



**Catholic Community Services Yuma**  
**Servicios de Consejería y Salud del Comportamiento**  
**Consentimiento para Tratamiento de Parejas o Terapia Matrimonial**

Nosotros, \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_, por medio de la presente  
*Nombre Impreso del Cliente* *Nombre Impreso del Cliente*

certificamos que estamos comenzado tratamiento para Parejas o Terapia Matrimonial en Catholic Community Services Yuma (CCS Yuma), de forma voluntaria. Además, nosotros damos consentimiento para que un proveedor, ya sea un Trabajador Social, Consejero, Consejero Interno y/o Personal de Apoyo en colaboración con el Supervisor Clínico, Troy Love, LCSW-10449, proporcione el tratamiento. El Supervisor Clínico puede ser contactado al teléfono 928-341-9400.

Se nos han explicado los derechos, riesgos y beneficios asociados con el tratamiento. Entendemos que el tratamiento puede ser interrumpido en cualquier momento por cualquiera de las partes. CCS Yuma alienta a que esta decisión sea discutida con el proveedor de su tratamiento. Esto ayudará a facilitar un plan más apropiado para darles de alta.

**Propósito del Tratamiento**

Entendemos que la terapia de parejas comienza con una evaluación de nuestra relación, pasado y presente. Entendemos que debido al compromiso de tiempo y dinero, además del impacto potencial en nosotros y en otros, es importante tomar una decisión informada sobre el proveedor adecuado para nosotros. La psicoterapia tiene tanto beneficios como riesgos. Los riesgos pueden incluir experimentar sentimientos incómodos, como tristeza, culpabilidad, ansiedad, enojo, frustración, soledad e impotencia, porque el proceso de psicoterapia a menudo requiere hablar acerca de los aspectos desagradables de su vida. Sin embargo, se ha demostrado que la psicoterapia tiene beneficios, como el procesamiento de experiencias negativas y/o el desarrollo de habilidades para lidiar con situaciones adversas y ayudar a mejorar la calidad de vida. La terapia a menudo conduce a una reducción significativa en los sentimientos de angustia y estrés, aumento de la satisfacción en las relaciones interpersonales, mayor conciencia y entendimiento personal, aumento de las habilidades para manejar el estrés y para la resolución de problemas específicos. Pero no hay garantía acerca de lo que sucederá.

**Planes y Objetivos del Tratamiento**

Información actual y pasada será recopilada para ayudar a identificar sus necesidades terapéuticas; Esto incluye identificar un diagnóstico. El propósito del diagnóstico es ayudar a desarrollar un plan consistente con sus habilidades, temperamento, nivel de desarrollo y circunstancias. La Psicoterapia requiere un esfuerzo muy activo de su parte. Con este consentimiento, nosotros estamos de acuerdo en compartir la responsabilidad con nuestro proveedor para el proceso de terapia, incluyendo el establecimiento de metas y la terminación. Para ser más exitosos, nosotros tendremos que trabajar en practicar las habilidades, fuera de las sesiones. Nosotros tenemos el derecho de establecer nuestras propias metas y desarrollar un plan de tratamiento que sea consistente con las mismas. Entendemos que los servicios de Consejería pueden ser proporcionados en un entorno individual, familiar, grupal y/o de parejas. Con el tiempo, nuestras metas pueden cambiar, a medida que las circunstancias cambian. La revisión de nuestro plan de tratamiento es algo que se realizará a lo largo del tratamiento y de acuerdo a las necesidades por las cuales estamos recibiendo servicios. Se utilizarán diferentes técnicas y modelos de consejería, de acuerdo con nuestros objetivos de tratamiento. Nosotros también tenemos el derecho de rechazar cualquier tratamiento recomendado o retirar el consentimiento para el tratamiento. Si un rechazo se lleva a cabo, se nos informará de las consecuencias del rechazo o de la discontinuación del tratamiento.

Entendemos que el enfoque terapéutico en la Terapia de Parejas o en la Terapia Matrimonial es preservar y mejorar la relación, mas que en centrarse en la felicidad individual. Nosotros también entendemos que si permanecer juntos es perjudicial para uno o ambos individuos en la pareja, la atención se centrará en facilitar una separación amistosa.

**Aviso de Confidencialidad y Mantenimiento de Expedientes/Registros profesionales**

La confidencialidad de la información y de los expedientes/registros del cliente están protegida bajo las Regulaciones Federales y la Ley Estatal, de acuerdo con la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA). Una Ley Federal que proporciona protección de la privacidad y de los derechos de los pacientes sobre el uso y divulgación de la Información Protegida de Salud (PHI) para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tenemos el derecho de solicitar que una copia de nuestro archivo esté disponible para cualquier otro proveedor de atención médica a nuestra solicitud por escrito. Esta solicitud debe presentarse por escrito y proporcionarse al Director Clínico de CCS Yuma. Por favor refiérase a su "Aviso de Prácticas de Privacidad," para información adicional.

Consentimiento de Tratamiento para Parejas y Terapia Matrimonial  
Página 1 of 4

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Cliente ID: \_\_\_\_\_

Nosotros entendemos que las prácticas de confidencialidad adicionales para Parejas o para la Terapia Matrimonial se cubrirán en nuestro "Contrato de Confidencialidad para Parejas o Terapia Matrimonial".

### **Responsabilidades del Cliente**

Como clientes en Psicoterapia, nosotros tenemos ciertos derechos y responsabilidades que son importantes que nosotros entendamos. También hay limitaciones legales a esos derechos, las cuales debemos tener en cuenta, y también tenemos responsabilidades correspondientes hacia nuestro proveedor. Los clientes tienen la responsabilidad de mantener a su proveedor informado sobre los datos para contactarles, al igual que si hay cambios en su condición. También tienen la responsabilidad de verbalizar si sienten que el plan de tratamiento necesita ser actualizado, al igual que de mantenerse al día con cualquier consentimiento por escrito para la divulgación de información.

### **Derechos del Cliente**

Nosotros entendemos que como clientes de CCS Yuma nosotros tenemos derechos. Hemos sido informados y proveídos con una copia de los "Derechos del Cliente". Cualquier aclaración a estos derechos puede ser proporcionada por CCS Yuma. Tenemos el derecho de rechazar solicitudes para ser participantes de investigación.

### **Procedimiento de quejas**

Nosotros entendemos que como clientes de CCS Yuma tenemos la capacidad de presentar una queja/inquietud, sin temor a represalias o discriminación. Hemos sido informados y proveídos con una copia de la "Política y Procedimiento de Quejas". Cualquier aclaración a dicho procedimiento puede ser proporcionada por CCS Yuma.

### **Dada De Alta Involuntaria del Tratamiento**

Si un proveedor opta por terminar los servicios antes de la Dada de Alta planificada, se considerará terminación involuntaria. El criterio para una terminación involuntaria es el siguiente:

- Cuando un cliente ya no está dispuesto a participar en su plan de tratamiento o a trabajar para alcanzar los objetivos de tratamiento acordados;
- Al descubrir que un cliente no se ajustó a los criterios de admisión o que había limitaciones de servicio en el tratamiento de un cliente en particular; el cliente necesitará ser referido a otro lugar;
- Cuando un cliente se convierte en abusivo o hace avances sexuales hacia un consejero u otros clientes; o
- Cuando un cliente ya no cumple con los parámetros obligatorios para el tratamiento y/o reincide durante el curso del tratamiento.

### **Citas y Facturación**

Por lo general, las citas tendrán 45-50 minutos de duración, y serán programadas de acuerdo a sus necesidades de tratamiento. Si necesita cancelar o reprogramar una sesión, proporcione un aviso de 24 horas de anticipación. Si se pierde una sesión sin haberla cancelado, o cancela con menos de 24 horas de anticipación, nuestra política es cobrar el monto de su copago [a menos que ambos estemos de acuerdo en que usted no pudo asistir debido a circunstancias ajenas a su control]. Es importante señalar que las compañías de seguros no ofrecen reembolsos por las sesiones canceladas; por lo tanto, usted será responsable de la porción de la tarifa como se describió anteriormente. Además, usted es responsable de venir a su sesión a tiempo; Si llega tarde, su cita todavía tendrá que terminar al mismo tiempo. Su facturación por los servicios recibidos será consistente con su "Contrato de Pago por Servicios".

### **Uso de la tecnología**

"Consejería a Distancia" es una práctica que no se utiliza en lugar de la Consejería de persona a persona. CCS Yuma no utiliza teléfonos celulares, redes sociales o telemedicina para proporcionar servicios terapéuticos o de apoyo. Las solicitudes de servicios deben hacerse llamando a nuestra oficina al 928-341-9400 y programando una cita. Los servicios asistidos por tecnología pueden ser utilizados como una acomodación razonable para proporcionar servicios terapéuticos. Si se utilizan estos servicios asistidos por tecnología, se explicará el propósito y los posibles errores. Las herramientas tecnológicas para la entrega de servicios terapéuticos pueden ser utilizadas como parte del proceso terapéutico. Usted tiene el derecho de participar en servicios basados en la tecnología asistida.

### **Contactar a su proveedor**

Es posible que su proveedor no esté disponible inmediatamente por teléfono. En estos momentos, puede dejar un mensaje en nuestro correo de voz confidencial y le devolveremos su llamada tan pronto como sea posible, pero puede tardar un día o dos

para asuntos no urgentes. Si, por cualquier motivo que no se prevee, usted no oye de nosotros, o no podemos comunicarnos con usted, y siente que no puede esperar una llamada de regreso o si se siente incapaz de mantenerse seguro: 1) comuníquese con la línea directa de crisis al 1-866-495-6735, 2) Vaya a su sala de emergencias del hospital local o 3) Llame al 911. Haremos todo lo posible para informarle con anticipación sobre las ausencias planificadas, y le proporcionaremos el nombre y el número de teléfono del profesional de salud mental que estará cubriendo su caso.

**Continuación de Servicios:** En el caso de que su proveedor asignado ya no pueda continuar con los servicios, se le asignará a otro Proveedor. Será su elección si desea continuar con los servicios de tratamiento o ser referido a otro Proveedor.

**Consultación Clínica/Coordinación de Cuidado:** Su caso puede ser discutido en un entorno de Supervisión Grupal para retroalimentación y apeamiento a un enfoque de mejores prácticas. Su nombre no será divulgado.

**Reconocimiento de las partes Involucradas – Areas aplicables de Consentimiento Inicial**  
**Parties Acknowledgements – Initial Applicable Areas of Consent**

**Un proveedor que trabaje bajo la supervisión de un Profesional puede ser requerido a grabar sesiones como parte de sus requisitos de Supervisión Clínica con su Institución Educativa y/o el Estado de Arizona.**

\_\_\_\_\_ Yo Consiento la grabación de audio o video de las sesiones con el propósito de control de calidad y entrenamiento  
Iniciales \_\_\_\_\_ solamente, y entiendo que las grabaciones serán vistas en la supervisión clínica antes de que la grabación sea destruida.  
Entiendo y consiento su destrucción después de ser vista.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente/Agente/Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**El Informe de Consentimiento ha sido revisado con nosotros. Los resultados clínicos de la información de los clients se pueden utilizar para fines de evaluación del programa, pero los resultados individuales no se divulgarán a fuentes externas. Al firmar a continuación, acordamos aceptar el tratamiento y aceptamos la plena responsabilidad del pago de dichos servicios.**

\_\_\_\_\_ Yo doy mi consentimiento al tratamiento y acepto cumplir con las políticas y acuerdos de Catholic Community  
Iniciales \_\_\_\_\_ Services Yuma señalados anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Un proveedor que trabaje bajo la supervisión de un Profesional puede ser requerido a grabar sesiones como parte de sus requisitos de Supervisión Clínica con su Institución Educativa y/o el Estado de Arizona.**

\_\_\_\_\_ Yo Consiento la grabación de audio o video de las sesiones con el propósito de control de calidad y entrenamiento  
Iniciales \_\_\_\_\_ solamente, y entiendo que las grabaciones serán vistas en la supervisión clínica antes de que la grabación sea destruida.  
Entiendo y consiento su destrucción después de ser vista.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente/Agente/Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**El Informe de Consentimiento ha sido revisado con nosotros. Los resultados clínicos de la información de los clients se pueden utilizar para fines de evaluación del programa, pero los resultados individuales no se divulgarán a fuentes externas. Al firmar a continuación, acordamos aceptar el tratamiento y aceptamos la plena responsabilidad del pago de dichos servicios.**

\_\_\_\_\_ Yo doy mi consentimiento al tratamiento y acepto cumplir con las políticas y acuerdos de Catholic Community  
Iniciales \_\_\_\_\_ Services Yuma señalados anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Catholic Community Services Yuma Testigo:**

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso Del Testigo, Posición

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha