, testificar en la corte o dar una declaración en el condado de Fort Bend, cobraré un anticipo de \$ 1,200.00 (por un mínimo de 4 horas a \$300.00 por hora), que incluye tiempo de preparación, tiempo de viaje. (puerta a puerta), y asistencia a cualquier procedimiento judicial.
- Si debo testificar en la corte o hacer una declaración fuera del condado de Fort Bend, cobraré un anticipo de \$1,800.00 (por un mínimo de 6 horas a \$300.00 por hora). Si el tiempo real empleado es menor que el anticipo, reembolsaré el excedente dentro de los cinco (5) días hábiles.
- Si la asistencia a un procedimiento legal, tribunal o testimonio en una deposición excede las 4 horas (en el condado de Fort Bend) o las 6 horas (fuera del condado de Fort Bend), todo el tiempo adicional se facturará a \$ 300.00 por hora y se le facturará el monto adeudado. Se espera el pago al recibir el servicio, y ejecutaré ese cargo contra la tarjeta de crédito registrada a menos que me haya notificado por escrito que prefiere pagar en efectivo, giro postal o cheque de caja.
- Cuando voy a la corte o hago una declaración, tengo que cancelar mi agenda y no ver a otros clientes, por lo que hay una política de cancelación de 48 horas para la corte y las declaraciones. Por ejemplo, si la comparecencia ante el tribunal o la deposición están programadas para el lunes, esta oficina debe ser notificada de cualquier cancelación a más tardar al mediodía del jueves anterior. Cualquier cancelación que ocurra dentro del marco de tiempo de 48 horas de la comparecencia ante el tribunal o la deposición **NO ES REEMBOLSABLE.**
- Aceptaré dinero en efectivo, giro postal, cheque de caja o tarjetas de crédito para el pago del tiempo relacionado con comparecencias en el tribunal o declaración. **NO SE ACEPTARÁN CHEQUES PERSONALES PARA ESTOS SERVICIOS.** Todos los pagos vencen 48 horas antes de la comparecencia o deposición en el tribunal programada, y no más tarde de las 12:00 del mediodía del jueves si la audiencia o deposición en el tribunal está programada para un lunes. Con su firma a continuación, me autoriza expresamente a ejecutar estos cargos en la tarjeta de crédito registrada en nuestra oficina a menos que me notifique que tiene la intención de realizar el pago en efectivo, giro postal o cheque de caja.
- Finalmente, si una de las partes me cita para proporcionar registros o testimonio, me reservo el derecho de terminar nuestra relación profesional y terapéutica de inmediato y referirlo a otros proveedores de salud mental.

No realizaré estudios sociales ni evaluaciones de custodia. No proporcionaré recomendaciones sobre posesión, custodia, acceso o visitación de niños menores. No proporcionaré evaluaciones o papeleo para FMLA o para solicitudes de discapacidad de corta/larga duración. No proporcionaré medicamentos ni asesoramiento médico. No brindaré asesoría legal. Estos servicios NO están dentro del alcance de mi práctica.

Cancelación de Citas

La consistencia y la comunicación son esenciales para que se produzca el progreso terapéutico. Al firmar este formulario, usted comprende que se le cobrará una tarifa de sesión completa por cualquier cita perdida en la que no haya proporcionado un aviso de cancelación con 24 horas de anticipación. Puede cancelar citas llamando, enviando mensajes de texto, dejando un mensaje de correo de voz o enviando un correo electrónico.

Terminación del tratamiento

La duración del tratamiento varía según los objetivos del tratamiento y la situación personal del cliente. El progreso hacia los objetivos del tratamiento se discutirá con usted durante el curso del tratamiento. Tengo la intención de finalizar el tratamiento cuando se satisfagan las necesidades terapéuticas, en la mayor medida posible. También reconoce que no hay garantía de cura.



Ana Dlouhy, LCSW

Puede optar por finalizar el tratamiento en cualquier momento. Espero que discuta cualquier inquietud conmigo antes de tomar esta decisión. Respetaré sus deseos de terminar. Usted comprende que el método que elija para lograr la terminación afectará cualquier decisión de reanudar una relación terapéutica en el futuro.

Información de contacto

Ana Dlouhy, LCSW
(832) 232-4673
anadlouhycsw@gmail.com

A menudo no estoy disponible inmediatamente por teléfono. No contesto mi teléfono cuando estoy con clientes o cuando no puedo asegurar la confidencialidad. En estos momentos, puede dejar un mensaje en mi buzón de voz confidencial y su llamada será devuelta lo antes posible. Si, por cualquier motivo no previsto, no tiene noticias mías o no puedo comunicarme con usted, y siente que no puede esperar a que le devuelvan la llamada o si no puede mantenerse a salvo, comuníquese con cualquiera de las agencias que se enumeran a continuación. . Haré todo lo posible por informarle con anticipación sobre las ausencias planificadas y proporcionarle el nombre y el número de teléfono del profesional de salud mental que cubre mi práctica.

Estos son algunos recursos adicionales para uso general o en caso de crisis o pensamientos suicidas que pudiera ocurrir en horas fuera del horario de oficina:

Emergencia	911 o al hospital más cercano
Línea directa de crisis	(713) 228-1505
Servicios de protección infantil	(800) 252-5400
MHMRA del condado de Harris	(713) 970-7000
Texana MHMR del condado de Fort Bend	(800) 633-5686

Interacciones fuera de la oficina

Si nos encontramos fuera del entorno profesional, no me dirigiré a usted a menos que usted se dirija a mí primero. Esto también es para proteger su privacidad de aquellos con los que cualquiera de nosotros pueda estar. Me complace devolverle un saludo amistoso, pero le permitiré tomar la iniciativa si lo prefiere.

Comunicaciones electrónicas:

- **El correo electrónico es una herramienta importante para la comunicación, pero requiere un cuidado especial.** Los correos electrónicos solo deben enviarse a través del programa de correo electrónico seguro que he seleccionado para mi práctica. Al comienzo de nuestra relación, se le darán instrucciones para enviar correos electrónicos seguros. Si elige no respetar mi política con respecto a las comunicaciones por correo electrónico, me reservo el derecho de interrumpir la terapia y referirlo a otros proveedores. Todos los correos electrónicos que me envíe se imprimirán y pasarán a formar parte de su historia clínica.
- **Los mensajes de texto son solo para cuestiones de programación.** No realizo terapia a través de mensajes de texto. Si necesita compartir información sobre un asunto clínico, utilice mi correo electrónico seguro en lugar de enviarme un mensaje de texto. Si elige no respetar mi política con respecto a los mensajes de texto, me reservo el derecho de terminar la terapia y derivarlo a otros proveedores. Cualquier mensaje de texto que me envíe se imprimirá y pasará a formar parte de su expediente clínico.
- **No permito la grabación de sesiones a menos que hayamos acordado lo contrario por anticipado y usted haya firmado una autorización escrita específica para que se produzca la grabación.** Por esta razón, le solicito que apague su teléfono cuando ingrese a mi oficina. Me reservo el derecho de confirmar que su teléfono está apagado o solicitar que deje su teléfono en su automóvil. Si se niega a confirmar que su teléfono está apagado, o si se niega a dejar su teléfono en su automóvil cuando se le solicita, cancelaré la sesión. En ese caso, podremos discutir si la sesión continuará o si debemos terminar nuestra relación terapéutica. Si la decisión es rescindir, confirmaré la rescisión por escrito e incluiré referencias a otros proveedores.



Ana Dlouhy, LCSW

Con su firma a continuación, reconoce que comprende mi política sobre la grabación de audio de las sesiones y acepta cumplirla.

Plan de práctica en caso de muerte o discapacidad

En caso de mi muerte, incapacidad o discapacidad, he hecho arreglos para que otro psicoterapeuta se haga cargo de mi práctica, asuma el control de mis records, se reúna con clientes, haga las referencias apropiadas a otros psicoterapeutas, si es necesario, y tome todas las medidas razonables para administrar la práctica en beneficio de mis clientes. Con su firma a continuación, autoriza a mi designado a contactarlo directamente y usar y divulgar su información y registros confidenciales de salud mental para los fines indicados.

Quejas

Tiene derecho a que sus quejas sean escuchadas y resueltas de manera oportuna. Si no podemos resolver las cosas a su satisfacción, puede informar a su compañía de seguros y presentar una queja ante ellos o ante mi junta de licencias.

- Las quejas a mi junta de licencias pueden enviarse a la Sección de Investigación y Gestión de Quejas de la Junta Estatal de Examinadores de Trabajadores Sociales de Texas, PO Box 141369, Austin, Texas 78714-1369, teléfono 1-800-942-5540.
- Si tiene una queja relacionada con las Regulaciones de privacidad de HIPAA, puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de FEUOOCRMail@hhs.gov.



Ana Dlouhy, LCSW

Acuerdo:

Entiendo la naturaleza del tratamiento terapéutico propuesto y doy mi consentimiento informado para el tratamiento psicoterapéutico por Ana Dlouhy, LCSW.

He leído el Acuerdo anterior detenidamente, entiendo los términos de este Acuerdo y acepto cumplirlos.

Si el cliente es un niño:

Entiendo que Ana Dlouhy, LCSW requerirá una copia del Decreto de divorcio u Orden judicial pertinente si la asesoría solicitada es para involucrar a un niño menor cuyos padres son partes de una Demanda que afecta la relación padre-hijo en orden para asegurarse de que el padre que lleva al niño a la terapia tenga el derecho legal de hacerlo. Estoy de acuerdo en proporcionar los documentos solicitados antes de que la Sra. Dlouhy brinde cualquier servicio al niño. Entiendo que si no le proporciono estos documentos a la Sra. Dlouhy, ella se negará a ver o brindar servicios al niño. Con mi firma a continuación, reconozco y acepto que soy el padre o tutor legal del menor mencionado anteriormente; y doy mi consentimiento informado para que Ana Dlouhy, LCSW brinde servicios de asesoramiento a este niño.

También he sido informado sobre los honorarios relacionados con los procedimientos legales y la política de litigios de la Sra. Dlouhy. Acepto cumplir con esa política de litigios. Si elijo involucrar a la Sra. Dlouhy en mi procedimiento legal, acepto pagar las tarifas establecidas en este acuerdo y además acepto no impugnar ninguna de las tarifas que se cargan a mi tarjeta de crédito registrada.

Entiendo que este Acuerdo es un contrato entre Ana Dlouhy, LCSW y yo, y puede hacerse cumplir legalmente como un contrato escrito. Acepto que este Acuerdo permanecerá en vigor hasta que lo revoque por escrito. Entiendo que cualquier revocación por escrito debe tener una fecha DESPUÉS de la fecha de este Acuerdo y debe proporcionarse a Ana Dlouhy, LCSW. Acepto que una copia de este Acuerdo tiene la misma fuerza y efecto que una copia.

Firma del cliente

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Firma del cliente

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Firma del cliente

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Firma del cliente

Nombre en letra de imprenta

Fecha