



Anchored Counseling Services LLC – Formulario de Consentimiento 2026

INFORMACIÓN, DIVULGACIÓN, CONSENTIMIENTO, DESCRIPCIÓN DE HONORARIOS Y SERVICIOS

Anchored Counseling Services, LLC le da la bienvenida. Consideramos importante que usted esté informado(a) sobre la naturaleza de la consejería, las políticas y procedimientos que rigen la ayuda que recibirá en este centro, los honorarios cobrados por nuestros servicios y sus derechos como cliente.

SERVICIOS DE CONSEJERÍA EN ESTE CENTRO

Los términos "consejería" y "terapia" (denominados colectivamente en este documento como "terapia") suelen utilizarse de manera intercambiable para describir formas de ayuda dirigidas a abordar distintos tipos de dificultades personales y familiares, incluyendo, entre otras, depresión, ansiedad, dificultades de adaptación, problemas relacionados con el trabajo, la escuela o las relaciones interpersonales, cambios importantes en la vida y conflictos matrimoniales o familiares.

Los objetivos de la terapia abarcan desde el alivio de los síntomas hasta la adaptación a cambios significativos en la vida, mediante el desarrollo de una mejor comprensión de las circunstancias personales, interpersonales y sociales de cada individuo.

Los métodos de tratamiento de Anchored Counseling Services, LLC se basan en las mejores prácticas fundamentadas en la evidencia científica y son consistentes con la formación y experiencia de terapeutas matrimoniales y familiares, psicólogos, trabajadores sociales y consejeros profesionales. Nuestros terapeutas ejercen su práctica de acuerdo con las normas éticas y los requisitos establecidos por las leyes de licenciamiento del Estado de Georgia, las asociaciones profesionales correspondientes y los enfoques de tratamiento basados en evidencia. Asimismo, nuestros terapeutas procuran responder a las necesidades de aquellos clientes que desean que sus valores, creencias y afiliaciones religiosas sean considerados como parte de su proceso terapéutico.

PROCESO TERAPÉUTICO

La terapia comienza con un proceso de evaluación inicial diseñado para identificar sus necesidades y dificultades, y para ayudarle, junto con su terapeuta, a tomar decisiones sobre el inicio del tratamiento. Esta evaluación puede realizarse en una sola sesión o requerir varias sesiones.

Si usted o su terapeuta consideran que otro profesional podría responder mejor a sus necesidades, le ayudaremos a establecer contacto con otro consejero.



El proceso terapéutico puede adoptar diversas modalidades, dependiendo de los asuntos que deban abordarse y del grado de profundidad con el que usted desee trabajar en ellos. El tratamiento estará guiado por un plan terapéutico desarrollado y acordado conjuntamente entre usted y su terapeuta. La terapia finalizará cuando se hayan alcanzado los objetivos del tratamiento o cuando usted decida concluir el proceso terapéutico.

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE LA TERAPIA

SUS DERECHOS COMO CLIENTE Usted posee todos los derechos establecidos por el Estado de Georgia que regulan la práctica clínica. Estos derechos incluyen, entre otros:

- Dar o negar su consentimiento para recibir tratamiento.
- Solicitar información sobre las credenciales profesionales y la preparación de su terapeuta.
- Solicitar un cambio de terapeuta.
- Finalizar el tratamiento en cualquier momento.
- Acceder al procedimiento para presentar quejas o reclamaciones.
- Que los registros relacionados con su tratamiento se mantengan confidenciales.

REGISTROS TERAPÉUTICOS

Usted tiene derecho a revisar los registros clínicos mantenidos por su consejero. Si desea obtener una copia de sus registros, Anchored Counseling Services, LLC cobrará \$30.00 por un máximo de 30 páginas. Cada página adicional tendrá un costo de \$0.75. No se cobrará ningún cargo cuando los registros sean enviados directamente a un médico u otro profesional de la salud con el propósito de coordinar su atención; sin embargo, será necesario contar previamente con una Autorización por Escrito para Divulgación de Información debidamente firmada. Cuando el tratamiento involucre a más de una persona (por ejemplo, terapia de pareja), no se divulgarán registros clínicos sin el consentimiento expreso y por escrito de todas las personas participantes.



ESPACIO SEGURO

Anchored Counseling Services es un espacio seguro e inclusivo para todas las personas, independientemente de su orientación sexual, identidad o expresión de género, edad, capacidad física, raza, origen étnico, estatus migratorio o credo. No se permite el ingreso de armas a ninguna oficina de Anchored Counseling Services, LLC. Además, nuestras instalaciones cuentan con baños de género neutro para promover un ambiente inclusivo y respetuoso.

CONFIDENCIALIDAD

Toda la información que usted comparta con su terapeuta será tratada con la más estricta confidencialidad y no será divulgada a otras personas o instituciones sin su autorización escrita, excepto cuando dicha divulgación sea requerida por las leyes estatales o federales, o cuando forme parte de las prácticas profesionales necesarias para la prestación de los servicios de este centro. Si usted y/o miembros de su familia reciben servicios de más de un proveedor dentro de Anchored Counseling Services, LLC, los profesionales podrán consultarse entre sí con el propósito de garantizar que usted reciba la atención más eficaz y coordinada posible. De conformidad con la ley, existen determinadas circunstancias en las que su terapeuta está obligado a reportar información a las autoridades u organismos correspondientes, entre ellas:

- a. Cuando exista una amenaza seria de causar daño físico o la muerte a usted mismo(a) o a otra persona.
- b. Cuando exista sospecha o conocimiento de abuso, negligencia o maltrato hacia un menor de edad, una persona adulta mayor, una persona con discapacidad o un adulto dependiente.
- c. Cuando un tribunal de justicia ordene la divulgación de la información.

Si usted recibe tratamiento por orden judicial, los resultados del tratamiento o de las evaluaciones podrán ser divulgados al tribunal correspondiente. En cualquier otra circunstancia, será necesario contar con su autorización escrita antes de que su terapeuta o Anchored Counseling Services, LLC pueda divulgar información relacionada con su tratamiento. Nos comprometemos a proteger su confidencialidad mientras mantenemos altos estándares clínicos en nuestros procesos de evaluación, tratamiento, mantenimiento de expedientes, operaciones administrativas y control de calidad.



GRABACIONES DE AUDIO Y VIDEO

Con el fin de proteger su privacidad y mantener la confidencialidad de su información, queda estrictamente prohibido realizar grabaciones de audio o video de las sesiones de terapia.

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Si no puede comunicarse con su terapeuta durante una emergencia de salud mental, puede comunicarse con la Georgia Crisis and Access Line al 1-800-715-4225. También puede llamar al 911 o acudir a la sala de emergencias del hospital más cercano. A continuación, se proporcionan números telefónicos de hospitales psiquiátricos: Lakeview Behavioral Health: 678-743-1968 Peachford Hospital: 770-455-3200

PAGO

Todos los honorarios por los servicios prestados deberán pagarse y serán cobrados la mañana de su sesión programada. La información de pago que usted proporcionó en su Portal del Cliente será utilizada para cobrar la tarifa acordada o el copago correspondiente por cada sesión. Si la tarjeta registrada es rechazada, se le enviará automáticamente una factura que incluirá un cargo administrativo adicional de \$2.95 por facturación. Si el pago correspondiente a la sesión no se recibe antes del inicio de la misma, la cita será cancelada y se aplicará un cargo por inasistencia (No Show Fee) a su cuenta. El saldo pendiente deberá ser pagado antes de que pueda programarse o realizarse una nueva sesión. Si su cuenta presenta un saldo vencido por más de quince (15) días, Anchored Counseling Services, LLC se reserva el derecho de remitir la cuenta a una agencia de cobranza. Al aceptar este documento, usted renuncia específicamente a cualquier derecho de confidencialidad relacionado con la información financiera que deba proporcionarse a una agencia de cobranza para recuperar un saldo pendiente.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TELETERAPIA

INTRODUCCIÓN

La teleterapia consiste en el uso de medios electrónicos de comunicación que permiten a su terapeuta evaluar sus necesidades y brindarle servicios de consejería cuando no es posible reunirse de manera presencial. Esto puede incluir conversaciones telefónicas o el uso de videoconferencia mediante computadora, tableta o teléfono inteligente para que usted y su terapeuta puedan verse y comunicarse durante la sesión. Al firmar este formulario, usted autoriza la prestación de servicios de teleterapia. Antes de cada sesión, su terapeuta le informará qué plataforma de telemedicina se utilizará para establecer la videoconferencia.

¿CÓMO FUNCIONAN LOS SERVICIOS DE TELETERAPIA?

Su terapeuta llevará a cabo la sesión desde una oficina privada donde ninguna otra persona podrá verlo(a) ni escuchar la conversación. Usted será responsable de crear un espacio privado, seguro y confidencial para participar en la sesión. Se recomienda elegir un lugar donde no haya otras personas presentes y donde resulte difícil o imposible que terceros puedan verlo(a) u oír las conversaciones mantenidas con su terapeuta. Si tiene dudas acerca de cómo preparar un espacio adecuado para la sesión, solicite orientación a su proveedor. Tanto usted como su terapeuta deberán contar con el equipo electrónico necesario (por ejemplo, teléfono, iPad, tableta o computadora) y con acceso a enlaces compatibles con los requisitos de privacidad establecidos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). La teleterapia se realiza mediante un sistema de comunicación seguro diseñado para minimizar el riesgo de acceso no autorizado. Sin embargo, debe entender que ninguna comunicación realizada a través de Internet puede garantizar una seguridad del 100 %. Cuando llegue el momento de iniciar la sesión, usted deberá hacer clic en el enlace enviado por su terapeuta para conectarse a la videoconferencia. Al finalizar la sesión, deberá cerrar completamente la conexión.

¿EN QUÉ SE DIFERENCIA DE UNA SESIÓN PRESENCIAL?

Existen muy pocas diferencias entre una sesión de teleterapia y una sesión realizada en la oficina. Su terapeuta llevará a cabo la sesión de la misma manera que una consulta presencial y documentará toda la información clínica correspondiente en su expediente. Si durante la sesión se pierde la conexión de video, procure tener disponible una línea telefónica alternativa para comunicarse con su terapeuta o establezca previamente un plan para restablecer la comunicación. El pago de las sesiones continuará realizándose mediante tarjeta de crédito o débito registrada en su expediente.



BENEFICIOS Y RIESGOS DE LA TELETERAPIA

Al participar en servicios de teleterapia, usted evitará el tiempo y los gastos relacionados con el traslado hacia y desde la oficina del terapeuta. Además, tendrá la posibilidad de recibir servicios desde la comodidad y privacidad de su hogar u otro lugar apropiado.

No obstante, la teleterapia también implica ciertos riesgos potenciales, entre ellos:

- La conexión de video puede fallar o interrumpirse durante la sesión.
- La calidad de la imagen o del sonido puede ser deficiente.
- La privacidad puede verse comprometida si un miembro de la familia escucha la conversación desde otra habitación o entra al lugar donde usted se encuentra durante la sesión.
- Existe un riesgo, aunque reducido, de que terceros obtengan acceso no autorizado a información personal al vulnerar las medidas de seguridad del sistema de comunicación utilizado.

Al firmar este consentimiento, usted reconoce que comprende tanto los beneficios como los posibles riesgos asociados con la prestación de servicios mediante teleterapia y acepta recibir tratamiento bajo estas condiciones.

SESIONES DE TERAPIA INDIVIDUAL, DE PAREJA, INFANTIL Y FAMILIAR

Cuando usted programa una sesión de terapia, su terapeuta reserva un espacio de tiempo exclusivamente para usted. Su cita comenzará y finalizará a la hora programada. Si llega después de la hora de inicio de su cita, la sesión igualmente concluirá a la hora programada originalmente. Durante la sesión, le recomendamos desarrollar conciencia del tiempo disponible, reflexionar sobre los objetivos que desea alcanzar y administrar adecuadamente el tiempo para aprovechar al máximo la sesión. Si tiene preguntas específicas que desea abordar, procure plantearlas al comienzo de la sesión.

Entendemos que esto puede resultar difícil cuando está atravesando una situación emocionalmente dolorosa; sin embargo, aprender a expresar sus necesidades y prioridades forma parte importante del proceso terapéutico. Si antes de la sesión ha tenido pensamientos de hacerse daño a sí mismo(a) o de hacer daño a otra persona, le solicitamos informar a su terapeuta al inicio de la sesión para que juntos puedan desarrollar un plan adecuado para garantizar su seguridad. Le animamos a expresar cualquier inquietud, preocupación o pregunta durante sus sesiones. Si necesita una carta, formulario o cualquier otro documento, informe a su terapeuta al comienzo de la sesión. Toda documentación solicitada para ser completada fuera del horario de la sesión tendrá un cargo adicional de \$25.00.



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE MENORES DE EDAD

Al firmar este documento, usted declara y garantiza que posee la autoridad legal necesaria para autorizar tratamiento médico y servicios de consejería para el menor de edad para quien solicita tratamiento. Asimismo, declara que cumple con una de las siguientes condiciones:

- Es el padre o la madre biológica del menor.
- Es el tutor o representante legal del menor.
- En el caso de hogares grupales o familias de crianza temporal (foster care), ha sido designado(a) legalmente para autorizar tratamiento.
- En caso de divorcio, es el padre o madre con custodia legal principal y tiene la autoridad para autorizar el tratamiento sin requerir el consentimiento del otro progenitor.

HONORARIOS Y FORMAS DE PAGO

Las sesiones de terapia tienen una duración aproximada de 50 a 55 minutos. La tarifa estándar por sesión es de \$150.00. Esta tarifa podrá modificarse mediante acuerdo por escrito, tomando en consideración el tamaño del grupo familiar y las circunstancias económicas del cliente. La tarifa acordada será establecida durante el proceso de evaluación inicial (Intake).

CANCELACIÓN DE CITAS

Si necesita cancelar una cita, deberá notificar a su terapeuta tan pronto como sea posible. Si no notifica a su terapeuta con un mínimo de 24 horas de anticipación respecto de la hora programada de la cita, o si no asiste a la sesión, se aplicará un cargo por inasistencia (NO SHOW FEE) de \$75.00.

Se le solicitará mantener una tarjeta de crédito o débito registrada en su expediente, y dicho cargo será procesado automáticamente utilizando esa tarjeta. Después de dos (2) inasistencias sin la notificación requerida de 24 horas, no se programarán citas adicionales. Usted acepta recibir llamadas telefónicas y mensajes de texto en el número telefónico que ha proporcionado a Anchored Counseling Services, LLC. Asimismo, acepta notificar oportunamente cualquier cambio en su número telefónico. Los cargos por inasistencia podrán ser eximidos únicamente cuando exista una emergencia médica legítima y debidamente documentada, quedando dicha decisión a la exclusiva discreción del terapeuta.



FINALIZACIÓN DE LA TERAPIA

Aunque usted tiene el derecho de finalizar la terapia en cualquier momento, recomendamos que el proceso concluya mediante una sesión final presencial o por teleterapia con su terapeuta, en lugar de finalizar el tratamiento por teléfono, correo, correo electrónico o simplemente dejando de asistir. Si usted decide finalizar el tratamiento, Anchored Counseling Services, LLC confirmará por escrito la terminación de los servicios. Si durante el tratamiento transcurren treinta (30) días o más sin que usted se comunique con su terapeuta y no existe ninguna cita programada, asumiremos que ha decidido finalizar voluntariamente la terapia. En ese caso, recibirá una notificación escrita informándole que su caso ha sido cerrado. Su expediente reflejará que usted dio por terminado el tratamiento. Naturalmente, usted podrá solicitar nuevamente servicios de consejería en el futuro. Sin embargo, no será considerado(a) un cliente activo hasta que complete nuevamente el proceso necesario para reiniciar el tratamiento.

INTERACCIÓN CON EL SISTEMA LEGAL

Los terapeutas de Anchored Counseling Services, LLC no participan en procedimientos legales en representación de sus clientes. Nuestros terapeutas no realizan evaluaciones forenses, evaluaciones de custodia, ni emiten recomendaciones relacionadas con la custodia de menores. Mantener la relación terapéutica separada de procedimientos legales y litigios ayuda a proteger la integridad y eficacia del proceso terapéutico. Si usted solicita una citación judicial (*subpoena*) para que su terapeuta comparezca ante un tribunal o preste declaración en una deposición, será responsable del pago de los honorarios correspondientes como testigo experto.

Los honorarios por comparecencia judicial son los siguientes:

- \$1,500.00 por medio día (½ día) de comparecencia.
- Este importe deberá pagarse cinco (5) días antes de la fecha programada para la audiencia o deposición.
- El tiempo adicional que exceda medio día será facturado a razón de \$375.00 por hora, incluyendo el tiempo de traslado.

Su terapeuta podrá decidir no comunicarse con su abogado. Asimismo, una citación judicial podrá dar lugar a que su terapeuta determine que ya no es apropiado continuar la relación terapéutica y decida retirarse como su proveedor de servicios de salud mental.



SOLICITUDES RELACIONADAS CON DISCAPACIDAD Y LA LEY DE LICENCIA FAMILIAR Y MÉDICA (FMLA)

Con su autorización por escrito, su terapeuta determinará si proporcionará registros clínicos a una compañía de seguros por discapacidad o a su empleador en relación con solicitudes de discapacidad o de licencia bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica (Family and Medical Leave Act – FMLA). La preparación y el llenado de estos formularios están sujetos a un cargo adicional.

La capacidad de Anchored Counseling Services, LLC para completar cuestionarios o formularios relacionados con discapacidad dependerá, en parte, del tiempo durante el cual usted haya recibido tratamiento en nuestra práctica.

Su proveedor ejercerá su criterio clínico para determinar si dispone de información suficiente para responder a las preguntas incluidas en dichos formularios, incluyendo aquellas relacionadas con:

- El nivel de discapacidad.
- La justificación clínica para solicitar una licencia bajo FMLA.
- La conveniencia o el momento apropiado para regresar al trabajo.

PÁGINA DE CONSENTIMIENTO GENERAL

Después de leer este documento, entiendo y acepto lo siguiente (por favor coloque sus iniciales en cada línea):

1. ____ He leído y comprendido la información contenida en este formulario de Información, Divulgación, Consentimiento y Descripción de Honorarios y Servicios.
2. ____ He recibido o se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Anchored Counseling Services, conforme a los requisitos establecidos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).
3. ____ He recibido información sobre las políticas de seguridad y los procedimientos de emergencia.



-
4. ☐ Doy mi consentimiento para recibir tratamiento conforme a lo descrito en este formulario.
 5. ☐ Entiendo que mi terapeuta podrá consultar con otros proveedores de Anchored Counseling Services, LLC que participen en mi atención o en la atención de mi familia, cuando ello sea necesario para brindarme el tratamiento más adecuado.
 6. ☐ Autorizo al consejero a proporcionar tratamiento a cualquier hijo menor de edad que lleve a terapia.
 7. ☐ Entiendo que soy responsable del pago de todos los honorarios descritos en este documento.
 8. ☐ Entiendo que la información de mi tarjeta de crédito o débito será almacenada de forma segura o, en su defecto, recibiré una factura por los servicios prestados.
 9. ☐ Entiendo que, si no realizo el pago al momento de mi cita, el cargo correspondiente podrá efectuarse automáticamente a la tarjeta registrada en mi expediente.
 10. ☐ Entiendo que se cargará a mi tarjeta registrada un cargo por inasistencia (NO SHOW FEE) equivalente a la tarifa acordada para la sesión si no cancelo mi cita con al menos 24 horas de anticipación o si no asisto a la cita programada.
 11. ☐ Entiendo que cualquier saldo pendiente con más de 14 días de antigüedad podrá ser cargado a la tarjeta registrada en mi expediente.
 12. ☐ Entiendo que, si acumulo un saldo pendiente de pago, los servicios terapéuticos serán suspendidos hasta que dicho saldo sea liquidado.
 13. ☐ Entiendo que se me cobrarán los honorarios correspondientes si solicito copias de mis registros clínicos, conforme a la política descrita anteriormente.
 14. ☐ Entiendo que no involucraré a mi terapeuta en procedimientos legales o litigios durante el tratamiento ni después de haber finalizado la terapia.
 15. ☐ Entiendo que, si resulta necesario citar judicialmente a mi terapeuta, seré responsable del pago de los honorarios como testigo experto descritos anteriormente. También entiendo que mi terapeuta podrá decidir no comunicarse con mi abogado y que una citación judicial podría dar lugar a que deje de ser mi terapeuta.

mi terapeuta podrá decidir no comunicarse con mi abogado y que una citación judicial podría dar lugar a que deje de ser mi terapeuta.



INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre completo del cliente: _____

Si el cliente es menor de edad,

nombre del padre, madre o tutor legal: _____

Correo electrónico del cliente: _____

Si el cliente es menor de edad,

correo electrónico del padre, madre o tutor legal: _____

Fecha de nacimiento del cliente: _____

Firma del cliente: _____

Si el cliente es menor de edad,

firma del padre, madre o tutor legal: _____