

# Heritage Behavioral Health Consultants

1325 Campbell Rd, Houston, TX 77055

713-365-9015

heritage@heritagebehavioral.com

Julie Summers, M.A., LPC  
Julie Ottosen, M.A., LPC  
Jennifer Hofman, M.A., LPC  
Sarah Jane Paton, M.A., LPC  
Jill Early, M.Ed., LPC  
Allie Sauls, M.A., LPC  
Ana Ince, M.Ed., LPC  
Angela Jones, Ph.D., LPC  
Taylor Garcia, M.A., LPC  
Jasmine Boone, Ed.D, LPC  
Charles Reed, M.A., LPC

Elizabeth Warren, M.A., LPC  
William Kao, M.A., LPC  
Jennifer Welch, M.A., LPC  
Paige Cryer, M.A., LPC  
Hannah Barnes, Health Coach, Birkman Consultant  
Farrin Velasco, M.A., LPC-Associate (*Under supervision of Julie Summers, M.A., LPC-S*)  
Shannon Owen, M.A., LPC-Associate (*Under supervision of Julie Summers, M.A., LPC-S*)  
Emily Rucker, Behavior Specialist, Life Coach

Bienvenido a la práctica de Heritage Behavioral Health Consultants. Nos complace que haya elegido nuestra oficina y le aseguro que estamos trabajando con ustedes de una manera cuidadosa y profesional. Por favor, tómese unos minutos para leer nuestras políticas de oficina y no dude en hacer cualquier pregunta que pueda tener. Estas políticas se exponen más detalladamente en el Aviso de prácticas de privacidad en el siguiente formulario.

## ¿QUE ES LA CONSEJERIA?

La relación de terapia es una asociación entre un terapeuta y un cliente que es solo para beneficio del cliente. Aun que el objetivo inmediato del asesoramiento es aliviar la incomodidad y la angustia, la mayoría de las terapias tienen un objetivo de mayor alcance: para modificar o cambiar patrones de pensamiento, sentimiento y actuación que están produciendo estrés, mientras aprende formas de vida nuevas, más efectivas y satisfactorias. En Heritage, lo encontramos donde está, aprendemos de dónde ha estado y lo capacitamos para llegar a donde necesita ir.

## HORAS DE OFICINA

Horas del personal de apoyo regular es de 8:00 am a 5:00 pm de lunes a viernes. Cada médico establece su propio horario y trabajará con usted para programar una hora de mutuo acuerdo .

## SESIONES

Sesiones completas son de 45 minutos y las sesiones de la mitad son de 25 minutos de duración. Con el fin de asegurar que su tiempo es respetado empezamos y terminamos la cita a tiempo. Sesiones extendidas pueden disponerse cuando sea necesario, que incluirá un cargo adicional. Heritage emplea y capacita a los LPC-Asociados. Como parte de su entrenamiento, es posible que se le pida que les permita sentarse en su sesión de vez en cuando.

## CANCELACIONES

No hay ningún cargo para las citas perdidas SI LA CITA ES CANCELADA POR LO MENOS 24 horas antes de la cita. Si la cita es para el lunes, la cancelación se puede hacer dejando un mensaje con el servicio de contestador.

### **PROCEDIMIENTOS DE PRIVACIDAD**

De acuerdo con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA), se requiere que Heritage Behavioral Health Consultants: 1) mantenga la privacidad de su información de salud, 2) le brinde un Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted, 3) cumplir con los términos del Aviso, 4) notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada, 5) acomodar las solicitudes razonables que pueda tener para comunicar información de salud por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para obtener información detallada.

### **SERVICIOS DE EMERGENCIA**

Como práctica general, la consulta de emergencia están disponible las 24 horas al día, siete días a la semana . En el caso de que usted no puede comunicarse con su terapeuta por favor llame al 911, la línea directa de Crisis (713-Hotline), o vaya a la sala de emergencias más cercana . Su médico discutirá los procedimientos específicos de emergencia con usted en detalle. Usted puede comunicarse con nosotros al ( 713) 365-9015. Si no respondemos en 30 minutos, por favor llamar por segunda vez y deje un mensaje. Si la consulta requiere más de 15 minutos, se le puede cobrar por el tiempo.

Si su terapeuta cree razonablemente que usted es un peligro, física, conductual, emocional o mental, para usted o para otra persona, usted específicamente consiente en advertir a la persona en peligro y en contactar a las siguientes personas, además de la asistencia médica de emergencia, servicios a su médico de atención primaria, otro personal médico, agentes del orden público, funcionarios del tribunal y / o personal del 911:

*Enumere tres personas para contactar durante una emergencia (Nombre de la persona, relación y número de teléfono)*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

### **TECNOLOGÍA**

Como política, normalmente no aceptamos las solicitudes de los medios sociales de los clientes o seguimos a los clientes en las redes sociales. Consulte la política de redes sociales adjunta para obtener más detalles. Podemos optar por utilizar el texto, el teléfono y el correo electrónico como una forma de comunicación para el cronograma o los hechos. Su terapeuta NO proporcionará asesoramiento por correo electrónico o mensaje de texto. Ellos responderán y le informarán que han recibido su mensaje. Su terapeuta puede recibir correos de voz y correos electrónicos desde su teléfono y computadora de negocios que están dirigidos a su teléfono celular. Tenga en cuenta que su terapeuta responderá a sus correos de voz y correos electrónicos durante el horario de oficina. Sin embargo, no deje información de emergencia en este correo de voz o correo electrónico y llame al 911.

### **PAGO**

El pago es debido en el momento del servicio prestado en forma de dinero en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. No archivamos el seguro en esta oficina ; sin embargo, para aquellos clientes que pertenecen a una

compañía de seguros que deseen presentar, le daremos una declaración detallada para que pueda presentar con su compañía de seguros con el fin de hacer que le reembolsan directamente.

Es la política de esta práctica para convertir las cuentas delincente a la colección después de 90 días. Si es necesario hacer esto habrá un 10 % de carga adicional al saldo pendiente.

### **CUSTODIA Y CONTROL DE REGISTROS**

En caso de muerte, incapacidad o terminación de la práctica de consejería de los titulares de licencias, Heritage Behavioral Health Consultants Inc. mantendrá los registros de los pacientes y se ubicarán en 1325 Campbell Road durante el período requerido de siete años. Una vez transcurrido el plazo de siete años, se destruirán los registros de los pacientes.

### **TERMINACIÓN DEL SERVICIO**

Usted reconoce que los servicios proporcionados por usted son voluntarios. Usted o su terapeuta pueden optar por finalizar los servicios luego de que ocurra la terminación terapéutica y apropiada por cualquier motivo.

### **RELACIONES PERSONALES**

Nuestro objetivo es que desarrollemos una relación positiva y gratificante. En este momento, tómese unos minutos para completar la información adjunta para que podamos ayudarlo a lograr sus objetivos.

### **TIPOS DE TERAPIA Y EVALUACIONES**

Una variedad de tratamientos están disponibles en función de sus necesidades y deseos. Durante su primera visita, usted y su terapeuta decidirán cuál es la terapia más adecuada para usted.

Por favor verifique en cada tipo de terapia o evaluación que sientes puede ser apropiado.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Matrimonio o Terapia de parejas | <input type="checkbox"/> Terapia Familiar       |
| <input type="checkbox"/> Terapia individual              | <input type="checkbox"/> Evaluación de ADD/ADHD |
| <input type="checkbox"/> Consulta para Padres            | <input type="checkbox"/> Pruebas Psicológicas   |

### **CONSENTIMIENTO A LOS SERVICIOS**

Al firmar este documento de consentimiento informado, usted reconoce, comprende y acepta que ha leído y entendido todos los consentimientos, términos e información contenidos en este consentimiento informado y el aviso de prácticas de privacidad adjunto. Además, reconoce, comprende y acepta que se le han ofrecido muchas oportunidades para hacer preguntas y buscar aclaraciones sobre cualquier cosa en este Consentimiento Informado que no le quedó claro. Usted reconoce, comprende y acepta que se le ha entregado una copia de todas las páginas de este Consentimiento Informado y Aviso de Prácticas de Privacidad.

HE LEIDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE EL ACUERDO PSICOTERAPEUTA-PACIENTE Y ACEPTA SUS TÉRMINOS.

Nombre del Paciente (Por favor imprimir): \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

HE RECIBIDO UN AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y ACEPTO SUS TÉRMINOS .

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Firma de terapeuta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Información del Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre de Consejera: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sitio de Nacimiento: Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Teléfono (Celular): \_\_\_\_\_ Telefono (Casa): \_\_\_\_\_

Podemos llamarlo a casa? Si No

Instrucciones Especiales: \_\_\_\_\_

Nombre, edad, y ocupación de la persona con quien tiene una relación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Quien lo/la refirió? \_\_\_\_\_

Quieres una factor después de cada visita? Si No

Le gustaría mantener la información de su tarjeta de crédito registrada para la facilidad de pago:

Si No

Nombre en la Tarjeta:

\_\_\_\_\_

Numero de Tarjeta de Crédito: \_\_\_\_\_ Expiración: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

CCV: \_\_\_\_\_

Dirección de facturación:

\_\_\_\_\_

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

Por favor complete si el paciente es de sexo femenino

**Historia Menstrual:**

Fecha de la ultima menstruación: \_\_\_\_

PMS: Si No

La Edad de Inicio: \_\_\_\_

Edad del niño vivo mas joven: \_\_\_\_

Ordinarios: Si No

Dolores/Calambres: Si No

**Embarazos:**

Abortos Involuntarios: \_\_\_\_

Total # de Embarazos: \_\_\_\_

Terminaciones: \_\_\_\_

Ciclo: \_\_\_\_Días

Duración: \_\_\_\_Días

**Dieta y Ejercicio:**

Peso: \_\_\_\_\_ Actual: \_\_\_\_\_ Hace 1 ano: \_\_\_\_\_ Deseada: \_\_\_\_\_

Esta usted en una dieta especial? \_\_\_\_\_

**Indique cuál de los siguientes síntomas ha experimentado:**

Fatiga / falta de energía

Irritabilidad / enojo

Convulsiones / convulsiones

Debilidad

Nerviosismo

Erupción cutánea

La falta de sueño

Sentimientos de miedo

Comportamiento agresivo / violento

Dormir demasiado

Llanto frecuente

Ver cosas que no son reales

Aumento / disminución del apetito

Pensamiento negativo frecuente

Escuchando cosas que no son reales

Aumento / disminución de peso

Pensamientos frecuentes de la muerte

Dificultad para tomar decisiones

Pensamientos repetitivos / sin sentido

Pensamientos suicidas

Dificultad para concentrarse

Comportamiento repetitivo / insensato

Pensamientos homicidas

Problemas de memoria

Triste / triste en los vertederos

Desmayo / sensación de desmayo

Sentimientos sin valor

Deprimido

Temblores

Sentimientos de culpa excesivos

Temblor / temblores

Impotencia

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sentimientos sin esperanza                | <input type="checkbox"/> Dolor sinusal o congestión                     | <input type="checkbox"/> Náusea                                    |
| <input type="checkbox"/> Transpiración                             | <input type="checkbox"/> Aumento / disminución en lagrimeo              | <input type="checkbox"/> Diarrea                                   |
| <input type="checkbox"/> Mareos / aturdimiento                     | <input type="checkbox"/> Aumento de la sensibilidad a los sonidos       | <input type="checkbox"/> Estreñimiento                             |
| <input type="checkbox"/> Sentimientos inestables                   | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído                            | <input type="checkbox"/> Vomitando                                 |
| <input type="checkbox"/> Clave / en el borde                       | <input type="checkbox"/> Dolores en las articulaciones o rigidez        | <input type="checkbox"/> Intolerancia a la comida                  |
| <input type="checkbox"/> Inquietud                                 | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda                               | <input type="checkbox"/> Miedo a perder el control intestinal      |
| <input type="checkbox"/> Preocupación constante                    | <input type="checkbox"/> Tensión muscular                               | <input type="checkbox"/> Incapacidad para controlar los intestinos |
| <input type="checkbox"/> Pánico                                    | <input type="checkbox"/> Dolor muscular / dolor                         | <input type="checkbox"/> Falta de aliento                          |
| <input type="checkbox"/> Sentir que la vida no vale la pena vivir  | <input type="checkbox"/> Hinchazón de manos / pies / tobillos           | <input type="checkbox"/> Boca seca                                 |
| <input type="checkbox"/> Aumento / disminución en el deseo sexual  | <input type="checkbox"/> Calambres en las piernas                       | <input type="checkbox"/> Sensación de sabor inusual                |
| <input type="checkbox"/> Miedo a volverse loco                     | <input type="checkbox"/> Entumecimiento / hormigueo en las extremidades | <input type="checkbox"/> Incapacidad para controlar la orina       |
| <input type="checkbox"/> Miedo a morir                             | <input type="checkbox"/> Problemas de pie                               | <input type="checkbox"/> Llagas en el pene / vaginales             |
| <input type="checkbox"/> Sensación de irrealidad                   | <input type="checkbox"/> Problemas para caminar                         | <input type="checkbox"/> Secreción penéal / vaginal                |
| <input type="checkbox"/> Sintiendo en un estado de sueño           | <input type="checkbox"/> Problemas de equilibrio                        | <input type="checkbox"/> Dificultad en la frustración sexual       |
| <input type="checkbox"/> Aislamiento / extracción                  | <input type="checkbox"/> Manos frías / húmedas                          | <input type="checkbox"/> Secreción mamaria                         |
| <input type="checkbox"/> Visión doble                              | <input type="checkbox"/> Incapaz de sentarse quieto                     | <input type="checkbox"/> Otro:<br>_____                            |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para enfocar la visión         | <input type="checkbox"/> Dolor / malestar en el pecho                   |  |
| <input type="checkbox"/> Dolor de ojo                              | <input type="checkbox"/> Palpitaciones                                  |  |
| <input type="checkbox"/> Incomodidad en los ojos con luz brillante | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar                         |  |

**Preocupación principal:**

Describe la razón principal por la que está aquí hoy: \_\_\_\_\_

---

---

**Historia educacional:**

• Escuela secundaria (s): \_\_\_\_\_

• Colegio(s): \_\_\_\_\_

**Historial de tratamiento:**

¿Alguna vez recibió servicios psicológicos, psiquiátricos o de asesoramiento?  Sí  No

Cuándo                      De quién                      Para qué problema                      Con qué resultado

---

---

---

¿Alguna vez ha tomado medicamentos por problemas psiquiátricos o emocionales?  Sí  No

Cuándo                      De quién                      Para qué problema                      Con qué resultado

---

---

---

**Medicamentos actuales:**

Nombre de medicamento                      Dosis                      Motivo de tomar

---

---

---

¿Cuál es su estado civil? Casado Divorciado Separado Viuda / Viudo Solo  
Citas

¿Tienes hijos? De ser así, ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces has estado casado? \_\_\_\_\_ # de años casados \_\_\_\_\_

**Por favor describa las siguientes relaciones en su familia de origen:**

La relación de sus padres entre ellos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Su relación con cada padre y con otros adultos presentes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Su relación con sus hermanos y hermanas, en el pasado y presente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Historia familiar:**

En ambos lados de los padres biológicos, ¿Hay alguna historia de los siguientes:

Alcoholismo: \_\_\_\_\_

Enfisema: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Epilepsia: \_\_\_\_\_

Ansiedad: \_\_\_\_\_

Enfermedad del corazón: \_\_\_\_\_

TDAH: \_\_\_\_\_

VIH: \_\_\_\_\_

Asma: \_\_\_\_\_

Trastornos hormonales: \_\_\_\_\_

Enfermedad gastrointestinal: \_\_\_\_\_

Dificultades de aprendizaje: \_\_\_\_\_

Cáncer: \_\_\_\_\_

Suicidio / Intentos: \_\_\_\_\_

Compulsiones: \_\_\_\_\_

Alta Presión: \_\_\_\_\_

Depresión: \_\_\_\_\_

Enfermedad del riñón: \_\_\_\_\_

Diabetes: \_\_\_\_\_

Enfermedad del hígado: \_\_\_\_\_

Abuso de drogas: \_\_\_\_\_

Abuso físico: \_\_\_\_\_

Fobias: \_\_\_\_\_

Enfermedad de tiroides: \_\_\_\_\_

Hospitalización psiquiátrica: \_\_\_\_\_

Temblores o tics: \_\_\_\_\_

Rabia: \_\_\_\_\_

Úlceras: \_\_\_\_\_

Esquizofrenia: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Abuso sexual: \_\_\_\_\_

**Relaciones actuales:**

¿Cómo se lleva con su cónyuge o pareja actual si tiene uno? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo se lleva con sus hijos si tiene alguno? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enumere los problemas de salud física de sus hijos, el uso de sustancias químicas y las dificultades mentales o emocionales, si las hubiera: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sus amigos más importantes, pasado y presente:

<u>Nombre</u>	<u>Buenas partes de la relación</u>	<u>Partes malas de la relación</u>
---------------	-------------------------------------	------------------------------------

---

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Historial de abuso personal:**

No fui abusado de ninguna manera     Fui abusado     No estoy seguro si fui abusado

Si sabe que fue abusado, enumere todos los incidentes a continuación con las siguientes letras:

P = físico, como ser empujado, golpeado o golpeado.

S = Sexual, como tocar / molestar, acariciar o tener relaciones sexuales

N = Descuido, como no alimentarlo, protegerlo o protegerlo

E = emocional, como humillación, ataques verbales

Su edad    Tipo de abuso    Efectos sobre usted    ¿Le dijo a alguien?    Consecuencias de contar

---

---

---

**Uso de sustancias:**

¿Alguna vez has sentido la necesidad de reducir tu consumo de alcohol?     Sí     No

¿Alguna vez se ha sentido molesto por la crítica de su consumo de alcohol?     Sí     No

¿Alguna vez te has sentido culpable por tu crítica a tu forma de beber?     Sí     No

¿Cuántas bebidas (cerveza, vino o licor fuerte) consume en promedio cada semana? \_\_\_\_\_

---

¿Cuánto tabaco fuma o mastica cada semana? \_\_\_\_\_

---

¿Qué drogas (sin incluir medicamentos recetados) ha usado en los últimos 10 años? \_\_\_\_\_

---

Proporcione detalles sobre el uso de estas drogas u otros productos químicos, como las cantidades, la frecuencia con que los usa, sus efectos, etc.

---

---

**Historia legal:**

¿Actualmente está demandando a alguien o está pensando en demandar a alguien?  Sí  
 No

¿Es su razón para venir a vernos relacionados con un accidente o lesión?  Sí  
 No

¿Su cita es requerida por un tribunal / policía / libertad condicional / oficina / libertad condicional?  Sí  
 No

Si respondió afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores, explique: \_\_\_\_\_

---

El nombre de su abogado actual: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Por favor, enumere todos los contactos con la policía, los tribunales y las cárceles / prisiones que ha tenido. Incluya todos los cargos abiertos y pendientes usando las siguientes letras:

Jurisdicción: (F = Federal, E = Estado, Co = Condado, Ci = Ciudad)

Sentencia: Tiempo cumplido y tipo de oración (AR = resolución acelerada o alternativa, SC = servicio comunitario, M = multa, E = encarcelamiento, Pr = libertad condicional, Po = libertad condicional, O = otro, R = restitución)

**Fecha Cargo Jurisdicción Sentencia Libertad Condicional / Oficial de Libertad Condicional**

---

---

---

¿Hay alguna otra implicación legal que debamos saber? \_\_\_\_\_

---

**Otro:**

¿Hay algo más que sienta que es importante que su terapeuta sepa que no hemos preguntado sobre estos formularios? \_\_\_\_\_

---

---

---

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## POLÍTICA DE MEDIOS SOCIALES

Esto describe las políticas de mi oficina relacionadas con el uso de las redes sociales. Léelo para comprender cómo me comporto en el Internet como profesional de la salud mental y cómo puede esperar que responda a las diversas interacciones que pueden ocurrir entre nosotros en el Internet.

### "Friending y Fanning"

Puedo o no aceptar solicitudes de amistad o de contacto de clientes actuales o anteriores en cualquier sitio de redes sociales (Facebook, LinkedIn, Instagram, etc.). Esto puede desdibujar los límites de nuestra relación terapéutica.

Guardo una página de Facebook para mi práctica profesional para permitir que las personas compartan mis publicaciones de blog y practiquen actualizaciones con otros usuarios de Facebook. Le invitamos a ver mi página de Facebook y leer o compartir artículos publicados allí, pero no se recomienda ser fanático. Creo que tener clientes como Fans de Facebook crea una mayor probabilidad de comprometer la confidencialidad del cliente y creo que es mejor ser explícito con todos los que puedan ver mi lista de Fans para saber que no encontrarán nombres de clientes en esa lista. Además, el Código de Ética de la Asociación Estadounidense de Asesoramiento prohíbe que solicite testimonios de clientes, ex clientes o cualquier otra persona que pueda ser vulnerable a una influencia indebida.

### "Siguiendo"

Publicamos un blog en el sitio web de la compañía, sitios personales y noticias posteriores de psicología / asesoramiento en Facebook e Instagram. No espero que usted, como cliente, quiera seguir mi blog o cualquier flujo de redes sociales. Mi principal preocupación es tu privacidad. Si comparte esta preocupación, hay más maneras privadas de seguir mi página profesional en una plataforma de redes sociales (como usar un canal RSS). Tenga en cuenta que puedo o no seguirlo a sabiendas. Puedo o no seguir clientes actuales o anteriores en blogs o en cualquier plataforma de redes sociales.

### Interactuando

No use mensajes en sitios de redes sociales como Twitter, Facebook, Instagram y LinkedIn para contactarme. Estos sitios no son seguros y es posible que no lea estos mensajes de manera oportuna. No utilice publicaciones en el muro, respuestas u otros medios para participar en público en línea si tenemos una relación de cliente / terapeuta ya establecida. Participar conmigo de esta manera podría comprometer tu confidencialidad. También puede crear la posibilidad de que estos intercambios se conviertan en parte de su registro médico legal y deberán documentarse y archivarse en su cuadro.

Si necesita contactarme entre sesiones, la mejor manera de hacerlo es por teléfono. El correo electrónico directo (proporcionado por separado) es el segundo mejor para problemas administrativos rápidos, como cambiar los horarios de las citas. Consulte la sección de correo electrónico a continuación para obtener más información sobre las interacciones de correo electrónico.

### Email

Preferimos usar el correo electrónico solo para organizar o modificar citas. No me envíe por correo electrónico el contenido relacionado con sus sesiones de terapia, ya que el correo electrónico no es completamente seguro o confidencial. Si decide comunicarse conmigo por correo electrónico, tenga en cuenta que todos los correos electrónicos se conservan en los registros de su y mis proveedores de servicios de Internet. Si bien es poco probable que alguien esté mirando estos registros, están, en teoría, disponibles para ser leídos por los administradores del sistema del proveedor de servicios de Internet. También debe saber que cualquier correo electrónico que reciba de usted y cualquier respuesta que le envíe podría formar parte de su registro legal.

## Uso de motores de búsqueda

NO es una parte habitual de mi práctica buscar clientes en Google o Facebook u otros motores de búsqueda. Excepciones extremadamente raras pueden hacerse durante tiempos de crisis. Si tengo una razón para sospechar que estás en peligro y no me has contactado a través de nuestros medios habituales (acudir a citas, teléfono o correo electrónico), puede haber una instancia en la que uses un motor de búsqueda (para encontrarte, encuentre a alguien cercano a usted o verifique sus actualizaciones recientes de estado) se vuelve necesario como parte de garantizar su bienestar. Estas son situaciones inusuales y si alguna vez recurro a tales medios, lo documentaré por completo y lo discutiré con usted la próxima vez que nos encontremos.

## Sitios de revisión comercial

Puede encontrar mi práctica privada en sitios como Yelp, Healthgrades, Yahoo Local, Bing u otros lugares que enumeran empresas. Algunos de estos sitios incluyen foros en los que los usuarios califican a sus proveedores y agregan revisiones. Si debe encontrar mi listado en cualquiera de estos sitios, tenga en cuenta que mi listado NO es una solicitud de un testimonio, calificación o endoso de usted como mi cliente. El Código de Ética de la Asociación Estadounidense de Asesoramiento establece en C.3 Publicidad y solicitando a los clientes que "los consejeros que usan testimonios no los solicitan a clientes actuales, antiguos clientes ni a otras personas que puedan ser vulnerables a una influencia indebida". Los consejeros discuten con los clientes las implicaciones y obtienen permiso para el uso de cualquier testimonio ".

Por supuesto, tiene derecho a expresarse en cualquier sitio que desee, pero debido a la confidencialidad, no puedo responder a ninguna revisión en ninguno de estos sitios, ya sea positiva o negativa.

Si siente que he hecho algo nocivo o no ético y no se siente cómodo discutiéndolo conmigo, siempre puede comunicarse con la Junta de Examinadores de Consejeros Profesionales del Estado de Texas, que supervisa las licencias, y ellos revisarán los servicios que he proporcionado.

Junta Examinadora de Consejeros Profesionales del Estado de Texas | Quejas y Sección de Gestión e Investigación | P.O Box 141369, Austin, Texas 78714-1369

## Conclusión

Gracias por tomarse el tiempo para revisar mi Política de redes sociales. Si tiene preguntas o inquietudes sobre cualquiera de estas políticas y procedimientos o sobre nuestras posibles interacciones en Internet, tráigalas a mi atención para que podamos analizarlas.

Por favor, firme a continuación indicando que entiendes toda la información en la "Política de redes sociales"

**Firma del cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_