

Anastasia Barber, LCSW
Acuerdo de Tratamiento

La consejería es un aventura confidencial entre Usted y su consejera entrenada. No es una ciencia exacta, así que no hay garantías en cuanto a los resultados. En su tratamiento, se le pedirá examinar problemas o temas que le causan ansiedad o inquietud emocional a Usted o a su familia, y buscar diferentes maneras de manejar o enfrentar esos problemas. Soluciones se examinarán pero no siempre serán posibles.

Confidencialidad: Su consejera tiene que darle un aviso de como se usará su información medica y psicológica y como tener acceso a esta información según la ley HIPAA). Como su consejera, haré todo lo que puedo para guardar confidencial su información. Ejemplos de situaciones en que puedo compartir informción sin su permiso firmado, son en caso de abuso a niños, a invalidos o a personas mayor de edad; peligro de vida para usted o otra persona; por orden de un juez; y para pedir pagos de aseguranza.

Citas: Favor de cumplir con sus citas o dar por lo meno 24 horas de aviso si tiene que cancelar. Porque es dificil llenar citas canceladas sin aviso adecuado, se le cobrará \$20 para citas con canceladas a tiempo. Su aseguranza no pagará para citas no atendidas.

Emergencias: Si tiene una emergencia, favor de llamar 911, su psiquiátra, su doctor medico, la linea de crisis de MHMR al (512) 472-4357 o el hospital Shoal Creek al 324-2000. Puede llamarme al 8024 si es algo urgente y regresaré la llamada lo mas pronto posible.

Permiso: Usted da permiso que se haga una evaluación y se provee tratamiento hasta que me avisa que quiere terminar. Para cualquier cliente menos de 18 años, Usted certifica que tiene responsabilidad legal para el menor de edad _____, fecha de nacimiento _____ y da permiso que se haga una evaluación y se provee tratamiento hasta que me avisa que quiere terminar. Usted dará documentación legal de su derecho legal sobre este menor de edad.

Cuotas: Comprendo que las cuotas se cobran el tener mi cita. Las cuotas para servicios son

Sesión de evaluación:	\$125/hora
Terapia individual o de pareja	\$100/hora
Terapia de grupo	\$40/hora
Testimonio en el tribunal	\$100/hora
Cita fallada	Primeros dos gratis; despues \$25 cadauno(excepto Medicaid)

_____ Yo pagaré mis cuotas _____ # de Compensación de Victimas _____
_____ Mis cuotas serán cobradas a mi seguro y mi pago parcial es \$ _____
_____ Mis cuotas serán pagodas por una agencia

Nombre del Cliente/Guardián (en letras de molde)

Nombre de la Consejera (en letras de molde)

Firma del Cliente/Guardián

Fecha

Firma de la Consejera