

**GABRIELA PORTAS, ATR-BC, LCAT, SEP  
PSYCHOTHERAPIST & CREATIVE ARTS THERAPIST  
SOMATIC EXPERIENCING PRACTITIONER  
LICENSE NO. 001343-1**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO A LA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL**

Este documento afirma que yo, \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento a Gabriela Portas, LCAT (la "psicoterapeuta") para proveerme con un tratamiento psicoterapéutico.

Aunque espero obtener beneficios de este tratamiento, entiendo perfectamente que no hay garantía de un resultado particular. Entiendo que soy libre de terminar con el tratamiento en cualquier momento pero que es recomendable discutir con la psicoterapeuta cualquier plan de abandonar la terapia antes de hacerlo.

He discutido completamente con la psicoterapeuta qué es lo que conlleva la psicoterapia y entiendo y estoy de acuerdo con sus pólizas sobre la concertación de citas, honorarios, y citas no concertadas como esta detallado en su **POLÍTICA FINANCIERA** (*a firmar por separado*).

Nuestra conversación acerca de la terapia ha incluido una evaluación y formulación diagnóstica sobre mis problemas por parte del terapeuta, además de una discusión sobre el método de tratamiento, metas y duración del tratamiento, e información sobre el registro de datos. He sido informado/a/e sobre y entiendo el alcance del tratamiento, sus posibles beneficios y riesgos, y posibles métodos alternativos de tratamiento. Entiendo de que la terapia a veces puede causar que surjan emociones molestas, y que puedo sentirme peor temporalmente antes de sentir una mejoría, y que puedo experimentar angustia causada por los cambios que pueda tomar en mi vida como resultado de la terapia.

Entiendo de que la psicoterapeuta no puede proveer un servicio de emergencia. La psicoterapeuta me ha dicho que en el caso de emergencia, debo llamar al 911 o ir a la sala de emergencia del hospital más cercano.

Entiendo de que la información sobre la psicoterapia casi siempre es confidencial y no puede ser compartida al menos de que yo de mi consentimiento. Las excepciones son las siguientes:

1. La psicoterapeuta esta requerida por ley de reportar cualquier sospecha de abuso o negligencia infantil a las autoridades apropiadas. La psicoterapeuta también se ve obligada a reportar a las autoridades a los clientes que están en riesgo inminente de hacerse daño o de herir a otros con el propósito de que estas autoridades chequeen si estos clientes son dueños de armas de fuego, y si lo son, o aplican para serlo, de limitar y posiblemente eliminar su habilidad de poseerlas.
2. Si yo le informo a la psicoterapeuta de que tengo la intención de herir a otra persona, la psicoterapeuta debe intentar de proteger a esa persona, incluso contactando a la policía o a la persona u otros proveedores de cuidados de salud. Igualmente, si yo amenazo de hacerme daño, o si mi vida o mi salud corren riesgo inmediato, la psicoterapeuta intentará de protegerme, incluso informando a otros como mis parientes o la policía u otros proveedores de cuidados de salud, quienes podrán asistir en protegerme o ayudarme.

**GABRIELA PORTAS, ATR-BC, LCAT, SEP  
PSYCHOTHERAPIST & CREATIVE ARTS THERAPIST  
SOMATIC EXPERIENCING PRACTITIONER  
LICENSE NO. 001343-1**

3. Si estoy involucrado/a/e en ciertos procedimientos judiciales la psicoterapeuta puede estar requerida por ley a revelar información sobre mi tratamiento. Estas situaciones incluyen litigios sobre la custodia de los niños, casos en el cual la condición psicológica del cliente esta en cuestión, litigios o quejas formales en contra de la psicoterapeuta, audiencias de compromiso civil, y tratamientos relacionado a la corte.
  
4. Si mi seguro médico o plan de salud administrado me estará reembolsando, ellos requerirán que yo dispense de mi derecho a la confidencialidad y que la psicoterapeuta les provea información acerca de mi tratamiento.
  
5. La psicoterapeuta podrá consultar con otros psicoterapeutas sobre mi tratamiento, pero en hacerlo no revelará mi nombre u otra información que podría identificarme. A demás, cuando la psicoterapeuta está fuera o no está disponible, otro psicoterapeuta podrá responder llamadas y podrá necesitar información sobre mi tratamiento.
  
6. Si mi cuenta con la psicoterapeuta está atrasada y no pago el monto debido o establezco un plan de pago, la psicoterapeuta revelará una cantidad limitada de información sobre mi tratamiento al tomar medidas legales para ser pagada. Esta información incluirá mi nombre, número de seguridad social, dirección, fechas y tipos de tratamiento, y el monto debido.

En todas las situaciones mencionadas arriba entiendo que la psicoterapeuta intentará de discutir la situación conmigo, o de notificarme, antes de que cualquier información sea revelada, y revelará la cantidad mínima de información que sea necesario.

Si es que estoy participando en un plan de salud administrado, he discutido con la psicoterapeuta el limite del plan, si existen, sobre el número de sesiones de terapia. He discutido con mi psicoterapeuta mis opciones para la continuación del tratamiento en el caso de que mis beneficios de salud administrada terminen.

Entiendo de que tengo el derecho de preguntar a la psicoterapeuta sobre su entrenamiento y cualificaciones y sobre dónde declarar quejas acerca del conducto profesional de la psicoterapeuta.

Al firmar abajo, estoy indicando que he leído y entendido este formulario y que doy mi consentimiento al tratamiento.

Firma: \_\_\_\_\_

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

Nombre: \_\_\_\_\_  
(cliente)

Firma: \_\_\_\_\_

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

Nombre: \_\_\_\_\_  
(persona autorizada a dar permiso por el cliente)

Relación al cliente: \_\_\_\_\_