

Erika Cadenas, MA, LMFT#105596
30 E San Joaquin Street Suite 102
Salinas, CA 93901
(831) 275-0786 eacadenasmft@gmail.com

Registro del Cliente

Escriba claramente

Fecha: _____

Apellido: _____ Primer nombre: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Género: _____ Estado civil: _____

Identificación de aseguranza (si corresponde): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono principal: _____

marque si está bien dejar un mensaje de voz / texto. Identifique si es telefono de casa
celular trabajo o otro _____

Teléfono alternativo: _____ marque si está bien dejar un mensaje de
voz/texto. Identifique si es telefono de casa celular trabajo o otro _____

Ocupación: _____ Empleador: _____

Escuela (si se aplica) _____

Información de Contacto en caso de Emergencia:

Nombre / relación: _____ # de Teléfono: _____

Médico de atención primaria: _____

Número de teléfono: _____

Alergias: _____

Preocupaciones médicas y medicamentos tomados / médico que prescribe: _____

Razón para buscar servicios hoy: _____

Erika Cadenas, MA, LMFT#105596
30 E San Joaquin Street Suite 102
Salinas, CA 93901
(831) 275-0786 eacadenasmft@gmail.com

Declaración de Divulgación, Póliza y Consentimiento para Tratamiento

- Me comprometo a proporcionar la más alta calidad de servicios de asesoramiento y psicoterapia y a honrar sus derechos como cliente informado. Además de sus derechos y responsabilidades como un cliente, hay otras cosas importantes que debe saber sobre la participación en psicoterapia o asesoramiento profesional.
- Los servicios serán brindados por Erika Cadenas, terapeuta matrimonial y familiar licenciada con el estado de California.
- Además de la terapia de conversación tradicional, también incorporó técnicas basadas en evidencia, cómo la terapia de conducta cognitiva (TCC), enfocada en soluciones, terapia de arte, terapia de juego y técnicas de atención plena. Discutiremos en colaboración si estos son apropiados para usted en función de sus necesidades clínicas.
- Tiene derecho a hacer cualquier pregunta sobre su diagnóstico y tratamiento, así como sobre mi educación, capacitación y acercamiento a la terapia. También tiene derecho a solicitar un cambio de terapeuta.
- Las sesiones de asesoramiento individual duran aproximadamente 50-55 minutos en la mayoría de los casos.
- Existen ciertos riesgos inherentes en el tratamiento de problemas de salud psicoemocionales o del comportamiento. Los efectos potenciales, aunque poco frecuentes y generalmente temporales, pueden incluir el empeoramiento de los síntomas y una mayor dificultad en las relaciones. Por ejemplo, el asesoramiento puede provocar sentimientos y pensamientos que son incómodos o incluso dolorosos. Tiene derecho a suspender el uso de técnicas terapéuticas en cualquier momento, incluido tomar un breve descanso. Mantengame informada si está experimentando síntomas que empeoran y / o emociones o pensamientos angustiantes.
- Las conversaciones que tiene conmigo son confidenciales. La información compartida durante el tratamiento de psicoterapia no será divulgada sin su permiso por escrito. Hay ciertas excepciones a esta regla. Los requisitos legales y éticos especifican ciertas condiciones en las que puede ser necesario que información sobre su tratamiento con otros profesionales, proveedores de atención médica, parejas domésticas, autoridades policiales u otras instituciones. Si tiene alguna pregunta sobre estas excepciones a la confidencialidad, siéntase libre de discutir esto conmigo antes de que comience el tratamiento o en cualquier momento durante nuestras sesiones.

Dichas exclusiones incluyen, entre otras, las siguientes:

- **Peligro o amenaza de daño a usted o a otra persona**
- **Sospecha de abuso o descuido de niños, ancianos o adultos dependientes**
- **Recibo de una citación legal u orden judicial**
(Iniciales _____)

Erika Cadenas, MA, LMFT#105596
30 E San Joaquin Street Suite 102
Salinas, CA 93901
(831) 275-0786 eacadenasmft@gmail.com

Póliza, Expectativas y Acuerdos

Reprogramación y cancelación

Una cita perdida es una pérdida para todos. Notifíqueme de cualquier necesidad de cancelar o reprogramar su cita con al menos 24 horas de anticipación. Debido a la necesidad de clientes en espera, si cancela tarde o no asiste a su cita 2 veces consecutivas habrá un cargo de **\$25 dólares** para reprogramar una nueva cita. **(Iniciales _____)**

Horarios y tiempo de sesión

Planifique con anticipación el tráfico y el estacionamiento para que llegue a sus citas a tiempo. Se harán todos los esfuerzos para comenzar y terminar sus citas a tiempo. Sin embargo, debido a la naturaleza de la psicoterapia, algunas veces pequeñas demoras son inevitables. Intentaré de mantenerle informado si el inicio de su cita se retrasará, pero ocasionalmente esto no es posible.

Póliza de redes sociales y uso de la comunicación electrónica

Tenga en cuenta que no participó en sitios de redes sociales con clientes actuales y anteriores, ya que puede afectar los límites del tratamiento. Tenga en cuenta que el contenido que se muestra en mi sitio web profesional y en mi página de redes sociales se utiliza únicamente con fines informativos, construcción comunitaria y de publicidad. Es mejor contactar directamente si tiene preguntas, comentarios o inquietudes.

(Iniciales _____)

Tenga en cuenta que el correo electrónico y los mensajes de texto no son la principal forma de comunicación. Usaré mensajes de texto y correos electrónicos con su consentimiento verbal/escrito y me limitaré a fines administrativos (es decir, confirmar, cancelar o reprogramar citas). Se mantendrán esfuerzos para proteger la información confidencial. Sin embargo, tenga en cuenta que las comunicaciones electrónicas no deben suponerse protegidas o permanecer privadas. Por lo tanto, es una buena práctica no usar PHI (información de salud personal como nombre, fecha de nacimiento, etc.) cuando se utiliza la comunicación electrónica.

(Iniciales _____)

Tratamiento final / Sesión final

Usted tiene el derecho de finalizar el tratamiento en cualquier momento.

Afortunadamente, esto será de mutuo acuerdo porque sus metas para la terapia se han cumplido. A veces, sin embargo, las circunstancias cambian y puede decidir finalizar el tratamiento por otros motivos. Solicitamos que tenga al menos una sesión final después de notificarnos su intención de suspender el tratamiento.

Tarifas y pago

Facturaré a su aseguradora, _____ si es aplicable. Por favor de notificarme inmediatamente sobre cualquier cambio en su elegibilidad para servicios

Erika Cadenas, MA, LMFT#105596
30 E San Joaquin Street Suite 102
Salinas, CA 93901
(831) 275-0786 eacadenasmft@gmail.com

Cualquier parte de la tarifa de la que sea responsable (es decir, copago) se debe pagar al final de cada sesión. Tenga en cuenta que, si bien puede haber un copago inicial por los servicios facturados, no se considera pagado en su totalidad hasta que sea procesado por su aseguradora. Cualquier parte restante no reembolsada por su seguro será su responsabilidad. Las tarifas se pueden pagar en efectivo, cheque o visa / mastercard. Los cheques devueltos tendrán un cargo por servicio de \$15. **Copago por sesión:** _____
(Iniciales _____)

Mi firma a continuación indica que he leído y entiendo cuidadosamente la divulgación, las pólizas y las expectativas anteriores, y doy mi consentimiento para participar en tratamiento.

Si este tratamiento es para un niño menor de edad, mi firma otorga consentimiento para que el niño (mencionado a continuación) participe en el tratamiento. También indica que tengo la autoridad legal para proporcionar este consentimiento para el tratamiento de este menor. Si otra persona también debe aceptar legalmente que se trate al menor (como en ciertos casos de custodia legal compartida), se lo notificará al terapeuta inmediatamente.

Nombre impreso del cliente: _____

Fecha de nacimiento _____

Firma del cliente o representante: _____

Fecha: _____

Relación con el cliente (si está firmado por un representante): _____

Erika Cadenas, MA, LMFT#105596
30 E San Joaquin Street Suite 102
Salinas, CA 93901
(831) 275-0786 eacadenasmft@gmail.com

Consentimiento Informado de Telesalud

La ley de California ha reconocido durante mucho tiempo la telesalud como una forma de presentación de atención médica y servicios conductuales que muchos psicoterapeutas están practicando en el estado de California y los Estados Unidos. En California, "Telehealth" es un método definido para ofrecer servicios de atención médica utilizando tecnologías de información y comunicación para facilitar el diagnóstico, la consulta, el tratamiento y coordinación de servicios mientras el paciente y el proveedor están en dos sitios diferentes. Esta forma de servicios suele ser una videoconferencia en vivo a través de un ordenador personal con una cámara web.

Yo _____ **(nombre del cliente)** doy mi consentimiento de participar en terapia por telesalud con Erika Cadenas, LMFT. Entiendo que "telemedicina o telesalud" incluye la práctica de la prestación de atención médica, diagnóstico, consulta, tratamiento, transferencia de datos médicos y educación mediante comunicaciones interactivas de audio, video o datos. Entiendo que la telesalud también implica las comunicaciones de mi información médica/mental, tanto oral como visualmente, a un profesional de la salud ubicado en California. Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a la telesalud:

- (1) Tengo el derecho de retener o retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar mis derechos a la atención o tratamiento futuro o arriesgar la pérdida o con cualquier beneficio al que de otro modo tendría derecho.
- (2) Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica también se aplican a la telesalud. Como tal, entiendo que la información revelada por mí durante el curso de mi terapia es generalmente confidencial. Sin embargo, existen excepciones obligatorias y permisivas a la confidencialidad, incluidas, entre otras, la denuncia de abuso de niños, ancianos y adultos dependientes; amenazas de violencia hacia una víctima verificable; pensamientos y planes específicos de hacerme daño; y donde haga de mi estado mental o emocional un problema en un procedimiento legal.
- (3) Entiendo que existen riesgos y consecuencias de la telesalud, incluida, entre otras, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables de mi psicoterapeuta, de que: la transmisión de mi información médica podría verse interrumpida o distorsionada por fallos técnicos; la transmisión de mi información médica podría ser interrumpida por personas no autorizadas; y /o el almacenamiento electrónico de mi información médica

Erika Cadenas, MA, LMFT#105596
30 E San Joaquin Street Suite 102
Salinas, CA 93901
(831) 275-0786 eacadenasmft@gmail.com

podría ser accedido por personas no autorizadas. Además, entiendo que si mi psicoterapeuta cree que sería mejor ser atendido por otra forma de servicios psicoterapéuticos (por ejemplo, servicios de cara a cara) me referirá a un psicoterapeuta que puede proporcionar tales servicios en mi área. Finalmente, entiendo que hay riesgos y beneficios potenciales asociados con y forma de psicoterapia, y que aun de mis esfuerzos y los esfuerzos de mi psicoterapeuta, mi condición puede no ser mejor, y en algunos casos incluso puede empeorar.

Si tiene una emergencia, se siente con pensamientos de suicidio por favor:

1. Llame al 911
2. Ir al hospital más cercano
3. Prevención del suicidio de la costa central 831-649-8008

(4) Entiendo que puedo beneficiarme de la telemedicina, la información y las copias de los registros médicos de acuerdo con la ley de California.

(5) Entiendo que tengo derecho a acceder a mi información médica y copias de los registros médicos de acuerdo con la ley de California. He leído y entiendo la información que se proporciona anteriormente. Lo he discutido con mi psicoterapeuta, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Firma del Cliente: _____

Fecha: _____