

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

Consentimiento para Tratamiento

Por este medio busco y doy mi consentimiento para ser parte del tratamiento por el terapeuta de Schwarz and Associates llamado _____ . Yo entiendo que si trabajo con un terapeuta matrimonial y familiar en prácticas que mi tratamiento será supervisado por Rebecca L. Schwarz, MA terapeuta matrimonial y familiar con licencia MFC # 46721. Esta supervisión consistirá en consultas semanales de casos, la observación periódica del tratamiento (grabación en vídeo, observaciones en persona) y cualquier otro medio necesario para ofrecerle el mejor nivel de tratamiento estándar. No se hará grabación en vídeo o grabación de voz sin su conocimiento y consentimiento.

Entiendo que el desarrollo de un plan de tratamiento junto con este terapeuta y la revisión periódica de este plan hacia el cumplimiento de los objetivos del tratamiento son en mi mejor interés. Estoy de acuerdo en desempeñar un papel activo en este proceso.

Entiendo que no se han hecho promesas sobre los resultados del tratamiento o de algún procedimiento que ofrece este terapeuta.

Soy consciente de que puedo parar mi tratamiento con este terapeuta en cualquier momento. Lo único de lo que seguiré siendo responsable es el pago por los servicios que ya haya recibido. Entiendo que puedo perder otros servicios o pueda que tenga que confrontar a otros problemas si dejo el tratamiento. (Por ejemplo, si mi tratamiento ha sido ordenado por la corte, tendré que responder ante el tribunal.)

Sé que tengo que llamar para cancelar una cita por lo menos 24 horas antes de la hora de la cita. Si no cancelo y no aparezco, me cobrará por esa cita.

Soy consciente que para utilizar mi seguro para un reembolso, que un agente de mi compañía de seguro o otro pagador de tercera persona puede obtener información sobre el tipo, el costo, las fechas, y los proveedores de los servicios o tratamientos que recibo. Entiendo que si no se realiza el pago por los servicios que recibo aquí, el terapeuta puede parar mi tratamiento.

Mi firma abajo indica que entiendo y estoy de acuerdo con todas estas declaraciones.

Firma del cliente (o persona actuando por el cliente)

Fecha

Nombre

Relación al cliente (si es necesario)

Yo, _____ (nombre y título del terapeuta de Schwarz and Associates), he discutido los temas mencionados arriba con mi cliente (y/o sus padres, guardián, o otro representate). Mis observaciones de comportamiento y las respuestas de la persona me dan ninguna razón para creer que esta persona no es plenamente competente para dar su consentimiento informado y dispuesto.

Firma del terapeuta / con título

Fecha

Copia aceptada por el cliente Copia mantenida por el terapeuta

Este es una historia médica confidencial del paciente. Divulgación o transferencia es prohibido por la ley.