



## **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 derecho a suspender la terapia en cualquier momento, sin prejuicios. 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. Alentamos a cualquier persona de apoyo (amigos o familiares) a participar en su tratamiento. Si decide compartir cualquier información de salud conductual, debe completar un formulario de Autorización para divulgar información de salud. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento. 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.**

---

Firma del cliente y fecha Nombre del cliente (en letra de molde):

---

Firma del tutor/padre, si corresponde, y fecha: Nombre del tutor/padre en letra de molde (en letra de molde):

---

Firma y fecha del proveedor de salud mental: Nombre del proveedor de salud mental (en letra de molde):