Machine Translated by Google

Paquete de consentimiento e información para adultos

Información del cliente: *Debe completarse

*Nombre:_____ *Apellido:_____

*Fecha de nacimiento: ____/____/_____ *Pronombres:_____

*Teléfono principal #:_____Teléfono secundario #:_____

*Dirección de correo electrónico:_____

*DIRECCIÓN: _____ 2da Dirección:_____

*Ciudad:_____ *Estado:_____ *Código postal:_____

*Sexo administrativo (marque uno): Masculino o Femenino
La siguiente sección es opcional y es solo para su perfil:

Identidad de género:_____Raza(s):_____

Etnia:_____Estado civil:_____

Empleo:_____Afiliación religiosa:_____

Portal del Cliente: *Obligatorio . Lifequest

utiliza un sistema en línea donde los clientes pueden recibir recordatorios por mensaje de texto, correo electrónico o ambos. El portal del cliente permite actualizar su información personal, tarjetas de pago, seguro y firmar documentos para sus médicos en cualquier momento.
*Marque y proporcione dónde desea que se envíen los recordatorios y notificaciones.

(El correo electrónico es la única forma de recibir actualizaciones de notificaciones de documentos).

☐ Recordatorios por correo electrónico y mensaje de texto/Notificaciones de documentos (marque una opción): utilice la información anterior u otro número/correo electrónico proporcionado a continuación:

_____

☐ Solo recordatorios de texto (marque uno):
use la información anterior u otro número proporcionado a continuación:

_____

☐ Solo recordatorios por correo electrónico (marque una opción):
utilice la información anterior u otro correo electrónico proporcionado a continuación:

*Por favor, firme con sus iniciales que ha leído la información anterior:_____

Machine Translated by Google

Información de cobertura de seguro: *Debe completarse

*Nombre del seguro:_____

*ID de miembro/Número de referencia:_____

*Nombre del suscriptor:_____

*Fecha de nacimiento del suscriptor:____/____/_____

*Relación con el suscriptor (marque una): Usted mismo/Cónyuge/Hijo

* Sexo administrativo de los suscriptores (marque uno): Masculino o Femenino

Seguro secundario: (ignore
esta opción si solo tiene un seguro)

*Nombre del seguro:_____

*ID de miembro/Número de referencia:_____

*Nombre del suscriptor:_____

*Fecha de nacimiento del suscriptor:____/____/_____

*Relación con el suscriptor (marque una): Usted mismo/Cónyuge/Hijo

*Sexo administrativo de los suscriptores (marque uno): Masculino o Femenino

Responsabilidad financiera y asignación de beneficios: *Debe completarse (ignore si tiene Medicaid o seguro primario o secundario)

El cliente (o su tutor, si es menor de edad) es el responsable final del pago del tratamiento y la atención. LifeQuest facturará a su seguro médico si usted pertenece a su red de proveedores. Sin embargo, el cliente debe proporcionar la información más correcta y actualizada sobre su seguro. Si no pertenecemos a su red de proveedores médicos, podemos proporcionarle una factura superior que puede enviar directamente a su seguro para obtener un reembolso. El cliente es responsable del pago de copagos, coaseguros, deducibles y cualquier otro procedimiento o tratamiento no cubierto por su plan de seguro.

Los copagos se deben pagar al momento del servicio a menos que se hayan hecho otros arreglos.

*Por favor, firme con sus iniciales que ha leído la información anterior:_____

Machine Translated by Google

Los clientes podrían estar obligados a pagar cargos adicionales, y son responsables de ello, si corresponde. Estos cargos pueden incluir:

*Por favor, firme a continuación indicando que ha leído los siguientes avisos:

_____ Cancelaciones tardías (con menos de 24 horas de anticipación)/Tarifa por no presentarse: $125

_____ Cualquier costo asociado con el cobro del saldo de un cliente

_____ Cargo por cheques devueltos: $25

Al firmar con mis iniciales a continuación, autorizo la cesión de beneficios financieros directamente a LifeQuest Behavioral Health Care y a cualquier entidad de atención médica asociada por los servicios prestados según lo permitido por los contratos estándar con terceros. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por esta cesión. He leído, comprendido y acepto las disposiciones de esta sección de Responsabilidad Financiera y Cesión de Beneficios.

Política de cancelación: *Obligatorio. Para aprovechar al máximo su terapia, le conviene comprometerse a asistir a todas las sesiones programadas. Entendemos que ocasionalmente surgen emergencias fuera de su control, por lo que es importante que se comunique con LifeQuest para reprogramar o cancelar su cita. Requerimos un aviso con al menos 24 horas de anticipación, pero preferimos que nos avise con la mayor anticipación posible. Se cobrará una tarifa de $125 por avisar con menos de 24 horas de anticipación o por no presentarse a su cita. Las citas perdidas no solo dificultan su progreso, y en LifeQuest queremos ayudarle a progresar.

Tenga en cuenta que Medicaid y otras compañías de seguros solo pagan las sesiones a las que asisten el cliente y el médico.

Por lo tanto, la política de LifeQuest es que, tras dos citas perdidas sin previo aviso de 24 horas, el profesional clínico podría cancelar su cita regular y colocarlo en una lista de espera para una cita de guardia. Nuestro objetivo es contactar a los clientes en lista de espera lo antes posible para que podamos adaptarnos a su horario, pero no garantizamos la hora ni la frecuencia de estas citas.

Derechos del Cliente: *Debe completarse

*Por favor, firme con sus iniciales que ha leído la información anterior:_____

Machine Translated by Google

Todas las personas que reciban servicios conservarán todos los derechos, beneficios y privilegios garantizados por las leyes y la constitución del estado de Nevada y los Estados Unidos de América, excepto aquellos específicamente perdidos a través del debido proceso legal.

LifeQuest, las reglas no serán más restrictivas que estos derechos.

- ☐ Usted tiene derecho a ser tratado de manera profesional, cortés y atenta que respete y valore las diferencias relacionadas con la raza, la etnia, el origen nacional, el género, la orientación sexual, la religión, los valores personales, la edad, la discapacidad y el estado económico o de veterano.
- ☐ Tiene derecho a solicitar el/los proveedor(es) de salud mental de su elección o cambiar de proveedor, así como a solicitar una segunda opinión.
- ☐ Usted tiene derecho a que los representantes de LifeQuest y su proveedor se comporten de manera ética de acuerdo con nuestro "código de conducta ética" y a que dichos servicios se presten sin abuso mental, físico o financiero.
- ☐ Usted tiene derecho a recibir servicios de una manera que respete su dignidad y privacidad y que promueva su autonomía.
- ☐ Usted tiene derecho a que sus registros se mantengan confidenciales de acuerdo con la ley.
- ☐ Usted tiene derecho al criterio profesional independiente de su proveedor de salud mental y a una lealtad indivisa y sin compromisos por conflictos de intereses.
- ☐ Tiene derecho a que sus preguntas e inquietudes sean atendidas de manera rápida y a que se le permita participar de manera significativa en el desarrollo de su programa de tratamiento.
- ☐ Tiene derecho a que le expliquen el costo de los servicios prestados al inicio de los mismos.
- ☐ Usted tiene derecho a presentar una queja y a que dicha política y dichos procedimientos le sean presentados por escrito.

Límites de confidencialidad: *Debe completarse La
confidencialidad es la promesa de evitar que su información personal y privada sea compartida o entregada a otra persona, agencia o autoridad sin su permiso por escrito.
Todo el personal, la administración, los supervisores, los médicos, los médicos en prácticas y los médicos en formación deben mantener su información privada y confidencial.

*Por favor, firme con sus iniciales que ha leído la información anterior:_____

Machine Translated by Google

Según la Ley Federal, los Estatutos Revisados de Nevada (Ley) y la legislación profesional Los códigos y estándares de los profesionales clínicos exigen que estos reporten y compartan cierta información con las personas responsables de las agencias estatales. Es su deber profesional y legal compartir información sobre usted con o sin su autorización escrita por las siguientes razones:

- ☐ Para detener una amenaza grave para su salud y seguridad o la de otra persona.
- ☐ Para denunciar abuso o negligencia infantil o abuso o negligencia de ancianos.
- ☐ En respuesta a una orden escrita del Tribunal o cuando así lo requiera la ley.
- ☐ En la medida que sea necesario para que se preste atención médica de emergencia

Cuando proporcionamos información, solo proporcionamos la información clave y necesaria para cumplir con nuestra obligación. Si es posible, intentamos informarle con antelación. Al firmar este formulario, usted declara que comprende los límites de su confidencialidad o los límites de la protección de su información privada y personal.

Información de HIPAA: *Debe completarse. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) ofrece garantías para proteger su privacidad. La implementación de los requisitos de HIPAA comenzó oficialmente el 14 de abril de 2003. HIPAA establece normas y restricciones sobre quién puede ver o ser notificado sobre su Información Médica Protegida (PHI). Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de información necesario para brindarle servicios de consultorio. HIPAA le otorga ciertos derechos y protección como cliente. Equilibramos estas necesidades con nuestro objetivo de brindarle un servicio y atención profesional de calidad. Puede obtener más información del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (www.hhs.gov).

Nuestras políticas:

- ☐ La información del cliente se mantendrá confidencial, excepto cuando sea necesario para la prestación de servicios o para garantizar que todos los asuntos administrativos relacionados con su atención se gestionen adecuadamente. Esto incluye compartir información con otros proveedores de atención médica y aseguradoras, según sea necesario y apropiado para su atención. Los registros del cliente pueden almacenarse en archivos. El curso normal de la atención implica que dichos registros pueden dejarse, al menos temporalmente, en un área administrativa, como la recepción. Dichos registros no estarán disponibles para personas distintas a...

*Por favor, firme con sus iniciales que ha leído la información anterior:_____

Machine Translated by Google

Personal de la oficina. Usted acepta los procedimientos habituales que se utilizan en la oficina para el manejo de historias clínicas, historiales médicos, información médica protegida y otros documentos informativos.

- ☐ Es política de esta oficina recordar a los clientes sus citas. Podemos hacerlo por teléfono, correo electrónico, correo postal o cualquier otro medio que nos resulte conveniente o que usted solicite.

- ☐ Usted comprende y acepta una revisión de los documentos, que pueden incluir PHI, por parte de los pagadores de seguros en el desempeño normal de sus funciones.
- ☐ Usted acepta plantear cualquier inquietud o queja relacionada con la privacidad a la gerencia de LifeQuest.
- ☐ Su información confidencial no será utilizada con fines de marketing o publicidad de productos, bienes o servicios.
- ☐ Aceptamos proporcionar a los clientes acceso a sus registros de acuerdo con las leyes estatales y federales.
- ☐ Podemos cambiar, agregar, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para servir mejor a las necesidades tanto de la práctica como del cliente.
- ☐ Tiene derecho a solicitar restricciones en el uso de su información médica protegida y a solicitar cambios en ciertas políticas de la oficina con respecto a su PHI. Sin embargo, no estamos obligados a acceder a su solicitud.

Consentimiento informado: *Obligatorio. LifeQuest se dedica a brindar servicios de salud mental y conductual culturalmente sensibles, accesibles y eficaces para menores, adultos y familias. Priorizando la calidad sobre la cantidad, el compromiso de LifeQuest es apoyar y ayudar a quienes atendemos para que progresen hacia una vida más productiva, saludable y feliz. Nuestra visión incluye un impacto positivo en menores, adultos y familias afectadas por discapacidad, trauma, violencia, abuso, negligencia y otros problemas.

A continuación, se describe la información para clientes que solicitan servicios individuales, de pareja, familiares o grupales de cualquier proveedor de LifeQuest. Por favor, revise la siguiente información detenidamente y exprese cualquier pregunta o inquietud que tenga. Al firmar cada parte a continuación y firmar al final, usted comprende y acepta que está dando su consentimiento informado para los servicios proporcionados por LifeQuest.

Por favor, firme a continuación que ha leído lo siguiente:

*Por favor, firme con sus iniciales que ha leído la información anterior:_____

Machine Translated by Google

☐ Doy mi consentimiento para el intercambio de información entre mi seguro y su representante autorizado y el/los proveedor(es) de servicios de rehabilitación según sea necesario para las operaciones de tratamiento y pago mientras reciba servicios terapéuticos y de rehabilitación de LifeQuest Behavioral Health Care.

☐ Los servicios de consejería en LifeQuest son proporcionados por profesionales clínicos con licencia de Nevada, practicantes clínicos con licencia de Nevada y estudiantes de prácticas de profesionales clínicos en formación, bajo la supervisión y dirección de un profesional clínico con licencia de Nevada. Entiendo que cualquier reunión que tenga con mi profesional clínico puede ser discutida con su supervisor, otros profesionales clínicos o consultores profesionales. Entiendo que, al firmar a continuación, soy cliente de LifeQuest. Por lo tanto, mi expediente puede ser revisado por el personal correspondiente de LifeQuest para verificar el cumplimiento del programa y del seguro.

☐ Entiendo que el programa terapéutico de LifeQuest está diseñado para mejorar mi desarrollo emocional y fomentar un comportamiento prosocial y responsable. El proceso terapéutico puede resultar en la modificación de sentimientos, condiciones, actitudes y comportamientos emocional, intelectual o socialmente ineficaces o inadaptados.

☐ Entiendo que, a lo largo del proceso de terapia, los problemas pueden agravarse antes de mejorar, ya que pueden surgir sentimientos y reacciones incómodas, como tristeza, ansiedad, ira, etc. Sin embargo, se ha demostrado que la terapia tiene beneficios para quienes la realizan. A menudo, la terapia produce una reducción significativa de la angustia, una mayor satisfacción en las relaciones interpersonales, una mayor conciencia y comprensión personal, un mayor desarrollo de las habilidades para gestionar el estrés y la resolución de problemas específicos. Sin embargo, no hay garantías de lo que sucederá. La terapia requiere un esfuerzo muy activo de mi parte. Para obtener el máximo éxito, tendré que trabajar en los temas que tratamos fuera de las sesiones.

☐ También entiendo que el programa utiliza un enfoque de "no intervención" para el manejo de los clientes y no practica la restricción física; por lo tanto, reconozco que mi participación en el programa depende de mi capacidad para mantener la seguridad para mí y los demás.

☐ Salvo lo establecido anteriormente en los Límites de Confidencialidad y en el Consentimiento Informado, mi información personal y privada no se comparte ni se entrega a otra persona, agencia o autoridad sin mi permiso por escrito.

☐ En caso de que mi médico o yo consideremos que los servicios terapéuticos no son útiles o beneficiosos, se pueden discutir alternativas terapéuticas que pueden incluir cambios en mi plan de tratamiento, la finalización de nuestra relación terapéutica o una derivación a otro profesional que me ayude. LifeQuest me proporcionará...

*Por favor, firme con sus iniciales que ha leído la información anterior:_____

Machine Translated by Google

nombres e información de contacto de otros programas o servicios si los solicito, si LifeQuest no puede satisfacer mis necesidades o si LifeQuest no puede brindarme servicios en el momento en que los necesito.

☐ Si estoy consultando a otro profesional externo a LifeQuest, como un médico, un psiquiatra u otro profesional clínico, se lo informaré. Si corresponde y es necesario, autorizaré por escrito a mi profesional clínico y a dicho profesional a colaborar en la prestación de servicios.

☐ Las leyes y normas de mi profesión exigen que se mantengan registros de tratamiento. Si bien la terapia suele incluir conversaciones sobre información sensible y privada, normalmente se conservan registros muy breves que indican su asistencia, lo realizado en la sesión, el progreso, el diagnóstico y una mención general de los temas tratados.

☐ Como su médico, acepto establecer una relación profesional con usted y proteger su privacidad, lo cual se extiende a la comunidad y a los foros en línea y redes sociales. Para garantizar la confidencialidad, seguiré sus indicaciones durante y si tenemos un encuentro público. Si bien intento ser cortés y profesional si me saluda, no se sienta obligado a hacerlo. Tenga en cuenta que no haré referencia a nuestro trabajo terapéutico conjunto si se comunica conmigo.

Si tiene alguna inquietud o pregunta después de tal encuentro, no dude en expresarla durante nuestra próxima sesión juntos.

☐ Las citas normalmente duran 55 minutos, una vez por semana en un horario acordado, aunque algunas sesiones pueden ser más o menos frecuentes según sea necesario. La hora de su cita se le asigna exclusivamente a usted. Es responsable de llegar puntualmente a su sesión. Si llega tarde, su médico podría optar por atenderlo, pero su cita deberá terminar puntualmente. Si llega demasiado tarde, el médico le pedirá que reprograme su cita.

☐ En caso de emergencia, llame al 911, 988 o acuda a su sala de emergencias local por seguridad. Tenga en cuenta que puede intentar llamar a su médico en caso de crisis o emergencia a la oficina de LifeQuest, (775) 636-7767, Reno. Su médico se pondrá en contacto con usted lo antes posible.

Comunicación con el personal clínico: La comunicación entre el cliente y el personal clínico se limita a la programación de citas y se responderá a la brevedad posible. Debido a la demora en la respuesta, el personal clínico no puede responder mensajes de texto ni llamadas telefónicas de emergencia o crisis.
En caso de emergencia, llame al 911, 988 o a la línea directa de crisis local:

*Por favor, firme con sus iniciales que ha leído la información anterior:_____

Machine Translated by Google

1(800)273-8255.

Certifico que he recibido el paquete de admisión con los consentimientos. Entiendo que tengo derecho a recibir cualquier copia de este documento o de los documentos que firme. Se me ha explicado detalladamente el paquete de admisión con los consentimientos y lo he leído detenidamente. Certifico que entiendo el paquete y los consentimientos. Si tengo alguna pregunta o inquietud, puedo comunicarme con el médico o el personal administrativo al (775) 636-7767, Reno. Mi firma a continuación certifica que he aceptado todas las partes que he iniciado y firmado anteriormente .

*Firma:_____

* Nombre impreso :_____

*Fecha____/____/___

* Firma del representante de LQ:_____*Fecha____/____/___

*Por favor, firme con sus iniciales que ha leído la información anterior:_____

Machine Translated by Google

Formulario de contacto de emergencia y otros:

Nombre:_____ Apellido:_____

Fecha de nacimiento: ____/____/_____ Pronombres:_____

Teléfono principal:_____Teléfono secundario:_____

Dirección de correo electrónico:_____

DIRECCIÓN: _____ 2da Dirección:_____

Ciudad:_____ Estado:_____ Código postal:_____

Relación:_____

- ☐ Contacto de emergencia
- ☐ Guardián
- ☐ Médico de Atención Primaria

Nombre:_____ Apellido:_____

Fecha de nacimiento: ____/____/_____ Pronombres:_____

Teléfono principal:_____Teléfono secundario:_____

Dirección de correo electrónico:_____

DIRECCIÓN: _____ 2da Dirección:_____

Ciudad:_____ Estado:_____ Código postal:_____

Relación:_____

- ☐ Contacto de emergencia
- ☐ Guardián
- ☐ Médico de Atención Primaria

*Por favor, firme con sus iniciales que ha leído la información anterior:_____

Machine Translated by Google

Paquete de consentimiento e información para adultos

Nombre:_____ Apellido:_____

Fecha de nacimiento: ____/____/_____ Pronombres:_____

Teléfono principal:_____Teléfono secundario:_____

Dirección de correo electrónico:_____

DIRECCIÓN: _____ 2da Dirección:_____

Ciudad:_____ Estado:_____ Código postal:_____

Relación:_____

- ☐ Contacto de emergencia
- ☐ Guardián
- ☐ Médico de Atención Primaria

Nombre:_____ Apellido:_____

Fecha de nacimiento: ____/____/_____ Pronombres:_____

Teléfono principal:_____Teléfono secundario:_____

Dirección de correo electrónico:_____

DIRECCIÓN: _____ 2da Dirección:_____

Ciudad:_____ Estado:_____ Código postal:_____

Relación:_____

- ☐ Contacto de emergencia
- ☐ Guardián
- ☐ Médico de Atención Primaria

*Por favor, firme con sus iniciales que ha leído la información anterior:_____

Machine Translated by Google

Consentimiento informado de telesalud para atención de salud conductual de LifeQuest

o Para minimizar las interrupciones en la atención, los servicios psicológicos de telesalud están disponibles y se utilizarán a través de una plataforma de comunicación que cumple con la HIPAA.

Yo (escriba su nombre) _____tengo

Lea la declaración anterior y dé su consentimiento para recibir servicios psicológicos a través de Telesalud (marque todas las que correspondan):

☐ Una videoconferencia que cumple con la HIPAA a través de TherapyNotes u otra comunicación que cumpla con la HIPAA. Utilice la información anterior u otro correo electrónico proporcionado a continuación (marque uno):

_____

☐ Teléfono: utilice la información anterior u otro número/correo electrónico proporcionado a continuación (marque uno):

_____

Si está firmado por otra persona que no sea el cliente, especifique la relación con el cliente: _____(debe ser un tutor legal)

Firma del cliente/representante: _____

Fecha: ____/____/____

*Por favor, firme con sus iniciales que ha leído la información anterior:_____

Machine Translated by Google

¿Por qué busca ayuda ahora? ¿Qué está pasando o qué es diferente? ¿Qué factores de estrés tiene? ¿Qué espera que cambie al buscar ayuda?

Por favor, proporcione más detalles sobre el problema que mencionó: ¿Cuándo empezó? ¿Con qué frecuencia ocurre? ¿Cómo afecta su vida? ¿Cómo lo ha abordado hasta ahora?

¿Ha experimentado anteriormente síntomas similares u otros síntomas de salud mental? De ser así, ¿cómo fue su experiencia? ¿Cuándo ocurrió? ¿Recibió ayuda? ¿Ha tenido alguna vez pensamientos suicidas? ¿Tiene pensamientos suicidas actualmente?

¿Alguien en tu familia ha tenido problemas de salud mental o de consumo de sustancias? De ser así, ¿quién fue? ¿Buscaron ayuda o recibieron un diagnóstico? ¿Cómo fue para ellos? ¿Cómo fue para ti?

¿Tiene o ha tenido algún problema médico? De ser así, ¿cuál fue o es? ¿Ha consultado con un médico u otro profesional de la salud por ello? ¿Qué recomendaciones o tratamiento recibió? ¿Tiene antecedentes familiares de alguna enfermedad?

¿Le han recetado algún medicamento actualmente? De ser así, indique el nombre, la dosis, la frecuencia con la que lo toma y el médico que lo recetó.

¿Consume o ha consumido alguna vez alcohol, tabaco, drogas recreativas o medicamentos recetados distintos a los prescritos? De ser así, ¿cuáles? ¿Cuándo empezó, con qué frecuencia los consumía o los consume y durante cuánto tiempo? Enumere cada sustancia por separado.

*Por favor, firme con sus iniciales que ha leído la información anterior:_____

Machine Translated by Google

¿Quiénes forman parte de tu familia? ¿Cómo es tu relación con ellos? Por favor, menciona a todas las personas que consideras parte de tu familia. Para quienes no forman parte de tu familia de origen (como tus parejas), incluye la duración de su relación.

¿Qué actividades y relaciones sociales practicas? ¿Qué relaciones sociales importantes tienes? ¿Perteneces a algún club u organización social? ¿Cómo te gusta pasar tu tiempo libre?

¿Qué prácticas espirituales e influencias culturales son importantes para ti? ¿Perteneces a alguna comunidad religiosa, de fe o espiritual? ¿Con qué otros grupos culturales te identificas? ¿Cómo celebras la cultura y la espiritualidad en tu vida?

¿Cómo era tu vida de niño, tanto en casa como en la escuela? ¿Alcanzaste los hitos del desarrollo a tiempo o experimentaste algún retraso? ¿Cómo eran tus amigos de pequeño? ¿Cómo era tu vida en la escuela?

¿Qué experiencias educativas, laborales o de voluntariado significativas ha tenido? ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que ha completado? ¿Trabaja actualmente? De ser así, ¿dónde y desde hace cuánto tiempo? ¿Qué otras experiencias laborales y educativas ha tenido (como ser ama de casa o pasar un semestre en el extranjero)? ¿Está satisfecho con su empleo y su formación actuales?

¿Tiene algún problema legal actual o previo? ¿Ha sido arrestado o acusado alguna vez de algún delito o falta? ¿Tiene alguna relación con los tribunales civiles, como una demanda o un asunto de derecho familiar? De ser así, descríbalos.

*Por favor, firme con sus iniciales que ha leído la información anterior:_____

Machine Translated by Google

¿Qué fortalezas y habilidades aportas a las sesiones? ¿Qué necesidades o preferencias tienes que nos ayudarán a tener éxito? ¿Qué estrategias de afrontamiento te han funcionado hasta ahora? ¿Qué es importante saber para que nuestro tiempo sea más efectivo?

.

¿Cómo crees que buscar terapia específica puede ayudarte?

*Por favor, firme con sus iniciales que ha leído la información anterior:_____