

C² Counseling

Consentimiento Informado

Por favor, lea atentamente lo siguiente y ponga sus iniciales donde se le pide, ya que representará un acuerdo entre nosotros.

I. Consentimiento Para Tratamiento

Yo voluntariamente consiento a los servicios de asesoramiento, evaluaciones y tratamientos para mi dependiente _____ o yo _____. Reconozco que puedo poner fin a la relación de consejería en cualquier momento El Consejero Profesional con Licencia podrá consultar con otros consejeros o psicólogos con el fin de conceptualizar mejor mi caso. La terminación exitosa de los servicios se determina cuando el consejero y yo coincidimos en que los objetivos de tratamiento se han completado sustancialmente. Terminación también puede ocurrir si me olvido de dos citas consecutivas sin notificación adecuada y oportuna.

Sus Iniciales

II. Tratamiento

Voy a estar informado acerca de la evaluación de asesoramiento y / o servicios de tratamiento que se recomienda. Voy a tener la oportunidad de discutir las preocupaciones y ayudar en el desarrollo de un plan de tratamiento. Entiendo que durante el tiempo que trabajamos juntos, nos reuniremos cada semana o una vez cada dos semanas por aproximadamente 45 a 55 minutos.

Sus Iniciales

III. Referidos

Si el consejero profesional o yo sentimos que se necesita una referencia, él / ella proporcionará algunas alternativas.

Sus Iniciales

IV. Confidencialidad y Deber de Advertir

Entiendo que mi dependiente o yo tenemos el derecho a la privacidad como protegido por la ley. En general, todas las comunicaciones entre el cliente y el consejero son confidencial. Sin embargo, soy consciente de los límites de la confidencialidad en la que la información puede ser revelada en las siguientes condiciones:

- A. Las circunstancias en que yo o los demás esten en riesgo inminente de lesiones graves (suicidio) o muerte (homicidio).
- B. sospecha de abuso, incluyendo física, mental o sexual de un menor o persona con discapacidad o persona de edad avanzada.
- C. Corte o referencia de evaluación tribunal penal.

La ley estatal exige que los profesionales de salud mental puedan tener que informar de estas situaciones a las personas o agencias apropiadas.

Sus Iniciales

C² Counseling

Consentimiento Informado

En consejería del matrimonio y la familia no hay secretos entre los socios, por lo tanto, la confidencialidad no está garantizada.

Sus Iniciales

V. Consejero Incapacidad o Muerto

Reconozco en el caso de que el consejero queda incapacitado o muere, será necesario que otro terapeuta tome posesión de mi archivo y registros. Doy mi consentimiento para permitir que otro proveedor de salud mental con licencia, seleccionado por C2 Counseling, tome posesión de mi expediente y me proporcionará copias a petición. Voy a seleccionar un terapeuta sucesor en un plazo razonable y notificare al profesional de salud mental designado.

Sus Iniciales

VI. Derechos del Cliente

Entiendo que tengo ciertos derechos que incluyen:

1. Todos los derechos civiles garantizados por Texas y la Ley de los Estados Unidos.
2. El derecho de ser tratado con dignidad y respeto sin abuso o negligencia.
3. El derecho a una investigación de una queja. Se harán todos los esfuerzos razonables para resolver las disputas.
 - El número de teléfono de contacto para la Junta de Consejeros Profesionales del Estado de Texas es 1-800-942-5540; la Junta trabaja para proteger al público de la conducta profesional ética o comportamientos que violan las reglas de la práctica para consejeros profesionales.
4. El derecho de permitir que información sea divulgada con una autorización firmada que indica qué tipo de información se dará a conocer, por qué razones y a quien se dará.

Sus Iniciales

VII. Registros

Entiendo que historias clínicas serán destruidos en siete años después de mi última sesión o en el caso de mi hijo, siete años después de cumplir 18 años. También entiendo que C2 Counseling es el custodio de los registros. Si solicito una copia de la historia clínica, habrá una tarifa. Si yo doy permiso a otro proveedor u organización para recibir copias o faxes de mis discos, también se aplicará la tarifa.

Sus Iniciales

VIII. Honorarios

Entiendo que hay honorarios por servicios profesionales y que estas cosas se han discutido conmigo. Acepto la responsabilidad de los gastos incurridos. El pago es debido en la época de los servicios menos que se hayan hecho arreglos. Entiendo y acepto que si no pago por los servicios prestados por C2 Counseling, mi nombre y la información se presentará a la Oficina de Crédito.

Sus Iniciales

C² Counseling

Consentimiento Informado

El costo de citas perdidas (incluyendo citas iniciales) con menos de 24 horas es \$50 pagados en el momento de la próxima sesión. Además, entiendo y acepto que si emito un cheque devuelto por falta de fondos, que se me cobrará una cuota administrativa de \$30.

Sus Iniciales

Este contrato no incluye los servicios forenses. Un contrato separado para los servicios forenses será entregado si es necesario. Sin embargo, se aplicarán cargos si un consejero es llamado por los servicios o citado.

Sus Iniciales

Mi firma abajo significa que he leído y rubricado este documento, lo he comprendido, se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas de aclaración, y he recibido una copia de la notificación al pedirla.

Imprimir Nombre del Cliente

Fecha

Firma del Cliente / Guardián

Fecha

Imprimir Guardián

Fecha

Presenciado Por

Fecha