**Acuerdo de tratamiento terapéutico (adulto)**

Este documento contiene información importante sobre mis servicios profesionales y políticas comerciales. Aunque estos documentos son largos y a veces complejos, es muy importante que los entienda. Podemos discutir cualquier pregunta que tenga cuando firme estos documentos, o en cualquier momento en el futuro.

**SERVICIOS DE TERAPIA**

La terapia conversacional tiene beneficios y riesgos. Debido a que el proceso de terapia de conversación a menudo requiere discutir los aspectos desagradables de su vida, los riesgos pueden incluir experimentar sentimientos incómodos como tristeza, culpa, ansiedad, ira, frustración, soledad o impotencia. Sin embargo, la terapia de conversación ha demostrado tener beneficios para las personas que la emprenden, a menudo conduce a una reducción significativa en los sentimientos de angustia, mayor satisfacción en las relaciones interpersonales, mayor conciencia personal y perspicacia, aumento de las habilidades para manejar el estrés, y soluciones a problemas específicos. No hay garantías con respecto a lo que sucederá como resultado de sus sesiones. **La terapia de conversación requiere un esfuerzo activo de su parte, y tendrá que trabajar fuera de nuestras sesiones en las cosas que discutimos con el fin de tener éxito.**

Las primeras 2-3 sesiones implicarán una evaluación de sus necesidades. Durante esta evaluación, discutiremos sus objetivos de tratamiento y crearemos un plan de tratamiento. Al final de esta evaluación, podré ofrecerle algunas impresiones tempranas de lo que nuestro trabajo podría consistir, y tendrá metas específicas y medibles en las que trabajar tanto en la sesión como en la salida.

**Citas**

Las citas generalmente tendrán una duración de 30 minutos. Tras el tratamiento inicial, nos reuniremos una vez a la semana en el momento en el que acordamos (con posible espacio para la flexibilidad). A medida que el tratamiento continúa, las sesiones pueden volverse menos frecuentes. La hora programada para su cita se le asigna a usted. Si necesita cancelar o reprogramar una sesión, le pido que me proporcione **24 horas de anticipación**. ***Recuerde, cualquier cita ignorada mantiene a otra persona que está buscando ayuda más lejos de obtener***tratamiento. Es el procedimiento de Peach Tree Health para dejar de reservar citas para personas que no tienen **3** citas programadas **0** personas que cancelan/reprograman citas repetidamente. Si esto ocurre, no se le colocará en el horario de la terapia, pero se le pedirá que llegue y espere una cita de "mismo día", dependiendo de cuando el médico tenga tiempo disponible en su horario ese día. Esto puede ser sólo una breve reunión para discutir su compromiso continuo con los servicios de terapia. Además, usted es responsable de llegar a sus sesiones a tiempo; si llega tarde, su cita terminará a la hora acordada (es decir, la cita no pasará de la hora de finalización designada para compensar la llegada tardía).

**Seguro**

Debe tener en cuenta que la mayoría de las compañías de seguros requieren su autorización para que les proporcione un diagnóstico clínico (una descripción de la naturaleza de sus problemas y si se consideran a corto o largo plazo). Todos los diagnósticos provienen del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría. Estaré encantado de responder cualquier pregunta que pueda tener con respecto a su diagnóstico.

**Confidencialidad**

Mis políticas con respecto a la confidencialidad, así como otra información sobre sus derechos de privacidad, se describen completamente en un documento separado que firmó en la recepción con respecto a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Se le ha ofrecido una copia de ese documento que describe claramente su confidencialidad en PTH. Recuerde que puede volver a abrir la conversación en cualquier momento durante nuestro trabajo juntos si tiene preguntas.

Situaciones en las que no se puede mantener la confidencialidad:

• Abuso conocido o sospechoso: Soy un reportero obligatorio, lo que significa que debo informar a las autoridades de cualquier conversación sobre emocionales, físicas, abusos o negligencia específicas de un niño o dependiente, bajo las condiciones de la Sección 11165.7 del Código Penal de California.

• Peligro potencial: No hay privilegio a la confidencialidad si tengo motivos razonables para creer que usted está en tal condición mental o emocional que sea peligroso para usted o para la persona o propiedad de otro, y que la divulgación de la comunicación es necesaria para prevenir el peligro potencial (Código Cal. [Evid] n.o 1024). Mi objetivo es mantener a mis pacientes y a la comunidad a salvo en todo momento.

• Procedimientos legales: Si usted está involucrado en un caso judicial, se puede solicitar información sobre su asesoramiento o terapia. Si esto ocurre, no revelaré información sin su consentimiento por escrito, *a menos que* lo exija el tribunal. Haré todo lo que pueda dentro de la ley para proteger su confidencialidad, y le informaré si tengo que revelar información a la corte.

**CONTACTARME**

A menudo no estoy disponible de inmediato por teléfono. No contesto mi teléfono cuando estoy con clientes o de otra manera inaccesible. En estos momentos, puede dejar un mensaje en el centro de llamadas. Si es un asunto urgente, comuníquese con la línea de crisis de Sutter-Yuba Behavioral Health al 530.673.8255.

**OTROS DERECHOS**

Usted es libre de terminar la terapia en cualquier momento. También puede solicitar que lo remes a otro terapeuta. Usted tiene el derecho de hacer preguntas sobre cualquier aspecto de la terapia y sobre mi formación y experiencia específica. Usted tiene derecho a esperar que no tendré relaciones sociales o sexuales con clientes o con antiguos clientes.

**CONSENTIMIENTO PARA LA TERAPIA DE CONVERSACIÓN**

Su firma a continuación indica que ha leído este Acuerdo y el Aviso de Prácticas de Privacidad y acepta sus términos.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Firma*** *del Paciente o Representante Personal Fecha del Paciente DOB*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Nombre impreso*** *del paciente o la fecha del representante personal*

*(Relación del Representante Personal con el Paciente):*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Fecha de firma de los terapeutas*