



INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Solo uso confidencial

Nombre legal: _____ Fecha de hoy: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Permiso para dejar un mensaje: Sí No

Teléfono celular: _____ Permiso para dejar mensaje: Sí No

Dirección de correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

N. ° de Seguro Social _____ (solo para fines de la seguridad)

Ocupación: _____ Empleador / Escuela: _____

Sexo: _____ Estado civil: _____ Etnia/Nacionalidad _____

Nombre de padre/madre si es menor de edad _____

Nombre de contacto de emergencia _____ teléfono _____

Relación: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono del médico: _____

Puede ser necesario coordinar la atención con su médico. ¿Tengo permiso para contactar a su médico para colaborar para su bienestar, si surge la necesidad? Sí No

Enumere cualquier medicamento y dosis actuales:

¿Ha estado en terapia o consejería antes? Sí No

Nombre de los terapeutas anteriores, si corresponde:

Cómo fue referido: _____

En qué asuntos le gustaría trabajar en terapia: _____

Uso de oficina:

Aseguranza: _____ Cuota: _____



Acuerdo de tarifa

Citas

Es un privilegio apoyarlo durante este tiempo. La terapia es un proceso que se toma en serio y haré todo lo posible para brindarle el apoyo que necesita. Además, lo ayudaré conectándolo con otros recursos que pueden contribuir a su bienestar. A medida que comenzamos nuestra relación terapéutica, honraré nuestros horarios de citas lo mejor que pueda manteniendo los cambios al mínimo. Del mismo modo, solicito recibir un aviso mínimo de 24 horas antes de una cancelación. Las sesiones perdidas y cancelaciones recibidas en menos de 24 horas antes de nuestra sesión se le cobrarán por la tarifa completa. Tenga en cuenta que se le darán tres referencias para servicios de asesoramiento en otro lugar si hay cancelaciones continuas o si no se presenta a la terapia 2 veces.

Política de tarifas

Todas las tarifas se determinarán antes del inicio del tratamiento. Las consultas telefónicas tendrán una tarifa dividida de \$ 15 por cada 15 minutos. Solo se aceptan pagos en efectivo. No podemos procesar tarjetas de crédito o cheques. Las tarifas estándar por sesión se aplican de la siguiente manera:

Individual	Sesiones de 45-55 minutos	\$150
Parejas/prematrimoniales	1 hora 30 minutos	\$180
Sesiones familiares	1 hora 30 minutos	\$200

Acuerdo del cliente

Estoy de acuerdo en pagar por todos los servicios que recibo. Si elijo usar un seguro a un proveedor aprobado, acepto pagar cualquier monto que no esté cubierto por mi proveedor de atención médica. Además, entiendo que puedo ser totalmente responsable de la tarifa completa de las sesiones incompletas, sesiones perdidas y sesiones canceladas con menos de 24 horas. Soy consciente de que si llego tarde a una sesión, la sesión concluirá en función de la hora de mi cita original y seré responsable financieramente de la tarifa completa de la sesión.

Grabación de video

Para la seguridad del cliente y el terapeuta, tenga en cuenta que esta oficina y sala de terapia pueden registrarse. Las cintas de video no serán revisadas o utilizadas a menos que se haya cometido un posible delito.

Firma del cliente (s): _____ Fecha: _____

Firma del terapeuta: _____ Fecha: _____



Consentimiento para evaluación y tratamiento

El proceso de terapia

Participar en la terapia puede generar beneficios para usted al permitirle comprenderse mejor a sí mismo y sus metas personales, valores y sentido de sí mismo. La terapia también puede permitirle comprender mejor sus relaciones personales y encontrar soluciones relacionadas con problemas que lo alentaron a buscar terapia. Trabajar para lograr estos beneficios requerirá un esfuerzo de su parte que puede resultar en una considerable incomodidad. A veces, el cambio puede ser fácil y rápido y, con mayor frecuencia, será lento y frustrante. El proceso de recordar eventos desagradables y resolverlos a través de la terapia puede provocar sentimientos de frustración, enojo y posible depresión o ansiedad. Cuando se trabaja con un compañero o miembro de la familia, la situación puede complicarse aún más debido a las relaciones continuas fuera de la sesión. La duración de su terapia se determinará mediante una evaluación clínica realizada en diferentes fases de la terapia.

Tus derechos

Tiene derecho a una relación confidencial conmigo como su terapeuta. Toda la información discutida en la sesión se mantendrá confidencial y se divulgará solo después de obtener su consentimiento por escrito fuera de los tres mandatos:

- Ideas suicidas y / u homicidas
- Abuso de un niño
- Abuso de una persona mayor o dependiente

Además, tiene derecho a conocer el contenido de sus registros en cualquier momento y yo tengo derecho a proporcionarle los registros completos o un resumen de su contenido.

Con previa solicitud, puedo divulgar cualquier parte de sus registros en su archivo a cualquiera que usted especifique. Tenga en cuenta que utilizaré mi criterio clínico para divulgar esta información, especialmente en los casos en que pueda dañarlo de alguna manera. Además, tiene derecho a hacer preguntas sobre los procedimientos utilizados en el curso de la terapia. Además, se le informará sobre mi orientación clínica y qué esperar durante la sesión de admisión.

Notifíqueme si no siente que se está beneficiando de trabajar conmigo como su terapeuta. Tenga la seguridad de que siempre se tiene en cuenta su mejor interés y se le proporcionarán las referencias adecuadas para seleccionar otro terapeuta. Esto se hará sin ninguna forma de represalia y cumplimiento total con respecto a su relación terapéutica posterior. Del mismo modo, me reservo el derecho de referirlo si no siento que puedo apoyarlo utilizando las orientaciones terapéuticas que sigo. Esta referencia ocurrirá con una discusión minuciosa de sus objetivos de tratamiento y su progreso actual.



Tolerancia Cero con el Abuso y el Acoso Sexual

Evaluación: todos los empleados y voluntarios potenciales deben someterse a una verificación de antecedentes completa que incluye la autorización de Livescan antes de ser empleados y trabajar con clientes.

Capacitación: todos los médicos están capacitados sobre lo que constituye abuso y acoso sexual y cómo responder. Todos los médicos son conscientes de lo que constituye acoso sexual.

Prevención: todas las sesiones se controlan con cámaras en la habitación que gobiernan la interacción entre el médico y el cliente cuando están solos. No se proporcionarán servicios en áreas que no estén monitoreadas por cámara. En el caso de que una sesión se lleve a cabo en un área que no está monitoreada por cámaras, la sesión incluirá a otro médico o personal para monitorear los protocolos de seguridad durante la duración del trabajo. Además, algunas sesiones se llevan a cabo virtualmente a través de una plataforma virtual organizacional.

Informes: esta organización tomará en serio todas las denuncias de abuso y acoso sexual e investigará de manera inmediata y exhaustiva si se ha producido abuso o acoso sexual. La policía local y cualquier seguro aplicable y la Junta serán notificados inmediatamente de cualquier alegación de abuso o acoso sexual. Además, se prohíben las represalias contra la persona que presenta la denuncia de buena fe por abuso o acoso sexual.

Protección: todas las víctimas estarán protegidas de daños por las autoridades correspondientes durante la investigación. Se le prohibirá al presunto perpetrador hacer cualquier contacto con el empleado o cliente que reporte un presunto abuso, en espera del resultado de la investigación.



Consentimiento para evaluación y tratamiento

Yo, _____, autorizo y solicito,
_____ llevar a cabo intervenciones terapéuticas, servicios de asesoramiento y referencias con el propósito de mi cuidado o el cuidado de mi hijo menor.

El propósito de las intervenciones y los tratamientos me serán revelados y están sujetos a mi acuerdo. Entiendo completamente la relación terapéutica en la que estoy entrando con mi terapeuta y las credenciales que mi terapeuta tiene para llevar a cabo el tratamiento.

Firma del tutor / firma del cliente para autorizar _____

Nombre impreso del cliente o tutor _____

La relación del tutor con el cliente _____

Firma del terapeuta _____ Fecha _____



Atención a todos los miembros de pago privado o pago con aseguranza

Si va a utilizar un seguro de salud o pagos en efectivo, es posible que se le facture directamente por no presentarse o por cancelaciones tardías realizadas dentro de las 24 horas. Se le facturará el monto de la sesión según lo cubierto por su aseguranza o la tarifa regular de pago privado y se le exigirá que pague antes de continuar con el tratamiento adicional. Si necesita reprogramar una cita existente, llame al menos 24 horas antes de la hora de su cita para reprogramar y evitar la multa.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____



Autorización para la divulgación de información

Por la presente autorizo la divulgación e intercambio de información entre

Dr. Yasamin Farhad, PhD LMFT # 81557 y

Personal, Asociados, AMFT, ASW

451 W. Lambert Rd. Ste. 212, Brea, CA 92821

Servicios sociales de los condados de Orange, Los Angeles, Riverside y San Bernardino

Todas las demás afiliaciones y ubicaciones

Descripción de la información a divulgar:

Declaración de propósito / necesidad de esta información:

Esta autorización vence el _____. Si no se indica una fecha, la autorización vencerá 1 año después de la fecha de firma de este formulario. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento. Envíe la solicitud de revocación por escrito a Yasamin Farhad, Ph.D., L.M.F.T # 81557. La revocación surtirá efecto cuando se reciba la solicitud. Se puede solicitar una copia de esta autorización en cualquier momento. Una copia de este formulario será tan válida como el original.

Firma del paciente / tutor legal

Fecha

Nombre impreso y relación

Fecha

Testigo

Fecha



Congruent Lives, Inc.

Aviso a los clientes

La Junta de Ciencias del Comportamiento recibe y responde a las quejas sobre los servicios prestados dentro del alcance de la práctica de los terapeutas matrimoniales y familiares, trabajadores sociales clínicos y / o asesores clínicos profesionales. Puede comunicarse con la junta en línea en www.bbs.ca.gov, o llamando al (916) 574-7830.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELEPSICOLOGÍA

Este consentimiento informado para telepsicología contiene información importante que se enfoca en hacer psicoterapia usando el teléfono o Internet. Lea esto detenidamente y avíseme si tiene alguna pregunta. Cuando firmes este documento, representará un acuerdo entre nosotros.

Beneficios y riesgos de la telepsicología

La telepsicología se refiere a proporcionar servicios de psicoterapia de forma remota utilizando tecnologías de telecomunicaciones, como videoconferencia o teléfono. Uno de los beneficios de la telepsicología es que el cliente y el médico pueden participar en los servicios sin estar en la misma ubicación física. Esto puede ser útil para garantizar la continuidad de la atención si el cliente o el médico se muda a una ubicación diferente, toma unas vacaciones prolongadas o no puede continuar reuniéndose en persona. También es más conveniente y lleva menos tiempo. Sin embargo, la telepsicología requiere una competencia técnica de ambas partes para ser útil. Aunque existen beneficios de la telepsicología, existen algunas diferencias entre la psicoterapia en persona y la telepsicología, así como algunos riesgos. Por ejemplo:

- **Riesgos a la confidencialidad.** Debido a que las sesiones de telepsicología se llevan a cabo fuera de la oficina privada del terapeuta, existe la posibilidad de que otras personas escuchen las sesiones si no está en un lugar privado durante la sesión. Por mi parte, tomaré medidas razonables para garantizar su privacidad. Pero es importante que se asegure de encontrar un lugar privado para nuestra sesión donde no sea interrumpido. También es importante que proteja la privacidad de nuestra sesión en su teléfono celular u otro dispositivo. Debe participar en la terapia sólo mientras se encuentre en una habitación o área donde otras personas no estén presentes y no puedan escuchar la conversación.

- **Cuestiones relacionadas con la tecnología.** Hay muchas formas en que los problemas tecnológicos pueden afectar la telepsicología. Por ejemplo, la tecnología puede dejar de funcionar durante una sesión, otras personas pueden tener acceso a nuestra conversación privada o personas o empresas no autorizadas pueden acceder a los datos almacenados.

- **Gestión de crisis e intervención.** Por lo general, no participaré en telepsicología con clientes que actualmente se encuentran en una situación de crisis que requieren altos niveles de apoyo e intervención. Antes de dedicarnos a la telepsicología, desarrollaremos un plan de respuesta a emergencias para abordar posibles situaciones de crisis que puedan surgir durante el curso de nuestro trabajo de telepsicología.

- **Eficacia.** La mayoría de las investigaciones muestran que la telepsicología es tan efectiva como la psicoterapia en persona. Sin embargo, algunos terapeutas creen que algo se pierde al no estar en la misma habitación. Por ejemplo, existe un debate sobre la capacidad de un terapeuta para comprender completamente la información no verbal cuando se trabaja de forma remota.



Comunicaciones electrónicas

Decidiremos juntos qué tipo de servicio de telepsicología usar. Es posible que deba tener ciertos sistemas informáticos o de telefonía celular para utilizar los servicios de telepsicología. Usted es el único responsable de cualquier costo para obtener el equipo, los accesorios o el software necesarios para participar en la telepsicología.

Para la comunicación entre sesiones, solo uso la comunicación por correo electrónico y mensajes de texto con su permiso y sólo para fines administrativos, a menos que hayamos hecho otro acuerdo. Esto significa que los intercambios de correo electrónico y mensajes de texto con mi oficina deben limitarse a asuntos administrativos. Esto incluye cosas como establecer y cambiar citas, asuntos de facturación y otros asuntos relacionados. Debe tener en cuenta que no puedo garantizar la confidencialidad de ninguna información comunicada por correo electrónico o mensaje de texto. Por lo tanto, no discutiré ninguna información clínica por correo electrónico o mensaje de texto y prefiero que usted tampoco lo haga. Además, no reviso regularmente mi correo electrónico o mensajes de texto, ni respondo de inmediato, por lo que estos métodos no deben usarse si hay una emergencia.

El tratamiento es más efectivo cuando ocurren discusiones clínicas en sus sesiones programadas regularmente. Pero si surge un problema urgente, no dude en intentar comunicarse conmigo por teléfono. Intentaré devolver su llamada dentro de las 24 horas, excepto los fines de semana y feriados. Si no puede comunicarse conmigo y siente que no puede esperar a que le devuelva la llamada, comuníquese con su médico de cabecera o con la sala de emergencias más cercana y solicite la asistencia del psicólogo o psiquiatra. Si no estaré disponible por un tiempo prolongado, le proporcionaré el nombre de un colega para contactar en caso de ausencia si es necesario.

Confidencialidad

Tengo la responsabilidad legal y ética de hacer mis mejores esfuerzos para proteger todas las comunicaciones que forman parte de nuestra telepsicología. Sin embargo, la naturaleza de las tecnologías de comunicaciones electrónicas es tal que no puedo garantizar que nuestras comunicaciones se mantengan confidenciales o que otras personas no puedan acceder a nuestras comunicaciones. Intentaré utilizar métodos de encriptación, firewalls y sistemas de respaldo actualizados para ayudar a mantener su información privada, pero existe el riesgo de que otras comunicaciones electrónicas se vean comprometidas, no seguras o puedan acceder a ellas. También debe tomar medidas razonables para garantizar la seguridad de nuestras comunicaciones (por ejemplo, solo usando redes seguras para sesiones de telepsicología y tener contraseñas para proteger el dispositivo que usa para telepsicología). El alcance de la confidencialidad y las excepciones a la confidencialidad que describí en mi Consentimiento informado todavía se aplican en telepsicología. Avíseme si tiene alguna pregunta sobre las excepciones a la confidencialidad.

Adecuación de la telepsicología

De vez en cuando, podemos programar sesiones en persona para "registrarse" entre nosotros. Le informaré si decido que la telepsicología ya no es la forma de tratamiento más adecuada



para usted. Analizaremos las opciones de participar en asesoramiento en persona o referencias a otro profesional en su ubicación que pueda proporcionar los servicios adecuados.

Emergencias y Tecnología

Valorar y evaluar las amenazas y otras emergencias puede ser más difícil al realizar telepsicología que en la terapia tradicional en persona. Para abordar algunas de estas dificultades, crearemos un plan de emergencia antes de participar en los servicios de telepsicología. Le pediré que identifique a una persona de contacto de emergencia que esté cerca de su ubicación y a quién contactaré en caso de crisis o emergencia para ayudar a abordar la situación. Le pediré que firme un formulario de autorización por separado que me permita contactar a su persona de contacto de emergencia según sea necesario durante una crisis o emergencia.

Si la sesión se interrumpe por algún motivo, como un fallo en la conexión tecnológica, y tiene una emergencia, no me devuelva la llamada; en su lugar, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Llámeme después de que haya llamado u obtenido servicios de emergencia.

Si la sesión se interrumpe y no tiene una emergencia, desconéctese de la sesión y esperará dos (2) minutos y luego volveré a contactarlo a través de la plataforma de telepsicología en la que acordamos llevar a cabo la terapia. Si no recibe una llamada dentro de dos (2) minutos, llámeme al número de teléfono que le proporcioné.

Si hay una falla tecnológica y no podemos reanudar la conexión, solo se le cobrará la cantidad prorrateada del tiempo de sesión real.

Tarifa

Se aplicarán las mismas tarifas para la telepsicología que para la psicoterapia en persona.

Registros

Las sesiones de telepsicología no se grabarán de ninguna manera a menos que se acuerde por escrito de común acuerdo. Mantendré un registro de nuestra sesión de la misma manera que mantengo registros de sesiones en persona de acuerdo con mis políticas.

Consentimiento informado

Este acuerdo pretende ser un complemento del consentimiento informado general que acordamos al comienzo de nuestro trabajo clínico en conjunto y no modifica ninguno de los términos de ese acuerdo.

Su firma a continuación indica que está de acuerdo con sus términos y condiciones.

Firma del cliente

Fecha

Firma del terapeuta

Fecha