Sandra Amador Mora, MFT
2308 Sixth St.
Berkeley, CA 94710
510-496-3473

MFT / MFC 39821

Reglamento y Consentimiento

Sicoterapia tiene sus beneficios y también sus riesgos. Tener que hablar sobre aspectos de su vida que no son placenteros será difícil y es probable que le cause sentimientos negativos, tales como temor o verguenza. Asímismo, el trabajo terapeútico ocasionará cambios en su manera de pensar y de actuar y esa tranformación tendrá repercusiones en sus relaciones familares y amistosas. Es muy posible que yo también cause sentimientos sobre los cuales sea difícil conversar. Por otra parte, clientes encuentran que sicoterapia ha sido beneficiosa porque los ha ayudado a entenderse major a sí mismos, a resolver problemas específicos, a mejorar relaciones interpersonales o a llevar una vida más plena.

Aquí encontrará información importante sobre las normas que utilizo en mi práctica sicoterapeútica. Le invito a que lea este documento cuidadosamente y en su totalidad. Si tiene dudas, no dude en preguntarme.

Confidencialidad
Usted tiene derecho a que su terapia sea confidencial. Yo necesitaría su permiso por escrito para poder hablar sobre usted con otras personas, incluyendo médicos, familiares, otros terapeutas, etc.

Las siguientes son las instancias en las que yo puedo compartir información sobre usted sin necesitar su permiso

- **Si creo que está a riesgo inminente de causarse daño, puedo compartir información para tratar de proteger su seguridad.**
- **Si tengo razón para sospechar que un menor de edad, o una persona dependiente y de la tercera edad, están a riesgo de ser abusados, necesitaré contactar a las autoridades correspondientes.**
- **Si tengo razón para sospechar que usted tiene planes para atacar a otra persona o a la propiedad de ésta, tengo la obligación de alertar a la posible víctima, así como de contactar a la policía.**
- **Si un juez solicita su expediente.**

Las notas que escribo sobre nuestras sesiones las mantengo en un lugar seguro y al cual solamente yo tengo acceso.

Honorarios

Puede pagar usando cheque, dinero en efectivo o Venmo. El pago debe hacerse el día de la sesión, a menos que exista otro arreglo. Yo le informaré de aumentos al menos con un mes de anticipación. Si está pagando una cuota reducida a raíz de dificulades financieras, usted es

responsable de avisarme sobre cambios en sus finanzas que le permitan aumentar la cuota.

Cancelaciones y Vacaciones

Tiene la posibilidad de no asistir a tres sesiones por año sin tener que pagar. De ahí en fuera, será responsable por el pago de cualquier otra sesión a la que no asista, a menos que podamos reunirnos durante la misma semana en la que ocurrió la cancelación. Yo estoy fuera de la oficina de cuatro a seis semanas por año. Yo le avisaré con al menos dos semanas de anticipación cuándo pienso estar fuera de la oficina y le daré la información sobre la terapeuta que estará disponible durante mi ausencia.

Situaciones de emergecia

Si está experimentando una emergencia fuera de horas de oficina y es residente del condado de Alameda, por favor llame al número de Servicios de Crisis 1-800-309-2131.

Si está pensando en hacerse daño, por favor llame al 911 o diríjase al hospital más cercano.

Por favor déjeme un mensaje al 510-496-3473. Yo le regresaré la llamada lo antes posible.

He leído las reglas expuestas en este documento y he hecho las preguntas necesarias para tomar mi decisión. Mi firma indica que estoy de acuerdo con seguir los términos aquí descritos.

Firma

_____

Nombre

_____

Fecha

_____

Forma de Consentimiento
Teleterapia

(Requerida en caso de que Teleterapia sea necesaria)

Definición de Servicios:

Yo, , estoy de acuerdo en participiar en teleterapia con Sandra Amador Mora, MFT. Teleterapia es una forma de servicio sicológico ofrecido por medio del internet, el cual incluye tratamiento sicológico, servicios de consultoría, transmisión de información médica, correos electrónicos, conversaciones telefónicas y o educativas utilizando tecnologia interactiva, tal como video, audio o transmisión de datos. Entiendo que teleterapia incluye la transmisión de infomación sobre mi salud física y mental por medios orales y visuales.

Teleterapia tiene el mismo propósito que la terapia conducida en persona. Sin embargo, dada la tecnología requerida, entiendo que la experiencia puede ser diferente a la que se tiene cuando los servicios son recibidos en persona.

Entiendo tener los siguientes derechos con respecto a teleterapia.

Derechos, Riesgos y Responsabilidades de los Pacientes:

1. Yo, el paciente, debo resider en el estado de California.
2. Yo, el paciente, tengo derecho a revocar o anular consentimiento sin que esto afecte mi tratamiento actual o futuro.
3. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi tratamiento también aplican a teleterapia. Por lo tanto, la información que yo doy a conocer durante mi tratamiento terapeútico o de consultoría es confidencial la mayoría de las veces. Sin embargo, confidencialidad tiene excepciones requeridas y también permitidas, las cuáles son explicadas en el documento que para este efecto mi sicoterapeuta me dió al inicio de mi tratamiento.
4. Entiendo que hay riesgos y consecuencias al participar en teleterapia. Esos riesgos incluyen, pero no están limitados a: la posibilidad de que, a pesar de todos los esfuerzos para asegurar un alto nivel de inscripción y seguridad en la tecnología que utiliza mi sicoterapista, mi información pudiera ser interrumpida o distorsionada a raíz de dificultades tecnológicas, y/o que la forma de guardar mi información médica pueda ser descubierta por personas no autorizadas.

5. Existe el riesgo de que los servicios pudieran ser interrumpidos o distorcionados por fallas técnicas imprevisibles.
6. Adicionalmente, entiendo que los servicios de teleterapia pudieran no ser tan completos como aquellos ofrecidos en persona. Entiendo que si mi sicoterapista considera que teleterapia no me beneficia, ella hará lo posible para referirme a una profesional en mi área y quién esté en capacidad de reunirse conmigo en persona.
7. Entiendo que puedo beneficiarme de los servicios sicoterapeúticos ofrecidos por medio de teleterapia, pero que los resultados no pueden ser garantizados o asegurados. Entiendo que hay riesgos y beneficios asociados con cualquier forma de tratamiento sicoterapeútico.
8. Acepto y entiendo que teleterapia no provee servicios de emergencia y que si estoy experimentando una situación de crisis puedo llamar al 911 o ir al hospital más cercano (Línea Nacional de Prevensión del Suicidio: 1800-273-8255). Pacientes en crisis o quienes presentan un riesgo para sí mismos no son considerados candidatos para teleterapia. Si este es mi caso, o si llegara a ser, mi sicoterapista me asistirá a encontrar servicios apropiados a mis necesidades.
9. Entiendo que existe el riesgo ser escuchado por otras personas en caso de no estar en un lugar privado durante mis sesiones de teleterapia. Soy responsable por 1) contar con una computadora, equipo de telecomunicaciones y acceso a internet para las sesiones de teleterapia, y 2) procurar un lugar libre de distracciones e interrupciones, que ofrezca privacidad, y con suficiente iluminación. Es la responsabilidad de mi sicoterapeuta ofrecer estas mismas condiciones durante las sesiones de teleterapia.
10. Entiendo que la diseminación de imágenes que puedan identificarme, así como información que tenga que ver con telemedicina o con trabajo de investigación no debe ocurrir sin mi consentimiento expreso y por escrito.

Yo he leído, entendido y estoy de acuerdo con la información ofrecida en este documento.

Firma: _____ Fecha:

Segunda Firma (Terapia de Pareja): _____ Fecha: