
Multicolor Counseling and Consultation, LLC
Luis R. Alvarez-Hernandez, LCSW, CAMS-II
Psicoterapeuta/Trabajador Social con Licencia Clínica

Una Práctica Independiente en Athens Therapy Co-op
485 Huntington Road #196, Athens GA 30606 | 706-363-3352, ext. 709
luisalvarez@therapysure.com | multicolorwellness.com

Favor de tomar en cuenta las siguientes políticas y procedimientos. De tener preguntas acerca de la siguiente información, siéntase en la libertad de preguntar por clarificación en la cita inicial. Favor de iniciar junto a las flechas.

Consentimiento Informado

Estoy de acuerdo en ser tratado por el proveedor indiciado arriba. Entiendo que mi participación en el tratamiento es de forma voluntaria y que puedo terminar los servicios en cualquier momento. También entiendo que, si estoy siendo ordenado por la corte a obtener servicios, el yo terminar los servicios puede afectar mi caso legal.



_____ Entiendo y estoy de acuerdo con la información mencionada arriba.

Costos

Favor de tomar en cuenta los siguientes costos acordados entre terapeuta y cliente(s):

- Sesión inicial: \$120/50 minutos
- Sesión/consulta individual: \$100/50 minutos
- Sesión de parejas: \$100/50 minutos
- Sesiones/consultas por teléfono/Telesalud: \$100/50 minutos
- Sesión de grupo: _____/sesión | *Nombre del grupo:*

Otros Servicios Especializados:

- Evaluación Clínica Psicosocial: \$175/50 minutos (Inmigración, Diagnósticos, etc.)
- Evaluación Psicosocial Enfocada en Uso de Sustancias: \$120/50 minutos
- Evaluación de Manejo de Ira: \$75/50 minutos
- Sesión de Manejo de Ira: \$45/sesión
- Otro:

Nota:

Cualquier cambio en costos será notificado a los clientes con 30 días de anticipación. Un nuevo Consentimiento Informado se completará entonces. Al momento, no acepto seguros de salud. Si usted decide obtener servicios de consejería que están fuera de la cobertura de su seguro de salud, yo le proveeré un documento para que pueda pedirles un posible reembolso.



_____ Entiendo y estoy de acuerdo con la información mencionada arriba.

Pagos

Usted será responsable de su pago a la hora del servicio. Los pagos se pueden hacer a través de efectivo, cheque o tarjeta de crédito. Favor de tomar en cuenta que nosotros no podemos controlar información personal obtenida por procesadores de tarjetas de crédito. De igual forma tenga presente que su cuenta de banco podría listar los nombres de los servicios de terapia recibidos o el nombre de esta práctica de terapia. Habrá un cargo de \$25 a todo cheque devuelto por insuficiencia de fondos. Si una cita no es cancelada con 24 horas de anticipación, si usted no llega a su cita, o si está más de 15 minutos tarde para una cita, su tarjeta de crédito en nuestro archivo será cargada automáticamente con el costo de una sesión completa. De no tener una tarjeta de crédito en nuestros archivos, continúa siendo responsable por el costo de una sesión completa.



_____ Entiendo y estoy de acuerdo con la información mencionada arriba.

Política de Cancelación

Cuando hacemos una cita, ambos estamos haciendo el compromiso de pasar ese tiempo juntos. Todos tenemos emergencias de vez en cuando y si usted o alguien más está enfermo no espero que llegue a cita, pero le pido que me deje saber para así ofrecerle el tiempo de su cita a alguien más. Cuando tenga otros compromisos (práctica de beisbol, su familia está de visita, un proyecto escolar, etc.), por favor déjeme saber con 24 horas de anticipación si no puede llegar a su cita. Si usted no llega a su cita o no notifica con 24 horas de anticipación, se le cobrará por su cita. Si usted está más de 15 minutos tarde de su cita, haremos otra cita para así poder utilizar el tiempo de una cita completa y se le cobrará el costo una cita completa. Favor de tomar en cuenta que no se le puede cobrar al seguro médico por una cita a la cual usted no asistió y que usted será responsable por el costo completo de esa cita.



_____ Entiendo y estoy de acuerdo con la información mencionada arriba.

Confidencialidad

El contenido que se discuta en nuestras sesiones es confidencial. Como ha sido indicado en la ley HIPAA, en la mayoría de los casos no divulgaré ninguna de su información personal sin su consentimiento escrito. Los límites de confidencialidad incluyen situaciones en las cuales el consejero tiene razón para creer que ha ocurrido abuso o negligencia infantil, situaciones en las cuales los clientes pueden ser una amenaza para ellos mismos o alguien más, en caso de emergencia, o en situaciones en las que una corte requiera copias de un expediente. Se le proveerá una copia de la política de privacidad de HIPAA pertinente a su expediente de salud mental. Adicionalmente, podría haber instancias en las cuales es necesario y beneficioso para mi consultar casos con colegas, aunque cuando eso sea pertinente, no se compartirá su información personal o identificable. La confidencialidad se extiende a su terapeuta, otros terapeutas y personal de la oficina y a terapeutas practicantes que puedan trabajar con este consejero.

Para obtener una copia de ciertas partes de su expediente, permita al menos 7 días para procesar la solicitud escrita. Un Relevé de Información tendrá que ser completado para cada solicitud.



_____ Entiendo y estoy de acuerdo con la información mencionada arriba.



_____ Comprendo que puedo encontrar una copia de la Política de Privacidad, la cual incluye mis derechos y responsabilidades, en la página de internet multicolorwellness.com. También comprendo que puedo recibir una copia de la Política de Privacidad de ser solicitada a mi terapeuta.

Consentimiento Parental Para el Tratamiento de Salud Mental de un Menor

Nombre del Menor: _____

Nombre del Padre/Madre o Guardián Legal: _____


Fecha de Nacimiento: _____


Relación con el/la Menor: _____

Edad: _____

Como el padre/madre o guardián legal con la autoridad de consentir en nombre de el/la menor nombrado arriba, por la presente doy mi consentimiento para que el/la menor reciba consejería, psicoterapia, evaluación psicológica y/o cuidado psiquiátrico del personal profesional asociado con o empleado por Multicolor Counseling and Consultation, LLC.

El proveedor de salud mental responsable de los servicios me ha explicado el plan de tratamiento propuesto, el carácter general y el grado de los riesgos envueltos en el tratamiento y opciones para alternativas de tratamiento, si alguna. Sin embargo, el tratamiento no será demorado de existir alguna emergencia. Este consentimiento será válido hasta que el menor cumpla la edad de 18 años, sin embargo, puede ser revocado en cualquier momento con una notificación por escrito. También entiendo que el tratamiento con el/la menor es un proceso colaborativo entre el/la menor, padre/madre/guardián y el consejero. Por consiguiente, alguna información podría ser mantenida como privada entre dos o más de las partes involucradas. La meta es que todas las partes sean capaces de comunicarse honesta y libremente entre ellos según sea posible.

 _____ Yo, el padre/madre o guardián, entiendo y estoy de acuerdo con la información mencionada arriba.


 _____ Yo, el/la menor, entiendo y estoy de acuerdo con la información mencionada arriba.

Asuntos de Corte y Legales

Los servicios proveídos a usted (evaluación, sesión de terapia, etc.) son independientes de cualquier procedimiento legal pasado, presente o futuro. El obtener estos servicios no es de forma alguna una garantía de resultados legales específicos.

En casos que puedan involucrar testimonio en la corte, se le notifica que mi rol es el ayudarle a usted y/o el miembro de su familia encontrar sanación a través de este proceso. Mi prioridad es el honrar la relación terapéutica con usted, como mi cliente, no es para reunir evidencia para custodia, casos de inmigración, casos de discapacidad u otras disputas legales. Si usted escogiera citarme para mi testimonio en la corte para un caso civil o criminal acerca de mi experiencia clínica con usted y su familia, el costo es de \$175 la hora, incluyendo el tiempo de viaje y tiempo de preparación. Servicios adicionales, tales como tiempo dedicado a hablar con abogados o escribir cartas, podrá tener un costo adicional.

Por favor déjele saber a su terapeuta si usted está trabajando en estos momentos con un abogado para así completar y firmar un Relevé de Información.

 _____ Entiendo y estoy de acuerdo con la información mencionada arriba.

Telesalud

EL concepto de Telesalud es relativamente nuevo, aunque muchos terapeutas han estado empleando el uso de la tecnología por años. El internet, teléfonos celulares y la videoconferencia han hecho los servicios de terapia más accesibles para más personas, pero la Información Protegida de Salud relacionada a la tecnología necesita un nivel adicional de protección. Adicionalmente, hay varios factores que se deberían considerar en cuanto a los servicios de Telesalud para así proveerle con el más alto nivel de cuidado. Por consiguiente, he completado tratamiento especializado para la Telesalud y he desarrollado varias políticas y protecciones para asegurar que su Información Protegida de Salud se mantenga confidencial. Éstas se discuten a continuación.

Estoy requerido de informarle los riesgos relacionados al uso de Telesalud con respecto a la consejería. Si hablamos en el teléfono (ya sea teléfono celular o fijo). Existen riesgos de que alguien pueda oír o interceptar nuestra conversación. Adicionalmente, si alguien tiene acceso a su factura de teléfono, podría ver que hemos hablado y por cuánto tiempo. Las llamadas telefónicas tienen el costo regular de una sesión y la mayoría de los seguros médicos no cubren sesiones por teléfono. Los mensajes de texto no son un medio seguro de comunicación y podrían comprometer su confidencialidad. Por consiguiente, no utilizo mensajes de texto en mi práctica de terapia. Es la responsabilidad del cliente el utilizar dispositivos que sean seguros.

Si desea comunicarse conmigo a través de correo electrónico, mi cuenta de correo electrónico profesional es luisalvarez@therapysecure.com. El correo electrónico no es una forma segura de comunicación y podría comprometer su confidencialidad. Sin embargo, estoy al tanto de que varias personas prefieren utilizar el correo electrónico porque es una forma rápida de compartir información. No obstante, sepa que es mi política el utilizar este medio de comunicación estrictamente para confirmar citas. Si no está utilizando un correo electrónico seguro, existe un riesgo de que cierta información sensible sea interceptada por un tercer partido. El cliente asume todos los riesgos asociados al uso de correo electrónico para enviar información.

Su comunicación conmigo se volverá parte de su expediente de tratamiento y es considerada Información Protegida de Salud. Skype no es un formato de videoconferencia aceptable bajo la ley HIPAA, pero en ocasiones utilizo un sistema de videoconferencia en línea para sesiones. Si está interesado en sesiones de Telesalud, le daré instrucciones sobre cómo utilizar este sistema.



_____ Entiendo y estoy de acuerdo con la información mencionada arriba.

Contacto

Estaré en la oficina para citas solamente. Si tiene que hacer una cita siéntase en la libertad de llamar a la oficina al 706-363-3352, ext. 709 o por correo electrónico a luisalvarez@therapysecure.com. Si tiene alguna preocupación que necesita ser atendida, podemos hacer una cita para una sesión en persona o por teléfono en horas laborales para discutir su preocupación. Todas las sesiones acordadas tienen un costo.

Es mi política personal el no aceptar invitación de amigo de clientes o clientes anteriores a través de las redes sociales.

Al inicio de este documento hay un listado de formas para contactarme adicionales.

Estoy requerido de notificarle que estoy localizado en el Sureste de los Estados Unidos y de que utilizo hora estándar del Este. Mi práctica es considerada una facilidad ambulatoria y está diseñada para acomodar individuos que están relativamente seguros y que tienen disponibilidad de recursos. Yo no cargo un teléfono para emergencias ni estoy disponible a todo momento. Si algo en esta información no se siente como suficiente apoyo, por favor déjeme saber y podemos discutir recursos adicionales o la transferencia de su caso a otro terapeuta o clínica con disponibilidad las 24 horas. Si usted está teniendo una emergencia de salud mental y necesita asistencia inmediata, por favor siga las instrucciones mencionadas abajo.

➡ _____ Entiendo y estoy de acuerdo con la información mencionada arriba.

En Caso de Emergencia

Si tiene una emergencia de salud mental, puede llamar al **9-1-1** o la línea de **Línea de Crisis & Acceso de Georgia: 800-715-4225** (tienen traductores). Otros contactos para crisis incluyen:

- **Lifeline en Español**- 1(888) 628-9454 (Línea Nacional de Crisis)
- **Línea de Crisis por Mensaje de Texto** (no disponible en español)- textee “HOME” al 741-741
- **TrevorLifeline para Individuos LGBTQ** (no disponible en español)- 1-866-488-7386
 - También tienen disponibles opciones para mensajes de texto y chat:
<https://www.thetrevorproject.org/>
- **Vaya a la sala de emergencia de su preferencia.**

➡ _____ Entiendo y estoy de acuerdo con la información mencionada arriba.

Consentimiento

Firmando este formulario reconozco que he recibido y leído el documento de Consentimiento Informado proveído. Comprendo que mi Información Protegida de Salud podría ser compartida con otros de ser necesario y apropiado para mi cuidado terapéutico. Estoy de acuerdo con los términos de este documento y con acatar estas políticas por la duración de nuestra relación profesional. Una copia de este documento será mantenida en su expediente y una copia electrónica podría ser mantenida como suficiente en lugar de la original.

Además, si estoy trayendo a un menor a recibir servicios terapéuticos, doy mi consentimiento en nombre del menor **Y** reconozco que soy el guardián legal de este menor y que tengo el derecho de tomar decisiones médicas en su nombre.

➡ _____
Nombre del cliente

➡ _____
Nombre del representante del cliente, si aplica

➡ _____
Firma del cliente o su representante

➡ _____
Fecha

Terapeuta: Luis R. Alvarez-Hernandez, LCSW, CAMS-II

Firma del terapeuta

Fecha

Important: Please provide a copy of this document to the client.
Importante: Por favor provea al cliente con una copia de este documento.