



## Acuerdo de Consejero-Cliente y Forma de Consentimiento

### Unas palabras de nuestro centro de consejería:

Forever Hope Counseling esta comprometido a proporcionar servicios de la mas alta calidad usando tratamientos y enfoques multidiciplinarios. Nosotros creemos que cada individuo tiene la capacidad de tener éxito en mejorar su calidad the vida sin importar la naturaliesa de su condición o sus experiencias de la vida.

Durante su consulta inicial, nuestra Directora Clinica, Sandra Salazar, evalua las necesidades de usted o de su familia y dara las recomendaciones clínicas necesarias. Ella también le signara a uno de nuestros terapistas que sea el mejor en satisfacer sus necesidades para empear los servicios de consejería. La Senora Salazar tiene su licencia de Consejera Professional, Certificacion en Educacion Especial, y Certificacion de Consejera Escolar. Ella esta aprovada por el estado para dar cursos de Continuacion de Educacion para LPC y Educadores Certificados en Texas. Ella sirve a la comunidad siendo una entrenadora del distrito escolar publico y privado, como acesora de la salud mental en hospitales e iglesias, y como presentadora. Ella también mantiene su numero de clientes como terapistas y abogando por clientes necesitando educación especial. Ella a recibido entrenamiento extensivo en diagnostico y tratamiento de: ADHD, Autismo, Descapacidad de Aprendizaje, Desordenes del estado de animo, Ansiedad, Deprecion, y Mutismo Selectivo.

El equipo clínico de Forever Hope asiste a juntas clínicas semanales para repasar y discutir sus casos y colaboran como equipo.

### Expectativas del Servicio de Consejeria

Nuestros clientes están comprometidos a comensara los servicios asistiendo sus citas semanales, luego bi-semana y gradualmente llegando a tener una cita al mes. Ellos adquieren estrategias de vida saludables, aprender maneras de lidiar con sus sentimientos y maneras commuincarse para mejorar su crecimiento personal. Nuestros clientes participan activamente aprendiendo maneras nuevas de manegar, resolver, o sobrepasar sus dificultades.

### Para clientes menores de edad

Se requiere que los padres asistan a “sessions para padres” cada quinta seccion del menor para recibir estrategias y apoyo del consejero de su hijo.

Por lo general, estas citas con la familia o los padres se programan cada quinta sesión o con la frecuencia necesaria. Se espera que los padres asistan a estas sesiones para conocer las estrategias de los padres y brindar información al terapeuta de su hijo. Los padres no pueden "dejar a sus hijos". Un adulto responsable debe estar presente para hablar con el terapeuta en caso de que el terapeuta necesite hablar con usted. **Debe informar a nuestra oficina de cualquier cambio en la custodia de los niños para el niño / niños relacionados con nuestros servicios de consejería.**

### Cuota de Citas Canceleladas o Citas a las cual no accistio

Se requiere cancelar **24-horas antes de su cita** independintemente de la racion por cual sea la cancelación. Se le cobrara el costo completo de la cita por cancelar el dia de la cita or por no vernir a la cita. Puede dejar un mensaje de vos 24-horas antes de su cita al numero **(210) 490-9062**.

Cancellacion del mismo dia incluye: ausencia por enfermedad, citas medicas, vacaciones, actividades extracurriculares, y cual quier otras obligaciones enevitables. **Iniciales** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ahí un cobro de **\$50 por cheques** que son regresados por su banco. **Iniciales** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



## Forever Hope Counseling & Educational Services, LLC

Stone Oak Location  
1162 E. Sonterra Blvd, Ste 130  
San Antonio, Texas 78258

Boerne  
108 Oak Park  
Boerne, TX 78006

---

***Todos los pagos se deben hacer ANTES de su cita en el mostrador de visitas. Su pago será cobrado a la tarjeta que tenemos en nuestro record al menos que se le informe al personal del mostrador que esta usted preparado para pagar con cheque o en efectivo. DEBE pagar al momento que se le dan los servicios.***

### **Servicios de Consejería:**

Consulta Nueva- \$250 (Profesional con Licencia)                      Interno \$150

Apoyo de Consejería- \$135-\$150 (Profesional con Licencia)    Interno \$100

Tambien ahí un cobro por hora (\$100-\$250) si le pide a su consejero que complete formas para usted.

*Los excedentes de sesión se cobran \$50 por cada 15 minutos durante el tiempo de sesión de 50 minutos.*

### **Servicios Educativos:**

Abojacion para Educacion Especial- \$225 (Nuestar directora clínica, que es licenciada como consejera educativa y certificada en educación especial por el estado de Texas, ofrece estos servicios.)

### **Examen Psicoeducativo:**

Autismo, Dyslexia, Disabilidad de aprendizaje, ADHD- \$2500

(El costo del examen cubre 4-6 horas de examinación, sesion para los resultados, un plan 504/IEP, abojacion en la escuela, y un reporte de los resultados que incluyen recomendaciones clínicas y educativas).

### **Testimonios y Atender a la Corte:**

Ahí un costo de **\$2,500 (4 Horas) por cada vez que asista el consejero a la corte.** Si el tiempo de estar en la corte excede las 4 horas prepagadas se le ara un cobro adicional de \$200/ hora.

Si se le hace una citación a su terapeuta por cual quier asunto legal en relación con su familia o usted, usted estará de acuerdo a aceptar y asumir cual quier respoinabilidad financiera por el tiempo que se tome en prepara cual quier material requerido por su abogado incluyendo, pero no limitado a: preparando su record, cual quier costor de notorizacion, entrevistas, respondiende los emails de abojados y llamadas telefonincas a \$200 por ora. **Iniciales** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### **Records y Confidencialidad:**

Su record de la salud mental es acecible pidiendo lo usted. En unos casos un padre o un individuo en una relación de pareja puede pedir copia del record. En este caso un, costo de **\$45.00 por las primeras 25 pajinas y por cada pajina adicional será \$1.00 sera cobrado.** Cuando un miembro de una pareja o un padre pida la copia, al otro padre/individuo en consejería de pareja se le ofrecerá una copia del record a un costo adicional de \$45.00 por las primeras 25 pajinas y \$1.00 por pajina adicional. Esto no incluye el costo de envio. Usted recibirá un recibo después de su seccion y pago por su record. Cuando el pedido es echo por una agencia del gobierno o un oficial, no abra un cargo. **Iniciales** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### **Comunicación Electronica:**

Nosotros estamos comprometidos a darles a usted y a su familia un lugar y abiente terapeutico seguro, sin juzgar, y confidencial. Sea conciente que la comunicación via email, mensaje de texto, o otra forma electrónica limita su privacidad y incrementa la posibilidad que su informacion privada se compartida con otros.



# Forever Hope Counseling & Educational Services, LLC

Stone Oak Location  
1162 E. Sonterra Blvd, Ste 130  
San Antonio, Texas 78258

Boerne  
108 Oak Park  
Boerne, TX 78006

**Nuestros terapeutas NO están permitidos comunicarse por email o texto.** Por favor deje un mensaje para su terapeuta con nuestro personal del mostrador o puede hablar y pedir una sesión telefónica si esta pidiendo hablar con su terapeuta antes de su próxima cita. Aunque nuestras citas pueden ser de una naturaleza muy delicada, emocionalmente psicológicamente, recuerde que nuestra relación es profesional y no personal. Cualquier contacto con usted y su terapeuta será limitada a citas pagadas.

*Favor use su mejor juicio y reserve sus llamadas para casos en cual no puede esperar para su próxima cita.*

**Terminacion de Servicios:**

Usted puede decidir terminar nuestra relación de consejería en cualquier momento y por cualquier razón. Nosotros respetamos su decisión de discontinuar nuestra relación. Usted está de acuerdo de participar en sus sesiones viniendo a todas sus citas.

**Si falta a dos citas consecutivas, todas sus citas en el futuro serán canceladas, terminación de servicios, o será referido a otro terapeuta fuera de nuestro consultorio.** Nuestros clientes comparten la responsabilidad de su tratamiento y están comprometidos a venir a sus citas consistentemente.

**Usted toma la responsabilidad de informarnos si ahí un cambio de custodia de su hijo en relación con el menor que esta recibiendo servicios de consejería con nosotros.**

*Firmando, usted entiende que en el evento que su record sería citado por la corte o sea pedido por usted o su pareja que esta participando en servicios de consejería con usted, esta de acuerdo que una copia del record será dada y una copia será enviada a usted o su pareja por correo. Usted también indica que entiende todos los costos y precios de los servicios que les estaremos brindando a usted y a su familia. Adicionalmente, indica que todas sus preguntas fueron respondidas a su satisfacción. Gracias por decidir empesar sus servicios con Forever Hope Counseling & Educational Services LLC...*

Firma del Cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma Del Terapeuta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de la Directora Clínica/Sandra Salazar, NCC, LPC      Fecha \_\_\_\_\_



---

## Limites de Confidencialidad

El contenido de todas las sesiones de terapia se consideran confidencial. Tanto la informacion verbal como los registros escritos sobre un cliente no se pueden compartir con otra parte sin el consentimiento escrito del cliente o del tutor legal del cliente. Las excepciones son las siguientes:

---

### **Deber de Advertir y Proteger**

Cuando un cliente revela sus intenciones o un plan para dañar a otra persona, se requiere que el profesional de salud mental advierta a la víctima prevista y reporte esta información a las autoridades legales. En los casos en los que el cliente revela o insinúa un plan de suicidio, el profesional de la salud debe notificar a las autoridades legales y hacer intentos razonables para notificar a la familia del cliente.

### **Abuso de Niños y Adultos Vulnerables**

Si un cliente declara o sugiere que está abusando de un niño (o un adulto vulnerable) o ha abusado recientemente de un cliente (o un adulto vulnerable), o que un niño (o un adulto vulnerable) está en peligro de abuso, el profesional de salud mental esta requerido a reportar esta información al servicio social apropiado y / o autoridades legales.

### **Exposición Prenatal a Sustancias Controladas**

Los profesionales de la salud mental están obligados a informar la exposición prenatal admitida a sustancias controladas que son potencialmente dañinas.

### **Menores / Tutela**

Los padres o tutores legales de los clientes menores no emancipados tienen derecho a acceder a los registros de los clientes.

### **Proveedores de seguros/ Aseguranza (cuando corresponda)**

Las compañías de seguros y otros terceros pagadores reciben la información que solicitan con respecto a los servicios a los clientes.

La información que se puede solicitar incluye, pero no se limita a: tipos de servicio, fechas / horas o servicio, diagnóstico, plan de tratamiento, descripción del impedimento, progreso de la terapia, notas de casos y resúmenes.

***Estoy de acuerdo con los límites de confidencialidad anteriores y entiendo sus significados y ramificaciones.***

---

Firma del cliente (padre / tutor del cliente si es menor de 18 años)

---

Fecha



---

**HIPAA: AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA / SALUD MENTAL Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR DE REVISARLO DETENIDAMENTE

**Fecha de vigencia: 8 de julio de 2014**

Forever Hope Counseling & Educational Services, LLC solo divulgará información de acuerdo con las leyes estatales y federales y la ética de la profesión de consejería.

Este aviso describe las políticas de Forever Hope Counseling & Educational Services, LLC relacionadas con el uso y divulgación de la información médica del cliente. **Uso y divulgación de información médica protegida con el propósito de brindar servicios.** Proporcionar servicios de tratamiento, cobrar el pago y realizar operaciones de atención médica son actividades necesarias para una atención de calidad. Las leyes estatales y federales nos permiten usar y divulgar su información médica para estos fines.

**TRATAMIENTO:**

- Brindar, administrar y coordinar la atención con otros profesionales de la salud.
  - Tiene derecho a revocar o cancelar esta autorización en cualquier momento, excepto: (a) en la medida en que la información ya se haya compartido con base en esta autorización; o (b) esta autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro. Para revocar o cancelar esta autorización, debe enviar su solicitud por escrito a su profesional de salud mental y a su compañía de seguros, si corresponde.

1. Una vez que la información sobre usted sale de esta oficina de acuerdo con los términos de esta autorización, esta oficina no tiene control sobre cómo será utilizada por el destinatario. Debe tener en cuenta que en ese momento es posible que su información ya no esté protegida por HIPAA.

**2. Instrucciones especiales para completar la autorización para el uso y divulgación de Notas de psicoterapia.** HIPAA proporciona protecciones especiales a ciertos registros médicos conocidos como "Notas de psicoterapia". Todas las notas de psicoterapia registradas en cualquier medio (es decir, en papel, electrónico) por un profesional de la salud mental (como un psicólogo o un psiquiatra) deben ser conservadas por el autor y archivadas por separado del resto de los registros médicos del cliente para mantener un estándar más alto de protección. Las "Notas de psicoterapia" se definen según la HIPAA como notas registradas por un proveedor de atención médica que es un profesional de la salud mental que documenta o analiza el contenido de una conversación durante una sesión de consejería privada o una sesión de consejería grupal, conjunta o familiar y están separadas del resto de los registros médicos del individuo. Quedan excluidos de la definición de "Notas de psicoterapia" los siguientes: (a) prescripción y seguimiento de medicamentos, (b) horarios de inicio y finalización de la sesión de asesoramiento, (c) las modalidades y frecuencias del tratamiento proporcionado, (d) los resultados de las pruebas clínicas, y (e) cualquier resumen de: diagnóstico, estado funcional, plan de tratamiento, síntomas, pronóstico y progreso hasta la fecha.

Mi firma indica que entiendo que se deben firmar las Autorizaciones de HIPAA y un formulario de divulgación de información de salud mental por separado para otorgar permiso para discutir la información protegida del cliente.

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Forever Hope Counseling & Educational Services, LLC

Stone Oak Location  
1162 E. Sonterra Blvd, Ste 130  
San Antonio, Texas 78258

Boerne  
108 Oak Park  
Boerne, TX 78006

---

## Formulario de autorización de tarjeta de débito / crédito

**Forever Hope Counseling requiere una tarjeta de crédito registrada para asegurar los servicios con nuestros terapeutas. Por favor, informe a la recepción antes de que comiencen sus sesiones si prefiere pagar en efectivo o con cheque; sin embargo, debe proporcionar una tarjeta de crédito para su archivo.**

Nombre en la tarjeta: \_\_\_\_\_

Tipo de tarjeta: Visa  MC  Discover

*\*American Express no es aceptada*

Numero de tarjeta \_\_\_\_\_  
Fecha de caducidad \_\_\_\_\_  
Codigo de seguridad \_\_\_\_\_  
Dirección de Envío \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, \_\_\_\_\_  
Codigo Postal \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, usted autoriza **a Forever Hope Counseling & Educational Services, LLC** a cobrar esta tarjeta por servicios clínicos, académicos o conductuales proporcionados para. \_\_\_\_\_

A esta tarjeta se le cobrarán los cargos relacionados con estos servicios, como: citas perdidas o cancelaciones el mismo día. Si en el caso de que su tarjeta de crédito sea rechazada o no sea aceptada por nuestro sistema de tarjetas de crédito, usted acepta ofrecer una tarjeta de crédito alternativa o pagar en efectivo o cheque hasta que encontremos una solución a su tarjeta bancaria original preferida.

No podemos programar citas con su terapeuta si hay un saldo en su cuenta.

Firma del tarjetahabiente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



---

## Consentimiento Informado Para los Servicios de Teleterapia

La siguiente información se proporciona a los clientes que buscan servicios de teleterapia. Este documento cubre sus derechos, riesgos y beneficios asociados con la recepción de servicios, mis pólizas y su autorización. Lea este documento detenidamente, anote cualquier pregunta que le gustaría discutir antes de aceptar firmar.

### **Definición de servicios de teleterapia:**

Servicios de teleterapia significa la entrega remota de cualquier forma de servicios de asesoramiento a través de medios asistidos por tecnología. Esto incluye una amplia gama de servicios clínicos y diversas formas de tecnología que incluyen, entre otros, video, Internet, un teléfono inteligente, tableta, sistema de escritorio de PC u otros medios electrónicos. El método de entrega debe estar protegido por cifrado bidireccional para que se considere seguro. La videoconferencia segura síncrona (al mismo tiempo) es el método preferido de prestación de servicios.

### **Limitaciones de los servicios de teleterapia:**

Si bien los servicios de teleterapia ofrecen varias ventajas, como conveniencia y flexibilidad, son una forma alternativa de terapia o un complemento de la terapia y, por lo tanto, pueden implicar desventajas y limitaciones. Por ejemplo, puede haber una interrupción en el servicio (por ejemplo, el teléfono se corta o el video se cae). Esto puede resultar frustrante e interrumpir el flujo normal de interacción personal.

Principalmente, existe el riesgo de malentendidos cuando la comunicación carece de señales visuales o auditivas. *Por ejemplo, si falta la calidad del video por alguna razón, es posible que su consejero no vea varios detalles como las expresiones faciales. O si falta calidad de audio, es posible que no escuchen diferencias en su tono de voz que podrían captar fácilmente si estuviera en su oficina.*

Además, el consultorio de su terapeuta reduce la probabilidad de interrupciones. Sin embargo, existen formas de minimizar las interrupciones y maximizar la privacidad y la eficacia. Su terapeuta tomará todas las precauciones para garantizar sesiones tecnológicamente seguras y ambientalmente privadas.

**Video interactivo, historial médico electrónico, correo electrónico seguro para documentos: *Forever Hope Counseling* utiliza ZOOM o Doxy.me para video interactivo, que cumple con los estándares HIPAA que requieren cifrado AES de 256 bits.**

### **Responsabilidades del cliente por los servicios de teleterapia:**

1. Las sesiones virtuales solo se pueden realizar mientras el cliente se encuentre dentro del estado de **TEXAS**.
2. Las sesiones virtuales deben realizarse en una red Wi-Fi o Ethernet (no móvil) para obtener las mejores conexiones y minimizar las interrupciones.
3. Comuníquese únicamente a través de un dispositivo que sepa que es seguro y tecnológicamente seguro (por ejemplo, tiene un firewall, software antivirus instalado, está protegido con contraseña, no tiene acceso a Internet a través de una red inalámbrica pública, etc.) No utilice "auto- recordar "nombres y contraseñas.
4. Si realiza una sesión de teleterapia en su lugar de trabajo, asegúrese de haber verificado la política de su empresa antes de utilizar una computadora del trabajo para la comunicación personal.
5. Como cliente, usted es responsable de encontrar un lugar privado y tranquilo donde se puedan realizar las sesiones.
6. Las sesiones no pueden tener lugar si hay otras personas presentes en su ubicación.
7. Se requiere que su terapeuta verifique su identidad y ubicación al comienzo de cada sesión.



---

**En caso de falla tecnológica:**

Las sesiones de teleterapia pueden encontrar un fracaso tecnológico. Las dificultades con el hardware, software, equipo y / o servicios proporcionados por un tercero pueden resultar en interrupciones del servicio. *Si algo ocurre para prevenir o interrumpir una cita programada debido a complicaciones técnicas y la sesión no se puede completar mediante videoconferencia en línea, POR FAVOR llame a la oficina al (210) 490-9062.* Debe tener acceso al teléfono que tiene su terapeuta para que lo puedan localizar. Además, es posible que deba reprogramar su sesión si hay problemas de conectividad.

**ACEPTO LO SIGUIENTE:**

\_\_\_\_\_ **Acepto asumir la responsabilidad total por la seguridad de cualquier comunicación o tratamiento en mi propia computadora o dispositivo electrónico y en mi propia ubicación física.** Entiendo que soy el único responsable de mantener la estricta confidencialidad de mi ID de usuario, contraseña y / o enlace de conectividad. No permitiré que otra persona use mi ID de usuario o mi enlace de conectividad para acceder a los servicios. También entiendo que soy responsable de usar esta tecnología en un lugar seguro y privado para que otros no puedan escuchar mis conversaciones.

\_\_\_\_\_ **Entiendo que no habrá grabación de ninguna de las sesiones en línea y que toda la información divulgada dentro de las sesiones y los registros escritos relacionados con esas sesiones son confidenciales y no se pueden revelar a nadie sin mi permiso por escrito, excepto cuando la divulgación sea requerida por la ley.**

**Consentimiento para el tratamiento de servicios de teleterapia:**

\_\_\_\_\_ **Acepto voluntariamente recibir terapia en línea, servicios de terapia para padres, parejas o familia, incluida una evaluación, atención continua, tratamiento y / u otros servicios y, además, autorizo a FOREVER HOPE COUNSELING & EDUCATIONAL SERVICES, LLC a brindar la atención, el tratamiento o los servicios que se requieran, considerado necesario y aconsejable.** Entiendo y acepto que participaré en la planificación de mi atención, tratamiento o servicios y que puedo retirar el consentimiento para dicha atención, tratamiento o servicios que reciba en cualquier momento. Al firmar este Consentimiento informado, yo, el cliente abajo firmante, reconozco que he leído y entendido todos los términos e información aquí contenidos. Se me ha ofrecido una amplia oportunidad para hacer preguntas y buscar aclaraciones sobre cualquier cosa que no me quede clara.

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor / representante legal (si es menor o se necesita de otra manera)