

Center for Therapy & Mediation

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA UN TRATAMIENTO CONFIDENCIAL E INFORMADO

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento del cliente: _____

Número del seguro médico del cliente: _____

Número del documento de identidad del cliente: _____

Yo comprendo, que como cliente/a del Centro de terapia y mediación (o CTM), soy elegible para recibir una terapia psicológica. El contenido y la duración de dicha terapia será determinada después de yo haber pasado por una evaluación inicial y abordar el tema en detalle. El proceso de la evaluación tiene por meta determinar cuál pudiese ser el mejor tratamiento para mí. Por común, sesiones de terapia pueden durar varias semanas, varios meses, o incluso por varios años.

Yo comprendo, que toda la información compartida con CTM es confidencial y ninguna información será comunicada sin el consentimiento mío o el consentimiento del padre/la madre/el tutor o el guardián. Es posible, que, durante el transcurso del tratamiento en CTM, la médica clínica/el médico clínico necesite comunicarse con otras personas u otros prestadores de servicios médicos dentro o fuera de la comunidad si es pertinente a mi cuidado médico. Por lo tanto, el consentimiento mío para comunicar cualquiera información será permitida por una autorización al escrito por mí, o por mi padre/mi madre/mi tutor o mi guardián. Dentro de ciertas circunstancias muy restringidas, el consentimiento verbal pueda ser necesario. Así mismo también entiendo que puedan ocurrir excepciones específicas y limitadas en cuanto a la información compartida, que incluyan las situaciones siguientes:

- a) Si existe el riesgo eminente de un daño a mí mismo u a otra persona, el médico clínico/médica clínica debe cumplir con la ética medical y emprender los pasos necesarios para prevenir una situación dañina.
- b) Si se sospecha que un niño/una niña u otra persona sufre de un abuso sexual, un abuso físico, o corre el riesgo de un abuso, la médica clínica/el médico clínico debe informar las autoridades apropiadas.
- c) Cuando los documentos médicos son pedidos por un mandato judicial válido, la médica clínica/el médico clínico y la agencia deben cumplir con dicha petición según la ley.

Yo comprendo, que la médica clínica/el médico clínico para la salud mental es un profesional y tiene credenciales de terapeuta para tratar a la familia y/o a la pareja. Yo comprendo que, aunque la psicoterapia a base diaria pueda darme beneficios muy importantes, pueda que también presente ciertos riesgos, tal como el de provocar algunas emociones o algunos pensamientos incómodos. Pueda ser que llegue a recordar algunas memorias inquietantes. Yo doy mi consentimiento al participar en el tratamiento que me ofrece CTM. También comprendo que puedo discontinuar el tratamiento en cualquier momento dado.

HIPAA: Yo reconozco haber recibido una copia de la Notificación de las prácticas de la privacidad HIPAA.

Cliente (Favor de escribir en letra de molde): _____

Cliente (Su firma): _____ Fecha: _____

Yo comprendo que la sesión de terapia no se llevara a cabo por correo electrónico ni al enviar un texto S M S.

Yo comprendo que al comunicarme con la/el terapeuta por texto S M S o un correo electrónico, sólo fijo una cita y ningún servicio terapéutico será provisto de tal manera.

Yo comprendo que los horarios fijos de esta oficina y los del terapeuta son a partir de las 8 de la mañana hasta las 5 de la tarde (las 17 horas de la tarde).

Yo comprendo que en caso de emergencia o una crisis, yo debo comunicarme a la línea directa: 775-784-8090 las 24 horas al día o a los servicios de emergencia 9-1-1.

Cliente (Favor de escribir en letra de molde): _____

Cliente (Su firma): _____ Fecha: _____