

## Forma Consejería para Menor

Fecha: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL MENOR:

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre o Inicial: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Apodo: \_\_\_\_\_ Género:  H  M  Otro \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES RACIALES/ÉTNICOS:**  Hispano/Latino  Blanco  Negro o Afroamericano  Asiático  
 Indio Americano o Nativo de Alaska  Nativo de Hawaii o de otras Islas del Pacífico  Otro: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE LA PARTE RESPONSABLE:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el menor: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ ¿Podríamos dejar mensaje?  Sí  No

Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_ ¿Podríamos dejar mensaje?  Sí  No

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ ¿Podríamos dejar mensaje?  Sí  No

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

¿Podríamos comunicarnos a través de correo electrónico para programar sus citas?  Sí  No

¿Le gustaría recibir correos electrónicos con consejos para mantener una buena salud relacional, niños y familia?  Sí  No

*El Center bajo ninguna circunstancia enviará información personal a través de correo electrónico. No venderemos o distribuiremos su correo electrónico de ninguna forma.*

### CUALQUIER OTRO ADULTO CON CUSTODIA DEL NIÑO:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con menor: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Tiene derecho a discutir el progreso del menor con el consejero?  Sí  No

**Proporcione una copia del documentación del acuerdo de custodia para verificar su derecho legal de traer al menor. Un menor no se puede atender sin esta documentación.**

Escriba la información de cualquier otro adulto que tenga derecho a saber y hablar del progreso del menor con el consejero:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## Forma Consejería para Menor (continuación)

### PREFERENCIA DE FE:

Evangélico/Christiano     Católico     Judía     Musulmán     Hindú     Otro: \_\_\_\_\_  
Afiliación Congregación: \_\_\_\_\_

### REFERENCIA

¿Cómo se enteró del Center?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Seguro o EAP/sitio de web de seguro o EAP              | <input type="checkbox"/> Amigo o miembro de la familia      |
| <input type="checkbox"/> Búsqueda en línea/Google/Medios de comunicación social | <input type="checkbox"/> Lista en línea de Psychology Today |
| <input type="checkbox"/> Médico: Nombre de Médico: _____                        | <input type="checkbox"/> Escuela/consejero escolar          |
| <input type="checkbox"/> Pastor o Iglesia: Nombre de Pastor o Iglesia _____     | <input type="checkbox"/> Otro: _____                        |

### RAZÓN DE VISITA:

¿Qué lo trae en busca de consejería? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha estado lidiando su niño(a) con este desafío?     0-6 meses     6-12 meses     más de 1 año

Escriba cualquier evento, situación o circunstancia que haya podido causar estrés a su niño(a):

\_\_\_\_\_

Escriba algunas de las fortalezas de su niño(a):

\_\_\_\_\_

### TERAPIAS PREVIAS: (si aplica)

Fecha: \_\_\_\_\_ Consejero: \_\_\_\_\_

### PRUEBAS/EVALUACIONES PSICOLÓGICAS ANTERIORES: (si aplica)

Fechas: \_\_\_\_\_ Lugar/Examinador: \_\_\_\_\_

Resultados: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN MÉDICA:

Pediatra: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Puede El Center ponerse en contacto con su pediatra?     Sí     No

Escriba cualquier problema médicos y medicamentos actuales:

\_\_\_\_\_

En caso de que la seguridad de su niño(a) o la seguridad de otros estén en riesgo, el consejero puede decidir notificarle al contacto de emergencia que usted designe. (El contacto debe tener más de 18 años.)

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

05.2020

## NOTIFICACIÓN DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD DEL THE CENTER (HIPAA)

Esta notificación explica cómo manejamos su información de salud, cómo podría ser divulgada a otros y cómo usted puede adquirir dicha información.

Por favor revise cuidadosamente esta notificación y siéntase en la libertad de pedir clarificación si hay algo del material que no entienda. La privacidad de su información de salud es importante para nosotros y queremos hacer todo lo posible para proteger dicha privacidad.

Tenemos una responsabilidad bajo las leyes de los Estados Unidos y las del estado de Texas de mantener la privacidad de su información de salud. Parte de nuestra responsabilidad es notificarle sobre nuestras prácticas y política de privacidad. También es parte de nuestra responsabilidad seguir las prácticas establecidas en esta notificación.

Esta notificación es efectiva el 14 de abril de 2003 y continuará en efecto hasta que sea reemplazada.

Nosotros tenemos el derecho de cambiar o modificar estas prácticas de privacidad, siempre y cuando esos cambios sean permitidos o requeridos por ley.

Cualquier cambio en nuestras prácticas de privacidad afectaría cómo protegemos la privacidad de su información de salud. Esto incluye la información de salud que podamos recibir de usted o que desarrollemos dentro del The Center. Estos cambios también podrían afectar cómo protegemos la privacidad de cualquier información de salud cuya que hayamos obtenido antes de dichos cambios.

Cuando realizamos estos cambios, también cambiaremos esta notificación y usted recibirá una copia del mismo.

Si usted solicita una copia de esta notificación ahora o en cualquier otro momento futuro, le daremos una copia libre de costo. De tener alguna pregunta o preocupación sobre el material en este documento, por favor pida asistencia la cual será dada sin costo alguno.

### **A continuación algunos ejemplos de cómo podríamos utilizar o divulgar su información de salud con su autorización:**

- A. A su médico o cualquier otro proveedor de salud que le esté tratando.
- B. A cualquier miembro de nuestro personal que este envuelto en su programa de tratamiento.
- C. A cualquier persona que sea requerido por leyes federales, estatales o locales que puedan tener acceso legal a su plan de tratamiento.
- D. Para recibir pago de terceros por los servicios que se le brindan a usted.

E. Para estar en cumplimiento con Manejo de Uso/Plan de Mejora de Calidad de terceros.

F. A nuestro personal dentro de las operaciones del Centro. Ejemplo de esto incluyen pero no se limitan a: evaluar la efectividad de nuestro personal, supervisión del personal, mejorar la calidad de nuestros servicios, cumplir con los estándares de acreditación, y en conjunto con licencias, credenciales o actividades para certificaciones.

G. A cualquiera que nos provea con una autorización escrita para obtener su información de salud, cualquiera que sea su motivo. Usted puede anular esta autorización por escrito en el momento que usted lo desee. La anulación será efectiva inmediatamente y aplicará a su información de salud desde ese punto en adelante.

H. A cualquier familiar, persona responsable por su cuidado, o su representante en caso de una emergencia. De usted estar presente en ese momento, le daremos la oportunidad de objetar. De usted objetar, o no estar presente, o es incapaz de responder, podremos utilizar nuestro juicio profesional, teniendo en cuenta la naturaleza de la emergencia, para acceder y usar o divulgar su información de salud pensando en lo que sería mejor para usted en ese momento. Al hacer esto, solo utilizaremos divulgaremos la información de salud que sea necesaria o relevante para responder a la emergencia.

No utilizaremos su información de salud con ninguno de las propagandas, anuncios, desarrollo, relaciones públicas, o actividades relacionadas del Centro sin su consentimiento o autorización escrita.

No utilizaremos o divulgaremos su información de salud de cualquier otra forma que no sean las descritas en esta notificación a menos que usted lo autorice de forma escrita.

### **Como cliente del The Center, usted tienes los siguientes derechos:**

- A. Con pocas excepciones, usted puede solicitar por escrito inspeccionar su información de salud que mantenemos para nuestro uso.
- B. Puede solicitar copias de la información en la parte "A" descrita anteriormente.
- C. Habrá un cargo razonable por cada página a ser fotocopiada.
- D. Tiene derecho a una copia libre de costo de esta notificación.
- E. Puede solicitar por escrito que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud con métodos alternos, en un lugar alternativo. Un ejemplo de esto pudiera ser (si su idioma primario no es hablado en el Centro, y estamos tratando a un niño de quien usted tiene custodia legal). Su notificación escrita

debe incluir específicamente el método alternativo de comunicación y el lugar.

F. Puede solicitar por escrito restricciones adicionales en la forma en que utilizamos o divulgamos su información de salud. Podemos denegar una o todas las restricciones solicitadas. De aceptar las restricciones adicionales, acataremos las mismas en todas las circunstancias o situaciones, con excepción a aquellas en que a nuestro juicio profesional constituyan una emergencia.

G. Puede solicitar por escrito que se enmiende la información de la parte "A" descrita anteriormente.

H. De aprobar la solicitud escrita para enmendar la parte "A", modificaremos nuestros expedientes de acuerdo a la enmienda. También notificaremos a cualquier persona que haya recibido dicha información o cualquier persona que usted desee sea informada..

I. De negar sus enmiendas, puede someter una declaración escrita para su expediente donde especifique no estar de acuerdo con la denegación de su solicitud.

J. Puede solicitar por escrito donde le proporcionemos una lista de las ocasiones en que nosotros o alguno de nuestros socios divulgamos su información de salud para otros propósitos que no sean su tratamiento, pagos u la operación de nuestro Centro. Esto puede ir hacia atrás tanto como seis años.

K. De usted solicitar información desglosada en la parte "J" más de una vez en un periodo de 12 meses, podríamos cobrarle una tarifa a basada en los costos reales de obtener y tabular dicha información.

L. Si usted entiende que hemos violado alguno de sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con las decisiones que hemos tomado sobre cualquiera de sus derechos en esta notificación, puede informarlo por escrito a la siguiente persona:

Compliance Officer(s):  
CEO o Clinical Director  
Teléfono: 214.526.4525  
Fax: 214.520.6468  
Dirección:  
The Center  
4305 MacArthur Avenue  
Dallas, TX 75209

M. También puede someter una queja escrita al Departamento de Salud y Servicio Humanos de los Estados Unidos. Le brindaremos la dirección postal cuando usted lo solicite.

## Política del Center/Privacidad de HIPPA y Consentimiento de Terapia

El Center ha servido el área del norte de Texas desde 1968 y estamos agradecidos de que nos escogiera para trabajar con usted. El Center es un centro de consejería fundamentado en la fe, un centro que incluye elementos de fe para servir aquellos que buscan ayuda con integridad, compasión y respeto. Ofrecemos servicios a todas las personas; por lo que nuestro personal no impone sus creencias personales a sus clientes. Si el cliente lo solicita, trabajaremos dentro del sistema de creencia y la preferencia de fe nuestros clientes.

La psicoterapia tiene tanto beneficios como riesgos. Los riesgos pueden incluir experimentar sentimientos incómodos, como tristeza, culpa, ansiedad, enojo, frustración, soledad e impotencia porque el proceso de la psicoterapia a menudo requiere discutir los aspectos desafiantes de su vida. Sin embargo, se ha demostrado que la psicoterapia tiene beneficios para las personas que la realizan. La psicoterapia requiere un esfuerzo muy activo de su parte. Su participación en la asesoría, tanto dentro de la sesión como fuera de ella, puede ayudarlo a alcanzar sus metas de consejería.

**NOTIFICACIÓN POLÍTICAS DE PRIVACIDAD:** La siguiente política de privacidad le informa de cómo utilizamos su información de salud en nuestro Center, cómo podríamos revelar su información de salud con otros, y cómo puede acceder la misma.

Su relación con El Center es importante y confidencial. Información referente a su consejería no puede ser revelada o divulgada sin su autorización escrita, a menos que la divulgación de la misma pueda prevenir el daño inminente, sea requerido por el estado o leyes federales. Algunos ejemplos de esto pueden incluir pero no se limitan a: sospecha de abuso de un menor o anciano; para pagos a terceros como seguros médicos; si está envuelto en algún caso legal donde su terapeuta o el Center se le requiera por ley divulgar su expediente por un juez o abogado; si usted podría ser un riesgo para usted u otra persona, el terapeuta podría notificarle a personal médico o policíaco; así descrito en la política de privacidad.

**TARDANZAS, CANCELACIONES Y NO PRESENTARSE A LA CITA:** La cita inicial generalmente de 60 minutos. Las citas de seguimiento duran alrededor de 45-60 minutos. Estas sesiones están reservadas para usted, y usted es responsable de pagar por ese tiempo. Las cancelaciones hechas con 24 horas de anticipación no tendrán ningún cargo. Sin embargo, aquellas personas que cancelen con menos de 24 horas recibirán un cargo de \$50 en la tarjeta de crédito que esta archivada en el sistema. Si constantemente se "ausenta" o "cancela tarde" sus citas puede resultar en la terminación del tratamiento. Compañías aseguradoras o terceros no aceptarán reclamaciones por citas perdidas o que no se usaron.

**RESPONSABILIDAD DEL TERAPEUTA:** El trabajo de su consejero está abierto al escrutinio de la supervisión profesional, la revisión por pares y las Juntas de Licencias en el estado de Texas. De tener alguna preocupación o problema con su relación terapéutica, o las políticas del Center, puede hablar directamente con su terapeuta o con el CEO del Center. La línea para quejas para la mayoría de los consejeros profesionales con licencia de Texas es 1.800.942.5540.

**NUESTRAS LIMITACIONES:** Somos un centro de tratamiento ambulatorio y no podemos proveer monitoreo intensivo diario del cliente. No podemos ayudar a clientes que:

- Siga el abuso del alcohol y otras drogas
- No utilice adecuadamente sus medicamentos
- Requiere supervisión intensa
- Muestra falta de respeto a otros clientes, el personal del Center o la propiedad del Center
- Son un riesgo para ellos o para otros

**INFORMACIÓN DE CONTACTO:** Para dejar un mensaje a su consejero, puede ir directamente al sistema de correo de voz marcando 214.526.4525, luego siga las instrucciones para su extensión. Estas llamadas serán devueltas dentro del horario de trabajo. Para preguntas sobre programación o facturación, llame a Servicio al Cliente al número principal del Centro, 214.526.4525. En caso de una crisis que no ponga en peligro su vida después del horario de trabajo habitual, llame a la línea directa nacional de prevención del suicidio al 800-273-8255 o envíe un mensaje de texto a HOME al 741741. **En caso de una emergencia, diríjase a la sala de emergencias más cercana o llame al 911.**

**HONORARIOS/TÉRMINOS FINANCIEROS:** Los honorarios serán discutidos en su primera sesión. El pago se espera en su totalidad en el momento en del servicio. Si no puede realizar el pago en el momento de recibir el servicio se le pedirá que reprogramar a un tiempo el que puede realizar el pago. Esto nos permitirá continuar bien fiscalmente y proveer servicios de calidad y continuos. Cuestiones de seguros pueden ser discutidos con su terapeuta o nuestro coordinador de seguros. Usted

05.2020

## Política del Center/Privacidad de HIPPA y Consentimiento de Terapia (continuación)

también será responsable de cualquier balance pendiente que su seguro no cubra o pague por los servicios brindados. Usted también será responsable por el balance pendiente si el asegurado es diferente a usted. De tener alguna dificultad con su compañía aseguradora, puede presentar una queja con el Departamento de Seguros de Texas (1.800.252.3439 o [www.tdi.state.tx.us](http://www.tdi.state.tx.us)).

**EXPEDIENTES DEL CLIENTE:** Habrá un cargo administrativo de impresión y fax de \$25 por las primeras 20 paginas y \$.50 por cada página adicional del expediente del cliente. Cargos adicionales pueden incluir costo por envío por correo o entrega de copias del expediente. Tenga en mente que tomará de 7-10 días laborables para procesar el expediente. Los cargos deben ser pagos por adelantado. Los cargos por los registros del cliente se deben pagar por adelantado y se cargarán en la tarjeta de crédito en el archivo.

**CARTAS/DOCUMENTOS:** Existe un cargo asociado con cualquier y todo documento que tengamos que completar. Los cargos serán determinados por el tiempo que se tome el completar la solicitud. Cargos por cartas/documentos deben ser pagados por adelantado.

**CARGOS JUDICIALES:** *Este es un servicio normalmente no provisto por los terapeutas del Center.* Si una deposición u opinión en corte es requerida, habrá un cargo de \$200 la hora. El cargo mínimo es de \$1600, y debe ser pago por adelantado. Preparación, viaje y abogado o tiempo empleado será cobrado por la hora. Costos de viaje (peajes, gas y millaje) también serán facturados. Las compañías de seguro no serán facturadas por ninguno de estos cargos; usted será totalmente responsable del pago.

**TRÁMITES DE FMLA/DISCAPACIDAD:** *Este es un servicio normalmente no provisto por los terapeutas del Center.* Para que el/la terapeuta puede completar los trámites de FMLA/Discapacidad, usted tiene que programar una cita. Antes de su cita, por favor entregue toda su documentación. Hay un cargo de \$125 para la cita de trámites de FMLA/Discapacidad. Los beneficios de seguro medico o de EAP no aplican para su cita. Después de haber completado seis sesiones, el terapeuta determinará si es apropiado completar la documentación de FMLA. Los cargos por trámites de FMLA/Discapacidad deben ser pagados por adelantado.

**SEGUROS:** Si desea utilizar los beneficios de su seguro, y su terapeuta **es un proveedor participante (dentro de la red)** usted está de acuerdo con asignar pago de su plan médico al Center y actualizar el Center con su información de seguro más reciente en todo momento. De haber un cambio en su seguro, pedimos que por favor nos notifique de cualquier cambio por lo menos con dos días de anticipación a su cita. De no cumplir con lo estipulado, puede resultar en cargos con la tarifa estándar por hora de su cita. El Center facturará su compañía aseguradora si su terapeuta es un proveedor dentro de la red. Sin embargo, usted es responsable de cualquier co-pago, deducible y pago por los servicios no cubiertos o aprobados por su seguro médico. De tener un deducible, debe pagar cada visita al momento de su cita hasta que su deducible haya sido cubierto. Si su aseguradora niega el pago por cualquier razón, usted es responsable para el pago.

Si elige no usar sus beneficios de seguro  si elige usar sus beneficios de seguro, y su terapeuta **no es un proveedor participante (fuera de la red)**, debe entender que usted será responsable de obtener autorización/certificación para tratamiento por adelantado y de someter las reclamaciones para ser reembolsados por el seguro. El Center le proveerá los recibos con toda la información necesaria para que pueda intentar obtener el reembolso por los servicios, sin embargo, usted será responsable por la tarifa completa a momento de recibir el servicio independientemente su aseguradora complete o no el reembolso. Lamentablemente, al Center no es una entidad contratada por su aseguradora, usted es responsable de toda comunicación y cualquier intento de obtener un reembolso de su aseguradora. Si su aseguradora niega el pago por cualquier razón, usted es responsable para el pago.

**ACUERDO:** Yo he leído y entendido mis derechos y compromisos como cliente de consejería, incluyendo la política de privacidad de HIPPA, tardanzas, cancelaciones y no presentarse a la cita, y los límites de confidencialidad del Center. Mi firma a continuación es mi aceptación de las políticas y consentimientos de los servicios psicoterapéuticos del Center por el (la) menor mencionado a continuación y confirmación de que mi terapeuta repaso los consentimientos y entrega de expedientes conmigo.

Firma de Cliente: \_\_\_\_\_ Escriba el nombre de Cliente : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **O para Menor**

Firma del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Escriba el nombre del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Tengo autoridad legal para firmar este documento en nombre de \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_



## Consentimiento del Cliente: Asesoramiento por Internet o por Teléfono

Por la presente, doy mi consentimiento para participar en asesoramiento por Internet y / o teléfono con The Center de Asesoramiento y Psicología Integrativa. Entiendo que estos modos de servicio incluyen la práctica de la prestación de atención de salud mental, diagnóstico, consulta, tratamiento, transferencia de datos de atención médica, y entiendo que el asesoramiento por Internet y / o teléfono también puede implicar la comunicación de mi información de salud mental / salud, tanto oral como visualmente. Entiendo que las líneas telefónicas encriptadas probablemente no se usen y, por lo tanto, no se puede garantizar la confidencialidad si las sesiones se realizan en áreas con acceso no seguro a Internet (WIFI público). Además, se recomienda que las sesiones telefónicas se realicen en áreas en las que pueda garantizar la privacidad y no mientras realiza mandados o en áreas públicas. El clínico no puede garantizar la confidencialidad de la información del cliente (uso de WIFI público, redes no seguras, hablar en áreas públicas, etc.). Al dar mi consentimiento para la teleconsejería, estoy de acuerdo con la confidencialidad conforme a HIPAA y no capturaré fotos, videos o grabaciones de audio de las sesiones.

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a Internet y / o asesoramiento telefónico:

1. Tengo el derecho de retener o retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro o arriesgar la pérdida o retiro de cualquier beneficio del programa al que de otro modo tendría derecho.
2. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información de atención médica también se aplican a Internet y / o asesoramiento telefónico. Como tal, entiendo que la información revelada por mí durante el curso de mi tratamiento es generalmente confidencial. Sin embargo, existen excepciones obligatorias y permisivas a la confidencialidad, que incluyen, entre otras, denunciar el abuso de menores, adultos mayores y adultos dependientes; expresé amenazas de violencia hacia una víctima comprobable; y donde convierto mi estado mental o emocional en un problema en un procedimiento legal. También entiendo que la difusión de cualquier imagen o información de identificación personal de Internet y / o interacción de asesoramiento telefónico a investigadores u otras entidades no ocurrirá sin mi consentimiento por escrito.
3. Entiendo que existen riesgos y consecuencias de la asesoría telefónica y / o por Internet, incluida, entre otras, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables de mi psicoterapeuta, de que: la transmisión de mi información médica podría verse interrumpida o distorsionada por fallas técnicas; la transmisión de mi información médica podría ser interrumpida por personas no autorizadas; y / o el almacenamiento electrónico de mi información médica puede ser accedido por personas no autorizadas. Además, entiendo que los servicios y la atención basados en el asesoramiento telefónico o por Internet pueden o no ser tan completos como los servicios presenciales. También entiendo que si mi psicoterapeuta cree que sería mejor atendido por otra forma de servicios psicoterapéuticos (por ejemplo, servicios presenciales), se me derivará a un psicoterapeuta que puede proporcionar dichos servicios en mi área. Finalmente, entiendo que existen riesgos y beneficios potenciales asociados con cualquier forma de psicoterapia, y que a pesar de mis esfuerzos y los esfuerzos de mi psicoterapeuta, mi condición puede no mejorar y, en algunos casos, incluso puede empeorar.
4. Entiendo que puedo beneficiarme de la asesoría telefónica o por Internet, pero que los resultados no pueden garantizarse ni garantizarse.

Mi firma a continuación indica que entiendo el tipo y el alcance de la información que se divulga, así como los riesgos asociados con la asesoría telefónica y por Internet, se me ha ofrecido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso de esta información y doy mi consentimiento para obtener asesoramiento por internet y teléfono.

Firma de Cliente: \_\_\_\_\_ Escriba el nombre de Cliente : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**O para Menor**

Firma del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Escriba el nombre del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Tengo autoridad legal para firmar este documento en nombre de \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

(Nombre del menor)