



INSTITUTO PARA LA MEJORA DE LA PAREJA Y LA FAMILIA  
Tania Ortiz, MS, Asociado-LMFT

## INFORMACION DE TERAPIA Y EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

El propósito de este documento es para asegurar que todos los participantes en el proceso terapéutico están conscientes de sus derechos y deberes cuando entrando a una relación terapéutica con migo. Yo sugiero que usted pregunte sobre cualquiera de estos temas durante cualquier momento que estamos trabajando juntos.

### **SEGURIDAD EN LA RELACION TERAPEUTICA**

Estudios encontraron que el mejor resultado ocurre en la terapia cuando todos los miembros de un sistema de cliente desarrollan una relación positiva con su terapeuta. Mi primera prioridad es establecer una relación con cada individual, pareja, o miembro de la familia dejándoles sentir cómodos y seguros discutiendo y procesando cualquier situación. Yo busco una relación colaborativa con usted en lo cual usted no solo se sentirá entendido y valorado, pero también sentir propiedad en su proceso terapéutico. Regularmente disputare las metas de terapia para asegurar que nosotros estamos en acuerdo, y trabajare para asegurar que este cómodo con cualquier enfoque de intervención planificado o sugerido. Le invito que usted comparta con migo cualquier preguntas, preocupaciones, o sugerencia durante el curso de nuestro trabajo juntos.

También relacionado con la seguridad para todas las personas, tengo una póliza estricta del prohibo de cualquier tipo de armas en mi oficina durante el proceso psicoterapéutico. Si usted esta licenciado para portar armas o esta viniendo a terapia de un trabajo que le requiere estar armado, por favor planee asegurar sus armas fuera de mi oficina.

### **CONFIDENCIALIDAD Y LIMITES DE CONFIDENCIALIDAD**

En general, la privacidad de toda la comunicación entre usted y yo, y por el factor que es cliente, es confidencialidad y protegida por el estado y por la ley federal. En general nada más puedo liberar su archivo o la información de nuestro trabajo juntos a otras personas con su escrito permiso y firma. Hay algunos importantes factores sobre los limites de confidencialidad:

1. Si esta usted esta involucrado en el proceso de la corte y una solicitud esta hecha por información relacionado con su diagnostico y tratamiento, esa información esta protegida por el privilegio entre terapéutica y cliente. Yo no puedo liberar su archivo o dar información sin su autorización escrita. Sin embargo, si su archivo esta pedido por una citación de parte de la corte o su un juez cuestiona una order de la corte por su archivo, legalmente estoy obligada a cumplir con la orden. En el caso de citación por orden de la corte, voy a contactar lo a usted para que usted (o su abogado/a) pueda tomar los pasos necesarios para concursar la citación de parte de la corte. Si usted no hace nada para desafiar la

citación de la corte después de ser notificado por mí, yo voy a cumplir con la citación de la corte.

2. Como un Asociado de LMFT, en consulta con mi supervisor, y creo que usted es un peligro hacia usted mismo o a otras personas, yo puedo contactar a un medico o persona de las fuerzas del orden.
3. Si usted divulga información que me dirige, y en consultar con mi supervisor, que haya sospecha de un niño/niña menor de edad, una persona anciano/a o discapacitado esta siendo abusado/a o de negligencia, yo estoy requerido por la ley a notificar a las autoridades dentro de 48 horas y voy a cumplir con este requisito.
4. Si usted hace una demanda o tiene una queja contra mí, ICFE, o hacia mi supervisor por cualquier razón, su información confidencial podrá ser usada en parte de mi defensa.
5. Si una orden de corte o otro procedimiento legal (por ejemplo un gran jurado) requiere divulgar su información y archivo, ICFE va cumplir la orden de corte o la citación del gran jurado.
6. Si usted renuncia su privilegio o da autorización por escrito para divulgar información, ICFE y yo vamos a cumplir con su autorización.
7. Información contenida en comunicación por computadora con limite de seguridad/control, por ejemplo email, conversación de teléfono no es asegurada y puede perjudicar su privacidad.
8. Si me doy cuenta de que habido explotación por un proveedor de salud mental, estoy requerida a reportarlo al Abogado del Distrito en el condado en donde la presunta explotación ocurrió y le aviso a los oficiales de licenciatura del proveedor.
9. Los asuntos que se discuten durante una sesión terapéutica de familia o en cita matrimonial/ de pareja no son en confidencialidad a las personas presentes por que esas personas escuchan lo que se dice y participan en la discusión. Sin embargo todo los asuntos que se discuten dentro la cita familiar o matrimonial/en pareja son en confianza y de privilegio al partido que no estuvo presente en la cita.

Como un Asociado de LMFT, tengo confidencialidad únicas y responsabilidades cuando trabajo con parejas, familias y niños porque la familia entera puede ser considerada como el cliente. Cuando trabajo con familias, profesionales de salud mental tienen la obligación a mas de una persona. Podré divulgar información que se hablo en citas individuales, conversación telefónica o por escrito con esos familiares que han dado consentimiento en tratamiento juntos. **ICFE tiene una póliza estricta de no mantener secretos potencialmente dañinos a otros miembros de familia participando en terapia. Si usted comparte un secreto que potencialmente dañe con su terapeuta, y no quiere compartirlo con los participantes en terapia, su terapeuta podrá forzado a terminar la terapia relacional. Si tiene que discutir información personal y no se puede compartir, por favor solicite una referencia para terapia individual.**

Clientes regularmente prefieren comunicar con migo por via correo electrónico o por mensaje de texto para confirmar o programar citas, tanto como proveer actualizaciones con respecto a sus situaciones. Mientras tengo el deber de actuar con profesionalismo y diligencia

para proteger su información, no puedo garantizar la confidencialidad de correspondencia por correo electrónico y mensaje de texto debido a la logística de estos tipos de comunicación. Voy a cumplir con sus solicitudes informadas descritas en el Formulario de Comunicaciones con respecto al uso de textos, correos electrónicos, u otras comunicaciones fuera de la comunicación cara a cara en mi oficina. Comunicación por text nada mas esta reservada para programar citas y otros problemas logísticos, como comunicar que va llegar tarde a su cita.

Otro elemento importante de confidencialidad es la expectativa que personas participando en terapia respeten la privacidad de otros miembros de la familia también participando, refrenándose de compartiendo contenidos de las sesiones con la gente de afuera. **Ademas, dispositivos de grabación de cualquier tipo (audio, video, o fotográfico) no son permitidos en las sesiones de terapia sin un consentimiento escrito de todas las personas atendiendo, incluyendo su terapeuta.** En orden para lograr sus metas terapéuticas, es esencial que todas las personas tengan la experiencia y confianza y seguridad personal durante las sesiones de terapia.

### **LAS BENEFICIENCIAS Y RIESGOS DE PSICOTERAPIA**

Una beneficencia mayor puede ser ganada por participando en la resolución de preocupaciones. Otras beneficencias posibles pueden ser una mejor habilidad de enfrentarse con relaciones de matrimonio, familia, y otras relaciones interpersonales, tal como un mejor entendimiento de metas y valores personales. Sin embargo, buscando de resolver preocupaciones entre miembros de la familia, parejas de matrimonio, y otra gente puede llegar a incomodidad tal como cambios de relaciones que pueden no haber sido originalmente intencionales. El riesgo mayor de psicoterapia es que solo, podrá no resolver su tratamiento. Podrá experimentar incomodidades como el enfado, la depresión, o frustración durante su tratamiento mientras recuerdas o resuelvas eventos desagradables. Yo hare mi mejor esfuerzo para evaluar progression semanalmente, y le animo que usted me notifique de cualquier cambios en su condición. Si una situación falla de mejorar o una situación empeora, yo le proporcionare una referencia a otro professional para consultación o tratamiento.

**Por favor sepa que, también, yo no proporciono servicios de emergencia para la salud mental.** Podré no retornar sus llamadas inmediatamente o programarle para tratamientos inmediatos. En el evento de una emergencia, usted tiene varias opciones. Podrá ir al cuarto de emergencias mas cercano, llamar al 911 para asistencia de emergencias, o contactar a la Unidad de Estabilización de Crisis del Centro de Servicios de Asistencia Sanitaria al 225-5481 (L-V, 8-5), emergencia durante fuera de hora, llame al 531-7826. Podrá también llamar a la United Way HELP Hotline marcando 227-4357 (HELP).

### **CUOTAS Y CITAS**

Una hora de terapia estándar consiste de aproximadamente 50 minutos para la sesión de terapia y 10 minutos para dejarme de completar papeleo necesario y prepararme para mi cliente siguiente. **Mi cuota para una hora de terapia estándar es \$95.** También puedo ofrecer una cuota reducida, basado en la necesidad del cliente y el apruebo del Director de ICFE. Por favor hableme antes de firmar este acuerdo si necesitas solicitar una cuota reducida. Puede pagar por cash, cheques personales, y por tarjetas de crédito. Servicios adicionales como una testimonia de la corte, reportes, o consultaciones con profesionales legales serán conductadas por una cuota de \$250 por hora, y incluirán mi tiempo tal como la involucración de mi supervisor clínico. Pagos para servicios adicionales es debido antes del servicio siendo rendido.

Pagos por la psicoterapia es debido al tiempo que los servicios son rendidos. Para evitar acumulación de un balance, se les pregunta a los clientes de completar un acuerdo de facturación y proveer información de tarjeta de crédito para permanecer en archivo durante el

tiempo que son clientes activos. Tarjetas de credit solo serán facturados para servicios proveídos, cargos por cheques de devolución o cargos por cancelaciones tardes o clientes ausentes. Information sobre tarjetas de crédito esta asexualmente destruida 60 días después su su ultima sesión o inmediatamente sobre su comunicación que esta terminando la relación terapéutica. Clientes quienes no desean dejar su información de tarjeta de crédito en archivo pueden elegir de en ves hacer un pago de retención de \$95, pago avanzado por 1 sesión, cuando programando la seguían sesión de terapia. Una cuota de \$30 es cargado por cada cheque regresado.

Como un asociado de LMFT, no soy un proveedor de la red para ninguna compañía de seguros, sin embargo, completare el papeleo necesario si elige entregar su reclamación propia por mis servicios, a su compañía de seguros para reembolso. Su compañía de seguros puede o puede que no no reembolsa por mis servicios con un asociado de LMFT proporcionando servicios debajo supervision. Por favor se consciente que las compañías de seguros requieren una diagnosis de salud mental ser asignada a un cliente único e identificado para considerar psicoterapia ser una necesitada medica, y por lo tanto ser elegible por reembolso. Si mi evaluación profesional no determine un trastorno de salud mental de ser presente o relevante a la terapia proporcionada, no podré completar una reclamación para su compañía de seguros. Además, revisaré con usted cualquier diagnosis asignada a usted para ser entregada a su compañía de seguros. A pedido, proporcionare una factura detallada de cada mes por servicios, incluyendo códigos relevantes su compañía de seguros requerirá y completar el formulario de reclamación de su compañía de seguros. La primera pagina de el formulario de reclamación es completado sin ningún cargo, formularios más complejos serán completados a \$20/pagina.

Sesiones son solo por citas. Si usted necesita cancelar o reprogramar una cita, requiero por lo menos un aviso de 24 horas así tengo la oportunidad de programar con otro cliente durante el tiempo de la cita. Clientes quienes no proveen un aviso de 24 horas de que no asistirán la sesión programada serán cobrados por la cuota completa por la hora de terapia.

A puntos diferentes en terapia, discutiremos el progresos que ha sido hecho, metas permaneciendo, y el periodo de tiempo expectativo por su tratamiento. Su participación en los servicios terapéuticos, siquiera, es completamente voluntario y puede parar en cualquier momento.

## **SUPERVISION PROFESIONAL Y ESPACIO DE OFICINA COMPARTIDO**

Yo soy una terapeuta asociada licenciada en matrimonio y familia (asociado de LMFT) proporcionando servicios clínicos debajo la supervision de Becky Davenport Ph.D., LMFT, Dueña y Directora Ejecutiva de ICFE. Dra. Davenport puede ser contactada directamente al (210) 602-1898 o [davenport@icfetx.com](mailto:davenport@icfetx.com). Mi status como una asociado de LMFT quiere decir que complete una titulo de posgrado o su equivalente en terapia de matrimonio y familia, pasado el examen de licenciado nacional, y sido aprobada por el Texas State Board of Examiners of Marriage and Family Therapists. Sobre completación exitosa de los requerimientos del Board, sere una terapeuta de matrimonio y familia completamente licenciada (LMFT). Para cumplir los requerimientos de una licenciatura completa, me reúno por lo menos dos veces a la semana con Dra. Davenport para supervision clínica, incluyendo discusión and direction por él trabajo con mis clientes. Como una función de su papel como mi supervisora clínica la Dra. Davenport tendrá acceso completo a sus archivos clínicos y información privada de salud.

También comparto el espacio de oficina con varios otros terapeutas quienes son contratistas independientes proporcionando servicios en la ICFE. Nuestros archivos clínicos están guardados en una area común, quiere decir que estos otro terapeutas quizás tengan acceso a su información confidencial. Cualquier persona afilada con la ICFE quien tiene acceso

a la información privada y confidencial del cliente esta obligado por ley y éticas profesionales para proteger la confidencialidad del cliente.

## **ARCHIVOS**

Toda la comunicación con su terapeuta se convierte y es parte de su archivo, que se mantiene en forma de papel y a veces en forma de archivo electrónico cuando los servicios clínicos se completan. La ley de Tejas requiere que archivos de tratamiento se mantienen por siete años después de la última fecha de su cita para adultos. Su información no puede ser divulgada por nadie en ICFE sin su escrito consentimiento a no ser que sea requerido por ley.

Como un cliente, usted tiene el derecho de obtener una copia de su archivo, tiene que presentar una autorización por escrito. La ley de Tejas requiere que todas las solicitudes para revisar o obtener copias de su archivo tiene que ser por escrito. El archivo de su tratamiento va a contener información confidencial sobre usted y la información en el archivo puede ser malinterpretada o causa de molestia a una persona de laico. Si usted solicita una copia de su archivo en forma escrita, ICFE se lo puede dar en cuanto usted pague por la tarifa de archivo. Pero si su terapeuta y la Dra. Davenport cree que dándole el archivo podrá poner en peligro su vida o su seguridad física, o la seguridad física y de vida de otra persona no vamos a liberar su archivo. En el evento que esto pase y tenemos preocupaciones y la creencia que el archivo tiene que ser retenido por alguna razón que sea involucración de vida o peligro de seguridad física, una carta será escrita para explicar las razones de detener el archivo.

Terapia familiar o en pareja, la familia o la relación de pareja es el cliente entero a lo más que individuos. Por esa razón, ICFE no va a liberar su archivo de consejería de pareja sin que los dos individuos paguen la tarifa de archivo, firmen la Autorización para permitir la liberación del archivo, o si estoy presentada con una Orden de Corte requiriendo que el archivo tiene que ser liberado. En cualquier evento, ICFE va a proveer una completa copia de los archivos a los dos miembros de la pareja, o a todos los miembros adultos de una familia en cuanto haya recibo de la Autorización o la Orden de Corte, y pago de la tarifa de archivo.

ICFE ha determinado que una razonable, basado en costas, tarifa por dar una copia de su archivo es \$30.00 por archivos que son menos de 100 páginas. Por cualquier archivo que sea más de 100 páginas, la tarifa será \$60.00. El costo de envío o por correo va a ser extra. En general ICFE no está obligado a proveer copias de solicitud de archivos hasta que la tarifa de archivo sea pagada.

## **PLAN DE PRÁCTICA EN CASO DE MUERTE O INCAPACIDAD**

Dra. Davenport como dueña y directora de ICFE, es la custodia de los archivos para los clientes que son servidos por los internos y asociados debajo de su supervisión. En el evento que ella fallece o que sea incapacitada, ella ha hecho planes para que otro psicoterapeuta maneje la práctica/oficina, asumiendo control de los archivos, reunirse con los clientes, dar referencias para otro terapeuta, y tomar los pasos adecuados para manejar la práctica/oficina para el beneficio a los clientes. Por su firma abajo, usted autoriza la psicoterapeuta que Dra. Davenport a asumido para que esa persona lo contacte directamente y usar y revelar su información confidencial de salud mental y archivo por el propósito apropiado.

## **LA LITIGACIÓN POLIZAS Y TARIFAS POR SERVICIOS ASOCIADOS CON LA CORTE**

Como un Asociado de LMFT no encuentro que sea ayuda terapéutica en muchos casos para que yo sea involucrada de cualquier manera en la litigación de un cliente. **Si usted esta**

**involucrado en alguna situación legal que resulta en que su archivo sea citado o que su terapeuta vaya ser citado por un testimonio, dígame antes de completar esta forma de consentimiento.** Si un cliente ignora el acuerdo anterior y trata de involucrar a un Asociado-LMFT de ICFE en una manera legalmente, la tarifa por hora es \$250 por hora por el tiempo de la Dra. Davenport y \$125 por hora para el tiempo del Asociado de LMFT. Los terapeutas de ICFE van a cumplir con citaciones legales. Usted esta de acuerdo por su firma para hacer el pago adelantado que es requerido para el tiempo que se toma relacionado con la litigación. Si los terapeutas de ICFE, internos, asociados o archivos están citados en violación de este acuerdo y contra los deseos confirmados por el terapeuta, usted también esta de acuerdo de pagar por todo el tiempo profesional, incluyendo pero no limitado a la preparación, revisión del archivo, cargos de transportación (puerta-a-puerta), tiempo de espera, y tiempo gastado en dar testimonio en la corte o declaración **no importa que partido emitido la citación. NO SE VA ACEPTAR CHEQUES PERSONALES POR ESTOS SERVICIOS.** Todos los pagos se tienen que pagar dentro de 48 horas antes de la fecha programada por la apariencia o declaración de la corte. Por su firma, usted autoriza ICFE que cargue la tarjeta de crédito que tenemos en el archivo para cualquier tarifas relacionados con la litigación y las apariciones de corte, a no ser que nos da notificación que usted tiene intención de hacer pagos por dinero en efectivo, orden de dinero (money order) o cheque de caja. Finalmente, si la citación es para proveer archivo o testimonio en violación de este acuerdo y en contra de los deseos confirmados, ICFE y los terapeutas de ICFE reservan el derecho de terminar nuestro profesional relación terapéutica inmediatamente y dar referencias a otros proveedores de salud mental.

### **REALIMENTACIÓN Y QUEJAS**

Soy una contratista independiente proporcionando servicios terapéuticos en la ICFE siendo clínicamente y administrativamente supervisada por Becky Davenport, Ph.D, LMFT. Ella podrá ser contactada directamente al (210) 602-1898 o [davenport@icfetx.com](mailto:davenport@icfetx.com). Sin embargo, le invito y fuertemente sugiero clientes con cualquier preocupación o queja que primeramente hablen con migo directamente. Hare todo el esfuerzo de dirigir los problemas profesionalmente y colaborativamente con usted.

Adicionalmente, clientes quienes escogen de presentar una queja contra mi por violaciones de la ley del estado y regulaciones o mi código de ética profesional deberían contactar:

Texas Behavioral Health Executive Council  
Attn: Texas State Board of Examiners of Marriage and Family Therapists  
333 Guadalupe St., Ste. 3-900  
Austin, Texas 78701

Numero de telefono: 1-800-821-3205, o por linea de internet:

<http://www.bhec.texas.gov/wp-content/uploads/2020/07/BHEC-Complaint-Form.pdf>.

Si tiene una queja relacionado con HIPAA Reglas de Privacidad, puede contactar el U.S. Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles al: [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov).

**Mi/Nuestra firmas debajo confirman lo siguiente:**

**Yo he recibido, leído (o me lo han leído) y entiendo este Consentimiento de servicios Terapéuticos y Consentimiento de Informar.**

**Yo doy mi consentimiento informado para psicoterapia con Tania Ortiz, MS, LMFT-Asociada**

**Yo entiendo que no habido promesas o garantías sobre los resultados de la psicoterapia.**

**Yo entiendo y estoy de acuerdo de pagar por la tarifa de la sesión completamente en cada sesión a no ser que anteriormente habido un arreglo claro por escrito.**

**Yo sé que tengo que llamar para cancelar una cita antes de las 24 horas de la cita programada. Si no cancelo dentro las 24 horas o no vengo a la cita, yo voy estar encargado de pagar la tarifa entera para esa cita y estoy de acuerdo de pagar esa tarifa.**

**Yo entiendo si tengo una experiencia de salud mental o una emergencia medica, voy a llamar al 9-1-1 o ir a urgencias mas cercanas para tratamiento.**

**Yo he leído y entiendo la Póliza de Litigación de ICFE y estoy de acuerdo de pagar las tarifas confirmadas si escoge de involucrar a mi terapeuta en mi litigación o caso de corte.**

He leído este Acuerdo con cuidado. Yo entiendo los términos de este Acuerdo y yo estoy de acuerdo de cumplir con los términos. Yo entiendo que este Acuerdo es un contrato entre yo y ICFE y podrá legalmente ser esforzado con un contrato escrito. Yo estoy de acuerdo que esa Acuerdo se va mantener en efectivo hasta que yo lo revoque por escrito y yo entiendo que cualquier revocación por escrito debe de tener fecha después d el fecha de este Acuerdo y debe de ser previsto a la terapeuta o a ICFE. Yo estoy de acuerdo que una copia de este Acuerdo tiene la misma fuerza y efecto como el original.

---

<b>Firmado</b>	<b>Cliente/Guardian del Cliente de Menor de Edad</b>	<b>Fecha</b>
----------------	--	--------------

---

<b>Firmado</b>	<b>Cliente/Guardian del Cliente de Menor de Edad</b>	<b>Fecha</b>
----------------	--	--------------

---

<b>Firmado</b>	<b>Tania Ortiz, MS, Asociado de LMFT</b>	<b>Fecha</b>
----------------	--	--------------

