



Jessica Sagastume, M.A.
Consejera licenciada en salud mental #MH 16756
Mediador familiar certificado en la florida

Entrenamiento y Biografía Profesional:

Jessica Sagastume obtuvo su Maestría en Consejería Clínica de Salud Mental de la Universidad de Central Florida. También, ella recibió su licenciatura en Ciencias de Estudios Jurídicos en Florida Gulf Coast University. Jessica ha tenido un entrenamiento extenso en el campo de la salud mental incluyendo dos semestres en la Clínica de Consejería de la Comunidad de la Universidad de Central Florida. Así también, ella completó su internado en el Centro de Cuidado Familiar de Florida Hospital. Jessica ha trabajado con varios individuos y parejas enfrentándose con varios problemas, incluyendo: problemas médicos, pensamientos suicidas, ansiedad, depresión, traumas y problemas relacionales. El enfoque de consejería teórica de Jessica se centra principalmente en la terapia cognitivo-conductual y los sistemas familiares. Técnicas también puede incluir otras modalidades terapéuticas e intervenciones que el terapeuta y el cliente consideren apropiadas.

Información para el Cliente:

Las sesiones de consejería tienen una duración de 50 minutos. La duración del tratamiento de los clientes será determinada por el terapeuta y los clientes a través de un plan de tratamiento terapéutico mutuamente acordado. El costo de las sesiones es determinado entre la terapeuta y el cliente. El pago se cobrará al comienzo de la sesión. Los métodos de pago aceptados son efectivo y débito / tarjetas de crédito. Se le pedirá que rellene evaluaciones de asesoramiento periódicamente, según como el terapeuta lo considere apropiado, para determinar el progreso de los clientes. Yo reservo el derecho de aumentar las tarifas, incluyendo las tarifas reducidas, al comienzo de cada año por \$5.

Derechos del Cliente:

El cliente tiene el derecho de preguntarle al consejero sobre el enfoque terapéutico, el progreso de la terapia y cualquier otra pregunta o preocupación. También es el derecho del cliente a elegir la modalidad de consejería y asesoramiento que mejor se adapte a sus necesidades. Los clientes también tienen el derecho de solicitar un cambio en el enfoque de consejería, referido a otro consejero, o terminación en cualquier momento. Además, el terapeuta está obligada a seguir los códigos éticos de su organizaciones profesionales las leyes del Estado de la Florida, y reglas de su agencia (si aplicable), en relación con la naturaleza especial de la relación entre terapeuta-cliente. Se espera que la terapeuta sea continuamente consciente de la posición influyente que tiene en relación con los clientes, utilizando la influencia de una manera constructiva. Si un cliente piensa que su consejero no está cumpliendo con su responsabilidad ética, él o ella tiene el derecho de dirigir sus preocupaciones con el consejero y la agencia.

Horarios de Citas y Cancelaciones:

Las tarifas/pagos se cobran en el momento del servicio. No hay excepciones. Las citas perdidas que no sean canceladas, se cobrará el 60% del costo de la sesión. Las citas canceladas requieren **un aviso de 24 horas**. Si no se da un aviso de 24 horas, resultará en un cargo de \$30.00 para citas individuales y \$60 para citas de parejas/familiar. Una tarjeta de crédito será requerida para mantener en el sistema en caso de citas perdidas o avisos tardes.

Confidencialidad:

El terapeuta se adhiere a los estándares éticos de la American Counseling Association (ACA) y las Leyes y Reglas del Estado de la Florida. La información compartida durante el proceso de consejería será estrictamente confidencial, excepto por las razones requeridas por la ley. Estas excepciones incluyen lo siguiente:

1. Cuando exista una seria amenaza para su salud y seguridad o la salud y seguridad de otra persona o del público. La información sólo se compartirá con una persona o organización que pueda ayudar a prevenir o reducir la amenaza.
2. Cuando se sospecha abuso o negligencia de un niño, anciano, residente de una institución o persona con incapacidades.
3. Como resultado de cualquier demanda contra el consejero y/o procedimientos legales / judiciales.
4. Si un oficial de la ley requiere un descargo de información.
5. Cuando usted (el cliente) solicite explícitamente por escrito que la información sea compartida con un tercero.

(Código de Ética de la ACA [2005], Sección B.2, Capítulo 491, Ley del estado de la Florida que rige la práctica de los Servicios de Clínica, Asesoramiento y Psicoterapia [2010], Sección 491.0147)

Descargo de Responsabilidad:

Al firmar a continuación, reconozco que el terapeuta no proporcionará a los clientes con diagnósticos, notas clínicas, papeles demandado por el tribunal, trabajo, escuela o evaluaciones académicas/evaluaciones de incapacidad. El terapeuta sólo proporcionará a los clientes una carta de resumen de su tratamiento por solicitud.

Consentimiento de Tratamiento:

Al firmar abajo, reconozco haber recibido, leído y comprendido este formulario de Información al Cliente y Consentimiento de Tratamiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas. Por el presente, solicito y consiento tomar parte en el tratamiento por el terapeuta nombrado abajo. Entiendo que el tratamiento puede incluir consejería individual, de pareja, familiar o grupal y puede incluir consultas con otros asociados y proveedores médicos de esta agencia. El tratamiento también puede incluir remisiones a otras agencias estatales, del condado y/o profesionales para consejería adicional. Entiendo que desarrollar un plan de tratamiento con el consejero y revisar regularmente nuestro trabajo hacia el logro de los objetivos del tratamiento es lo mejor para mí. Estoy de acuerdo en desempeñar un papel activo en este proceso. Entiendo que no se me han hecho promesas en cuanto a los resultados del tratamiento o de los procedimientos proporcionados por el consejero. Soy consciente de que puedo detener mi tratamiento con el consejero en cualquier momento. Reconozco que el terapeuta es un Internado Consejero, registrado con el estado de la Florida, y doy mi permiso para que los supervisores de mi consejero revisen todos los aspectos de mi tratamiento.

Mi firma en este documento muestra que entiendo y estoy de acuerdo con las condiciones y declaraciones anteriores.

Nombre del Cliente(s) (Imprimido)

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Terapeuta

Fecha

Para Menores de Edad

Nombre del Padre

Fecha

Firma del Padre