

## **Acuerdo con Respeto a Menores**

La participación de niños y adolescentes en la terapia puede ser muy beneficiosa para su desarrollo integral. Muy a menudo, lo mejor es verlos con los padres y otros miembros de la familia; sin embargo, a veces es mejor verlos *solos*. Su terapeuta evaluará lo que podría ser mejor para su hijo y hará recomendaciones para usted. Obviamente, el apoyo de todos los cuidadores del niño es esencial, así como también su comprensión de los procedimientos básicos que son parte de la consejería para niños.

El objetivo general de la participación de los niños en la terapia es para fomentar su desarrollo en todos los niveles. A veces, puede parecer que es necesario un comportamiento específico, como por ejemplo para llegar a que el niño obedezca o revele cierta información. Aunque esos objetivos pueden ser parte del desarrollo general, quizás no sean las mejores metas para la terapia. Una vez más, su terapeuta evaluará y discutirá estas metas con usted.

Debido a que el papel de su terapeuta es como ayudante del niño, él o ella no va a involucrarse en disputas legales o otros procedimientos oficiales a menos que obligados a hacerlo por un tribunal de justicia. Asuntos concernientes a la custodia y la mediación se manejan mejor por otro profesional que está entrenado especialmente en aquellas zonas en vez del terapeuta del niño.

El tema de la confidencialidad es fundamental en el tratamiento de niños. Cuando los niños son vistos con los adultos, lo que se discute es conocido por los presentes y debe mantenerse confidencial, excepto por acuerdo mutuo. Los niños que son vistos en sesiones individuales (excepto en determinadas condiciones) no tienen derecho legal a la confidencialidad (también se llama privilegio en la corte); sus padres tienen este derecho. Sin embargo, a menos que los niños sientan que tienen un poco de privacidad al hablar con un terapeuta, los beneficios de la terapia se pueden perder. Por lo tanto, es necesario llegar a un acuerdo en el que los niños sientan que su privacidad en general se está respetando, al mismo tiempo que los padres tienen acceso a la información crítica. Este acuerdo debe tener el conocimiento y la aprobación de los padres o otros adultos responsables y del niño en la terapia.

Este acuerdo del tratamiento con respecto a menores tiene disposiciones para la inserción de datos individuales, que pueden ser suministrados por el niño y los adultos involucrados. Sin embargo, primero es importante señalar las excepciones a este acuerdo general. Las siguientes circunstancias anulan la póliza general que los niños tienen derecho a la privacidad, mientras que los padres o guardianes tienen el derecho legal a la información.

- La confidencialidad y el privilegio son limitados en los casos de abuso infantil, negligencia, o un peligro para sí mismo o para otros. En estos casos, se requiere que el terapeuta haga un informe oficial a la agencia apropiada y tratará de involucrar a los padres tanto como sea posible.

*When you need a hand...*

*Schwarz and Associates*

A Christian Marriage and Family Counseling Practice

Office 562-467-6978

www.ChristianTherapyHelps.com

Fax 562-467-6977

- Los menores de edad pueden entrar de forma independiente en la terapia y reclamar el privilegio de la confidencialidad en los casos de abuso o negligencia grave, abuso sexual, el embarazo o las enfermedades transmisibles, y cuando están en servicio militar activo, casado, o oficialmente emancipado. Ellos pueden buscar terapia independiente para el abuso de sustancias, peligro para sí mismo o para otros, o un trastorno mental, pero los padres deben participar a menos que esto perjudique al niño.
- Cualquier evaluación, tratamiento o informes ordenados por, o hechas para la presentación a un tercero, como una corte o una escuela no es totalmente confidencial y será compartida con esa agencia con su permiso especificada por escrito. Tenga en cuenta también que su terapeuta no tiene control sobre la información una vez que se libera a un tercero.

Ahora que los diversos aspectos que rodean la confidencialidad se han indicado, el acuerdo específico entre usted y su hijo / hijos es como sigue:

Yo, (nombre) \_\_\_\_\_ (relación al niño) \_\_\_\_\_  
Yo, (nombre) \_\_\_\_\_ (relación al niño) \_\_\_\_\_

Estoy/estamos de acuerdo que nuestros/mi hijo/hijos

(Nombre) _____	Edad _____	Fecha de Nacimiento _____
(Nombre) _____	Edad _____	Fecha de Nacimiento _____
(Nombre) _____	Edad _____	Fecha de Nacimiento _____
(Nombre) _____	Edad _____	Fecha de Nacimiento _____

Debe/deben tener privacidad en sus sesiones de terapia, y estoy de acuerdo en permitir esta privacidad, salvo en situaciones extremas, que voy a discutir con el terapeuta. Al mismo tiempo, excepto en circunstancias inusuales, yo entiendo que tengo el derecho legal para obtener esta información.

**Legalidad de Consentimiento para el Tratamiento de un Menor**

Hijo Menor de Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Hijo Menor de Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Hijo Menor de Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Hijo Menor de Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Certifico que soy (marque uno) \_\_\_ Padre, \_\_\_ Madre; \_\_\_\_\_ Guardián legal del/de los menor(es) arriba y que tengo la custodia legal de este/estos niño(s) / adolescente(s). Yo, por el presente, doy mi autorización y consentimiento para el/los menor(es) mencionados arriba para recibir evaluación de paciente externo y/o terapia de un terapeuta matrimonial y familiar con Schwarz and Associates.

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

*When you need a hand...*

*Schwarz and Associates*

A Christian Marriage and Family Counseling Practice

Office 562-467-6978

www.ChristianTherapyHelps.com

Fax 562-467-6977

---

**Efectividad de la Terapia**

Para aumentar la eficacia de la terapia, estoy de acuerdo con lo siguiente:

Las metas de la terapia son lo siguiente:

(por el padre) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(por el hijo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Yo haré todo lo posible para asegurar que las sesiones de la terapia sean asistidas y no voy a preguntar sobre el contenido de las sesiones. Si mi hijo/hijos prefiere/prefieren no ofrecer información sobre las sesiones, respetaré su derecho a no revelar detalles. Básicamente, a menos que mi hijo/hijos ha/han sido abusado(s) o es/son un claro peligro para sí mismo o otros, el terapeuta normalmente me dirá sólo lo siguiente:

- Si atendió/atendieron las sesiones
- Si mi hijo/hijos esta/están participando
- Si hay progreso en general

El procedimiento normal para la discusión de temas que son parte de la terapia de mi hijo(s) será sesiones conjuntas, incluyendo a mi hijo / hijos, el terapeuta, y yo y quizá otros adultos apropiados. Si creo que hay problemas de salud o de seguridad importantes que necesito saber, me pondré en contacto con el terapeuta y el intentare de organizar una sesión con mi niño / niños presentes. Del mismo modo, cuando el terapeuta determina que hay temas importantes que deben ser discutidas con los padres, se hará todo lo posible para organizar una sesión con la participación de los padres y de su hijo/hijos. Entiendo que si la información se convierte en conocimiento del terapeuta y tiene una incidencia significativa en bienestar de su hijo/hijos, el terapeuta trabajará con la persona que proporciona la información para asegurarse de que ambos padres son conscientes de ello. En otras palabras, el terapeuta no divulgará secretos con excepción de lo dispuesto por la ley, pero puede alentar a la persona que tiene la información a que lo divulgue para que la terapia continúe con eficacia.

Padre(s): Por favor haga cualquier adición o modificación que desee: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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

Firma: \_\_\_\_\_

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

*When you need a hand...*

*Schwarz and Associates*

A Christian Marriage and Family Counseling Practice

Office 562-467-6978

www.ChristianTherapyHelps.com

Fax 562-467-6977

---

Hijo(s) menor(es) de edad: Por favor haga cualquier adición o modificación que desee: \_\_\_\_\_

---

---

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, título \_\_\_\_\_, he discutido los temas mencionados arriba con el menor y su padre o guardián legal. Mis observaciones de cada persona involucrada, con respecto a su comportamiento y respuestas, me dan ninguna razón para creer que estas personas no estén plenamente competentes para dar su consentimiento informado y dispuesto.

---

Firma del Terapeuta con Título

---

Fecha