

Autorización para tratamiento

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre de los padres (si el paciente es menor de edad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Plan de Seguro Medico: _____

Número de identificación del miembro: _____

***** Por favor, incluya una copia de su tarjeta de seguro (delante y detrás) *****

CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE

Para autorizar el tratamiento de salud mental, necesitamos la siguiente información. Este documento es para el cliente o para el padre/tutor de un menor (niño/adolescente).

IMPORTANTE: POR FAVOR, COMPLETE ESTAS INSTRUCCIONES PARA PODER COMUNICARSE CON USTED:

Deseo que se pongan en contacto conmigo de la siguiente manera (marque todo lo que corresponda):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> En el número de mi casa: _____ | <input type="checkbox"/> OK para dejar un mensaje |
| <input type="checkbox"/> En el número de mi trabajo: _____ | <input type="checkbox"/> OK para dejar un mensaje |
| <input type="checkbox"/> En mi número de celular: _____ | <input type="checkbox"/> OK para dejar un mensaje de voz / TEXTO |

CONTACTO DE EMERGENCIA:

En el caso de que no pueda ser contactado a través de cualquiera de los números de teléfono y direcciones anteriores, o en el caso de una emergencia, doy permiso para que el personal de Minette LCSW Psychotherapy Services se ponga en contacto con mi contacto de emergencia:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Consentimiento voluntario e informado para el tratamiento - Mi firma a continuación indica el consentimiento voluntario para la evaluación o la evaluación y el tratamiento para mí o, si el cliente es un menor, para ese menor (niño/adolescente). Si el cliente es menor de edad, afirmo que soy el tutor legal del menor y tengo el derecho de autorizar la evaluación o la evaluación y el tratamiento para este menor. Este consentimiento se aplica a todos los proveedores de Minette LCSW Psychotherapy Services que pueden proporcionar servicios y permite el intercambio de información entre el personal de Minette LCSW Psychotherapy Services con el fin de facilitar el mejor plan de tratamiento para mi tratamiento, y / o ayudar en el caso de una emergencia clínica.





Duración del consentimiento- Entiendo que el consentimiento expira cuando ya no soy cliente de Minette LCSW Psychotherapy Services, a menos que este consentimiento sea revocado por medio de una solicitud escrita a mi proveedor. Entiendo que este consentimiento es para la evaluación o el tratamiento y no incluye la participación en estudios de investigación.

Cuidado de emergencia- En caso de una emergencia, entiendo que el personal de Minette LCSW Psychotherapy Services se reserva el derecho de contactar al 911 si mi terapeuta ha evaluado que estoy bajo una emergencia que amenaza mi vida, o que estoy en riesgo de hacerme daño a mi mismo o a otros. El personal de Minette LCSW Psychotherapy Services se reserva el derecho de avisar al personal de emergencia (EMS) sobre mis necesidades en ese momento.

Límites de la confidencialidad- La información que le doy a mi proveedor es generalmente confidencial y sólo se divulgará fuera de Minette LCSW Psychotherapy Services con mi permiso por escrito (o con el permiso de un padre o tutor de un menor). Sin embargo, reconozco estos límites a la confidencialidad bajo los Estatutos Federales y Estatales de Nueva York: a) El terapeuta puede utilizar la información dentro de Minette LCSW Psychotherapy Services y con sus asociados comerciales para el tratamiento, pago y otras operaciones de atención médica. b) El proveedor generalmente está obligado a responder a ciertas citaciones u órdenes judiciales, a informar sobre amenazas de homicidio o suicidio, a informar sobre la sospecha de abuso infantil o negligencia infantil, y puede informar sobre el abuso de ancianos o el abuso de una persona discapacitada o un crimen que pueda ocurrir en el futuro.

Divulgaciones limitadas- Todas las divulgaciones se harán a las personas apropiadas según la ley, como las autoridades, los padres de los menores o las víctimas previstas de la violencia. Cuando el proveedor deba revelar información **sin** su consentimiento, la información revelada se limitará a lo necesario para protegerle a usted o a otros, o a la información limitada necesaria para el cobro de una factura vencida, o la información que se haya ordenado entregar a una corte. Cuando la información se divulgue **con** su consentimiento, revelaremos la información que usted nos pida que revelemos.

Consentimiento informado- Entiendo que tengo derecho a tomar una decisión informada sobre mi tratamiento. El personal de Minette LCSW Psychotherapy Services me ha proporcionado una explicación de este consentimiento, de los límites de la confidencialidad y de los costos de mi tratamiento.

Por este medio doy mi consentimiento para la evaluación y/o tratamiento por parte del personal clínico de Minette LCSW Psychotherapy Services.

Firma del paciente: _____

Fecha: ___/___/___

Nombre del padre/tutor legal: _____

Firma del padre/tutor legal: _____

Fecha: ___/___/___

Firma del personal/testigo: _____

Fecha: ___/___/___

