

# *Alegre Counseling & Consulting Services, LLC*

4425 East Agave Road, Building 4, Suite 116

Phoenix, Arizona 85044

Phone: 480-759-1641 Fax: 480-656-0011

Website: [www.juliobenezra.com](http://www.juliobenezra.com) E Mail: [alegrecounseling@cox.net](mailto:alegrecounseling@cox.net)

## **GUÍAS DE PRÁCTICA Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (TODAS LAS SECCIONES DE ESTE DOCUMENTO SE REVISARON Y ACTUALIZARON EN 4/2016)**

Bienvenidos a mi práctica de consejería. Escribí este documento con el fin de aclarar lo que puede esperar de nuestro trabajo juntos, sus derechos, y cómo proteger su información personal. Su firma en la página de autorizaciones al final de este documento indicará que entiende estas directrices, han tenido la oportunidad de hacer preguntas, han recibido una respuesta satisfactoria, y dar su consentimiento informado para el tratamiento.

### **ACERCA DE SU CONSEJERO, JULIO L. BENEZRA, M.S.Ed., LPC, CCTP**

En este documento, el término "Yo" se refiere a mí, el "terapeuta", "Usted" o "Cliente" se refiere a usted, el cliente.

Yo Julio L. Benezra, M.S.Ed., LPC, CCTP estoy haciendo negocio (DBA) bajo el nombre Alegre Counseling and Consulting Services, LLC. Comparto esta oficina con varios otros terapeutas, sin embargo, mi práctica es independiente de la de ellos.

Mi Maestría en Ciencias en Educación se obtuvo de la Universidad de Miami en 1980, en psicología. Estoy acreditado por la Arizona Board of Behavioral Health Examiners como un Consejero Profesional Licenciado (LPC), número LPC-1228, así como un Certificado Profesional Clínico de Trauma (CCTP). Soy un miembro profesional de la Asociación Americana de Consejería y sigo sus principios éticos, así como los de la Asociación Internacional de Profesionales de Trauma.

**Sólo proporciono tratamiento a clientes de 18 años o más de edad. En casos muy limitados, puedo ver a un cliente menor de 18 años de edad, en mi discreción. Antes de trabajar con un cliente que tiene menos de 18 años de edad (un menor no emancipado), debo tener permiso de los padres para proporcionar servicios terapéuticos. Los padres o tutores legalmente autorizadas deben firmar la Política de Consentimiento Informado En Relación a los Menores No Emancipados que se encuentran en la sección de autorizaciones al final de este documento.**

**Los padres divorciados deben traer una copia de la sentencia de divorcio (Parenting Plan) que indica los derechos de custodia. No voy a ofrecer servicios a los menores de edad sin una copia de este documento legal.**

Las normas éticas de mi profesión dictan que su relación conmigo es una profesional y terapéutica. Con el fin de preservar y proteger esta relación que, es imperativo que no tenemos ningún otro tipo de relación. Las relaciones personales y / o empresariales minan la eficacia de la relación terapéutica. Me importa que le pueda ayudar, pero no estoy en condiciones de ser su amigo o tener una relación social o personal con usted. Regalos, el trueque, y servicios comerciales no son apropiados en cualquier circunstancia.

Participo en un proceso en casos seleccionados se discuten con otros colegas profesionales para facilitar cualquier continuo crecimiento profesional y para conseguir que el beneficio de una variedad de profesionales expertos. Si bien ninguna información de identificación se libera en este proceso de consulta entre pares, la dinámica de los problemas y la gente se discuten junto con los enfoques y métodos de tratamiento.

Me reservo el derecho de referir a un cliente a otro terapeuta o recurso apropiado en cualquier momento si creo que su / sus necesidades en la terapia se pueden satisfacer de manera más adecuada por otro profesional de la salud mental.

### **SERVICIOS DE SALUD MENTAL**

La consejería siempre implica cambio. Algunas personas vienen a terapia porque están listos para hacer cambios significativos en sus vidas y quieren trabajar con un profesional bien informado, confiable y objetivo que puede ayudarles a explorar alternativas y opciones para el cambio. Otras personas entran en la consejería porque el cambio ha sido lanzado sobre ellos. Ellos buscan la comodidad y la orientación de la relación de orientación como un lugar seguro para llorar sobre lo que fue y como un lugar seguro para comenzar el proceso de reconstrucción. Independientemente de su motivación para buscar consejería, les doy la bienvenida y se ofrecerá la mejor asistencia profesional que puedo

proporcionar.

Nunca puede haber ninguna garantía absoluta en la consejería. Sin embargo, he encontrado que la orientación es más productiva cuando se trata de un esfuerzo de colaboración de trabajo entre el cliente y el consejero, donde cada uno contribuye activamente al proceso.

A medida que su consejero, yo soy responsable de proporcionarle el más alto nivel de competencias profesionales acorde con mi formación y experiencia. Voy a ayudarle a pensar a través de cualquier problema o preocupación. Voy a facilitar la comunicación entre usted y cualquier persona importante por lo que se puede decir lo que tiene que decir y para que pueda escuchar con precisión lo que la otra persona tiene que decir a usted. Voy a sugerir la lectura o actividades fuera y proporcionaré a menudo asignaciones "tarea". Si es necesario, voy a recomendar que consulte con un médico para recibir terapia con medicamentos u otro tratamiento médico. A lo largo de todo el proceso, voy a animar, guiar, y dar el apoyo para realizar los cambios que considere que es correcto para usted.

Como cliente, usted es responsable de ser lo más honesto y abierto como sea posible. El cambio por lo general implica dejar de lado las cosas que son familiares con el fin de que las nuevas posibilidades puedan surgir. Se requerirá esfuerzo y riesgo. Puede haber algo de dolor emocional. Puede que tenga que luchar contra la vergüenza, ansiedad, frustración, y a veces miedo.

Consejería iniciará con una o más sesiones dedicadas a una evaluación inicial de proporcionarme una buena comprensión de los problemas, sus antecedentes, y cuales quiera otros factores que puedan ser pertinentes. Cuando el proceso de evaluación inicial se haya completado, vamos a discutir maneras de tratar el problema (s) que le han puesto en la consejería y desarrollar un plan de tratamiento. Usted tiene el derecho y la obligación de participar en el desarrollo de las decisiones de tratamiento, revisión periódica, y la revisión de su plan de tratamiento. También tiene el derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado o de retirar su consentimiento para el tratamiento y ser informado de las consecuencias de tal denegación o retirada.

## **CONFIDENCIALIDAD Y REGISTROS**

**Aviso: Al proporcionar consejería a una pareja o familia, no puedo entrar en alianzas o guardar secretos. Información revelada en cualquier contexto puede ser discutido con cualquiera de los compañeros en mi discreción. Si surge una situación así, voy a hacer todo lo posible para informarle, antes de hacerlo, de la necesidad de romper la confidencialidad y explorar otras opciones.**

Afuera de la información en el párrafo anterior, todas las comunicaciones y los registros creados en el proceso de consejería se llevan a cabo en la más estricta confidencialidad y se refirieron a la Información de la Salud Protegida (Protected Health Information, PHI). Estos sólo serían revelados a cualquier individuo con su permiso por escrito para mí. Sin embargo, hay numerosas excepciones a la confidencialidad y el privilegio tal como se definen en las leyes estatales y federales. Si se presenta una excepción, voy a hacer todo lo posible para informarle, antes de hacerlo, de la necesidad de romper la confidencialidad.

### Las excepciones a la confidencialidad y el privilegio:

1. Si usted amenaza daño o la muerte a usted u otra persona, yo soy legalmente, éticamente y moralmente obligado a tomar medidas para proteger la seguridad de la persona amenazada. Las acciones podrían incluir informar a la víctima la organización de hospitalización para usted y / o su hijo, notificar a la familia o sistema de apoyo o alertar a la policía.
2. Si hay abuso o abandono de un niño, anciano o persona con discapacidad se sabe o se sospecha, estoy obligado por la ley de Arizona reportar mi preocupación a las autoridades correspondientes.
3. Si recibo una orden de la corte legalmente vinculante para sus registros de consejería o para mi deposición o testimonio de la corte, estaría obligado a cumplir.
4. Si usted o su hijo está en la consejería o están siendo evaluados por Resolución de la Corte o como condición de empleo continuo, que puede ser necesario para proporcionar la Corte o al empleador con informes, documentos o testimonios.
5. A medida que requiera la Arizona Board of Behavioral Health Examiners en caso de una investigación.
6. Para cumplir con las leyes de compensación laboral (Workers Compensation).

7. Para cumplir la U.S.A. PATRIOT ACT de 2001, y / o para cumplir con otras organizaciones locales, estatales o federales.

Tenga en cuenta que los correos electrónicos entrantes y salientes, mensajes de texto y llamadas telefónicas no están protegidos HIPPA, ya que van a través de redes inalámbricas. Nosotros, con su permiso, le enviará recordatorios de citas u otra información a través de mensajes de texto.

Tenga en cuenta que el uso de su compañía de seguros que está permitiendo que haga un diagnóstico y que informe mis conclusiones a ellos, que, a su vez, se convertirá en una parte permanente de sus archivos. Esto puede o no puede tener un impacto en sus proyectos futuros. Si esta disposición no es de su satisfacción o no en su mejor interés de cualquier manera, por favor hable conmigo durante su primera visita.

### **EMERGENCIAS**

Yo no tengo la capacidad para responder de manera inmediata a las emergencias de consejería. En caso de una emergencia médica o psicológica, por favor llame al 911 o a la Línea de Crisis del Condado de Maricopa al 602-222-9444.

Las llamadas de teléfono, correos electrónicos, mensajes de texto sólo se responden cuando la oficina está abierta. Mensajes de cualquier tipo que queda después de las horas de trabajo serán respondidas dentro de las 24-48 horas del siguiente día, cuando está abierta la oficina.

### **ELIMINACIÓN DE ARCHIVOS DEL CLIENTE**

De acuerdo con los Estatutos Revisados de Arizona § 12-2297, voy a disponer de los archivos de un cliente adulto después de seis años a partir de la última fecha en que recibió servicios de salud mental de mí. Si el cliente fue un niño menor de edad mientras estaba proporcionando tratamiento, los archivos del cliente serán desechados o bien tres años después de dieciocho años de edad del niño menor de edad, o seis años después de la última fecha en que el niño recibe servicios de salud mental de mí, que se produce cada vez la fecha luego.

### **INCAPACIDAD DEL TERAPEUTA, FALLECIMIENTO, RETIRO, VENTA O CIERRE DE LA PRÁCTICA**

Este protocolo es de conformidad con el Estatuto Revisado de Arizona § 32-3210, en caso de que quede incapacitado, morir, retirarse, vender o cerrar la práctica de la salud mental. Si todavía poseen sus registros y que no han sido eliminados de acuerdo con los Estatutos Revisados de Arizona § 12-2297 que describimos en el último párrafo, antes citada, yo un representante personal vamos a hacer todos los esfuerzos razonables para notificarle de la ubicación de los registros, y / o mantendré mi oficina número de teléfono para su conveniencia. Se harán arreglos con una agencia profesional u otro profesional de la salud mental con licencia de la custodia y protección de sus archivos, la continuidad de la atención, o si lo solicita, entregar sus archivos a un terapeuta de su elección en el momento oportuno.

### **PROCESO DE QUEJAS**

Si alguna vez hay un momento en que se cree que ha sido tratado injustamente o irrespetuosamente, por favor hable conmigo tan pronto como sea posible. Nunca es mi intención hacer que esto suceda a mis clientes, pero en algún momento puede causar malentendidos inadvertidamente dolor. Quiero abordar las cuestiones que podrían interponerse en el camino de la terapia tan pronto como sea posible. Esto incluye cuestiones administrativas o financieras. Si decide presentar una queja, puede hacerlo con el Consejo de la Conducta examinadores de salud o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Arizona sin temor a represalias. Alegre Counseling and Consulting Services, LLC

# *Alegre Counseling & Consulting Services, LLC*

Julio L. Benezra, M.S.Ed., LPC, CCTP

## **PORTABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO Y ACTO DE LA RESPONSABILIDAD (HIPAA) POLÍTICA DE PRIVACIDAD**

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, revise la siguiente información cuidadosamente.

Su Información de Salud Protegida ("PHI") incluye toda la información relacionada con su pasado, presente, o condición de salud futura (s) que lo identifica de forma individual o razonablemente podría ser utilizada para identificarlo y se transfiere a otra entidad o mantenida por Alegre Counseling and Consulting Services, LLC en lenguaje oral, escrito, electrónico, o cualquier otra forma.

El uso y la divulgación de la PHI está regulada por la ley federal relativa a la Ley de Responsabilidad ("HIPAA"), que entró en vigor el 14 de abril de 2003. Usted puede encontrar estas reglas en 45 CFR Partes 160 y 164. Este Aviso intenta resumir los puntos clave en la regulación. HIPAA sustituirá a este Aviso si hay alguna discrepancia entre la información contenida en este aviso y HIPAA.

Cada vez que me visite Alegre Counseling and Consulting Services, LLC se genera un registro de su visita. Típicamente, este registro contiene sus síntomas, diagnósticos, tratamiento y un plan para el cuidado o tratamiento futuro. Esta información sirve de base para la planificación de su cuidado y tratamiento. También es un medio para la comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a su cuidado, es un documento legal que describe la atención que recibió, y es el medio por el cual usted o un tercero puede verificar que los servicios cobrados hayan sido proporcionados.

Me puede o no puede mantener un conjunto de notas de psicoterapia. Estas notas son para mi propio uso y están diseñados para que me ayude a proporcionarle el mejor tratamiento. Mientras que los contenidos de mis notas de psicoterapia varían de cliente a cliente, pueden incluir el contenido de nuestra conversación, mi análisis de esas conversaciones, y cómo afectan a su terapia. También contienen información particularmente sensible que puede revelar a mí que no se requiere para ser incluidos en sus registros clínicos. Estas notas se mantienen separados de su expediente clínico. Mientras que las compañías de seguros pueden solicitar y recibir una copia de su historia clínica, que no pueden recibir una copia de sus notas sin su autorización por escrito firmado. Usted puede examinar y / o recibir una copia de sus notas a menos determine que dicho acceso está contraindicado clínicamente.

Todas las comunicaciones y los registros creados en el proceso de orientación se llevan a cabo en la más estricta confidencialidad. Sin embargo, hay numerosas excepciones a la confidencialidad definidas en las leyes estatales y federales. Éstas incluyen:

1. Cuando percibo que eres un peligro para sí mismo
2. Cuando me di cuenta de que son un peligro para los demás, como en el caso de abuso infantil, maltrato a personas mayores o presentar una amenaza significativa contra otra persona
3. En los casos o una orden judicial o una citación
4. Como es requerido por la Junta de Examinadores de Comportamiento de Salud de Arizona, en el caso de una investigación.
5. Para cumplir con las leyes de compensación laboral (Workers Compensation)
6. Para cumplir con la U.S.A. PATRIOT ACT de 2001, y / o para cumplir con otras organizaciones locales, estatales o federales.

Al firmar la autorización, usted está indicando que usted entiende que, en algunas de las situaciones antes descritas, estoy legalmente obligado a ponerme en contacto con los miembros apropiados de la familia, las fuerzas del orden, servicios de protección infantil, y / o todas las personas autorizadas por las autoridades locales, estatales o federales ley. También están liberando y la celebración de mí frente a cualquier desviación de su derecho a la confidencialidad que pueda resultar.

Su expediente médico es propiedad física de Alegre Counseling and Consulting Services, LLC pero la información de su registro pertenece a usted y, por lo tanto, usted tiene derechos relacionados con sus usos y revelaciones. Salvo que se indique lo contrario en el presente Aviso, los usos y divulgaciones de su PHI se harán sólo con su autorización válida firmada, sin perjuicio de su derecho a revocar su autorización.

Usted tiene el derecho de ver y solicitar una copia de su PHI al hacer una solicitud por escrito. Alegre Orientación y Servicios Consulting, LLC responderán dentro de los 30 días de haber recibido su solicitud. Hay una cuota de ADMINISTRATIVAS \$25.00 más 25 centavos por página, pagado por adelantado para recibir la copia. Me puede denegar su solicitud o proporcionarle un resumen, si lo niego, voy a dar mi razonamiento para la denegación por escrito.

Usted tiene el derecho de enmendar su PHI y recibir un informe de divulgaciones de PHI. En su solicitud, Alegre Orientación y Servicios Consulting, LLC le proporcionará un informe de las revelaciones hechas por Alegre Orientación y Servicios Consulting, LLC.

## **RESPONSABILIDADES DE ALEGRE COUNSELING AND CONSULTING SERVICES, LLC**

Alegre Orientación y Servicios Consulting, LLC está obligado por ley a mantener la privacidad de su PHI.

Que revela sólo la PHI mínimo necesario: Al utilizar o divulgar la PHI, Alegre Orientación y Servicios Consulting, LLC hará lo que resulte razonable para no utilizar, revelar, o solicitar más de la cantidad mínima de PHI necesario para lograr el propósito deseado del uso, la divulgación, o la solicitud, teniendo en cuenta las limitaciones prácticas y tecnológicas. Sin embargo, el estándar mínimo necesario no se aplicará en las siguientes situaciones:

1. Divulgación a o solicitudes por parte de un proveedor de atención médica para el tratamiento
2. Usos o revelaciones hechas a usted
3. Revelaciones hechas a la Junta de Examinadores de Comportamiento de Salud de Arizona
4. Usos o revelaciones requeridas por la ley (por ejemplo, las agencias de salud pública)
5. Usos o revelaciones que se requieren para el cumplimiento de las normas legales (por ejemplo, citaciones)

Alegre Orientación y Servicios Consulting, LLC se reserva el derecho de cambiar las políticas y prácticas de privacidad descritas en este aviso. A menos que se notifique de tales cambios, sin embargo, estoy obligado a cumplir con los términos actualmente en vigor.

Alegre Orientación y Servicios Consulting, LLC solicitudes razonables que usted pueda tener para comunicar información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos.

# *Alegre Counseling & Consulting Services, LLC*

**Julio L. Benezra, M.S.Ed., LPC, CCTP**

## **RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Cuento con el pago en el servicio de tiempo a través de dinero en efectivo, tarjeta de crédito o cheque a menos que otros arreglos se han hecho con anterioridad.

Si usted está utilizando su seguro de salud, su compañía de seguros o un servicio de atención médica administrada pueden limitar el número de sesiones en función de su evaluación de la necesidad médica u otros factores. Su determinación puede o no coincidir con lo que usted quiere o necesita en el tratamiento. En el caso de que no se autorice sesiones adicionales o agotar las sesiones que su seguro va a proporcionar, a entender que va a tener que pagar por los servicios adicionales prestados.

Es su responsabilidad para averiguar si su compañía de seguros de salud mental requiere una autorización previa y para alcanzar ese número de autorización antes de nuestra primera cita.

## **Se aplicará la siguiente lista de tarifas:**

Soy un proveedor contratado por varias compañías de seguros, tanto para EAP y de salud mental. Si está utilizando su compañía de seguros de salud del comportamiento de estos servicios, sólo es responsable de co-pagos u otras tarifas aplicables según lo especificado en su contrato.

## **Pago-por-servicio de los clientes:**

Se le cobrará \$ 130.00 para una cita / evaluación inicial y \$ 90 para todas las citas de terapia posteriores.

Si me está utilizando como un proveedor fuera de la red que es responsable de mis honorarios y pagará por los servicios en cada visita. Yo le proporcionaré con una cuenta al final del mes, a petición suya. A continuación, puede convertirlo en su compañía de seguros para el reembolso a su ritmo designado. En todos los casos, sin embargo, el pago de servicios es en última instancia su responsabilidad, no el seguro del vehículo. Una vez más, por favor hable conmigo en su primera consulta si desea utilizar esta opción de pago.

## **Se le cobrará \$ 90.00 por hora durante las siguientes situaciones o casos. Las compañías de seguros no pagan por estos servicios y son únicamente su responsabilidad:**

1. Cancelaciones de última hora (menos de 24 horas antes de la hora de la cita) o si no se presenta totalmente.
2. Las cartas o conversaciones telefónicas (con su consentimiento únicamente) con respecto a su terapia con cualquier agencia o persona, por ejemplo, su abogado o agencia gubernamental.
3. Las consultas telefónicas (no se aplica a la intervención en crisis) entre las citas se calculan en incrementos de 15 minutos.
4. Los cheques devueltos por falta de fondos se les cobra una tarifa de \$ 25.00.

**NOTICIA IMPORTANTE:** No acepto los clientes que actualmente tienen o tendrán los casos relacionados con la corte. Estaré encantado de hacer referencias a los médicos apropiados que tienen una formación forense.

Si estoy obligado a responder a una deposición o una citación emitida por los tribunales, sus honorarios son \$ 300 por hora, en incrementos de 15 minutos de tiempo de preparación, los gastos de viaje, tiempo de espera a declarar y el tiempo real de declarar, o en cualquier otro momento utilizado en relación con su caso. Todas estas tasas son de su exclusiva responsabilidad y deben ser pagados antes que los servicios son prestados. Mi testimonio no constituye la prestación de testimonios de expertos, único testimonio como testigo de los hechos.

# Alegre Counseling & Consulting Services, LLC

Julio L. Benezra, M.S.Ed., LPC, CCTP

## AUTORIZACIONES DE CONSEJERIA PARA ADULTOS

Yo, voluntariamente, estoy de acuerdo en recibir la evaluación de la salud mental, atención, tratamiento o servicios, y autorizo a Julio L. Benezra, M.S.Ed., LPC para proporcionar el cuidado de este tipo, tratamiento o servicios que se consideren necesarios y convenientes. También entiendo que puedo dejar de dicha atención, tratamiento o servicios que recibo a través de este terapeuta en cualquier momento.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar el pago de la reclamación y la petición de mi compañía (s) de seguro debe hacerse directamente a Julio L. Benezra, M. S. Ed, LPC, CCTP.

He leído las pautas HIPPA en este documento, los entiendo, y no han tenido respuestas a mis preguntas.

\_\_\_\_\_  
FECHA                      CLIENTE / firma autorizada

Durante su cuidado, es posible que desee tener un miembro de la familia o un amigo cercano ayudar en la programación de citas o la obtención de información acerca de su tratamiento. **Esta persona también será considerada como un contacto de emergencia.** Una autorización es necesaria para mí permitir que esto ocurra o puesta en libertad de la información. Por favor, indique a continuación cualquier persona (s) a quien usted autoriza para establecer o cancelar citas para usted o para los cuales dicha información puede ser puesto en libertad.

\_\_\_\_\_  
Nombre Escrito

\_\_\_\_\_  
Relación at cliente

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Fecha                      CLIENTE / firma autorizada

Al proporcionar pareja 'o terapia de pareja, Julio L. Benezra, LPC, CCTP **no está de acuerdo de entrar en alianzas o guardar secretos con cualquiera de las partes.** Información revelada en cualquier contexto puede ser discutido con cualquiera de los compañeros en mi discreción. Si surge una situación así, voy a hacer todo lo posible para informarle, antes de hacerlo, de la necesidad de romper la confidencialidad e identificar las opciones disponibles para usted.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Escrito

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Teléfono

Tenga en cuenta que los correos electrónicos entrantes y salientes, mensajes de texto y llamadas telefónicas no están protegidos HIPPA, ya que van a través de redes inalámbricas. Nosotros, con su permiso, le enviará recordatorios de citas a través de mensajes de texto. Al firmar, yo entiendo y autorizo Alegre Counseling and Consulting Services, LLC para el envío de comunicaciones desprotegidos como se indicó anteriormente.

\_\_\_\_\_  
FECHA                      CLIENTE / firma autorizada

Alegre Orientación y Servicios Consulting, LLC no tiene la capacidad de responder de manera inmediata a las emergencias de consejería. En caso de una emergencia médica o psicológica, por favor llame al 911 oa la Línea de Crisis del Condado al 602-222-9444.

Las llamadas de teléfono, correos electrónicos, mensajes de texto sólo se responden cuando la oficina está abierta. Mensajes de cualquier tipo que queda después de las horas de trabajo serán respondidas dentro de las 24-48 horas del siguiente día hábil, cuando está abierta la oficina.

\_\_\_\_\_  
FECHA                      CLIENTE / firma autorizada

Por favor, tenga en mente que, aparte de una emergencia o enfermedad genuina, si usted no se presenta para su cita y no nos ha notificado 24 horas antes de la cita, usted será responsable por el costo total de su cita. El pago de la sesión perdida se hará con prontitud y no le haremos otras citas hasta que se produzca dicho pago.

\_\_\_\_\_  
FECHA                      CLIENTE / firma autorizada

*Alegre Counseling & Consulting Services, LLC*

Julio L. Benezra, M.S.Ed., LPC, CCTP

**AUTORIZACIONES DE CONSEJERIA PARA MENORES NO EMANCIPADOS**

**Para ser completado solamente si el cliente es un menor no emancipado (menores de 18 años de edad). Los padres divorciados deben traer una copia de la sentencia de divorcio que indica los derechos de custodia del menor no emancipado. No voy a ofrecer servicios a los menores de edad sin una copia de este documento legal, que voy a tener que mantener.**

**Política de Consentimiento Informado En relación con Menores no emancipados**

Como padre o tutor legal (s) de \_\_\_\_\_, doy permiso que Julio L. Benezra, M.S.Ed., LPC, CCTP, proporcione servicios de consejería a mi hijo / hija. También entiendo que tengo el derecho legal para obtener información referente a mi menor, salvo que se indique de otra manera por la ley estatal y federal y regla.

Yo entiendo que este terapeuta cree en proveer un menor de edad con un ambiente cómodo y razonablemente confidencial en el que se exprese con el fin de facilitar la terapia.

Por lo tanto, autorizo a este terapeuta para usar su discreción, de conformidad con la ética profesional y las leyes y normas estatales y federales, al decidir qué información revelada por mi hijo se va a compartir conmigo. Yo entiendo que este terapeuta me informará de cualquier riesgo a mi hijo con la cual puedo ayudar.

\_\_\_\_\_  
Imprimir el nombre del padre o tutor legalmente autorizado      Firma      Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprimir el nombre de la madre o tutor legalmente autorizado      Firma      Fecha