



*Garnet J Nelson, LCSW*  
*Licensed Clinical Social Worker -Life Coach*

44330 Premier Plaza, Suite 100, Ashburn, VA 20147

12 South Summit Ave, Suite 100, Gaithersburg, MD 20877

Phone: 703-340-8936 Fax: 866-929-9306

garnetnelson@verizon.net

## **Formulario de consentimiento del cliente y acuerdo de pago**

### **Información sobre su consentimiento para la terapia**

Felicitaciones por dar este importante y valiente primer paso, y bienvenido a nuestros servicios profesionales. Para obtener los mejores resultados y su propio bienestar, es importante que comprenda lo que significa estar en terapia. Por favor lea la siguiente información cuidadosamente. Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en contactar con nosotros.

### **Los beneficios de la terapia**

Los beneficios más comunes de la terapia incluyen mejoras en la autoconciencia, la autoestima y la confianza en uno mismo, así como en la esperanza, el sentirse comprendido, las relaciones con otras personas, la expresividad emocional y asumir un papel activo y responsable en la vida. También puede haber riesgos asociados con estar en psicoterapia. Dado que la terapia a menudo implica hablar sobre aspectos desagradables de su vida, puede experimentar sentimientos incómodos como tristeza, culpa, ira, frustración, soledad e impotencia. Es posible que ya se encuentre en medio de cambios o desafíos estresantes en su vida.

Nuestra función es ayudarle a enfrentar estos desafíos de manera que sirva a su bienestar e al de las personas en su vida. Los períodos de cambio suelen ser estresantes y, a veces tormentosos. Puede experimentar una variedad de emociones y cambios en su relación con usted mismo y con los demás. Es extremadamente raro que las personas se vean perjudicadas por su experiencia en la terapia.

### **¿Cuánto costará la psicoterapia?**

**\*\*\*SE REQUIERE EL PAGO EN EL MOMENTO DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS \*\*\***

ReEvolve acepta pagos en efectivo, crédito, cheque y, cuando corresponda, a través de reclamaciones a través de ciertos planes de seguro.

**Honorarios profesionales:** Las sesiones de terapia estándar tienen una duración de 45 a 50 minutos. El costo de la sesión inicial es de \$160; las sesiones posteriores cuestan \$130 para terapia individual,



*Garnet J Nelson, LCSW*

*Licensed Clinical Social Worker -Life Coach*

\$150.00 para terapia de pareja o familiar y \$165 para sesiones de 75 minutos. Las sesiones de terapia grupal cuestan \$60. Además de las citas semanales, cobramos \$65 por hora por otros servicios profesionales que pueda necesitar, aunque prorrateará la tarifa por hora por períodos de menos de una hora. Otros servicios incluyen, pero no se limitan a, redacción de informes, conversaciones telefónicas que duran 15 minutos o más, consultas con otros profesionales donde haya autorizado contacto, elaboración de expedientes o resúmenes de tratamientos. Si se involucra en procedimientos legales que requieren mi participación, se espera que pague todo mi tiempo profesional, incluidos los costos de preparación y transporte, incluso si otra parte me llama a testificar. Debido a la dificultad de la participación legal, cobro \$250 por hora (con un compromiso mínimo de tres (3) horas) para la preparación y asistencia a cualquier procedimiento legal.

Iniciales del cliente/ Guardián: \_\_\_\_\_

**Tarifas de citas canceladas/ perdidas:** Una vez programada una cita, se espera que la pague a menos que proporcione un aviso de cancelación con 48 horas de anticipación (a menos que ambos estemos de acuerdo en que no pudo asistir debido a circunstancias extraordinarias). Todas las citas que se cancelen con menos de 48 horas antes de la hora programada de la cita se facturarán a una tarifa de \$50. Todas las citas perdidas que no fueron canceladas en absoluto se facturarán a un costo de \$60. Es importante tener en cuenta que las compañías de seguros no reembolsan las sesiones canceladas o perdidas. Entiende que será completamente responsable de estos cargos. No dude en hablar sobre cualquier pregunta e inquietud relacionada con esta política.

Iniciales del cliente/ Guardián: \_\_\_\_\_

**Transferencia de registros:** Usted comprende que se le cobrará una tarifa por transferir sus registros a otro médico: \$15 por registros de treinta (30) páginas o menos y \$30 por registros de más de treinta (30) páginas. Este pago vence en su totalidad antes de la copia y reenvío de los registros.

Iniciales del cliente/ Guardián: \_\_\_\_\_

**Asignación de beneficios:** Al poner sus iniciales a continuación, usted autoriza el pago de todos los beneficios del seguro médico que son pagaderos bajo los términos de su póliza de seguro para ser pagados directamente a ReEvolve, LLC. Por los servicios prestados. Además, autoriza la divulgación de cualquier información necesaria para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, incluido, entre otros, el procesamiento de estas reclamaciones de seguros. Se puede usar una copia de esta autorización en lugar del original. Usted comprende que es financieramente responsable de los cargos que no pague su compañía de seguros.

Iniciales del cliente/ Guardián: \_\_\_\_\_

**Pagos:** Al poner sus iniciales y firmar a continuación; está confirmando que comprende que es su responsabilidad el pago total de mis tarifas. Además, comprende que ReEvolve, LLC. Puede enviar sus reclamaciones a su(s) compañía(s) de seguros, si corresponde, para el pago directo a ReEvolve, LLD. Y que si su compañía de seguros no cubre el 100% de sus facturas por servicios siempre que sea su responsabilidad el pago total de mis honorarios, no su compañía de seguros.



*Garnet J Nelson, LCSW*

*Licensed Clinical Social Worker -Life Coach*

Además, confirma que comprende que es su responsabilidad:

- pagar, en el momento en que se prestan los servicios, la tarifa de sesión acordada, copago, co-seguro, deducible o cualquier otra tarifa relacionada con los servicios prestados que son denegados o no cubiertos completamente por su(s) compañía(s) de seguros
- proporcionar ReEvolve, LLC. con la dirección postal y los números de teléfono actuales, así como una notificación cuando haya algún cambio en esta información
- confirmar con su compañía de seguros que Garnet J. Nelson, LCSW y cualquier otra entidad de ReEvolve, LLC. es un proveedor participante de su plan de seguro específico
- proporcionar ReEvolve, LLC. con información y actualizaciones de seguros adecuadas y actualizadas para garantizar una facturación y pago eficientes
- obtener todas las referencias o autorizaciones necesarias antes del tratamiento por parte de los proveedores de ReEvolve, LLC.

Iniciales del cliente/ Guardián: \_\_\_\_\_

Se pueden acordar horarios de pago para otros servicios profesionales, si así se solicita.

En circunstancias que impliquen dificultades económicas inusuales, es posible que esté dispuesto a negociar un plan de pago a plazos. Si su cuenta ha permanecido impaga durante más de 60 días y no se han acordado los arreglos para el pago, tengo la opción de utilizar medios legales para asegurar el pago. Esto puede implicar enviar la cuenta a una agencia de cobranza o presentar un reclamo en la corte de reclamos menores, cualquiera de los cuales requerirá que se revele información confidencial a los efectos de cobrar el pago.

Iniciales del cliente/ Guardián: \_\_\_\_\_

**Cargo por cheque devuelto:** Se cobrará una tarifa a \$35.00 por cada cheque devuelto

**Alta del cliente / Cobro de pagos:** En el caso de que no pague los servicios prestados, usted comprende que puede ser dado de alta de los servicios de ReEvolve, LLC. hasta que su cuenta esté completamente pagada. Además, comprende que puede ser derivado a una agencia de cobranza por falta de pago de las tarifas adeudadas por los servicios prestados por Garnet J. Nelson, LCSW o cualquier otra entidad de ReEvolve, LLC. Usted comprende que será responsable de todos los honorarios de cobro, todos los honorarios de agencias y abogados y los costos asociados con el proceso de cobro (como los costos judiciales), y que estos honorarios y costos se agregarán al saldo de su cuenta. Usted comprende que será responsable de pagar el monto total de su saldo adeudado **además** de las tarifas de cobro. Además, comprende que su información de salud personal se revelará en estos esfuerzos para cobrar el pago del dinero adeudado.

Iniciales del cliente/ Guardián: \_\_\_\_\_



*Garnet J Nelson, LCSW*

*Licensed Clinical Social Worker -Life Coach*

### **CONTACTARME**

A menudo no estoy disponible inmediatamente por teléfono; específicamente, no contestaré el teléfono cuando esté con un cliente. Cuando no estoy disponible, mi teléfono, especialmente, no contestaré el teléfono cuando esté con un cliente. Cuando no estoy disponible, mi teléfono es respondido por un correo de voz confidencial que superviso con frecuencia. Haré todo lo posible para devolverle la llamada en un plazo de 24 horas, a excepción de los fines de semana y feriados. Si no puede comunicarse conmigo y siente que no puede esperar a que le devuelva la llamada, comuníquese con su médico de familia o la sala de emergencias más cercana y pregunte por el psicólogo (psiquiatra) de guardia. Si no estaré disponible por un tiempo prolongado, le proporcionaré el nombre de un colega para contactar, si es necesario.

### **MENORES**

Si es menor de dieciocho años, tenga en cuenta que la ley puede otorgar a sus padres el derecho de examinar sus registros de tratamiento. Es mi política solicitar un acuerdo de los padres de que renuncian al acceso a sus registros. Si están de acuerdo, solo les proporcionaré información general sobre nuestro trabajo conjunto, a menos que crea que existe un alto riesgo de que se lastime gravemente a sí mismo o a otra persona. En este caso, les notificaré mi inquietud. También les proporcionaré un resumen de su tratamiento cuando esté completo. Antes de darles cualquier información, discutiré el asunto con usted, si es posible, y haré todo lo posible para manejar cualquier objeción que pueda tener con lo que estoy dispuesto a discutir.

### **CONFIDENCIALIDAD**

En general, la privacidad de todas las comunicaciones entre un cliente y un trabajador social clínico con licencia está protegida por la ley, y solo puedo divulgar información sobre nuestro trabajo a otros con su permiso por escrito. Sin embargo, la ley estatal dicta algunos límites a su privacidad que debe conocer.

Las excepciones a su privacidad incluyen las siguientes:

- En la mayoría de los procedimientos legales, usted tiene derecho a evitar que proporcione información sobre su tratamiento. En algunos procedimientos que involucran la custodia de los hijos y aquellos en los que su condición emocional es un tema importante, un juez puede ordenar mi testimonio si determina que los problemas lo exigen.
- Hay algunas situaciones en las que estoy legalmente obligado a tomar medidas para proteger a otros de cualquier daño, incluso si tengo que revelar alguna información sobre su tratamiento. Por ejemplo, si creo que se está abusando de un niño, un anciano o una persona discapacitada, debo presentar un informe ante la agencia estatal.
- Si creo que está amenazando con causar lesiones corporales graves a otra persona, debo tomar medidas de protección. Estas acciones pueden incluir notificar a la víctima potencial, contactar a la policía o buscar hospitalización para usted.
- Si amenaza con hacerse daño a sí mismo, es posible que me vea obligado a buscar hospitalización para usted o a contactar a miembros de la familia u otras personas que puedan ayudar a brindar protección. Estas situaciones rara vez han ocurrido en mi práctica. Si ocurre una situación similar, haré todo lo posible para discutirlo completamente con usted antes de tomar cualquier medida. De vez en cuando



*Garnet J Nelson, LCSW*

*Licensed Clinical Social Worker -Life Coach*

puedo encontrar útil consultar a otros profesionales sobre un caso. Durante una consulta, hago todo lo posible para evitar revelar la identidad de mi cliente. El consultar también está legalmente obligado a mantener la confidencialidad de la información. Si no se opone, no le contaré sobre estas consultas a menos que crea que es importante para nuestro trabajo conjunto.

Además, cuando esté fuera de mi oficina, tendré un colega de confianza que me “cubra”. Esa persona estará disponible para emergencias y, por lo tanto, es posible que necesite conocer a mis clientes.

**Su firma a continuación indica que ha leído este acuerdo completo y está de acuerdo con sus términos.**

\_\_\_\_\_

Cliente/ Guardián

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Cliente/ Guardián

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

ReEvolve, LLC Personal

\_\_\_\_\_

Fecha