

**Maria-Jose Soerens, M.A.**

534 Westlake Ave N #240  
Seattle, WA 98109

---

**Intake Form**

Fecha \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

\*Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo \_\_\_\_\_

Sexo (M/F) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Está bien contactarte en la casa? Si / No    Está bien dejar mensajes en ese teléfono? Si/No  
Si "no" entonces como te puedo contactar? \_\_\_\_\_

Estás bajo atención médica? Si / No  
Si sí, por favor explique o describa. \_\_\_\_\_

Nombre de su doctor y teléfono: \_\_\_\_\_

Está tomando medicinas? Si / No  
Si sí, por favor explique/describa. \_\_\_\_\_

Describe todo medicamento psiquiátrico que ha tomado. \_\_\_\_\_

Ha estado bajo el cuidado de un psiquiatra, psicólogo o consejero? Y / N  
Si sí, por favor déme su nombre, fecha y lugar de la terapia y explique brevemente la naturaleza del problema que requirió atención. \_\_\_\_\_

*Por favor encierre en un círculo las dificultades que se relacionen con usted:*

Ansiedad	Depresión	Miedo/Fobias	Desórdenes Alimenticios
Problemas Sexuales	Pensamientos Suicidas	Separación/Divorcio	Relaciones
Finanzas	Uso de Alcohol/Drogas	Carrera Profesional	Rabia
Auto-Control	Infelicidad	Insomnio	Asuntos Religiosos
Trabajo/Stress	Problemas de Salud	Cortarse/Auto-Mutilación	Patrones de Ideas

De los problemas que marcaste arriba, cuál te preocupa más? Hay algún otro problema no mencionado que te gustaría que supiera?

*Explica:*

\_\_\_\_\_

Naciste en un país fuera de los E.E.U.U? Y / N

*Si sí, describe cuál y por cuánto tiempo viviste ahí:* \_\_\_\_\_

Hay algún otro país que sea parte importante de tu historia? Y / N

*Si sí, describe cuál y por cuánto tiempo viviste ahí:* \_\_\_\_\_

Cuánto tiempo has vivido en EEUU? \_\_\_\_\_

Cuál es el idioma que se habla en tu casa actualmente? \_\_\_\_\_

Cuál fue el idioma más significativo en tu niñez? \_\_\_\_\_

Qué idioma quieres usar en las sesiones de terapia? \_\_\_\_\_

En una escala de 1 a 10, 1 siendo *poco probable* y 10 siendo *muy probable*, cuánto crees que tus desafíos emocionales pueden resolverse con la ayuda de terapia?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**María-José Soerens, M.A., LMHCA**  
**534 Westlake Ave N #240**  
**Seattle, WA 98109**

**Entrenamiento y Grados:** Recibí mi título de Psicóloga en la Universidad Central de Chile en el año 2005, en Santiago, Chile. El mismo año fui invitada a través de una beca completa, a hacer mi Master en Psicoterapia y Consejería en Northwest University. En el año 2006 fui parte de la formación de “Broken Prophets”, un centro de consejería enfocado en servir a artistas en Seattle, y trabajé con niños de familias de refugiados inmigrantes, explorando las artes como una herramienta terapéutica en el área sur de Seattle. El 2008 fundé “Frame”, una comunidad creativa conformada por mujeres en vivienda de transición, donde exploramos nuestra belleza interior y nuestros propios recursos para salir adelante en la vida. Me gradué el año 2007 y actualmente estoy trabajando por mi licencia en el Estado de Washington bajo la supervisión de Dr. Susan Hall.

**Orientación Terapéutica :** Veo el proceso de terapia como la formación de una alianza entre tú y yo donde exploramos la naturaleza de tus conflictos internos. Aún cuando pasaremos tiempo enfocándonos en los temas específicos que te trajeron a terapia, también pondremos atención en la naturaleza de tus relaciones con las personas importantes en tu vida. De acuerdo a mi orientación teórica, muchas de las fuerzas y dinámicas que han formado parte de la complejidad e intensidad de tus conflictos, se encuentran basadas en asuntos relacionales, y profundas preguntas acerca de tu propósito en la vida. Muchas de las maneras en las que te relacionas contigo misma y con otros, han sido aprendidas a temprana edad y son necesarias para tu sobrevivencia. Sin embargo, esas mismas maneras que te han protegido en el pasado, pueden entorpecer una vida satisfactoria en el presente. Algunos problemas pueden tener una causa física; en aquellos casos, te aconsejare consultar a un doctor.

**Tarifas y Seguro Médico:** La tarifa por consejería será \$75 por una sesión de 50 minutos. En caso de dificultad económica, puedes optar a una tarifa de \$50 por una sesión de 50 minutos y \$75 por sesión de 75 minutos. Debes hacer tu pago en cada sesión o al principio del mes. Vas a tener que pagar por una sesión perdida si no la cancelas dentro de las 24 horas previas a nuestro encuentro (excepto en casos de emergencia o enfermedad). La tarifa puede aumentar periódicamente, pero te avisaré con dos semanas de anticipación. El establecer tarifas de bajos ingresos prohíbe el uso de seguro médico.

**Elección de un profesional:** Tienes el derecho de escoger al psicólogo que mejor se ajuste a tus necesidades y goles. Puedes buscar una segunda opinión con otro profesional en salud mental o terminar el proceso de terapia en cualquier momento.

**Confidencialidad:** Hay un privilegio legal en este estado que protege la confidencialidad de la información que compartas conmigo. Como una profesional, puedo asegurarte que me esmero en mantener los niveles éticos más estrictos de confidencialidad.

Hay excepciones legales para la confidencialidad. Las siguientes situaciones son aquellas en las que la información que compartes conmigo puede ser compartida con otros.

- 1) El cliente da autorización escrita para compartir información confidencial.
- 2) Cualquier cosa que insinúe un acto criminal o dañino.
- 3) Si el cliente es un menor de edad, y hay signos de que el o ella son víctima o sujeto de un crimen.
- 4) El cliente trae cargos legales en contra del psicólogo.

- 5) En respuesta a una citación a corte judicial.
- 6) Como es requerido bajo el capítulo 26.44 RCW.

En lo posible, discutiremos cualquier excepción de confidencialidad si es necesario.

**Consulta Profesional:** Regularmente consulto con otros profesionales en relación a los clientes con los que trabajo. Esto me permite obtener distintas perspectivas e ideas acerca de cómo mejor ayudarte a lograr tus objetivos. Estas consultas son hechas de tal manera que la confidencialidad es mantenida.

**Reserva de horas:** Nuestras sesiones serán *semanales*. Sin embargo, estas no son automáticamente reservadas para ti; es tu responsabilidad reservar una hora al final de cada sesión.

**Información del Estado:** Psicólogos que practiquen y que reciban honorarios deben estar registrados o certificados con el departamento de salud para la protección de la salud y seguridad pública. El registro de un individuo con el departamento no implica el reconocimiento de ningún Standard de práctica o la efectividad del tratamiento.

El propósito del *Counselor Credentialing Act* (Chapter 18.19 RCW) es (A) Proveer protección para la salud y seguridad pública; y (B) Empoderar a los ciudadanos del Estado de Washington a través de la provisión de canales de denuncia en contra de aquellos psicólogos que cometan actos de conducta no profesional.

**Conducta No Profesional:** El folleto llamado "*Counseling or Hypnotherapy Clients*" provee una lista de las maneras en las que psicólogos pueden trabajar de manera no profesional. Si crees que mi conducta ha fallado a la ética profesional en cualquier forma, por favor contacta al Departamento de Salud en la siguiente dirección y teléfono:

Department of Health, Counselor Programs  
P.O. Box 47869  
Olympia, WA 98504-7869  
360.664.9098

**Contacto Telefónico:** Puedes dejarme un mensaje en 206.399.0940 o un email en [cote@mariajosesoerens.com](mailto:cote@mariajosesoerens.com). Reviso estos mensajes regularmente. Por favor limita tus llamados telefónicos y email para la reserva de horas y emergencias.

**Emergencias:** Si tienes una emergencia y no puedes ubicarme, por favor contacta a los siguientes teléfonos: General Emergencies 911  
Crisis Clinic 800.244.5767 or 206.461.3222

---

*I have read and understand the information presented in this form.  
He leído y entendido la información presentada en este documento:*

\_\_\_\_\_  
Client Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Therapist

\_\_\_\_\_  
Date

# Emergency Notification

**In case of emergency, notify:**

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Work Phone: (    ) \_\_\_\_\_

Home Phone: (    ) \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_

**OR**

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Work Phone: (    ) \_\_\_\_\_

Home Phone: (    ) \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_

Client Signature: \_\_\_\_\_