



**ELIZABETH L. RAMIREZ (MFT45179)**  
**Terapeuta de Familias**  
**DECLARACION DE POLIZA**

Este documento incluye información de mis servicios profesionales y pólizas de negocio. Por favor repase esta información con atención y hacer preguntas necesarias a cualquier momento. Supongo que mis clientes son responsables por si mismos y auto-suficientes y que no requieren supervisión diaria. Pido que al inicio mis clientes hablan conmigo de cualquier expectativa sobre cuidado o servicios fuera del horario de negocio para hacer recomendaciones necesarias.

**Sobre Tratamiento: Beneficios, Riesgos y Alternativas**

La mayoría de individuos quienes obtienen psicoterapia reportan que reciben beneficios del proceso. El éxito puede variar depende en los problemas particulares que se tratan tanto como el nivel de participación del cliente. El tratamiento, por lo mas eficaz que sea, no puede garantizar recuperación completa. Auto-exploración, nuevos conocimientos, nuevas maneras de resolver problemas y aprender nuevas capacidades en general son útiles, sin embargo existen algunos posibles cambios inesperados.

Mientras que se conocen bien los beneficios de psicoterapia, puede notar emociones difíciles durante el tratamiento. Esto es parte natural del proceso de sanación y a menudo provee la base del cambio. Un resultado común de la terapia es tomar decisiones importantes en la vida incluyendo su comportamiento, sus relaciones, y el empleo. Esto puede presentar oportunidades nuevas tanto como desafíos nuevos.

**Honestidad y participación ayuda hacia un resultado positivo.** Tendrá la oportunidad de recibir beneficios de terapia cuando participe completamente. Al firmar esta declaración demuestra que esta de acuerdo con la póliza de "No Secretos" entre miembros de un grupo en terapia. Cuando se presentan en las citas alguien quien no es un cliente, esa persona no puede tener la expectativa de confidencialidad. Sin embargo, tendré que exigir el privilegio. Además, la persona quien no es cliente tiene el derecho de privacidad.

Utilizo una perspectiva de las relaciones además de un fin hacia soluciones e incremento de capacidades. El tratamiento se planea con metas que acordamos después de una evaluación completa. Puede tomar hasta tres citas para decidir en el tratamiento. Existen otros métodos de tratamiento los cuales le explicaré si lo pide. Si es necesario, le recomendaré a tres otros terapeutas para continuar su proceso de consejería.

**Comunicación Conmigo**

El horario típico de mi consultorio es de lunes a jueves, 9am - 6pm. No ofrezco citas los viernes ni fin de semana. Llamadas recibidas los viernes serán contestadas los siguientes lunes. Puede dejarme mensajes de voz, texto o correo electrónico. Teléfono: 831-754-3077, o elramirezmft@gmail.com.

**Emergencias**

En caso de **una emergencia psicológica**, llame a 911 o vaya al hospital mas cercano: Natividad Centro de Crisis: 755-4111 en Salinas o Línea Comunitaria de Crisis 625-4623 en Monterey.

Cuando estoy fuera del área o cierro la oficina por un tiempo extendido, preparemos por el lapso u otra terapeuta puede tomar mi lugar. Haremos un plan que sea servicial para sus necesidades.

**Comunicación por Correo Electrónico**

El correo electrónico no garantiza privacidad. Prefiero limitar este método para asuntos de programar las citas. Por favor tocar asuntos de terapia en persona o por teléfono para proteger su privacidad.

**Confidencialidad**

Por lo general la información compartida es confidencial y no se comparte sin su permiso escrito. No obstante, contesto citaciones legales requerido por ley o cuando es apropiado legalmente o si existen excepciones éticas. Soy terapeuta de tratamiento y no proveo servicios en contemplación de procedimientos legales ni evaluaciones psicológicas formales. Sin embargo, si contesto una citación, voy a cobrar de acuerdo al tiempo y costo total relacionado con la contestación. Preguntas acerca de asuntos legales deben hacerse con su abogado.

Tengo la **obligación legal** reportar cualquier sospecho de abuso de menores, mayores o adultos dependientes y cualquier situación donde el cliente amenaza violencia hacia un victima que se puede identificar. La ley también permite que rompa la confidencialidad cuando el cliente presenta peligro a si mismo a menos que se toman medidas protectivas.

*Ponga sus iniciales al lado de los métodos de comunicación preferidos:*

Llamadas telefónicas	_____	Fax	_____
Mensajes de Texto	_____	Correo Tradicional	_____
Correo electrónico	_____		

### Tratamiento de Menores como Clientes Individuales

Prefiero dar tratamiento a menores con el permiso de los dos padres quienes tienen la custodia legal. Haré lo posible comunicarme con los dos padres para dar el mejor tratamiento. En caso de un divorcio o separación, es servicial recibir una copia del orden actual de la custodia y documentos relacionados.

Mantengo la privacidad del niño durante su proceso de consejería. Niños tienen la libertad de compartir a quien gustan sus experiencias en las citas. Cuando lo veo necesario, puedo platicar con el niño sobre la importancia de compartir información con sus padres.

Mi colaboración con los padres se enfoca en lo mejor para el niño. Pido participación de los padres como sea necesario durante el tratamiento. Esto puede incluir conversaciones para actualizar el proceso terapéutico o sesiones con los padres o familiares. Discutimos el plan mientras el tratamiento apropiado se desarrolla.

### Costo y Cobrar

Espero recibir el costo en cada cita. Mi costo por las citas depende de cada cliente. Las opciones varían por el uso de su plan de salud, otro servicio o pagar el costo por su cuenta. Es posible hacer otros arreglos de costo dependiendo del caso. Llamadas telefónicas mayor de 15 minutos serán cobradas. Mi costo típico es \$120.00 por cita.

*Su costo por las citas:* \_\_\_\_\_

*Costo total por casa cita:* \_\_\_\_\_

Citas canceladas con menos de **48 horas** de aviso serán cobradas igual al costo de una cita. Esto será igual en casos de citas faltadas.

### Cobertura de plan de salud y Co-pagos

Es su responsabilidad obtener *autorización previa* necesaria para el tratamiento con su proveedor de seguridad/EAP. Sesiones EAP típicamente son mínimas. Es posible continuar a través de un plan de seguridad. Cobrará su seguridad/EAP, sin embargo, es responsable por el total del co-pago y deducible según su plan de beneficios. *Citas faltadas* no se cubren por su seguridad/EAP y los cargos relacionados con las citas faltadas son su responsabilidad.

Es responsable por 100% de la cuenta. A cualquier momento durante el tratamiento, si su cobertura o elegibilidad cambian me avisan enseguida.

### Autorización Para Compartir Información

Voy a coordinar con su médico y otros proveedores para facilitar su tratamiento si me pide esta colaboración.

### Finalizar Tratamiento

Tiene el derecho de discontinuar su trabajo conmigo a cualquier tiempo. Le pido reunirme mínimo una vez antes de terminar la psicoterapia para evaluar el progreso. Si noto que no recibe beneficios de su trabajo conmigo o si su problema está fuera de mi capacidad, puedo recomendar otro servicio que puede atenderlo mejor después de que discutimos esto.

El tratamiento también se puede discontinuar si las condiciones no se han cumplido. Por ejemplo, falta en obtener una consulta psiquiátrica o médica cuando es recomendable, llegar a las citas embriagado, no hacer el esfuerzo alcanzar las metas acordadas, cancelaciones seguidas, citas faltadas o falta de pagar.

### Acuse de Recibo

*Estoy informado y aquí reconozco que Elizabeth Ramírez, MFT es una psicoterapeuta independiente.*

*He repasado esta declaración y he recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas. Entiendo y estoy de acuerdo atenerme a su contenido y deseo participar en tratamiento. He recibido una copia de esta revelación.*

\_\_\_\_\_  
Firma de Cliente (Padre si menor)

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Autorización de Asegurancia

*Autorizo a mi plan de seguridad/EAP pagar directamente a Elizabeth Ramírez, MFT.*

\_\_\_\_\_  
Firma de Cliente (Padre si menor)

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Autorizo a Elizabeth Ramírez hacer contacto necesario con el plan médico con el fin de facilitar los pagos de los servicios.*

\_\_\_\_\_  
Firma de Cliente (Padre si menor)

\_\_\_\_\_  
Fecha

*He comunicado los asuntos mencionados aquí con el cliente. Mis observaciones del comportamiento y las respuestas de esta persona me da entender que es capaz de darme consentimiento completo y voluntario para recibir los servicios de salud mental.*

\_\_\_\_\_  
Firma de Psicoterapeuta

\_\_\_\_\_  
Fecha