

Bienvenido al Centro de Terapias para Individuos, Parejas y Familias de la Universidad de Nevada, Las Vegas (el "Centro"). Este Centro se ha establecido para proporcionar servicios de terapia a individuos, parejas y familias que están experimentando dificultades. Por favor, tómese los próximos minutos para leer acerca de las políticas relacionadas con la Salud Teleconductual (TBH) del Centro y firmar el acuerdo de consentimiento informado. Si tiene alguna pregunta, por favor pregunte a su terapeuta.

**1. Servicios.** El Centro de Terapia para Individuos, Parejas y Familias ofrece servicios de consejería para individuos, parejas y familias, para estudiantes universitarios, personal, sino también para personas del área metropolitana de Las Vegas. Es responsabilidad del Centro hacer recomendaciones que sean en su mejor interés, incluyendo decisiones en torno a si usted participa en servicios de terapia en persona, servicios de salud teleconductual, o recibir referencias a un proveedor para un nivel diferente de atención.

En este momento, podemos llevar a cabo servicios de salud teleconductual. "Salud teleconductual" incluye consulta, tratamiento, correos electrónicos, conversaciones telefónicas y obtención de otra información médica del cliente mediante comunicaciones interactivas de audio, video o datos. La salud teleconductual por el Centro ocurre en el estado de Nevada y se rige por las leyes de ese estado y las pautas proporcionadas por la junta estatal de licencias para consejeros profesionales con licencia clínica y terapeutas matrimoniales y familiares. Si nuestros servicios de salud televisora no son apropiados para su preocupación, podemos referirlo/a a otra agencia que pueda adaptarse mejor a sus necesidades.

**2. Citas.** Las citas, cancelaciones y cambios en las citas programadas se pueden hacer llamando al Centro al (702) 895-3106 y dejando un mensaje, o poniéndose en contacto con el número de Google Voice de su terapeuta. Su llamada será devuelta tan pronto como sea posible. El personal del Centro espera que los clientes mantengan todas las citas programadas. Sin embargo, si circunstancias imprevistas hacen que usted no esté disponible para su cita programada, por favor llame con al menos un día de anticipación. Si se pierde dos citas programadas consecutivamente, su cita se le dará a otro cliente, a discreción del consejero y/o supervisor. Además, si uno o más miembros de una familia no se presentan a una cita, se dejará a discreción del consejero si la sesión será cancelada por completo.

Tenga en cuenta que las personas presentes para las sesiones de salud televisistas son aquellas que han sido acordadas por el terapeuta y el/los cliente(s). Se pide a los clientes que no incluyan a otros en la sesión o que tengan a otros en la sala a menos que se acuerden. Además, todos en el entorno de la terapia están sujetos a la confidencialidad.

**3. Personal.** Los terapeutas en el Centro son estudiantes que trabajan en títulos avanzados en Terapia de Pareja y Familia en la Universidad de Nevada, Las Vegas. Cada estudiante es supervisado por un profesional y experimentado miembro de la facultad de la UNLV.

**4. Honorarios.** Los servicios de consejería son de \$35.00 por sesión para asesoramiento individual, de pareja y/o familiar. Por lo general, las cuotas se pagan antes del inicio de cada

sesión; aunque debido a las circunstancias actuales se permite a los clientes pagar al final de cada mes. La clínica también ofrece a los clientes que experimentan dificultades financieras para pagar sus cuotas de sesiones una vez que la clínica reabre. Por favor de arrendamiento discutir esto con su terapeuta si esto se aplica a usted. Los docentes y el personal de la UNLV pagan una tarifa reducida de \$10.00 dólares por sesión. A los estudiantes de UNLV no se les cobra por los servicios. Si la tarifa, o el pago de la tarifa le causa alguna dificultad, por favor hable con su terapeuta.

El pago de los servicios de salud televisantes se puede realizar enviando un cheque a:

Center For Individual, Couple, and Family Counseling  
University of Nevada, Las Vegas  
Box 453047  
4505 S. Maryland Pkwy.  
Las Vegas, NV 89154-3047

- 5. Privacidad de la Información.** Es la política del Centro no divulgar ninguna información con respecto a su uso de nuestros servicios, o cualquier asunto personal discutido con su consejero. La confidencialidad está garantizada excepto en las siguientes situaciones:
- a. Si autoriza al Centro a divulgar registros u otra información a una persona de su elección. Esto sólo se puede hacer con su consentimiento expreso por escrito.**
  - b. En caso de que exista un peligro claro e inminente para usted u otra persona, o si hubo intención de cometer actividades delictivas, estamos obligados por ley a informar a las autoridades de la información pertinente. Esto incluye reportar abuso o negligencia de niños o ancianos.**
  - c. Para brindarle el mejor servicio posible, los consejeros se reservan el derecho de consultar con su supervisor y otros miembros del personal del Centro.**
  - d. Las leyes que protegen la confidencialidad de su información médica discutida anteriormente también se aplican a la salud del teleconductual. A menos que acordemos explícitamente lo contrario, el intercambio de salud teleconductual es confidencial.**

*Para garantizar aún más la privacidad de sus sesiones, le pedimos que haga lo siguiente:* solo realice sesiones en un lugar privado, considere el uso de auriculares durante su sesión, utilice una conexión a Internet por cable y esté preparado para unirse a una sesión de llamada/vídeo al menos **5** minutos antes del inicio de la sesión.

- 6. Terminación.** Informe a su terapeuta si está planeando interrumpir el tratamiento por cualquier motivo. La sesión final es una parte importante del proceso de terapia y debe ser discutida con antelación, al igual que cualquier decisión mutuamente acordada.

**7. Grabación de audio/vídeo.** El Centro es un centro de entrenamiento y rutinariamente hacemos grabaciones de audio / video de sesiones como parte del proceso de tratamiento y supervisión; sin embargo, todas las sesiones grabadas se almacenarán de forma segura. Tenga en cuenta que prohibimos al cliente también grabar las sesiones de cualquier manera. Por favor, pregúntele a su terapeuta si tiene preguntas sobre este asunto.

**8. Riesgos/Beneficios.** La terapia se ha demostrado para ayudar a muchas personas. Esto es particularmente cierto cuando sinceramente desea cambiar y usted sigue adelante con la tarea y otras actividades que usted y su consejero están de acuerdo serían útiles para usted. Si el asesoramiento no da lugar al cambio que esperaba, le recomendamos que hable de esto con su consejero para que podamos ayudarle a decidir si desea interrumpir el asesoramiento, probar técnicas de tratamiento alternativas o buscar ayuda alternativa. El principal riesgo de la terapia es que el proceso puede implicar discutir problemas o eventos de la vida que pueden evocar sentimientos desagradables. Si esto ocurre, es importante que el terapeuta sepa para que puedan ayudarte a lidiar eficazmente con esas preocupaciones.

En lo que respecta a la salud teleconductual, los riesgos potenciales incluyen, pero no se limitan a, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables por parte de su terapeuta, de que: la transmisión de su información podría ser interrumpida o distorsionada por fallas técnicas; la transmisión de su información podría ser interrumpida por personas no autorizadas; y / o el almacenamiento electrónico de su información médica podría ser accedido por personas no autorizadas.

El correo electrónico es otro método común mediante el cual los clientes se comunican con los profesionales de la salud. El uso de correo electrónico, sin embargo, no es lo mismo que llamar a la oficina de su terapeuta; no hay ninguna persona en el otro extremo de la llamada – sólo una computadora. No puede saber con certeza cuándo se leerá su mensaje. ¡El correo electrónico no es apropiado para problemas urgentes o de emergencia! Por favor, utilice el teléfono o vaya al Departamento de Emergencias para emergencias. El correo electrónico no debe utilizarse para comunicar información médica sensible, como información sobre enfermedades de transmisión sexual, SIDA/VIH, salud mental, discapacidad del desarrollo o abuso de sustancias. **El correo electrónico no es confidencial.** Es como enviar una postal a través del correo. También debe saber que si envía correos electrónicos desde el trabajo, su empleador tiene el derecho legal de leer su correo electrónico si así lo desean. El correo electrónico también puede ser parte del registro médico cuando lo usamos; una copia puede ser impresa y puesta en su tabla. Tampoco es un sustituto para ver a su terapeuta. Por favor, absténgase de comunicarse con el Centro por correo electrónico por estas razones sin cifrar sus correos electrónicos a nosotros. En última instancia, usted es responsable de la seguridad de su computadora durante las sesiones de salud teleconductual.

**9. Emergencias.** La salud teleconductual no proporciona servicios de emergencia. Si usted está experimentando una situación de emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias del hospital más cercano para obtener ayuda, así como comunicarse con los recursos proporcionados por su terapeuta.

Por favor marque cada casilla a continuación.

He leído la información anterior. He tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Acepto participar en la salud teleconductual teniendo en cuenta los puntos anteriores.

Nombre del cliente	<input type="text"/>
--------------------	----------------------

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

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente	<input type="text"/>
--------------------	----------------------

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

Fecha: \_\_\_\_\_

### **POLÍTICA DE CANCELACIÓN**

Entendemos que hay ocasiones en las que debe faltar a una cita debido a diversas circunstancias de la vida. Le pedimos que cuando esto ocurra, nos avise con al menos 24 horas de anticipación para que podamos ofrecer el tiempo y el espacio de la sesión a otros clientes. A las sesiones canceladas el mismo día en que se van a producir se les cobrará una tarifa de \$5 que se puede pagar en el momento de su próxima sesión programada

### **POLÍTICA DE CITA PERDIDA SIN AVISO**

Las citas que no se cancelan antes del inicio de la sesión o que se pierden por completo se consideran una cita perdida sin aviso y resultarán en una tarifa de \$ 15 que se puede pagar en el momento de su próxima sesión programada

### **Saldos de cuentas**

Las tarifas acumuladas debido a sesiones perdidas deben pagarse en el momento de la próxima sesión programada. Las sesiones no se pueden reanudar hasta que todos los saldos de las cuentas se hayan pagado en su totalidad.

He leído la Política de cancelación y citas perdidas sin aviso anterior y, al firmar a continuación, acepto pagar cualquier saldo adeudado por cancelaciones o sesiones perdidas en el futuro.

Nombre del Cliente:

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

Fecha:

**Indicación:** Esta información es para que tengamos una idea inicial sobre la naturaleza de sus preocupaciones. La información que proporcione en este formulario, como el resto de la información, se mantendrá confidencial. Complete este formulario de la manera más completa posible. Si tiene alguna pregunta, consulte al consejero.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Número Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

¿A qué número (s) podemos llamarlo?

¿Qué nivel de discreción debemos tener?

Identidad de género	Estado Civil	Origen étnico	Preferencia religiosa		Ingresos de la casa
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Intersexual	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Concubinato <input type="checkbox"/> Unión de hecho	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático americano <input type="checkbox"/> Nativo americano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Bautista <input type="checkbox"/> Budista <input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Cristiano <input type="checkbox"/> Judío <input type="checkbox"/> Mormón <input type="checkbox"/> Luterano <input type="checkbox"/> Musulmán <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Metodista <input type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Ortodoxo griego <input type="checkbox"/> No confesional <input type="checkbox"/> Espiritual <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> <USD 18 000 <input type="checkbox"/> De USD 18 000 a USD 24 999 <input type="checkbox"/> De USD 25 000 a USD 29 999 <input type="checkbox"/> De USD 30 000 a USD 34 999 <input type="checkbox"/> De USD 35 000 a USD 39 999 <input type="checkbox"/> De USD 40 000 a USD 44 999 <input type="checkbox"/> De USD 45 000 a USD 49 999 <input type="checkbox"/> De USD 50 000 a USD 54 999 <input type="checkbox"/> Mas de USD 55 000

**OTROS INTEGRANTES DE LA CASA**

Nombre:				<b>Origen étnico</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Caucasian <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Asiático americano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo americano <input type="checkbox"/> Otro
Fecha de nacimiento:		Identidad de género:		
Relación				

Nombre:				<b>Origen étnico</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Caucasian <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Asiático americano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo americano <input type="checkbox"/> Otro
Fecha de nacimiento:		Identidad de género:		
Relación				

Nombre:			
Fecha de nacimiento:		Identidad de género:	
Relación			

**Origen étnico**

Hispano                      Caucasian

Afroamericano              Multirracial

Asiático americano Isleño del Pacífico

Nativo americano    Otro

Nombre:			
Fecha de nacimiento:		Identidad de género:	
Relación			

**Origen étnico**

Hispano                      Caucasian

Afroamericano              Multirracial

Asiático americano Isleño del Pacífico

Nativo americano    Otro

**¿Cómo conoció el centro? (Marque todas las opciones que correspondan)**

<input type="checkbox"/> Clero	<input type="checkbox"/> Integrantes de la familia	<input type="checkbox"/> Servicios de Psicología para Alumnos de UNLV (CAPS)
<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> Colegio Estatal de Nevada	<input type="checkbox"/> Medios de comunicación de la UNLV (folleto, sitio web.)
<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Asesor o maestro escolar	<input type="checkbox"/> Profesional o Agencia de Salud Mental, especificar:
<input type="checkbox"/> Televisión	<input type="checkbox"/> Médico o dentista	
<input type="checkbox"/> CSN	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Otro, especificar:
<input type="checkbox"/> Periódico		

**¿Qué inquietudes lo motivan a buscar un servicio terapéutico en este momento? (Marque todas las opciones que correspondan)**

<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Abuso emocional/físico/sexual	<input type="checkbox"/> Problemas profesionales
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Atracones de comida	<input type="checkbox"/> Inquietudes académicas
<input type="checkbox"/> Estrés	<input type="checkbox"/> Vómito autoinducido	<input type="checkbox"/> Presiones financieras
<input type="checkbox"/> Control de la ira	<input type="checkbox"/> Problemas de pareja	<input type="checkbox"/> Problemas multiculturales
<input type="checkbox"/> Ataques de pánico	<input type="checkbox"/> Conflicto familiar	<input type="checkbox"/> Dificultad para dormir
<input type="checkbox"/> Miedos o fobias	<input type="checkbox"/> Conflicto con amigos o conviviente	<input type="checkbox"/> Molestias físicas
<input type="checkbox"/> Duelo o pérdida	<input type="checkbox"/> Conflicto con el cuerpo docente	<input type="checkbox"/> Pensamiento obsesivo
<input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas	<input type="checkbox"/> Falta de relaciones	<input type="checkbox"/> Problemas con alcohol o drogas
<input type="checkbox"/> Baja autoestima	<input type="checkbox"/> Indecisión	<input type="checkbox"/> Falta de confianza
<input type="checkbox"/> Cuestiones sexuales	<input type="checkbox"/> Experiencias sexuales no deseadas	<input type="checkbox"/> Situaciones traumáticas/agresiones/accidente
<input type="checkbox"/> Desempleo	<input type="checkbox"/> Otro:	

**En orden de importancia, describa sus problemas o inquietudes actuales:**

1.
2.
3.

**En orden de importancia, ¿qué quiere adquirir a partir de la terapia?**

1.
2.
3.

**Responda a las siguientes preguntas con "sí" o "no" (marque la respuesta adecuada)**

1. ¿Asistió a terapia antes?  Sí  No
2. ¿Alguna vez fue testigo de alguien que atacaba intencionalmente a un integrante de su familia (por ejemplo, hermanos o padres) de tal manera que le generó lesiones, como rasguños, moretones, sangrado o fracturas?  Sí  No
3. ¿Alguna vez fue atacado intencionalmente por una pareja de tal manera que le generó lesiones, como rasguños, moretones, sangrado o fracturas?  Sí  No
4. ¿Alguna vez fue maltratado emocionalmente y de manera significativa por una pareja, por ejemplo, le dijo que era feo o estúpido, o le impidió que participara en actividades que eran muy importantes para usted?  Sí  No
5. ¿Alguna vez fue obligado a tener contacto sexual no deseado?  Sí  No
6. ¿En este momento tienes pensamientos suicidas?  Sí  No
7. ¿Tuvo intentos de suicidio alguna vez?  Sí  No
8. ¿Alguna vez pensó en quitarse la vida?  Sí  No

**Disponibilidad del cliente**

El Centro de Consejería para Individuos, Parejas y Familias actualmente está abierto de la siguiente manera:

Lunes y miércoles: 9am a 12pm y 4pm a 8pm (la última sesión comienza a las 7pm)

Martes y jueves: 9 a.m. a 7 p.m. (la última sesión comienza a las 7 p.m.)

Viernes: 10am a 2pm (la última sesión comienza a las 1pm)

Indique cuándo podrá asistir a las sesiones en los cuadros a continuación. Proporcione disponibilidad en un mínimo de 2 días separados, ya que esto ayudará con la programación en el futuro.

Lunes:

Martes:

Miércoles:

Jueves:

Viernes: