



DECLARACION DE DIVULGACION

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

LA LEY DEL ESTADO DE WASHINTON REQUIRE LA PROVEACION DE LOS SIGUIENTES FORMULARIOS; LA DIVULGACION DE INFORMACION, POLIZAS, ACUERDO DEL CLIENTE; Y REQUIRE RECONOCIMIENTO ESCRITO DE PARTE DEL CLIENTE CONFIRMANDO SU PROVEACION. FAVOR LEER CON CUIDADO. FAVOR DE COMUNICARSE SI TIENE ALGUNA PREGUNTA O DUDA SOBRE LO ESCRITO O SOBRE MIS SERVICIOS.

Los profesionales de Salud Mental requieren tener como mínimo una Maestría en Psicología Clínica, Consejería, o Trabajo Social. Los profesionales de Salud Mental (Psicólogos, Consejeros, Terapeutas, o Trabajadores Sociales), requieren tener una licencia y estar registrados con el Departamento de Salud para la protección de la salud y seguridad pública. El registro de un individuo con el departamento de salud no implica el reconocimiento de ningún estándar de práctica o la efectividad del tratamiento.

Número de Registrado del Consejero: SC 60407000

Nombre del Consejero: Diana Mena, LICSW

Tipo de Consejería Ofrecida: Terapia Individual, Parejas, Familias, y Grupos; Evaluaciones Psico-Sociales para Inmigración

Técnicas de Consejería: Yo incorporo aspectos de Tratamiento Cognitivo de Comportamiento (CBT), Psicología Crítica y Psicológica de Liberación, Teoría Feminista, Atención y Conciencia Plena, Auto-compasión, Métodos Somáticas, y otros métodos de sanación tradicional incluyendo el Curanderismo y Reiki.

Educación del Consejero: Bachillerato de Sociología, Seattle University; Maestría en Trabajo Social, University of Washington

Experiencia del Consejero: Soy una terapeuta Bilingüe y Bicultural que puede ofrecer terapia en Español e Inglés. Trabajo con individuos, parejas, familias y grupos de todas las edades incluyendo niños, adolescentes, adultos y ancianos.

Tengo experiencia tratando una variedad de síntomas de salud mental; con una especialización en el Estrés Pos-Traumático, la depresión, y la ansiedad. Mi enfoque es en sobrevivientes de trauma, abuso sexual durante la niñez, asalto sexual, violencia doméstica y estatal; con inmigrantes y individuos de primera generación en cuestiones culturales de desarrollo de identidad, asimilación, aculturación, familia de origen, dinámicas entre madres e hijas, trauma y sanación intergeneracional; individuos quienes experimentan el racismo, sexismo, e opresión; trabajadores sociales e activistas.



Orientación Terapéutica: Yo interpreto la salud mental de una manera decolonial. Yo practico de una manera interseccional, centrada en trauma, y basado en valores anti-racista y anti-opresivos. También incorporo un análisis de estructuras culturales y sociales incluyendo la colonización, el sexismo, la patriarca, el clasismo, y el racismo y su impacto en individuos, comunidades, y el impacto en la salud mental y el bienestar general. Yo incorporo un enfoque holístico a la terapia y a la sanación, honro la conexión entre la mente, el cuerpo, y el espíritu. Promuevo el auto-cuidado, auto-amor, y auto-compasión al igual cuidado en comunidad. La sanación y resiliencia colectiva también es promovida. Igual la sanación intergeneracional es valorada.

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. Si crees que mi conducta ha fallado a la ética profesional de cualquier forma, usted tiene el derecho de contactar 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

Medios de Contacto: Puede enviarme un correo electrónico a esperanzapllc@gmail.com; dejar un mensaje de vos o texto en 425.366.7565. Reviso estos mensajes regularmente. Si tiene una emergencia y no puede ubicarme, por favor contacta a los siguientes teléfonos: Emergencias 911, Crisis Clinic 1800.244.5767 o 206.461.3222.

He leído y he entendido la información presentada en este documento:

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Si firmado por otra persona, especifique la relación: _____

Firma del Terapeuta: _____ Fecha: _____