



CENTRO DE CONSEJERÍA SAGEMONT

ACUERDO DE SERVICIOS PROFESIONALES

BIENVENIDOS

Me llamo Virginia Lara. Me place que hayan escogido los servicios de consejería que se ofrecen en Sagemont. Quiero compartir con ustedes alguna información personal mía para que así puedan tomar una decisión informada sobre si desean utilizar mis servicios profesionales. Tengo licencia para prestar servicios de consejería y supervisar dichos servicios (LPC-S) y también tengo licencia para ofrecer servicios de consejería sobre terapia familiar y matrimonio (LMFT) aquí en La Iglesia Sagemont. La siguiente información les ofrece una breve descripción sobre mi filosofía y la naturaleza de nuestra relación profesional.

VALORES DEL CONSEJERO

Me considero ser un consejero Cristiano. Esto quiere decir que además de ser clínicamente profesional en mi consejería, mi enfoque también tiene una perspectiva Cristiana basada en La Biblia. Mientras que yo acepto a toda persona, no importando su condición ó situación espiritual, mi enfoque requiere que yo envuelva al Señor en las sesiones terapéuticas. Por lo cual una de las metas de mi filosofía como consejero es aconsejar a mis clientes a que establezcan y desarrollen una relación íntima y significativa con El Señor durante el periodo que dure la consejería.

POLÍTICA SOBRE CONFIDENCIALIDAD

En el Centro de Consejería de Sagemont nos preocupamos y queremos proteger su confidencialidad personal. Siendo un consejero Cristiano, mi creencia es que el Señor requiere de mí que sea una persona en la que se pueda confiar. También creo que como parte integrante del proceso de sanación se requiere que exista en nuestra relación un sentido de seguridad y confianza por su parte. Otra de mis metas es crear un ambiente en el cual usted se sienta seguro y considere que pueda confiar en mí.

De acuerdo a la definición de Confidencialidad, tanto Federal como Estatal, esto significa el mantener completamente segura y privada cualquier comunicación suya conmigo y cualquier documento ó escritura desarrollada acerca de su identidad, evaluación ó tratamiento por mi durante las sesiones de consejería. De haber alguna diferencia entre las definiciones Federal ó Estatal, yo me comprometo a usar la definición y el estatuto más estricto para asegurar que su confidencialidad estará protegida siempre.

Pero sí hubiese algunas instancias en que estemos requeridos a proveer cierta información:

1. Se revelará la información apropiada y se notificará a las autoridades pertinentes ó a otros que necesiten conocer dicha información en caso de admisión seria ó inminente de tendencias suicidas.
2. Si la vida de otra persona estuviese en peligro, se le reportará a la víctima potencial y/ ó a las autoridades pertinentes.
3. Se revelará información acerca de su salud si hay sospechas razonables de que usted está siendo una víctima de abuso corporal, negligencia, ó de abuso doméstico ó posiblemente una víctima de algún otro crimen.
4. Se requiere por Ley, el reportar cualquier sospecha de abuso a niños menores de edad. Si sospecho que algún niño/a está en riesgo de sufrir cualquier tipo de abuso, haya ya sufrido abuso ó que la persona responsable de abusar

al menor de edad sigue con oportunidad de abusarlo, se requiere que esto se reporte a "Child Protective Sevices" ó a La Policía.

5. Se requiere por la Ley que se reporte cualquier sospecha de abuso contra ancianos, 65 años ó mayores ó cualquier adulto que sea un dependiente.
6. Si se decide a entrar en consejería que incluye a toda la familia, ó al su consorte ó a consejería matrimonial, la información que sea compartida conmigo en cualquier sesión individual puede, según mi discreción, ser compartida con otros miembros de su familia, ó consorte siempre y cuando se considere que es para el bienestar de todos los envueltos.
7. Podría usar ó revelar información sobre su salud a un médico ó doctor ó cualquier proveedor de servicios de salud que lo tenga a usted bajo tratamiento ó tenga como responsabilidad el manejo de su salud mental u otros servicios relacionados.
8. Si a mí discreción, considero que es necesario consultar a otros profesionales para proveerle mejores servicios a usted, podría revelar información pertinente a su situación a mi supervisor, colegas y ministros religiosos, que puedan estar envueltos en su caso.
9. Podría utilizar ó revelar información sobre su salud para obtener pago por servicios que le he proveído. La confidencialidad no se puede garantizar si usted decide proveerse de beneficios de seguros médico, usar organizaciones que manejen el cuidado de salud ó otros medios de pagos que requieren que se le dé información sobre su situación. Por ejemplo, podría incluir información con el estado de cuenta por servicios proveídos a otra entidad para fines de recibir pago por esos servicios. Ese estado de cuenta podría incluir información tal como su nombre, el diagnóstico y el procedimiento utilizado.
10. Podría utilizar cierta información sobre su salud en relación con nuestro negocio de consejería. Esto incluiría tales cosas como evaluaciones sobre la calidad de servicios rendidos y actividades necesarias para mejorar esos servicios. Evaluación de la competencia profesional ó calificación de los profesionales que proveen tales servicios. La evaluación de los consejeros, supervisión clínica, programas de entrenamientos, certificación, licenciamiento ó el obtener las credenciales requeridas para proveer los servicios de consejería.
11. Un juez podría requerir que se revele información pertinente, si usted se ve envuelto en un caso judicial y el juez decide que esta relación profesional es relevante al caso.
12. Si decide poner una demanda judicial ó nos acusa de mala práctica profesional, cualquier derecho a nuestra confidencialidad profesional caducarán al momento de tal demanda judicial.

Revelaré su información personal, si usted firma una autorización por escrito permitiendo la revelación de información particular a un receptor específico. Si esa información contiene información relacionada con otros clientes (tal como esposa/o padre ó madre y/o niño, etc.) autorizaciones por escrito deben ser firmadas por cada uno de los individuos envueltos.

Cualquier récord por escrito sobre comunicaciones sobre el cliente será almacenado de forma segura para así proteger la confidencialidad y privacidad de dicho cliente. Récorde almacenados electrónicamente están protegidos por contraseñas restringidas, programas anti-virus, y barrera de control de acceso ("firewalls").

Nuestra oficina puede, en cualquier momento, ponerse en contacto con usted a través del teléfono, correo electrónico, mensaje grabado, tarjeta postal, a través del correo postal ó algún otro medio de comunicación con el propósito de informarle sobre la disponibilidad de otro tipo de servicios que le puedan interesar a usted.

Si usted tiene alguna pregunta ú otra inquietud acerca de esta póliza, por favor déjenos saber lo antes posible para poder resolverlos y así servirles de acuerdo a su preferencia.

Sus Derechos

1. De acuerdo con la reciente ley del gobierno Federal HIPPA que se publicó en el año 1996, usted tiene el derecho legal de pedir por escrito cualquier tipo de restricción que usted crea ser necesario para proteger dicha información del uso indebido por otras personas con posible acceso a dicha información.
2. HIPPA dice que aunque usted haya dado el consentimiento para el uso de su información personal durante el tratamiento terapéutico y el pago por dichos servicios u otras opciones de tratamiento que fuesen requeridas, usted tiene el derecho legal de revocar dicho consentimiento por escrito en cualquier momento, exceptuando cualquier procedimiento que procedió de su consentimiento original. Si, según nuestro entendimiento, no se nos hace posible él consentir a su pedido para el restringir dicha información, discutiremos la razones por las cuales no podemos hacer lo que se nos pide, y si fuese necesario terminaríamos nuestro Contrato para la Provisión de Servicios Profesionales de Consejería.
3. De acuerdo con HIPPA usted tiene el derecho legal de pedir por escrito, el recibir e inspeccionar copias de su información personal que se encuentren en la posesión de esta oficina de consejería. HIPPA especifica los requisitos que ese el tipo de información debe llenar para poder ser incluida para satisfacer su pedido por escrito. Si por casualidad, la información que usted pidió no llena los requisitos especificados por HIPPA, tenemos el derecho legal de negar su pedido. Todo pedido que llene los requisitos de HIPPA serán prontamente satisfechos. Pero habrá un recargo razonable para cubrir los costos clericales para copiar la información requerida.
4. Usted también tiene el derecho bajo la ley de pedir por escrito que se enmiende su información personal según usted lo crea adecuado. Si las enmiendas cayesen fuera de las especificaciones de la ley, tenemos el derecho de negarnos a hacer dichas enmiendas.

Si en cualquier momento usted cree que este Centro de Consejería no se adhiere a las intenciones y prescripciones de la ley ó si usted creyese en cualquier momento que hemos violado sus derechos a su confidencialidad, por favor pida discutir esta situación con su consejero ó con el Director del Centro de Consejería. Por favor dirija sus preguntas ó algunas otras inquietudes al Señor Mike Schumacher, Director, Centro de Consejería de Sagemont, 11514 Hughes Rd., Houston, TX 77089. Le daremos seria consideración a todas sus preguntas e inquietudes.

Si no hubiese una resolución, Ud. puede presentar una querrela en el Departamento de Salud y Recursos Humanos en la Oficina de Derechos Civiles.

Honorarios

Típicamente, una cita para Consejería individual, familiar ó pareja matrimonial dura unos cincuenta (50) minutos. Los Servicios de Consejería se llevan a cabo en nuestro centro en Sagemont. Los consejeros están disponibles para consultas telefónicas siempre y cuando esto sea clínicamente apropiado. Honorarios dependen sobre sí usted es miembro de la Iglesia Sagemont ó nó.

Si usted es miembro de Sagemont - Se anima a los miembros de la Iglesia Sagemont que participan en el uso de estos servicios, a que hagan una contribución ó donativo para ayudar a defraudar los costos asociados con este ministerio, sin embargo miembros actuales y participantes activos de la Iglesia son elegibles a participar en la sesión inicial gratuitamente. Si se requieren sesiones adicionales, los honorarios consisten de **\$40.00** dólares por cada visita de consejería ó consulta telefónica pagaderos al momento de rendirse los servicios.

Si usted no es miembro de Sagemont- Para aquellos clientes que no son miembros de Sagemont el costo será de **\$80.00** dólares por sesión de consultoría por visita ó por consulta telefónica pagaderos al momento de rendirse los servicios.

Servicios Para Casos Legales

Si se requiere la participación en consultoría relacionada ó que envuelva un caso legal como su representante, el costo será de **\$100.00** dólares por hora. Este costo se aplicará a cualquier tiempo que se use durante su caso. Esto incluye cualquier reunión con sus abogados, presentarse ante una corte ó ante un Juez, reportes por escrito, viajes y transportación requerida por el caso y tiempo usado en preparación para el caso.

Por no tener las credenciales clínicas requeridas para el trato de niños, no estoy cualificado para rendir estos servicios en casos que requieren evaluar a niños en materia de divorcios, caso de custodia de niños, y otras disputas relacionadas con la evaluación de niños.

Arreglos Financieros

Los honorarios se determinarán antes del comienzo de la sesión original. Se debe entender que el pago por los servicios rendidos es parte integral de dicho tratamiento. Se espera que *se pague totalmente* los servicios inmediatamente al concluir la sesión. No le sometemos cuentas a cobrar a las compañías de seguro de salud. Pero si el cliente desea hacerlo, le proveeremos las formas requeridas para reclamarle el pago a su compañía de seguro. Aceptamos pago en la forma de efectivo, cheque, ó tarjetas de crédito tal como Visa, American Express y MasterCard. No se ofrecerán más sesiones de consultoría mientras existan cuentas que no se hayan pagado. No se harán citas hasta que se reciba el pago por servicios ya rendidos.

Póliza Para Cancelar Citas

El tiempo que se adjudica para su cita está reservado exclusivamente para usted. Si falta a su cita sin cancelar con anticipación, ó si cancela la cita con menos de 24 horas de anticipación, incurrirá en un cargo de **\$40.00** dólares que le será cargado a su tarjeta de crédito en récord. Si llegara tarde a su cita, usaremos el tiempo restante, pero se le cargará el precio de una sesión completa.

[Inicie aquí_____.]

Consentimiento Para Tratamiento

Usted tiene el derecho legal de recibir una descripción clara sobre la naturaleza de esta relación profesional. Usted tiene, también, la opción de recibir otros tratamientos no ofrecidos por El Centro De Consejería Sagemont, incluyendo el no recibir Consejería, y que no hemos garantizado el tipo de resultado que se pueda obtener a través de Consejería. De hecho es muy posible que usted se sienta peor durante el inicio de su tratamiento.

Al firmar al final de este documento usted está verificando que:

1. Usted ha elegido de buena fé y libremente los servicios de Consejería ofrecidos por Sagemont y no bajo coerción.
2. Que está consciente que el servicio de Consejería que se ofrece por Sagemont no es un servicio para tratamientos en situaciones de crisis. Normalmente, estoy disponible durante horario de oficina normal (de Lunes a Viernes de las 8:30 AM a las 4:30 PM), si llama al siguiente teléfono (281) 481-7133. Luego del horario normal, por favor déjeme un mensaje grabado. **En caso de una emergencia médica o una situación de crisis seria, proceda al centro de emergencia médico más cercano a donde usted vive.**
3. Que ha recibido información sobre los honorarios a cobrarse por los servicios ofrecidos por El Centro de Consejería Sagemont y ha hecho las gestiones para obtener un acuerdo individual para financiar el pago por los servicios rendidos.
4. Que para hacer el tratamiento lo más efectivo posible, puede que le pidamos su permiso para grabar algunas de las sesiones ó consultas que nosotros seleccionaremos. Como se requiere su aprobación, se le notificará antes de hacer cualquier grabación.
5. Que está consiente de que para tratar menores de edad necesitamos el consentimiento por escrito de sus padres biológicos ó de la persona adulta asignada legalmente la custodia del menor.
6. Que está consiente de que puede pedir acceso a información sobre su tratamiento que se mantenga en su archivo de cliente, y que el acceso será autorizado debidamente a menos que se determine que no es clínicamente apropiado.
7. Que al firmar este documento absuelve de cualquier responsabilidad legal ó culpa é indemniza a su consejero y a este ministerio de todo gravamen, reclamo y gasto incurrido en relación a los servicios de Consejería rendidos bajo este acuerdo.

8. Que leyó este Acuerdo de Servicios Profesionales y comprende su contenido.

Firma del Cliente _____

Fecha _____

Fecha _____