

## INFORMACIÓN PARA CLIENTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

The Genesis Therapy Center es un centro de consejería sin fines de lucro cuya misión es proveer recursos de sanidad a través de terapia, educación y consultoría. Nuestro staff está profesionalmente capacitado y puede trabajar tanto con dificultades psicológicas como con dificultades espirituales dentro del contexto de la terapia. Sabemos que asistir a terapia es una inversión grande de su tiempo, energía y dinero con el objetivo de mejorar sus relaciones y de mejorar individualmente como persona. Nosotros como terapeutas, estamos comprometidos con nosotros mismos para utilizar nuestras habilidades profesionales y asistirle a usted en su terapia de la manera más efectiva posible. Es importante que usted se establezca metas para su proceso de terapia, que las discuta con su terapeuta y que evalúe periódicamente su progreso hacia ellas. Se le solicitará que identifique cuales son sus metas de tratamiento.

### **Supervisión**

Como una manera de continuar nuestro desarrollo como terapeutas, todos participamos regularmente en sesiones de supervisión. Puede que solicitemos su autorización para grabar en video o audio nuestras sesiones para este propósito. No publicaremos, comunicaremos ni tampoco divulgaremos el material grabado con nadie más que con nuestro staff y supervisores, ni lo haremos sin contar con su consentimiento o autorización por escrito.

### **Entrenamiento/Capacitación/Formación**

Somos un lugar de entrenamiento, capacitación y formación de internos y externos que se encuentran realizando sus Maestrías y/o Doctorados en el campo de la psicología. Cada interno/externo es supervisado directamente por uno de nuestros terapeutas licenciados. Se le hará de su conocimiento si a usted se le ha asignado a un interno/externo para su proceso de terapia, y se le dará la opción de solicitar otro terapeuta si así lo prefiere. Sin embargo, sepa que esta opción puede no ser financieramente posible para usted.

### **Confidencialidad**

La confidencialidad es una parte crucial en su proceso de terapia. Nosotros respetaremos y guardaremos su derecho de mantener en confidencialidad cualquier información que usted nos comunique excepto por aquella información legalmente excluida de los acuerdos de terapia (ver Notificación de Privacidad). Los miembros del staff/internos/supervisores también se comprometen a mantener la confidencialidad.

### **Solicitudes Legales**

Por favor, sea consciente que Genesis considera la protección de su información de salud y su confidencialidad seriamente, de tal manera que nuestra política es abstenerse de participar en audiencias y procesos legales solicitados por nuestros clientes o sus abogados. Si a pesar de esto, usted desea que nosotros estemos involucrados en asuntos de esta naturaleza, por favor comprenda que el involucramiento nuestro en asuntos legales está fuera del contrato clínico o terapéutico con Genesis. Todo servicio legal tendrá un costo de \$300/hora, los cuales serán cobrados proporcionalmente en fracciones de diez minutos por hora de tiempo que se invierta en actividades como revisión de documentos y expedientes, redacción de informes, dar o presentar declaraciones, consultar con abogados, servir como testigos profesionales ante un hecho, tiempo de transporte, tiempo de espera, y cualquier otra actividad relacionada a sus necesidades legales. Esta cuota legal no puede ser ajustada bajo una cuota diferenciada, ni tampoco facturada a través de la aseguradora o aseguranza. Genesis no es una agencia de consejería forense, y por la misma razón no le es posible proveer evaluaciones o valoraciones forenses. Genesis puede proveer servicios clínicos únicamente.

### **Cancelaciones**

Cuando usted cancela una sesión, esperamos que la efectúe con 24 horas de anticipación (y no sólo la noche anterior). Si usted no cancela su cita con 24 horas de anticipación, nosotros esperamos que usted cubra con el costo de esa sesión, a menos que se encuentre enfermo de manera inesperada, o que circunstancias fuera de su control le hayan impedido asistir. Nuestros terapeutas y nosotros hemos discutido una cuota apropiada de cancelación de \$\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ (iniciales). Si por alguna razón usted falla en asistir al 50% de sus sesiones de terapia programadas en un mes, o se presenta más de 15 minutos tarde a dos de sus sesiones programadas, Genesis terminara su contrato con usted como cliente. Usted queda invitado a aplicar para recibir terapia en el futuro, cuando esté listo para asistir y participar de ella consistentemente.

### **Terminación**

En todo tipo de terminación (sea como resultado de haber alcanzado las metas de su tratamiento, por poca satisfacción con el proceso, o por no seguir su Plan de Tratamiento), es importante que programemos una última cita después de que usted le haya informado a su terapeuta sobre su intención de terminar el proceso (no seguir o cumplir con su plan de Tratamiento nos informa que no usted no desea hacer terapia en este momento). En esta sesión final, su decisión de finalizar no será reconsiderada, al menos que usted así lo desee.

### **Sesiones**

Las sesiones de psicoterapia tienen una duración de 45 minutos, dejando un margen de 15 minutos entre sesiones para que el terapeuta pueda escribir sus informes, regresar alguna llamada telefónica y prepararse para el siguiente paciente. Llegar a tiempo a su cita y terminarlas a tiempo es altamente apreciado por otros pacientes.

### **Llamadas telefónicas**

A veces es necesario contactar a su terapeuta entre sesiones. Una llamada breve, que no dure más de 10 minutos no será cobrada. Si la llamada telefónica dura mucho tiempo o toma el mismo tiempo de una sesión presencial, la llamada será cobrada según el costo prorrateado de la sesión.

### **Evaluaciones y Consultorías**

Ofrecemos evaluaciones (con tests psicológicos) bajo una tarifa y agenda por aparte. Las consultorías se cobran con la misma tarifa de una sesión de terapia.

### **Vacaciones**

Cuando su terapeuta este de vacaciones, se le notificará las fechas en que estará ausente y se le proporcionará una manera de contactar a un terapeuta en caso de una emergencia (ver sección de emergencias a continuación).

### **Emergencias**

No estamos abiertos las 24 horas del día. Sin embargo, tratamos de responder lo más pronto posible a los mensajes que se encuentran en la contestadora o que han sido dejados con un miembro de nuestro staff. Si usted está pasando por una emergencia y no puede contactar a su terapeuta, por favor llame al 911 o vaya a la unidad de emergencia más cercana.

### **Tarifas/Costos**

Usted es responsable de pagar a su terapeuta semanalmente cada vez que asista a su sesión, y se espera que mantenga su cuenta al día. Genesis es una corporación sin fines de lucro, y está comprometida a proveer terapia bajo un costo que se adapte a su capacidad de pago. Las donaciones y regalos financieros de Iglesias, individuos o clientes antiguos son la única fuente de ingreso para nuestro fondo de asistencia financiera, la cual nos permite proveer terapia bajo un porcentaje más bajo, reduciendo las tarifas cuando sea necesario. En algunas ocasiones puede haber una tarifa por realizar informes escritos o correspondencia. (Ver el apéndice de Asistencia Financiera).

La reducción en la tarifa ya programada o establecida es para aquellos que no cuentan con un seguro o aseguranza para servicios de salud mental. Ha sido estructurado de esta manera, ya que no somos apoyados por la United Way, no recibimos ningún fondo de parte del gobierno y no somos proveedores de Medicaid. Si usted se encuentra bajo circunstancias extraordinarias que ameritan que nosotros le consideremos para que pueda pagar una tarifa más baja, por favor hable con su terapeuta. Todos los clientes que son atendidos por internos/externos utilizarán un modelo de 8 sesiones que puede ser revisado en base a factores clínicos y financieros. (Ver el apéndice de Asistencia Financiera).

La tarifa total o completa es apropiada para aquellos quienes a través de la combinación de sus ingresos, bienes y aseguranza, pueden ya sea pagar por sí mismos la cuota total o utilizar los beneficios que su seguro le otorga. El reembolso por parte de la aseguranza para los servicios ambulatorios de psicoterapia es un beneficio de la mayoría de las pólizas médicas. Le animamos a averiguar su deducible, y los límites de su cobertura, para que usted tenga una idea realista de la cantidad que le será reembolsada. Nosotros someteremos un reclamo a su compañía de seguros o aseguranza. Si su plan es un Preferred Provider Organization (PPO), por favor revise con su aseguranza para estar seguro de que su terapeuta está en ese panel. Nosotros somos proveedores preferenciales de varios PPO's. Si usted tiene un plan Health Maintenance Organization (HMO), por favor sea consciente de que la mayoría de los HMO's requieren que usted vea a un terapeuta que sea parte de su staff, aunque algunos de ellos sí proveen el reembolso de otros proveedores. Si nosotros no estamos en su red y aun así usted quiere ver a alguno de nuestros terapeutas, podemos verle bajo una tarifa negociada y acordada con nosotros.

Si sus beneficios de seguro de salud mental están siendo manejados por una compañía administrativa de cuidado (managed care plans), discutiremos con usted los procedimientos de pago, según estén determinados en su plan.

Por favor sea consiente que la mayoría de planes manejados de esta manera, involucran un manejo clínico directo por parte de la compañía. Esto hace necesario que nosotros trabajemos en conjunto con su compañía para determinar la naturaleza de su tratamiento, y por lo tanto tiene un impacto en la confidencialidad. Solicitamos a ustedes que nos proporcionen una tarjeta de crédito para tener en el expediente desde la primera sesión para poder cobrar ahí algún deducible, co-pago o co-seguro. Si usted decide no dejar una tarjeta de crédito, usted será el responsable de pagar la totalidad del pago de sus citas hasta que se verifique lo contrario con la aseguranza.

Los co-pagos deben hacerse el mismo día en que los servicios se reciben. Se realizarán cargos a su compañía de seguros o aseguranza; sin embargo, cualquier costo que no sea cubierto por la compañía de seguros es responsabilidad del cliente. Fallar en realizar sus co-pagos, co-seguros y deducibles es considerado fraude de aseguranza y es sujeto a ser reportado a su compañía de seguros.

**Autorización de Servicios**

Reconozco que a través de mi seguro o aseguranza soy responsable de realizar un co-pago de \$\_\_\_\_\_ por sesión.

Reconozco que a través de mi seguro o aseguranza yo debo el \_\_\_\_\_% de la cantidad total o habitual.

Reconozco que a través de mi seguro o aseguranza tengo un deducible de \$\_\_\_\_\_ por año/por ocurrencia.

Autorizo que mi tarjeta de crédito sea utilizada para el pago de deducibles, co-pagos, co-seguros o saldos pendientes

\_\_\_\_\_  
Iniciales

Se me ha entregado una copia de la Notificación de Privacidad \_\_\_\_\_.

Iniciales

He leído y estoy de acuerdo con los términos y políticas de pago de este consentimiento informado para clientes.

He recibido respuesta a todas mis preguntas, y mi firma abajo indica que estoy de acuerdo con esta información. Estoy solicitando que yo/mi hijo/mi familia reciba servicios diagnósticos o terapéuticos y autorizo a Genesis Therapy Center para que provea estos servicios.

-----  
Nombre del Cliente (Fecha)

-----  
Firma del Cliente/ Responsable Legal (si el niño es menor a 18 años) (Fecha)

-----  
Firma del Cliente/ Responsable Legal (si el niño es menor a 18 años) (Fecha)