**Rosita Cortizo, Psy.D., MFT, M.A.**

 **(619) 920-1638**

**INFORMACION AL CLIENTE**

**Credenciales:** Tengo licencias de psicóloga clínica y de terapeuta de familias, parejas y niños en el Estado de California, la última con énfasis en problemas de relaciones. Tengo un doctorado en psicología clínica, una maestría en terapia de familia, parejas y niños y otra maestría en dependencia química. Me especializo en terapia individual, de grupo, parejas, ninos y familias. Trabajo con niños abusados, adicciones y diagnósticos dobles, problemas causados por la inmigración y otros asuntos culturales y de género, con padres de niños con impedimentos físicos/mentales/emocionales, violencia domestica, trauma y con clientes con desórdenes emocionales, mentales y físicos.

**Duración de la terapia:** Las citas duran generalmente 45-50 minutos.

**Guía de Confidencialidad:** Lo que se discute en terapia es confidencial, entre el terapeuta y el cliente(s) A MENOS que el cliente(s) dé permiso por escrito para compartir dicha información con otra(s) persona(s) o agencia(s). Sin esta autorización por escrito, NO SE DARÁ NINGÚN TIPO de información a terceras personas a menos que la corte así lo ordene. Hay tres excepciones de confidencialidad: **1)** si el terapeuta sospecha que usted se va a hacer daño, **2)** si el terapeuta sospecha que usted le va hacer daño a otra persona(s), **3)** si el terapeuta tiene sospechas razonables de que una niña(o) o un adulto mayor está siendo abusada. En dicho casos la confidencialidad se romperá y se llamará al Servicio de Protección del Niño o del Adulto para referir el caso.

**Honorarios:** Los pagos, incluyendo los copagos, se harán al principio de cada sesión o se mandarán las cuentas a Victims of Crime/T.E.R.M./ o a la compañía de seguros previamente aprobada por el terapeuta. Usualmente los pagos se harán en efectivo o en cheque. Todos los servicios del cliente deben ser pagados a la hora del servicio. El no pagar conducirá a la descontinuación de servicios. Se cobrarán $25.00 por cada cheque devuelto. Los honorarios del servicio y la cantidad por el cheque devuelto deberán ser pagados antes de continuar con su tratamiento.

Las compañías de seguros son aceptadas con pocas excepciones. Si usted tiene un seguro que requiere copago, **usted deberá de pagar esa cantidad al principio de cada sesión**. En caso de que en algún momento los servicios de terapia no fueran cubiertos por su aseguradora, usted será responsable de cubrir el saldo. Se le cobrarán $150.00 por la sesión inicial y $150.00 por las siguientes sesiones de terapia individual. El cargo por escribir cartas es proporcional al tiempo necesario para hacerlo. Toda solicitud de cartas deben hacerse por lo menos con 10 días hábiles de anticipación.

También quiero informarle que utilizo personal administrativo para mandar cobros a las compañías de seguro, o para hacer o programar citas. Todo personal administrativo que yo utilice, recibirá el entrenamiento necesario para resguardar su privacidad. Asimismo, tengo que informarle que utilizo un repositorio de cobros para procesar cobros a las compañías de seguro. Dichos repositorios funcionan bajo HIPAA y tengo un acuerdo legal con los repositorios en el cual ellos se comprometen a mantener la confidencialidad de los datos como se estipula en el contrato o como se requiere por ley.

**Cancelaciones:** Se pide que cancele la cita por teléfono con 24 horas de anticipación. Su cita es reservada especialmente para usted y si no la cancela con 24 horas de anticipación se le cobrarán $90.00 por cada sesión que falle. El pago de las sesiones faltadas se debe hacer antes del principio de su cita siguiente. Más de dos cancelaciones o faltas serán motivo para terminar el tratamiento. **INICIALES:** \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Advertencia**: Es su responsabilidad pedir una tarjeta escrita con la fecha y hora de su próxima cita. En caso de perder su tarjeta, la constancia de su cita será la fecha anotada en la agenda de la Doctora.

Yo he leído escrito anterior, entiendo el contenido y estoy de acuerdo con las condiciones establecidas.

SU FIRMA ABAJO CONFIRMA NUESTRO ACUERDO MUTUO A LOS TÉRMINOS DEL SERVICIO.

**Nombre (en letra de molde)**

**Firma Fecha**