

JACKELINE N. VÁZQUEZ

DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN PROFESIONAL ACPL¹ & CONSENTIMIENTO INFORMADO

Oficina: (336) 661-8142

Fax: (336) 661-8142

Correo-Electrónico: Jackie@jackelinevazquez.hush.com

Mis Aptitudes

Obtuve una maestría en consejería profesional el 12 de mayo de 2017 de Liberty University en Lynchburg, VA. Antes de esto, obtuve una licenciatura en psicología de Winston Salem State University. He aconsejado como consejera laica por más de diez años en la Iglesia Nueva Vida en Winston Salem, Carolina del Norte, y dirigí su departamento de consejería laica. Durante ese tiempo, entrenamos bajo la Asociación Americana de Consejeros Cristianos. Actualmente soy un miembro de esa asociación.

Licenciatura Restringida

Actualmente estoy obteniendo la licenciatura como Asociado de Consejero Profesional (Licencia No. A13609) con la Junta de Consejeros Profesionales Licenciados de Carolina del Norte. Una vez que la junta lo apruebe, operaré bajo la supervisión de Jennifer Locklear, LPCS, para adquirir 3000 horas que se requieren para una licenciatura sin restricciones en el Estado de Carolina del Norte. Se puede comunicar con mi supervisora al (336) 945-0137. Su dirección es 6614 Shallowford Road, Suite 250 Lewisville, NC 27023 y su dirección de correo electrónico es jennifer@lewisvillefamilycounseling.com.

Trasfondo de Consejería

Durante mi tiempo como internado de consejería he aconsejado a niños de 9 años en adelante, adolescentes, adultos y parejas. Mi orientación teórica es principalmente cognitiva conductual. La terapia cognitiva-conductual (TCC) hace una distinción entre pensamientos, emociones y comportamientos. TCC te permite ver que puedes tener control sobre tus pensamientos y acciones cuando tratas de superarlos y ofrece poder al constituir estabilidad. TCC explora cómo los pensamientos irracionales pueden llevar a sentimientos y comportamientos problemáticos.

Tengo la mayor experiencia trabajando con parejas e individuos que sufren de ansiedad, depresión y síntomas de pánico. También tengo experiencia trabajando con sobrevivientes de asalto sexual. He trabajado extensamente con clientes hispanos en temas de aculturación, asuntos de adaptación multi-generacional y cultural.

Tasas de Sesión y Duración de Servicio

La tarifa designada por mis servicios es \$60.00 por 55 minutos de sesión. Como no acepto pagos de las compañías de seguros, ofrezco una escala móvil basada en el ingreso anual. La escala móvil esta adjunta a esta forma. Como comprobante de ingresos, traiga los impuestos del año anterior y el recibo de sueldo más reciente de todos los miembros de la familia.

Después de discutir la escala móvil con mi consejero, mi tarifa por una sesión de consejería será: \$ _____.

Los métodos de pago aceptados son efectivo, cheque y tarjeta de crédito. No acepto seguro en este momento, sin embargo, si desea intentar enviar documentos por su cuenta a su compañía de seguro para que se le reembolse, con mucho gusto firmaré e incluiré su diagnóstico, si corresponde. Puedo proporcionarle un documento detallado para enviar a su compañía de seguro para un posible reembolso fuera de la red. Si necesita cancelar o reprogramar su cita, comuníquese con mi oficina al (336) 661-8142 o envíeme un correo electrónico a jackie@jackelinevazquez.hush.com al menos 24 horas antes para que no se le cobre la tarifa de la sesión completa.

¹ Asociación de Consejería Profesional con Licencia, (LPCA, por sus siglas en inglés)

Uso del Diagnóstico

Algunas compañías de seguro reembolsarán a los clientes por los servicios de consejería y otras no. Además, la mayoría requerirá un diagnóstico de una condición de salud mental e indicará que debe tener una “enfermedad” antes de que acepten reembolsarle. Algunas condiciones por las cuales las personas buscan consejería no califican para el reembolso. Si un diagnóstico calificado es apropiado en su caso, le informaré el diagnóstico antes de enviar el diagnóstico a la compañía de seguro médico. Cualquier diagnóstico realizado se convertirá en parte de sus registros de seguro permanentes.

Confidencialidad

Toda nuestra comunicación se convierte en parte del registro clínico, al que puede acceder si lo solicita. Mantendré la confidencialidad de todo lo que diga como parte de nuestra relación de consejería, con las siguientes excepciones: (a) usted me dirige por escrito para revelar información a otra persona, (b) se determina que usted es un peligro para usted mismo o para otros (incluido abuso infantil o de personas mayores), o (c) un tribunal me ordena que revele información.

Quejas

Aunque se anima a los clientes a que hablen de cualquier inquietud conmigo, pueden presentar una queja contra mí ante la siguiente organización si creen que estoy en violación de cualquiera de estos códigos de ética. Cumpló con el Código de Ética de ACA (<http://www.counseling.org/Resources/aca-code-of-ethics.pdf>).

North Carolina Board of Licensed Professional Counselors

P.O. Box 77819

Greensboro, NC 27417

Phone: 844-622-3572 or 336-217-6007

Fax: 336-217-9450

E-mail: Complaints@ncblpc.org

Aceptación de los Términos

Al firmar este formulario, usted indica que ha leído la Declaración de Divulgación Profesional y que está de acuerdo con los términos y las pautas de la oficina.

Firma del Cliente/Guardián

Firma del Consejero

Fecha

Este programa de tarifas de escala móvil es para el ingreso total del hogar.
Seleccione el monto de la tarifa de la sesión que se combina con el ingreso anual de su hogar.

Selecciona	Ingreso Anual	Tarifa/Sesión
<input type="checkbox"/>	Debajo de \$20,000	\$30.00
<input type="checkbox"/>	\$20,000 - \$30,000	\$40.00
<input type="checkbox"/>	\$30,000 - \$40,000	\$50.00
<input type="checkbox"/>	\$40,000 +	\$60.00

REGISTRO DEL CLIENTE

3153 REYNOLDA RD. WINSTON-SALEM, NC 27106

Fecha de Hoy: ____/____/____

Información del Cliente

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: () _____ - _____ Móvil: () _____ - _____ Sexo: ☐ M ☐ F

*Correo-Electrónico: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Etnicidad: _____

¿Trasfondo Militar? ☐ Si ☐ No (En caso afirmativo, ¿cuando? _____)

Estado Civil: ☐ Casado (¿Cuánto tiempo? _____) ☐ Divorciado (¿Cuánto tiempo? _____)

☐ Separado (¿Cuánto tiempo? _____) ☐ Viudo (¿Cuánto tiempo? _____)

☐ Soltero

* Por favor nota: La correspondencia electrónica no se considera un medio confidencial de comunicación, por lo que el uso se limita a citas e información general o preguntas.

Estado Familiar

Cónyuge/Pareja: _____ Nombres de Padres/Guardián: _____

Lugar de Trabajo/Escuela: _____ ¿Quién viene a la consejería? _____

¿Consejería previa? ☐ Si ☐ No (En caso afirmativo, ¿por qué? _____)

¿Estas tu u otro miembro de la familia actualmente viendo a un psiquiatra o consejero? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, ¿qué miembro de la familia? _____ y, ¿por qué? _____

Lista de nombres, edad, sexo, tipo de relación con todos los niños, y si viven contigo.

Nombre	Edad	Sexo	Relación (Hijastro, Crianza, Tuyo, Adoptado)	¿En Casa?
_____	_____	M F	_____	Si No
_____	_____	M F	_____	Si No
_____	_____	M F	_____	Si No

Nombre del Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono: () _____ - _____ Móvil: () _____ - _____

Historial Familiar de Salud Mental

En la sección a continuación, identifique si hay antecedentes familiares de cualquiera de los siguientes. En caso afirmativo, indique su relación al familiar en el espacio provisto (padre, abuela, tío, etc.)

Lista Miembros de Familia

Abuso de Alcohol/Substancias	Si	No	_____
Ansiedad	Si	No	_____
Depresión	Si	No	_____
Violencia Doméstica	Si	No	_____
Desordenes Alimenticios	Si	No	_____
Adicción a Apostar/Pornografía/Sexo	Si	No	_____
Obesidad	Si	No	_____
Comportamiento Obsesivo Compulsivo	Si	No	_____
Esquizofrenia	Si	No	_____
Intentos de Suicidio	Si	No	_____
Fue Abusado/Descuidado (físico, sexual, emocional)	Si	No	_____

Salud General & Salud Mental

¿Alguna vez has tenido pensamientos o sentimientos de dañarte a ti mismo? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, cuándo y explicar por qué _____

¿Alguna vez has tenido pensamientos o sentimientos de dañar a alguien más? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, cuándo y explicar por qué _____

Tienes algún problema actual y/o en el pasado con: ☐ Pornografía ☐ Adicción Sexual
☐ Apuestas ☐ Gastar ☐ Ninguno (En caso afirmativo, cuándo _____)

¿Has tenido algún factor estresante o una pérdida importante en la vida en el último año? (Muerte de un querido, trabajo, hogar, etc.) _____

Médico de atención primaria: _____ Último examen: _____

¿Estás tomando algún medicamento recetado? ☐ Si ☐ No

Por favor, listar: _____

¿Ha recibido algún tipo de servicios de salud mental en el pasado (consejería, psiquiatría, hospitalización)? _____

¿Algunas cirugías pasadas u hospitalizaciones médicas? Por qué y cuando, _____

Algún Problema Con: ☐ Comer ☐ Dormir ☐ Cambios de Peso
☐ Dolor de cabeza ☐ Dolor Crónico ☐ Pérdida de Consciencia
(Describe cualquier respuesta seleccionada anteriormente _____)

¿Alguna vez ha sido abusado sexualmente, físicamente, emocionalmente o mentalmente? ☐ Si ☐ No
En caso afirmativo, ¿por quién? _____

¿Alguna vez ha experimentado un aborto (terminación del embarazo)? ☐ Si ☐ No
En caso afirmativo, ¿cuando? _____ Otros problemas médicos: _____

Otra Información

¿Te consideras espiritual o religioso? ☐ Si ☐ No

¿Alguna específica denominación? _____ ¿Qué valores son importantes para ti? _____

¿Qué te ha traído a la consejería ahora? _____

¿Qué te gustaría cambiar en tu vida? _____

¿Qué consideras algunas de tus fortalezas? _____

¿Qué consideras algunas de tus debilidades? _____

¿Cómo escucho de nosotros? _____

Consentimiento de Tratamiento

Por la presente, doy mi consentimiento a mi consejero para que proporcione una evaluación y un tratamiento que podamos determinar mutuamente como apropiado. Entiendo que los servicios se prestarán de manera profesional, de conformidad con las normas éticas aceptadas. Entiendo que probablemente obtendré el mayor beneficio de la consejería si estoy comprometido con el proceso y asisto regularmente. Entiendo que no se me han hecho promesas sobre los resultados de la terapia proporcionada por este profesional. Si en algún momento durante el tratamiento no puedo esperar a que mi consejero me devuelva la llamada, acepto contactar a mi psiquiatra, médico de familia, llama Forsyth Medical Center Crisis Response Team @ 1-800-718-3550 or 911.

Imprimir el Nombre

Firma del Cliente/Guardian

_____/_____/_____
Fecha