**INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE CLIENTE**

Nombre del cliente:: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre Preferido (si es diferente): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nacimiento (dd / mm / aaaa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado Matrimonial \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cuidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Zip Código: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono preferido : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Permite recibir un mensaje de voz o de texto de Cobalt Counseling en este número? (Marquelo con un círculo):  Sí no

Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Permite recibir un mensaje de voz o de texto de Cobalt Counseling en este número? (Marquelo con un círculo):  Sí no

E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Permite recibir un mensaje de Cobalt Counseling en este email? (Marquelo con un círculo):  Sí no

Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consejeria anteriormente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Los medicamentos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Problema que se presenta: ¿Qué les trae para la consejeria? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Información del padre designado (si el cliente es menor de 18 años)

Nombre completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el Cliente principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Zip Código: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono preferido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Permite recibir un mensaje de voz o de texto de Cobalt Counseling en este número? (Marquelo con un círculo):  Sí no

E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Permite recibir un mensaje de Cobalt Counseling en este email? (Marquelo con un círculo):  Sí no

Disposición de pago: (Marque uno) **E**fectivo  Tarjeta de crédito Lider de Iglesia

Contacto de emergencia (si es diferente del padre designado anotado más arriba):

Nombre completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma (o del padre designados si son menores de 18) Fecha

**Autorización para divulgar información CONFIDENCIAL DE SALUD**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo ​​Cobalt Counseling y las entidades o personas que se indican a continuación para liberar y revelar mi (o de mi hijo) información de salud para los siguientes propósitos (marque lo que corresponda):

\_\_\_\_\_\_ Consulta

\_\_\_\_\_\_ Coordinación de Tratamiento

\_\_\_\_\_\_ Evaluación y Diagnóstico

\_\_\_\_\_\_ Pago

\_\_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo entiendo que al firmar esta versión, estoy autorizando la comunicación bidireccional entre el Cobalt Counseling y las entidades o personas que a continuación se relacionan.

Entiendo que puedo revocar esta autorización mediante la presentación de un aviso por escrito al Cobalt Counseling en cualquier momento durante mi tratamiento. Yo entiendo que si esto ocurre, Cobalt Counseling ya no divulgará mi información médica por las razones expuestas en mi autorización por escrito. Entiendo que cualquier uso o revelación ya hechas con mi permiso previo a la solicitud por escrito para revocar mi autorización no pueden ser devueltos.

También entiendo que la información mencionada anteriormente utilizada o revelada bajo esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por la persona o entidad que se identifica a continuación y que las normas de confidencialidad de Cobalt Counseling ya no pueden ser protegidos en ese sentido.

Este comunicado pertenece en los casos de amenazas de dañar a sí mismo, otros, o en ciertas situaciones legales. Este comunicado se mantendrá vigente hasta que sea terminado por el cliente por escrito.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la persona o agencia teléfono Iniciales del cliente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la persona o agencia teléfono Iniciales del cliente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la persona o agencia teléfono Iniciales del cliente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la persona o agencia teléfono Iniciales del cliente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la persona o agencia teléfono Iniciales del cliente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Cliente (o del padre designado si es menor de edad) Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Testigo Fecha

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Como cliente o padre designado , entiendo que la firma a continuación confirma que he recibido una copia , lea y comprenda las cobalto Consejería Aviso de prácticas de privacidad y acuerdo de servicio clínico . Doy mi consentimiento para recibir tratamiento terapéutico con Cobalt Counseling. Doy mi consentimiento para ser financieramente responsable del tratamiento terapéutico, si no lo paga mi patrocinador financiero.

Como patrocinador financiero , entiendo que la firma a continuación confirma que he recibido una copia , a leer y entender cobalto Consejería Aviso de prácticas de privacidad y acuerdo de servicio clínico . Doy mi consentimiento para ser financieramente responsable del tratamiento terapéutico de dicho cliente , con Cobalt Counseling .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imprimir Nombre del client Firma del client

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del padre designado (si son menores de 18) Firma del padre designado (si es menor de 18 años)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Patrocinador financiera Firma Patrocinador financiera (si procede)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha

**ACUERDO DE SERVICIO CLÍNICA**

Gracias por confiar en Cobalt Counseling medida que persigue sus necesidades terapéuticas. Para asegurarse de recibir el mejor tratamiento posible, es importante que usted entienda lo que puede esperar de nosotros y que también son conscientes de lo que se espera de usted.

**OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO Y EL RESULTADO GENERAL**

A medida que comience el proceso terapéutico, vamos a establecer metas específicas de tratamiento juntos. Sus objetivos de tratamiento serán revisados ​​cada 90 días. El resultado de sus objetivos se basa principalmente en ti. La terapia no es como una visita al dentista. En lugar de ello, se requiere un esfuerzo muy activo de su parte. Para que la terapia sea éxitosa, usted tendrá que trabajar en las cosas que se discuten durante las sesiones de terapia en el hogar, entre las citas. Su papel en la terapia es esencial.

**PROCESO DE TRATAMIENTO**

Durante la sesión inicial, su consejero completara una entrevista de admisión y reunira información acerca de sus preocupaciones, los síntomas y los antecedentes. A veces las pruebas psicológicas formal está involucrado en este proceso. Si decide seguir la psicoterapia, habrá una serie de sesiones de la unidad de 50 minutos (una cita = 50 minutos de duración) Horario de forma sera semanal, quincenal o mensualmente en función de cuestiones clínicas y los objetivos del tratamiento. Será importante que usted venga a tiempo para recibir el beneficio de una sesión de larga duración. Si usted llega tarde a su cita, es probable que su sesión se completará en el momento en que estaba programado para terminar.

**BENEFICIOS Y RIESGOS POSIBLES**

Uno de los beneficios de la terapia es que se empieza a abordar los problemas actuales, identificar sus causas, se espera comenzar a ver una mejoría y ser más consciente de sí mismo. Mientras esto ocurre, es posible que tenga un sentido de conciencia con respecto a su pasado, presente o futuro. Cuando empesamos a resolver los problemas actuales e identificar sus causas, se puede sentir un cierto malestar emocional. Del mismo modo, es importante tener en cuenta que la curación no puede ser garantizada, ya que es un proceso, no un evento.

**CONFIDENCIALIDAD**

Su privacidad está protegida por la ley estatal y las reglas de nuestra profesión. Al firmar este Acuerdo de Servicio Clínico, usted confirma que ha recibido Cobalt Counseling Aviso de prácticas de privacidad.  El aviso describe, con gran detalle, cómo su información de salud puede ser revelada, así como la forma en que puede recibir el acceso a esa información. Debido a su consejero es licenciado por el estado de Utah, están obligados a revelar cierta información como se indica en Cobalt Counseling Aviso de prácticas de privacidad.

Al aceptar recibir tratamiento con Cobalt Counseling, se compromete a no participar en la grabación de las sesiones de consejeria. La grabación de sesiones constituye una seria amenaza a la confidencialidad del cliente, y dará lugar a acciones legales. Consejería de Cobalt y sus consejeros no autorizan la grabación de las sesiones de consejería.

En general, la privacidad de todas las comunicaciones entre un cliente y el consejero está protegido por la ley, y Cobalt Counseling sólo puede divulgar información sobre la terapia de trabajo a los demás con su permiso por escrito. Por lo general, se le pedirá que firme una autorización para compartir información con su médico. A menudo, otros miembros de la familia están involucrados con el tratamiento; la autorización firmada sería necesaria para su participación también. Si el pago de los servicios involucra a un tercero (como un líder eclesiástico) debe firmar una autorización para la liberación de de información con la información sobre el mismo para que podamos facturar a ellos. Del mismo modo, si usted tiene un deseo para su consejero para ponerse en contacto con un tercero para discutir el tratamiento, debe firmar una autorización para la liberación de información para que eso ocurra. Hay algunas excepciones a la confidencialidad, y que incluyen los ejemplos que figuran a continuación. Estas situaciones rara vez se han producido en esta práctica.

1. Hay algunas situaciones en las que su consejero está legalmente obligado a tomar medidas para proteger a otros de cualquier daño, incluso si alguna información sobre el tratamiento del paciente tiene que ser revelado. Por ejemplo, si aprendemos de sospecha o supuesto abuso o descuido de un niño, anciano o persona con discapacidad, hay que presentar un informe con la agencia estatal correspondiente. Si un menor de edad es testigo de abuso doméstico o abuso de drogas en el hogar, estos son también preocupaciones notificables.
2. Si creemos que un cliente está amenazando grave daño corporal a otra, estamos obligados a adoptar medidas de autoprotección. Estas acciones pueden incluir la notificación a la víctima potencial, contactar a la policía, o la búsqueda de la hospitalización para el paciente. Si el cliente amenaza con / daño a sí mismo, podríamos estar obligados a buscar hospitalización para él / ella o ponerse en contacto con miembros de la familia u otras personas que pueden ayudar a proporcionar protección.
3. Su consejero puede, en ocasiones, resultar útil consultar con otros profesionales acerca de un caso. Durante una consulta, vamos a hacer todo lo posible para no revelar la identidad de los clientes. El consultor también está legalmente obligado a mantener la información confidencial. Si usted no se objecta, su consejero no le dirá  a cabo estas consultas a menos que sienta que es importante para el trabajo psicológico juntos. Del mismo modo, si su consejero está fuera de la oficina durante unos días, podemos tener un consejero que nos cubra a nosotros.
4. Si un menor de edad revela que él / ella está en riesgo de autolesión a través de comportamientos de alto riesgo o las tendencias suicidas, estos temas serán discutidos con los padre designados.

Si hay alguna pregunta respecto a la confidencialidad, por favor consulte su copia de Cobalt Counseling Aviso de prácticas de privacidad. Si la pregunta no se responde mediante la lectura de la copia de Cobalt Counseling Aviso de prácticas de privacidad, consulte a su consejero inmediatamente.

**LA TERAPIA PSICOLÓGICA**

La terapia es una asociación entre usted y su consejero, para encontrar nuevas maneras de manejar los problemas de la vida diaria. Hay muchos métodos diferentes que los consejeros de Cobalt utilizan para hacer frente a los problemas que se espera tratar. Nuestro enfoque principal de tratamiento es la terapia cognitivo conductual (TCC). El enfoque de la terapia cognitivo conductual es en la comprensión de la conexión entre nuestro pensamiento, nuestras emociones, y cómo respondemos, interactúan o se comportan en nuestro entorno. Hay un énfasis en la identificación de nuevas formas de pensar acerca de los eventos difíciles y estresantes, así como el desarrollo saludables herramientas / estrategias de supervivencia para entregar los síntomas físicos y emocionales. La TCC es objetivo orientado en que el objetivo de la terapia es de efectuar un cambio medible en, o síntomas físicos de un individuo emocionales, de comportamiento y mejorar así la calidad de su / su vida.Los consejeros de Cobalt también utilizan técnicas de entrevista motivacional, terapia racional emotiva conductual, capacitación conductual para padre designados, la psicoterapia interpersonal, y las técnicas de terapia familiar regularmente cuando sea apropiado.

**COMISIONES Y FACTURACIÓN**

La cuota para la primera sesión de 50 minutos es $ 155.00. Después de esta sesión, se crea una evaluación escrita que incluye un diagnóstico. También se crea un plan de tratamiento por escrito. La cuota por cada sesión adicional de 50 minutos es $ 110.00. Tiempo adicional se cobrará en incrementos de media hora. **El pago es debido en su totalidad al comienzo de cada sesión**. Se dará una cuota de $ 35.00 para un cheque sin fondos. Tenga en cuenta que los gastos relacionados con las cuentas en mora serán responsabilidad exclusiva del cliente o los padre designados del cliente si el cliente s menores de 18 años. Véase más abajo para los cargos relacionados con los procedimientos administrativos y judiciales

Una vez más, si hay un tercero el pago de servicios, **debe** firmar una autorización para la liberación de encofrados de información con la información sobre el mismo para que podamos facturar a ellos.

No aceptamos seguros en este momento. Los arreglos de pago son los siguientes:

Tarjeta de ahorros de salud Cheque Crédito Efectivo Comprobar Patrocinador Eclesiástico

**CANCELACIONES Y NO VER POLÍTICAS**

Si usted no puede asistir a una cita, por favor llamanos por lo menos 24 horas antes de su session con su consejero. Mensajes dejados dentro del plazo establecido son formas aceptables para cancelar citas. No habrá ningún cargo por cancelación si se le da un aviso de 24 horas. **La mitad de la tarifa por hora ($ 55.00) será cargado a usted (o los padre designados si el niño es menor de 18 años) para las cancelaciones que se producen *después de* 24 horas (esto se considera una cancelación tardía) o si se pierde una cita (esto se considera un no show).** las situaciones de emergencia se evaluarán y se acomodan según se considere apropiado por el administrador consejero u oficina.

Es importante que usted entienda que esta práctica está ocupado. Como resultado, puede que no siempre tienen la capacidad de reprogramar fácilmente para la misma semana en que realizó la cancelación o ha perdido una cita. Sin embargo, esta oficina va a hacer lo mejor que podemos trabajar con usted en cualquier preocupación de programación que pueda tener. Esta oficina proporcionará un texto recordatorio o correo electrónico como una cortesía. Sin embargo, por favor entienda que todavía es su responsabilidad de asistir a las sesiones cuando se programan, incluso si usted no recibió la notificación de aviso, aunque se hará todo lo posible para ofrecerle este servicio. Por favor, no dependa únicamente de un mensaje de recordatorio, ya que puede perder su cita. En caso de mal tiempo, esta oficina hará lo posible para contactar con usted por teléfono si la clínica se está cerrando.

**CUENTAS MOROSAS**

Si el saldo de su cuenta no ha sido pagada por más de 90 días y modalidades de pago no han sido acordados, nuestra oficina tiene el derecho a utilizar los medios legales para asegurar el pago. Esto puede implicar la contratación de una agencia de cobro, o pasar por la corte de reclamos. Si es necesaria tal acción, sus costes serán incluidos en la reclamación. Los cheques devueltos incurrirán en un honorario adicional de $ 35.

**MEDICARE / MEDICAID**

Consejería de Cobalt no es un proveedor cubierto por Medicare o Medicaid. Lo que esto significa es que Cobalt Counseling está excluido de Medicare bajo la Ley de Seguridad Social, y que usted o su representante legal acepta toda la responsabilidad por el pago de todos los cargos congruentes con las políticas de servicios clínicos de Cobalt. Límites habituales de Medicare a los cargos y servicios no se aplican. Al elegir trabajar con Cobalt Counseling, acepta que ni usted ni ningún representante podrá presentar una reclamación a Medicare, ni va a pedir Cobalt asesoramiento para presentar una reclamación a Medicare.

**REFERENCIAS A OTRAS AGENCIAS**

Si, en cualquier momento, usted o el consejero siente que una referencia médica o de salud mental es necesario, se le dará referencias a usted a buscar tratamiento adicional o alternativo. Esto puede ocurrir si una evaluación de la medicación sería apropiado o si aparece otro practicante / agencia más apropiadas cuestiones específicas dadas. Esto también puede ocurrir si usted siente que sus necesidades de tratamiento pueden abordarse mejor en otro lugar.

Los servicios se proporcionan a discreción del Cobalt Counseling. Nos reservamos el derecho de suspender los servicios de terapia si se comporta de manera inapropiada hacia nuestro personal de la oficina; o si los consejeros de Cobalt son ordenados por la corte para testificar (causando así una relación de doble función con usted o su hijo); o si hay un fallo coherente para asistir a las citas programadas; o si hay falta de completar el pago de servicios; o si cualquiera de los padres designados no da su consentimiento para recibir servicios.

**PERSONAS CON DISCAPACIDADES**

Si hay una lesión, discapacidad o limitación física que podría afectar razonablemente la calidad del tratamiento recibido, por favor informe a su consejero **de inmediato** para que las adaptaciones razonables se pueden hacer.

**SITUACIONES DE EMERGENCIA**

Debido a la naturaleza de nuestro trabajo, no siempre estamos disponibles por teléfono. Cuando no están disponibles, el teléfono es contestado por el correo de voz. Haremos todo lo posible para devolver su llamada durante la misma semana que hacen, con la excepción de días festivos o vacaciones. Si no puede comunicarse con nosotros y siente que no puede esperar a que una llamada le sea devuelta, póngase en contacto con su médico de atención primaria o la sala de emergencias más cercana y pregunte por el psiquiatra de guardia.

Si usted tiene una emergencia médica, por favor llame al 911 inmediatamente o vaya a la sala de emergencias más cercana. **Cobalt Counseling no presta servicios de crisis las 24 horas.** Si usted tiene una emergencia emocional o conductual y está en necesidad de asistencia inmediata, por favor llame al equipo de crisis en la Universidad de Instituto Neuropsiquiátrico de Utah al 801-587-3000.

**CORREO ELECTRÓNICO Y TEXTO DE CONTACTO**

A veces, Cobalt asesoría puede usar el correo electrónico para comunicarse con usted en relación con información de la cita, la información de sesión, o responder a sus preguntas. Copias de todos los correos electrónicos se colocan en su registro de cliente. El correo electrónico no se considera "seguro". No se debe usar el correo electrónico para emergencias médicas o para enviar información sensible al tiempo. Usted debe entender y acepta que es su responsabilidad hacer un seguimiento con su consejero si no ha recibido una respuesta a un correo electrónico en un plazo de tiempo razonable. **Nosotros no proporcionamos servicios de asesoramiento a través de texto o correo electrónico.**

**MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOCIAL**

Su consejero no acepta amigo o contacto peticiones de los clientes actuales o anteriores en cualquier sitio de redes sociales (Facebook, LinkedIn, etc). Agregar clientes como amigos o contactos en estos sitios puede comprometer su confidencialidad y privacidad respectiva. También puede difuminar los límites de la relación terapéutica. Si hay cosas de su vida en línea que desea compartir, por favor traerlos a las sesiones programadas en el que se pueden ver y consultar conjuntamente, durante la terapia. Usted puede encontrar Cobalt Counseling en sitios como Yelp, Yahoo Local, Bing, u otros lugares que enumeran las empresas. Si no se encuentra este listado en cualquiera de estos sitios, por favor sepa que el listado de Cobalt Counseling no es una solicitud de un testimonio, habilitación o reconocimiento alguno de usted como cliente. Debido a la confidencialidad, Cobalt Counseling no responderá a ninguna revisión en cualquiera de estos sitios si es positivo o negativo. Se le recomienda que tome su propia intimidad tan seriamente como tomamos nuestro compromiso de confidencialidad en su caso. Es de esperar que va a traer sus sentimientos y reacciones a la terapia directamente en el proceso de la terapia. Esta puede ser una parte importante de la terapia, incluso si usted decide que no es un buen ajuste. Nada de esto es para evitar que el intercambio que se encuentra en tratamiento con Cobalt Counseling donde y con quien quieras. Usted es más que bienvenido a decir a nadie que desee que esté recibiendo terapia o cómo se siente acerca del tratamiento a que, en cualquier foro de su elección.

**TESTIMONIO DE LA CORTE**

En algunos procedimientos judiciales, un juez puede ordenar que el testimonio de un psicólogo si él / ella determina que los problemas lo exigen. A medida que su terapeuta, que es mi deber ético para ofrecerle la mejor atención posible. Si se le pide registros o testimonios sobre el tratamiento de la corte, esto puede contribuir a una relación de "doble papel". Una relación de doble función significa que el cobalto Consejería está proporcionando servicios para los papeles conflictivos (es decir, de peritos y terapeuta), y puede ser potencialmente dañino para las futuras experiencias de terapia debido a posibles violaciónes de confianza terapéutica. Además, tenemos la responsabilidad ética de la liberación sólo se registra cuando acompañado de su permiso por escrito firmado. Excepción a esta política incluiría casos en que haya peligro de daño a sí mismo oa otros, en cuyo caso el consejero está éticamente obligado a informar. Por último, el derecho y las normas éticas de Utah mandato que el consejero de proteger la privacidad de los registros de salud mental. Debido a que el consejero no puede controlar el número de personas que tienen acceso a los registros de salud mental en el ámbito judicial, pueden existir preocupaciones por la privacidad del paciente. Por estas razones, nos reservamos el derecho de suspender los servicios. Los clientes se animan a tener su terapeuta citado debido a la naturaleza de una doble función / relación. A pesar de que usted es responsable de la tarifa testimonio, eso no quiere decir que mi testimonio u opinión profesional serán los únicos en su favor. Sólo puedo dar fe de los hechos del caso y para mi opinión profesional.

**CUOTAS PARA PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS Y JUDICIALES**

Tiempo de preparación (incluida la presentación de registros): $ 110 / hora

cita telefónica: $ 110 / hora

Las deposiciones (incluyendo el tiempo fuera de la oficina debido a la deposición): $ 175 / hora

Testimonio (Incluyendo el tiempo fuera de la oficina debido al testimonio): $ 175 / hora

Kilometraje: $ 0.53 / milla

Evaluacion Psicologica $400

Usted es responsable de todos los honorarios de abogados y gastos efectuados por el terapeuta como resultado de esta acción legal.

La presentación de un documento a la corte: $ 110 / hora + desembolsos (si los hay)

aparición en la corte: $ 175 / hora

cuota mínima de $ 1,200 de retención debe de antemano

Si una citación o notificación para cumplir con el abogado (s) se recibe sin un preaviso mínimo de 48 horas habrá $ 175 adicionales "expresar" cargo. Si el caso se restablece con menos de 72 horas de oficina ', entonces el cliente se le cobrará $ 175 (además de la retención de $ 1200). En el caso de que el caso se resuelva antes de cualquier aparición en la corte, los desembolsos y otros cargos de asesoramiento serán facturados contra el retén, el saldo restante será devuelto al cliente o quien la patrocina.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA.** **POR FAVOR LEA ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.**

La ley federal requiere que le dará un aviso de privacidad, de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Como es de su conocimiento, su expediente médico contiene información personal de salud (PHI) sobre usted, su estado de salud y su cuidado de salud. Esta es la información que pueda identificarlo y que se relaciona con su pasado, presente o futura salud física o mental o en el pasado, presente o futuro pago de su cuidado de salud. A pesar de este aviso se aplica a la información y registros con respecto a su PHI, esta información se relaciona principalmente con el tratamiento de salud mental recibido de Cobalt Counseling. Este aviso le informa acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su PHI de acuerdo con el Código de Ética y NASW con la ley aplicable. También le informa de cómo se puede tener acceso a los registros que al igual que cómo se puede controlar su PHI.

**¿Cómo podemos utilizar y divulgar su PHI**

Para tratamiento- Cobalt asesoría puede usar o divulgar su PHI para proporcionar, coordinar o administrar su tratamiento de cuidado de la salud y servicios relacionados.

Para Pago- Cobalt asesoría puede usar o divulgar su PHI para que podamos recibir el pago por usted o una tercera parte que proporciona el pago, tales como un líder eclesiástico. Tenga en cuenta que esto sólo se puede hacer con su autorización.

Para operaciones de atención médica-Cobalt asesoría puede usar o divulgar su PHI para las actividades relacionadas con el funcionamiento y operación de nuestro negocio. Esto puede incluir, pero no se limita a la evaluación de calidad y actividades de mejora, auditorías, y ponerse en contacto con usted para confirmar las citas.

**Requerimientos de la ley**

Hay situaciones en virtud de la ley que me obliga a revelar su PHI con o sin su permiso. Estas situaciones pueden incluir, pero no se limitan a:

El Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos con fines de investigación para determinar mi cumplimiento con los requisitos federales de privacidad.

* Si se cree que la divulgación es necesaria para prevenir una amenaza grave para su salud física y seguridad o la salud física y seguridad de otro individuo.
* Si hay sospecha de pasado, presente o futuro abuso, descuido o maltrato de un niño o adulto vulnerable. Esto podría incluir, pero ISN 't limitada a la División de Servicios para Familias Servicios de Protección para Adultos y Niños, y la policía.
* En respuesta a una orden judicial, orden, citación o proceso judicial similar.
* De acuerdo con las leyes de compensación de trabajadores
* Como es requerido por la ley estatal si hay una enfermedad contagiosa. Esto se informó al Departamento de Salud.

**autorización por escrito**

Usos y divulgaciones no autorizadas específicamente por las circunstancias mencionadas anteriormente sólo se pueden realizar con la autorización por escrito. Usted puede revocar dicha autorización, por escrito, en cualquier momento. Si esto ocurre, ya no podremos usar o divulgar su PHI por las razones expuestas en su autorización por escrito. Tenga en cuenta que no podemos revertir los usos o divulgaciones ya hechas con su permiso antes de la solicitud por escrito a revocar su autorización.

**Sus derechos respecto a su PHI**

A continuación se muestra una lista de sus derechos respecto a su PHI. Para utilizar estos derechos, por favor enviar una solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad, (5667 S. Redwood Road, 7A Suite, Taylorsville, UT 84123).

Usted tiene derecho a recibir una copia de este aviso.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud; sin embargo, su derecho a inspeccionar y copiar su PHI será restringido sólo en aquellos casos en que hay pruebas convincentes de que el acceso a estos registros podrían causar daños graves a usted. Habrá una tarifa basada en el costo de las copias. Como parte de su PHI, "notas de psicoterapia" se mantienen e incluyen pero no se limitan a las observaciones hechas en la sesión, los detalles de las conversaciones de psicoterapia considera que es inadecuado para el registro de salud y otras impresiones. Estas notas contienen información relevante sólo para mi trabajo futuro contigo. Estas notas no están disponibles para su revisión, ni la opinión de los seguros y gestionan las compañías de cuidado.

* Usted tiene el derecho a modificar su PHI si en algún momento usted siente que es incorrecta o incompleta. No estamos obligados a cumplir con esta solicitud.
* Usted tiene derecho a obtener una contabilidad de todas las divulgaciones de su PHI. Una vez más, se puede administrar una cantidad basada en el costo de estos ejemplares.
* Usted tiene derecho a solicitar restricciones o limitar el uso o divulgación de su PHI a sólo las operaciones de tratamiento, pago o atención médica. No estamos obligados a cumplir con esta solicitud.
* Usted tiene derecho a solicitar que nos comunicamos con usted acerca de sus asuntos de salud de cierta manera o en un lugar determinado como pedir que le contactemos solamente de una manera específica con respecto a la confirmación de los cargos o con respecto a dónde le gustaría tener facturas sean expedido.

**Los cambios en el Aviso de prácticas de privacidad**

Tenga en cuenta que nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso en el futuro. Si esto ocurre, el nuevo aviso se aplicará a toda la PHI que ya se ha obtenido y que recibirá en el futuro. Si las condiciones cambian, se le dará una copia escrita de la nueva notificación en su próxima cita.

**Las quejas**

Si, en cualquier momento, usted cree que se han violado sus derechos de privacidad, una queja puede ser presentada al tel. 801.680.6492 Bo Buchi, 5667 S. Redwood Road, 7A Suite, Taylorsville, UT 84123 o en la Seguridad del Departamento de EE.UU. salud y Servicios Humanos en 200 Independence Ave. SW Washington, DC 20201 o llamando al 202-619-0257. No habrá ninguna represalia o sanción por presentar una queja, ya que es su derecho.