Stephen Weathersbee, LMFT

P.O. Box 9969, Tyler, TX 75711-9969

(530) 722-5212

Agreement de Terepeuta-Cliente

Bienvenidos a la aventura de terapia, donde crecimiento personal se puede realizar y cambios extraordinarios pueden pasar en su vida. Eso es lo que pasara mientras Ud. sigue compromitido a la obra dura de crecimiento, como en la sesion y entre sesiones. Estoy agradecido que Ud. escojio dejarme ser parte de este porcion de su viaje consigo. Yo veo que crecimiento es entero (cuerpo, alma, y espiritu) y toda sanidad verdadera viene de Dios. Lo siguiente indica agunas derechos y responsibilidades que ambos de nosotros tienen en este proceso.

Al llegar a la oficina:

Generalmente una sesion sera en marcha cuando Ud. llega, por eso sea comodo en el vestibulo. Por favor llegue puntualmente, porque la “hora clinica” (aprox. 50-55 min.) empieza al tiempo de la cita. Por eso, si llega tarde Ud. puede perder tiempo. (Pero si yo ando atrasado Ud. recibira el timpo completo.) Es importante que ninos no se dejan solos en la oficina (vestibulo) sin adultos (por su seguridad). Si ninos estan recibiendo terapia, tienen que ser acomanados por padre/madre (o guardian) a todo momento, con la exepcion que estan en sesiones individuales.

Por favor haga preparaciones para pagar a los “co-pays” o “deductibles” antes del empiezo de la sesion, para no gastar este tiempo durante el encuentro..

El conducto de la terapia:

* Como una persona que sigue a Jesucristo, mi fe afecta la manera en que yo trato a personas y condusco terapia. Pero nunca empujo mis perspectivas esirituales sobre los demas.
* Como un terapeuta profesional, yo adhiero al *Professional Code of Ethics* y al *Business and Professional Code* del estado Texas. Tambien observe al codigo de etica de la American Association of Marriage and Family Therapists, de la cual soy miembro.
* Trabajaremos juntos para desarrollar metas para llegar en su terapia, y las revisaremos de vez en cuando.
* Nuestra relacion esta protegida por la confidencialidad de terapeuta-cliente, como la informacion que Ud. da en sesion no se puede compartir afuera, con limitaciones especificas. Estas incluyen sospecha de abuso de ninos, abuso de ancianos (o a adultos dependientes), estar peligroso a si mismo o a otros, y algunas otras situaciones cuando la provision de informacion es mandado por una corte o requisito legalmente (por ejemplo, si llega ser necesario coleccion de cobros no pagados, seria inevitable proveer nombre y datos de contacto.)
* Guardaremos los archivos de clientes por siete anos luego de la ultima sesion.
* Ninguno (cliente o terapeuta) terminara la relacion sin hablar antes con el otro para llegar o un acuerdo mutuo.

Estructura de las tarifas:

* Todos cobros (“co-pays”) estan aduedados al tiempo de la cita. Por favor tenga disponible efectivo o cheque al pricipio de la sesion, para que no gastar tiempo precioso. Es importante que dinero no se hace un problema entre nosotros. Puede escribir los cheques a: Stephen Weathersbee, LMFT.
* Therapia cuesta $150.00 por *hora clinical* (basado en una hora de 50-55 minutos). Estoy desponible cobrar a su aseguranza como cortesia, pero no hay una guarantia de pago y por eso la ultima responsibilidad para pagar queda con Ud. Eso es la tarifa cobrado por hora para reportes, cartas, consultaciones, viaticos (servicios fuera de la oficina), y llamados telefonicos de tiempo extenso.

**\*\*\*NOTA:** *Sera un cobro de $35.00, mas costos del banco, por cualquier cheque devuelto\*\*\**

* El servicio de testificar en corte cuesta $200.00 por hora, incluyendo viaticos y preparacion.
* Si Ud. tiene que cancelar, hay que hacerlo con noticia de 24 horas. **Ud. sera cobrado $75.00 por cualquier “no show” (no se presenta al la cita) o cancelaciones con noticia menos de 24 horas.** Tales deudas tienen que ser pagados antes de proceder con terapia.

Si Ud. tiene preguntas o preucupaciones acerca de estas politicas, por favor sientase libre hablar con migo acerca de ellas. Su firma abajo indica que Ud. ha leido y ha entendido sus derechos y resposibilidades como un cliente, y que Ud. esta de acuerdo con los terminos de este “agreement” de terapeuta-cliente.

X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Client Signature Date