



Política de la oficina y consentimiento para el tratamiento de la forma para servicios de salud mental

El proceso de terapia, participar en la terapia puede resultar en una serie de beneficios para usted, incluyendo una mejor comprensión de sus objetivos personales y valores, mejora de las relaciones interpersonal y resolución de las inquietudes concretas que llevó a buscar terapia. Trabajo hacia estos beneficios, sin embargo, requiere esfuerzo de su parte y, en ocasiones, puede ocasionar algunas molestias. Recordar y resolver eventos desagradables a través de la terapia pueden provocar fuertes sentimientos de enojo, depresión, miedo, etcétera. Tratando de resolver problemas entre socios maritales, familiares y otros pueden causar malestar y pueden resultar en cambios que no fueron pensados originalmente.

Confidencialidad – todo lo que se divulgó durante las sesiones es confidencial y no puede ser revelada por su terapeuta a nadie sin su permiso excepto en aquellos casos donde es necesaria la divulgación por la ley. Información que se requiera en las siguientes circunstancias: cuando hay una sospecha razonable de abuso o maltrato físico a un anciano; cuando exista una sospecha razonable de que el cliente presenta un peligro de la violencia a otros o donde el cliente es probable que dañe o si no se toman medidas de protección; bajo órdenes de la corte como por la Patriot Act de 2001. Divulgación también puede ser necesaria en virtud de un procedimiento legal.

Niños y adolescentes también tienen el derecho ético a una relación terapéutica confidencial. Sin embargo, la ley establece que el padre o el tutor legal es "titular del privilegio", que significa que tienen el derecho de permitir o no permitir la liberación de comunicaciones confidenciales a los demás. El terapeuta discutirá con usted un acuerdo específico sobre lo que se discutirá con los padres y lo que se mantendrá privada. En general, información que afecta el bienestar inmediato y seguridad de los niños y adolescentes se habla con los padres junto con la información necesaria para mejorar la relación entre padre e hijo.

Los pagos por servicio- los pagos, incluyen el co-seguro, copagos y pagos deslizantes – vencen en el momento del servicio. Clientes son responsables de todos los cargos y tarifas por los servicios prestados, excepto que podría ser cubierto por el seguro.

Cancelación- puesto que la programación de una cita implica la reserva de tiempo específicamente para usted, un mínimo de 24 horas de anticipación es necesario reprogramar o cancelar una cita.

Consentimiento para el tratamiento – yo, _____, autorizo y solicito a que Friends of Family Health Center y el Departamento de salud de a realizar exámenes psicológicos, tratamientos o procedimientos diagnósticos que ahora o en el transcurso de (mi cuidado / atención de mi hijo) son recomendables. Entiendo que el propósito de estos procedimientos será explicado a mi mejor saber, a mi consentimiento y acuerdo.

He leído y entiendo esta oficina política y consentimiento para el tratamiento de forma.

Firma del paciente, padre o tutor legal

Fecha

Firma de testigo

Fecha