



Andrea Cairélla, MC, LPC

Andrea@TruePotentialCounseling.com * www.TruePotentialCounseling.com

Muchos clientes han indicado que son capaces de sacar la máxima ventaja de la práctica de asesoramiento cuando tienen claro su papel y mi participación en el proceso. La participación en la terapia puede dar lugar a un gran número de beneficios para usted, incluyendo la mejora de las relaciones inter-personales y la resolución de los problemas que le llevaron a buscar ayuda terapéutica. Para tratar de lograr estos beneficios, sin embargo, requiere esfuerzo y compromiso de ambas partes (la suya y la mía).

Mis responsabilidades en el proceso incluyen:

- Escuchar y comprender su personalidad a la par de sus problemas y preocupaciones.
- Ayudarle a identificar metas alcanzables durante el tratamiento.
- La utilización de todas mis habilidades y conocimientos a fin de ayudarle a alcanzar sus metas mediante el acceso a sus puntos fuertes y recursos innatos.
- Ofrecer apoyo a medida que usted progresa en su rehabilitación.

Sus responsabilidades incluyen:

- Ser abierto, franco y honesto.
- Establecer metas lógicas y realísticas.
- Trabajar para lograr sus objetivos mediante el compromiso de asistir a una terapia regular y para completar los deberes asignados.
- Estar dispuesto a tener curiosidad acerca de sí mismo y valorar la sorprendente persona que usted es.

Tendremos que considerar mutuamente nuestro tiempo y obligaciones al mantener las citas programadas previamente. Dado que para una cita se reserva tiempo específicamente para usted, se requiere un mínimo de 24 horas para la reprogramación o cancelación de una cita. Para las sesiones perdidas sin notificación, se cargará la tarifa completa. A fin de permitir tiempo suficiente para un trabajo en profundidad, se ofrecen sesiones normales de 60 minutos que se cobran a una tarifa de \$150.00 por sesión. Si desea más tiempo, se cobra \$25.00 por cada incremento subsiguiente de 15 minutos. El pago se espera en el momento del servicio. Los clientes que cuentan con seguro deberán tener presente que los servicios profesionales prestados y cobrados a los clientes y no a las compañías de seguros. A menos acordado de otra manera, el cliente obtendrá un recibo de pago, en cada sesión. A petición del cliente, también se ofrece un resumen de facturación mensual a fin de ser sometida por el cliente a su compañía de seguros.

El mantenimiento de confidencialidad es muy importante para mí. Lo que usted me dice y los documentos escritos relacionados con nuestras sesiones son confidenciales y no puede ser revelada a nadie sin su permiso por escrito, salvo que su divulgación es requerida por ley. Tengo la obligación de divulgar e informar cuando haya una sospecha razonable de niños, personas dependientes, o de abuso o negligencia a personas mayores, aparte de cuando un cliente presenta un peligro para sí mismo, para los demás. Asimismo peligros a la propiedad en general o en casos en que la persona está seriamente discapacitada. El mantenimiento de su seguridad y la seguridad de las personas que le rodean es también muy importante para mí. Además, la divulgación puede ser necesaria debido a un procedimiento legal en su beneficio o en su contra. El cliente será notificado de inmediato si alguna de estas situaciones que se produjeran.

En circunstancias en que un menor está siendo tratado, su confidencialidad también será(n) honrado(s); Sin embargo, ambos padres tienen derecho al saber del progreso de su hijo y si existen dudas acerca de la seguridad

de los menores esta información será compartida. Antes de esta revelación, el menor será informado. En casos en que hay problemas de custodia única pertinente relevantes a su menor de edad, por favor presente una copia de documentos actual es de la custodia legal.

Me he comprometido a proporcionarle la mejor asesoría posible. Creo que el asesoramiento puede no sólo ser muy útil, pero también puede ser divertido e interesante. En mi búsqueda a fin de adquirir solidas habilidades clínicas para ayudarle, he sido entrenada en varias modalidades y habilidades de tratamiento terapeutico, incluyendo pero no limitado a, la Terapéutica para Conducta Dialéctica (DBT), Terapia Emocional para Parejas (Emotionally Focused Therapy for Couples), Desensibilizacion y Reproceso del Movimiento Ocular (EMDR) y Terapia Gestalt (GT), Hipnosis Clínica. Estas técnicas han demostrado ser muy eficaces.

No todos los tipos de terapia son apropiadas para todos los clientes o los problemas del cliente En su caso analizaremos y determinaremos en forma conjunta que será la más útil y apropiada para usted. Se le dará una cantidad significativa de información y psicoeducación para ayudarle con este proceso. No proveo recomendaciones para evaluación de tutela, ni recomendaciones de medicación o receta, ni consejo legal, ya que estas actividades no entran dentro del ámbito de mi práctica y experiencia. Es importante que usted comprenda que la terapia produce sensibilización y cambio y que inicialmente puede causar algo de molestia y angustia adicionales. No es raro que los clientes continúen experimentando situaciones angustiosas entre sesiones. Observaremos y controlaremos su nivel de aflicción durante todo este proceso y aconsejamos la divulgación abierta de cómo usted se adapta al procedimiento. Yo quiero proporcionarle los elementos adicionales y apoyo según sea necesario. Durante situaciones de emergencia extra, estaré razonablemente disponible para las llamadas de crisis en el número telefónico anterior. Sin embargo, si usted no es capaz de llegar a comunicarse conmigo y es necesario apoyo inmediato o que yo no este en condiciones de volver a usted dentro de un tiempo aceptable, por favor llame a la Línea de Crisis EMPACT al (480)-784-1500. Cambiar a veces va a ser fácil y rápido, pero más a menudo es lento e incluso frustrante .

Vamos a trabajar juntos para formular un plan de tratamiento después de un par de sesiones. Si evalúo que no puede ser de beneficio para usted, se le dará un número de referencias que podrían ser más adecuadas a sus necesidades particulares. Si en algún momento durante la terapia evalúo que no soy eficaz para ayudar a alcanzar sus objetivos terapéuticos, yo estoy obligada a hablar de ello con usted y, en tal caso, dar por terminado el tratamiento. Si ese es el caso, se le dará un número de referencias a continuar con su curación. Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en cualquier momento. Si decide hacerlo, yo me comprometo a ofrecerle nombres de profesionales calificados cuyos servicios usted puede preferir.

Por favor, le solicito que sea franco, honesto y abierto a fin de hacerme saber qué aspectos de mis servicios son los más y los menos útiles para usted. Considero que es un privilegio el andar a su lado, en el camino de su curación, y espero poder hacerlo hasta la satisfacción total de ambos.

He leído el Acuerdo, su Aceptación, Pólizas de Oficina, e Información General (un total de 3 páginas). Yo los he comprendido y estoy de acuerdo para cumplir con ellos:

Cliente	Fecha	Firma
---------	-------	-------

Cliente	Fecha	Firma
---------	-------	-------

Psicoterapeuta	Fecha	Firma
----------------	-------	-------



Andrea Cairélla, MC, LPC

Andrea@TruePotentialCounseling.com * www.TruePotentialCounseling.com

Por favor, rellene el formulario de antecedentes biográficos lo más completo posible, dado que me ayudará en nuestro trabajo juntos. La información es confidencial, como se indica en el formulario de consentimiento y la Oficina de Pólizas y el Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA. Si usted no desea responder a cualquier pregunta, simplemente escriba, "Prefiero no responder." Por favor, escriba con claridad y lleve este documento con usted a la primera sesión.

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO Y LUGAR: _____ EDAD: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: H) _____ de la célula: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

¿Puedo dejarle mensajes en cualquiera de estos teléfonos: Sí o No (especifique)

GRADO ESCOLAR: _____ TIPO DE GRADO: _____

PERSONA Y NÚMERO DE TELÉFONO EN CASO DE EMERGENCIA:

FUENTE DE REFERENCIA: _____

OCUPACIÓN (anterior, si están jubilados): _____

Reflexionando sobre los últimos 6 meses, marque todo lo que se aplica:

Con frecuencia triste o deprimido		Si no te gustan las vacaciones	
Frecuente ansiedad		Dificultades financieras / de deuda excesiva	
Cambios de humor		ira o rabia excesiva	
Fácilmente molesto o enojado		conflicto excesivo	
Retirada o isolative		Repite ciertos comportamientos una y otra vez	
fuertes temores		Cada vez más olvidadizo	
Llora con facilidad / frecuencia		Dificultad para terminar las tareas	
Cambio en el patrón de sueño		Insomnio	
Cambio en el apetito		Pesadillas	
Falta de interés en pasatiempos		Dificultad con el trabajo o la escuela	
Haber perdido las esperanzas		Sudoración excesiva	
Tímido con la gente		Dolores de cabeza / migrañas	
Dificultad para tomar una decisión		Mareo	
Fatiga		Desmayos	
Dificultad para concentrarse		Dolor de estómago	
Se siente solo		Vómitos	
Sensación de ser diferente de la mayoría de la gente / inferior		Sentirse enfermo / enferma	
Cambio en el comportamiento sexual y la libido		Pensamientos de lastimar a los demás	
Dificultad para concentrarse		Amenazas a lastimarse a sí mismo	
Dificultad para motivar		Pensamientos de lastimar a los demás	
Abrumadoras preocupaciones		Amenazas de lastimar a otros	
No se puede relajar		Uso de sedantes	
Si no te gustan los fines de semana		Uso de analgésicos	
Otros:			

PRESENTACION DE PROBLEMA (sea lo más específico posible: ¿cuándo comenzó, ¿cómo le afecta a usted ...):

Estimar la gravedad de problema anterior: leve-moderada-grave-muy grave

ACTUAL: El estado civil :___ Vivo con alguien :___ Nombre: _____ Years: ___

PASADO Y PRESENTE MATRIMONIO / S (años juntos, los nombres y la declaración sobre la naturaleza de la relación / s, es decir, amable, distante, físicamente y emocionalmente abusivo, amor hostil):

HIJOS / HIJASTROS / NIETOS (nombres y edades y breve declaración sobre su relación con la persona)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

PADRES / padrastro (Nombre / edad o año de la muerte / causa de la muerte, ocupación, personalidad, ¿cómo es / cómo lo tratan, breve reseña de la relación):

Padre: _____

Madre: _____

Paso a parents: _____

HERMANOS (nombre / edad (si está muerto: edad y causa de la muerte) y breve reseña de la relación):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

MÉDICO(S) (nombre / teléfono): _____

ANTERIOR / ACTUAL ATENCIÓN MÉDICA (principales problemas médicos, cirugías, accidentes, caídas, enfermedades):

ESPECIFICAR medicamentos que está tomando actualmente y para qué.

ANTERIOR / ACTUAL - DROGAS / USO DE ALCOHOL / ABUSO (AA, NA, tratamientos):

INTENTO DE SUICIDIO(S) o el comportamiento violento (describa: las edades, los motivos, las circunstancias, cómo, etc)

Historial médico familiar (Describa cualquier enfermedad que haya en la familia: cáncer, epilepsia, etc):

AMISTADES, COMUNIDAD, y ESPIRITUALIDAD (Describir la calidad, frecuencia, actividades, etc):

ANTERIOR / ACTUAL PSICOTERAPIA (especificar: año mes(s) (inicial-final), la razón inicial para la terapia, Pareja Ind // de la familia, los medicamentos, breve descripción de la relación y lo útil que era, y cómo y por qué terminó):

1. _____

2. _____

DESCRIBA SU INFANCIA EN GENERAL (Relaciones con los padres, hermanos, otros, la escuela, el vecindario, las mudanzas, cualquier escuela o de comportamiento, problemas, abusivo / padre alcohólico):

SI LOS PADRES SON DIVORCIADOS: Su edad en el momento: _____, Describir la forma en que te afecta en el momento

HISTORIA DE LA FAMILIA DE alcoholismo, enfermedad mental, o violencia (incluyendo suicidio, depresión, hospitalizaciones en instituciones de salud mental, abuso, etc):

¿Está involucrado en ningún litigio en progreso o pendientes CIVIL Y PENAL(S), DEMANDA (S) o divorcio o disputa por custodia(s)? (Si su respuesta es Sí, por favor explique):

¿Qué le da mayor alegría o placer en su vida?

¿Cuáles son sus principales preocupaciones y temores?

¿Cuáles son sus esperanzas o aspiraciones más importantes?



Andrea Cairélla, MC, LPC

Andrea@TruePotentialCounseling.com * www.TruePotentialCounseling.com

AVISO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD

I. ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y/O DIVULGADA Y COMO UD PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. SE RUEGA QUE LO LEA ATENTAMENTE.

II. Obligación legal de proteger su Protección de Información de Salud (PHI). Estoy obligado por ley a proteger la privacidad de su PHI, la cual incluye información que puede ser utilizada para identificar a Ud., información que he creado o recibido sobre su salud o condición pasada, presente o futura, la prestación de asistencia sanitaria a usted o el pago de dicha asistencia sanitaria. Debo informarle sobre mis prácticas de privacidad, y este aviso debe explicar cómo, cuándo y por qué "usaré" y "divulgaré" su PHI. "Uso" de su PHI se produce cuando comparto, examino, utilizo, aplico, o analizo dicha información dentro de mi práctica. Su PHI se "Divulga" cuando se publica, transfiere, entrega, o divulga de cualquier otra manera a terceros fuera de mi práctica. Con algunas excepciones, no debo usar o divulgar su PHI más de lo necesario para cumplir el propósito de ese uso o divulgación. Estoy legalmente obligado a seguir las normas de privacidad descritas en este aviso. Sin embargo, me reservo el derecho de modificar los términos de este aviso y mis pólizas de privacidad en cualquier momento. Cualquier cambio se aplicará a su PHI en mis archivos. Antes de hacer cualquier cambio importante a mis pólizas, cambiaré este aviso y archivaré una copia en mi oficina. Usted puede solicitar copia de este aviso o puede ver copia de la misma en mi oficina.

III. CÓMO USAR Y DIVULGAR SU PHI. Usaré y divulgaré su PHI por muchas razones distintas. Para alguna de estas razones, necesitaré su autorización; sin embargo, en otros casos no la necesitaré. A continuación se enumeran las diferentes categorías de mis usos y divulgaciones, junto con algunos ejemplos de cada categoría.

a. Usos y divulgaciones relacionados con el tratamiento, pago o operaciones de salud no requieren su consentimiento previo por escrito. Puedo usar y divulgar su PHI sin su consentimiento por las siguientes razones:

i. Para tratamiento. Puedo revelar su PHI a médicos, psiquiatras, psicólogos y otros profesionales médicos autorizados que le proporcionarán servicios de salud o están involucrados en su cuidado. Por ejemplo, usted está siendo tratado por un psiquiatra. Puedo revelar su PHI a su psiquiatra a fin de coordinar su atención médica.

ii. Para obtener pago por el tratamiento. Puedo usar y divulgar su PHI para facturar y cobrar pagos por mis servicios y tratamiento. Por ejemplo, yo podría enviar su PHI a su compañía de seguros o plan de salud para recibir pago por los servicios de salud que le he prestado. También puedo proporcionar su PHI a asociados con mi negocio, tales como compañías de facturación, empresas de reclamaciones, y otras compañías que procesan mis reclamos de atención de la salud.

iii. Para operaciones de asistencia de salud. Puedo revelar su PHI para ejercitar mi práctica. Por ejemplo, puedo utilizar su PHI para evaluar la calidad de los servicios de atención médica que recibió o para evaluar el desempeño de los profesionales de la salud que le proporcionan estos servicios. También puedo proporcionar su PHI a nuestros contadores, abogados, consultores, y otros para asegurarse de que estoy cumpliendo con las leyes aplicables.

iv. Otras divulgaciones. También podemos revelar su PHI a otros sin su consentimiento en determinadas situaciones. Por ejemplo, no se requiere su consentimiento si usted necesita tratamiento de emergencia, siempre y cuando yo trate de obtener su consentimiento después del tratamiento; o si trato de obtener su consentimiento pero usted no puede comunicarse conmigo (por ejemplo, si está inconsciente o con dolor severo) y creo que usted consentiría a tal tratamiento si pudiese hacerlo.

b. Usos y divulgaciones no requieren su consentimiento. Puedo usar y divulgar su PHI sin su consentimiento o autorización por las siguientes razones:

i. Cuando la información la requiere la ley federal, estatal, o local, acciones judiciales o administrativas, o aplicación de la ley. Por ejemplo, puedo informar a los agentes de la ley cuando alguna ley me obligue a comunicar esta información a agencias gubernamentales y agentes de la ley sobre víctimas de abuso o negligencia; o cuando se

ordene en un proceso judicial o administrativo.

ii. Por salud pública. Por ejemplo, puedo tener que reportar su información al forense del condado.

iii. Por actividades de supervisión de salud. Por ejemplo, puedo tener que reportar información para ayudar al gobierno cuando se lleva a cabo una investigación o inspección de un proveedor de salud u organización.

iv. Por fines de investigación. En determinadas circunstancias puedo proveer su PHI a fin de realizar investigaciones médicas.

c. Para evitar daños. Con el fin de evitar una amenaza grave para la PHI a agentes del orden público o las personas capaces de prevenir o disminuir ese daño.

vi. Para funciones específicas del gobierno. Se me permite revelar su PHI a personal militar y veteranos en ciertas situaciones. Y se me permite revelar su PHI por razones de seguridad nacional como la protección del Presidente de los Estados Unidos o realización de operaciones de inteligencia.

vii. Para efectos de compensación de trabajadores. Puedo proporcionar su PHI a fin de cumplir con las leyes de compensación al trabajador.

viii. Notificación de citas y beneficios relacionados con la salud o los servicios. Puedo utilizar su PHI para recordarle sus citas o darle información sobre alternativas de tratamiento, y otros servicios de atención de salud o beneficios que ofrezco.

c. Ciertos usos y divulgaciones requieren que usted tenga oportunidad de hacer objeción.

i. Revelación de información a familiares, amigos, u otros. Puedo proporcionar su PHI a un familiar, amigo u otra persona que usted indique está involucrado en su cuidado o el pago de su atención médica, a menos que usted se oponga en su totalidad o en parte. La oportunidad de dar su consentimiento se puede obtener con carácter retroactivo en situaciones de emergencia.

d. Otros usos y divulgaciones requieren su autorización previa por escrito. En cualquier otra situación no descrita en las anteriores secciones III A, B y C por encima, requeriré su autorización escrita antes de divulgar o utilizar alguna de su PHI. Si usted firma una autorización para revelar su PHI, podrá después anular dicha autorización por escrito para detener cualquier futuro uso y divulgación de su PHI (siempre que yo no haya tomado ninguna acción basándose en dicha autorización).

IV. Qué derechos tiene usted respecto a su PHI - Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI.

a. El Derecho a Solicitar Límites en los Usos y Divulgaciones de su PHI. Usted tiene el derecho de pedir que yo limite cómo utilizar y divulgar su PHI. Tendré en cuenta su solicitud, pero no estoy obligada por ley a aceptarla. Si acepto su solicitud, pondré estos límites por escrito y me atenderé a ellos, excepto en situaciones de emergencia. Usted no puede limitar los usos y revelaciones que "legalmente" se requieren de mí o me están permitidos.

b. Derecho de elegir cómo puedo enviarle a usted su PHI. Usted tiene el derecho de pedir que yo le envíe la información a otra dirección (por ejemplo, mandar la información a su dirección de trabajo en lugar de su domicilio) o por medios alternos (por ejemplo, e-mail en lugar de correo postal). Yo debo estar de acuerdo con su solicitud, siempre que se le pueda proporcionar fácilmente su PHI en el formato que usted solicitó.

c. Derecho a ver y obtener copias de su PHI. En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a ver o a obtener copias de su PHI que yo poseo, pero debe solicitarlo por escrito. Sin embargo, ciertos tipos de PHI no estarán disponibles para su inspección y copia. Estos incluyen notas de psicoterapia o PHI recopilada en relación con un proceso legal. Si no tengo su IPS, pero sé quien lo tiene, le diré cómo conseguirlo. Le daré esta información dentro de 30 días después de recibir su solicitud por escrito. En ciertas situaciones, puedo negar su petición. Si lo hago, le diré por escrito mis razones y le explicaré su derecho de revisar mi negación. Si usted solicita copias de su PHI, no le cobraré más de \$ 0.45 por cada página. En lugar de proporcionar la PHI que usted solicitó, puedo ofrecerle un resumen o explicación de la PHI, siempre y cuando usted esté de acuerdo y a pagar por adelantado.

d. Derecho a obtener una lista de las divulgaciones que he hecho. Usted tiene derecho a obtener una lista de los casos en los cuales he dado a conocer su PHI. La lista no incluirá usos o revelaciones que usted ya ha aprobado, tales como los nombrados para tratamiento, pago u operaciones de atención médica directamente a usted o a su familia. La lista no incluirá usos o revelaciones hechas con fines de seguridad nacional, a agentes del orden y corrección, o hechas antes del 15 de abril 2004.

e. Derecho a corregir o actualizar su PHI. Si usted cree que hay un error en su PHI o que falta alguna parte de información importante, usted tiene derecho a solicitar que se corrija la información existente o se agregue la información que falta. Usted debe proporcionar la solicitud y el motivo para ella por escrito. Le contestaré en el plazo de 60 días de recibir su petición de corregir o actualizar su PHI. Puedo negar su petición por escrito si su PHI es (a) correcta y completa, (b) no creada por mí, (c) no se permite su divulgación, y / o (d) no es parte de mis archivos. Mi rechazo por escrito indicará los motivos de mi negación y explicará su derecho a presentar una declaración escrita de desacuerdo con la negación. Si usted no presenta una declaración, usted tiene el derecho de pedir que su solicitud y mi negativa se adjunten a todas las futuras revelaciones de su PHI. Si aprobamos su solicitud, cambiaré su PHI, le informaré que lo he hecho y también informaré a otros que necesiten saber el cambio a su PHI.

v. Como presentar una queja sobre mis practicas de privacidad. Si usted cree que yo puedo haber violado sus derechos de privacidad, o está en desacuerdo con alguna decisión que tomé sobre su acceso a su PHI, usted puede presentar una queja con la persona mencionada en la Sección VI. Usted también puede enviar una queja por escrito al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos en 200 Independence Avenue, SW Washington, DC 20201. No tomaré ninguna medida de represalia contra usted si presenta una queja sobre mis prácticas de privacidad.

VI. QUIEN CONTACTAR PARA INFORMACION ACERCA DE ESTE AVISO O SOBRE UNA QUEJA SOBRE MIS PRACTICAS DE PRIVACIDAD. Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso o cualquier queja sobre mis prácticas de privacidad o le gustaría saber cómo presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos por favor consulte a su proveedor individual.

VII. FECHA DE VIGENCIA DE ESTE AVISO. Este Aviso entró en vigor el 14 de abril 2004



Andrea Cairella, MC, LPC

Andrea@TruePotentialCounseling.com * www.TruePotentialCounseling.com

AVISO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD

Por la presente reconozco que he leído y recibido una copia de **AVISO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD** de True Potential Counseling, práctica de consejería de Andrea Cairella, MC, LPC.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____