**Carlos Durana, Ph.D., M.Ac.**

4915 St. Elmo Ave.,

Suite 504 – Room 7c

Bethesda, MD 20814

(301) 654-0100

2265 Cedar Cove Court

Reston, VA 20191

703-716-0906

703-620-0420 (FAX)

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PAREJA**

Entendemos que la terapia de parejas comienza con una evaluación de nuestra relación incluyendo pasado y presente de la misma. Durante esta evaluación el Dr. Durana decidirá si él es el terapeuta apropiado para nosotros, al mismo tiempo que nosotros decidiremos si deseamos o no comenzar la terapia de parejas con él. Entendemos que debido al compromiso que se requiere en cuanto tiempo y dinero además del potencial impacto en nosotros y otras personas (ver abajo), es importante hacer una elección informada al momento de escoger un terapeuta de pareja.

Hemos leído y entendemos los límites potenciales de la confidencialidad, incluyendo aquellos impuestos por las políticas del Dr. Durana y por las leyes del Estado. Hemos recibido una copia para mantenerla con nosotros. Entiendo que el rol del Dr. Durana es proveer servicios terapéuticos para que pueda sentirme mejor y/o para mejorar mi funcionamiento, especialmente cuando está relacionado con mi familia. El rol del Dr. Durana no tiene la intención de reunir información para ser usada en los tribunales ni de hacer juicios en relación a mi familia.

Por consiguiente, estoy de acuerdo en que no llamare al Dr. Durana para pedirle que proporcione records de tratamientos o para testificar en un futuro divorcio o acción de custodia. Entiendo que los tribunales pueden designar profesionales que no han tenido contacto previo con mi familia para conducir evaluaciones independientes y hacer recomendaciones al tribunal.

Entiendo que la política del Dr. Durana es no tener participación alguna en mi caso por ante un tribunal porque esto podría perjudicar nuestra relación y la habilidad de lograr mis metas. Mis metas incluyen el resolver preocupaciones personales con el fin de preservar mi matrimonio y/o para ser un mejor padre o madre. Ya que necesito hablar libremente, mi cónyuge también está de acuerdo en que nunca le pedirá al Dr. Durana testificar o presentar los records de mi tratamiento en un tribunal.

Al firmar este formulario ambos estamos acordando en no usar ninguno de mis records de intervención terapéutica o testimonio en cualquier procedimiento judicial futuro.

Entendemos todas las políticas como fueron descritas en la hoja de INFORMACION DEL PACIENTE y las aceptamos como condiciones para iniciar la terapia de pareja con el Dr. Durana.

Se nos ha dado la oportunidad de hacer preguntas y de discutir las políticas de confidencialidad y de divulgación de información con el Dr. Durana. Entendemos que mientras estemos trabajando como una pareja todo lo que uno de nosotros pueda decirle al Dr. Durana individualmente, ya sea por teléfono o en sesiones individuales, será manejado de forma confidencial y no será compartido con el cónyuge/pareja sin el consentimiento del individuo.

Acordamos compartir responsabilidad con el Dr. Durana para el proceso de terapia, incluyendo el establecimiento y logro de metas. Al comenzar la terapia de pareja, aceptamos que ambos entendemos que trabajar hacia el cambio puede significar el experimentar sentimientos difíciles e intensos, algunos de los cuales pueden ser dolorosos, con el fin de alcanzar las metas de la terapia. Entendemos que los cambios que uno de nosotros o ambos hagamos tendrán un impacto en nuestra pareja y en otras personas alrededor de nosotros. Aceptamos que tales cambios pueden tener efectos tanto positivos como negativos y acordamos en clarificar y evaluar los potenciales efectos de cambios antes de asumirlos.

*[El Dr. Durana ha explicado que su enfoque terapéutico en la terapia de pareja está en preservar y mejorar la relación en lugar de enfocarse en una felicidad individual. Si el mantenerse juntos es perjudicial para uno o ambos compañeros, el enfoque estará en facilitar una separación amigable]*

Al firmar abajo, estamos de acuerdo en aceptar los servicios de ayuda mental que ofrece el Dr. Durana y aceptamos total responsabilidad por los pagos para tales servicios.

Paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_