



Community Health Centers, Inc.
 110 S Woodland St
 Winter Garden, FL 34787
 (407) 905-8827 (352) 314-7400
 WWW.CHCFL.ORG

Consentimiento informado sobre salud conductual para servicios de terapia

Yo, el que suscribe, acepto voluntariamente en participar en los servicios de terapia conductual. Entiendo que toda la información obtenida se mantendrá en forma confidencial a excepción de los requisitos legales para la divulgación de esta información. Entiendo que puedo autorizar la divulgación de información completando un formulario de consentimiento por escrito. Tengo el derecho de suspender la terapia en cualquier momento, sin perjuicio que anularía este consentimiento para los servicios de terapia. Entiendo que tengo la oportunidad de hacer preguntas sobre lo anterior para mi satisfacción. La asesoría es un viaje y los objetivos cambian con frecuencia, y no hay garantía de que el objetivo se logrará. Cuanto más proactiva sea la participación, más eficaz será la asesoría para usted. Estableceremos objetivos para su terapia. Los miembros del equipo de tratamiento pueden incluir LCSW, administrador de casos, psiquiatra o cualquier combinación de los tres servicios. Los miembros del equipo pueden colaborar cuando sea necesario para el tratamiento. Invitamos a cualquier persona de apoyo (amigos o familiares) a participar en su tratamiento y se espera que firme una autorización para divulgar cualquier información a esta persona. Al firmar a continuación, acepta trabajar para alcanzar los objetivos en su vida diaria y utilizar las sesiones de asesoría para lograr sus objetivos, que se revisarán periódicamente.

HE LEÍDO Y ENTIENDO TODO LO ANTERIOR Y ACEPTO ESTAS CONDICIONES

He hablado con mi terapeuta de salud conductual y/o psiquiatra y tuve la oportunidad de discutir este consentimiento y que se atendieran mis preguntas o inquietudes.

Nombre del paciente

Número de teléfono

Fecha de nacimiento del paciente

Nombre en letra de molde de la persona que otorga el consentimiento

Firma de la persona que otorga el consentimiento

Fecha

Nombre en letra de molde del proveedor de salud conductual

Firma del proveedor de salud conductual

Fecha

Nombre en letra de molde del proveedor de salud conductual

Firma del proveedor de salud conductual

Fecha

Relationship to Patient is:

Patient Parent Legal Guardian Authorized Person