

## **Consentimiento Informado al Tratamiento**

Antes de comenzar nuestros servicios psicológicos, hay algunas cosas que se deberían saber acerca del proceso y acerca de dar consentimiento informado.

### **Confidencialidad**

Todo nuestro trabajo junto, nuestras conversaciones, records, y cualquier información que se le dé al terapeuta, es protegida por privilegios legales. Esto significa que la ley protege su información y la información de su hijo(a) de ser distribuida a cualquiera. El terapeuta protege vuestra privacidad y honarara vuestro privilegio. Pero hay alguna excepciones en su privacidad que Ud. debe entender.

### **Límites de la Confidencialidad**

El therapista puede usar o divulgar información protegida de salud (PHI) sin consentimiento o autorización en las circunstancias siguientes:

- **Abuso del Niño(a):** si el terapeuta tiene razón para creer que un niño(a) ha sido, o pudiera ser descuidado, o abusado sexualmente, el terapeuta tiene que reportar el incidente dentro de 48 horas a Texas Department of Protective and Regulatory Services, a Texas Youth Commission, o a otras agencias de la ley, locales o del estado.
- **Abuso doméstico o de Adultos:** si el terapeuta tiene razón para creer que personas mayores o incapacitadas son maltratadas, descuidadas, o explotadas, el terapeuta tiene que reportar esto inmediatamente al Department of Protective and Regulatory Services.
- **Peligros a la salud o seguridad:** si el terapeuta encuentra que hay una posibilidad inmediata de peligro físico de su parte hacia Ud o hacia otros, o si hay una posibilidad de peligro mental o emocional hacia Ud., el terapeuta puede divulgar información relevante confidencial y de salud mental a personal médico y de la ley.

### **Consentimiento al Tratamiento**

Yo, \_\_\_\_\_ aquí busco y consiento a tomar parte en el tratamiento psicológico y autorizo al Dr. Cindy Orrego a conducir una entrevista inicial, terapia, y/o pruebas psicológicas a \_\_\_\_\_. (nombre del cliente)

Entiendo que los servicios pueden incluir entrevistas cara a cara, y proporcionar tratamiento y / o servicios de prueba con una cita de seguimiento para recibir los resultados de las pruebas. Los servicios pueden incluir el tiempo que tomaría el terapeuta para leer los records, consultar con otros psicólogos o profesionales, anotar, interpretar los resultados, escribir reportes y cualquier otra actividad para soportar los servicios. Acuerdo a ayudar lo mas que pueda dando respuestas completas, haciendo un esfuerzo honesto, y trabajando lo mejor que pueda para garantizar que los resultados sean válidos.

Adicionalmente, yo entiendo que la práctica de psicoterapia o asesoramiento no son una ciencia exacta y las predicciones de los efectos no son precisas o garantizadas. Yo certifico que el terapeuta no

me ha dado garantías con respecto a los resultados del tratamiento o procedimientos. También, yo entiendo que la evaluación y tratamiento incluyen discusiones de eventos personales en mi y / o en la historia de mi familia, lo cual a veces puede ser incómodo y muy personal . Entiendo que puedo terminar mi tratamiento/evaluación en cualquier momento y sin consecuencias.

Su firma a continuación indica que Ud. a leído la información en el Consentimiento Informado al Tratamiento y esta de acuerdo con respetar los términos durante nuestra relación profesional.

---

Nombre del Cliente

---

Fecha de Nacimiento del Cliente

---

Firma del Cliente

---

Fecha de Hoy

Yo, el psicólogo o clínico, he discutido los asuntos mencionados arriba con el cliente o con el padre o guardián del cliente menor. Mis observaciones del comportamiento de esta persona no me dan razones, en mi opinión profesional, para creer que esta persona no sea competente para darle un consentimiento informado y voluntario del tratamiento de dicho cliente o del cliente menor.

---

Firma de Psicólogo

---

Fecha de Hoy