

## CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS DE CONSEJERÍA

Este documento contiene información importante sobre los servicios de consejería y las normas relacionadas con dichos servicios. Por favor, lea esta hoja informativa con cuidado y firme al final para asegurar que entiende y que está dispuesto a seguir estas normas. Gracias.

### ¿En qué consisten los servicios de consejería?

Recibir servicios de consejería puede ayudarlo a aprender cosas nuevas e importantes sobre usted y los demás, así como también a encontrar mejores maneras de manejar los sentimientos y los problemas. Aunque no hay ninguna garantía, asistir a sesiones de consejería podría ayudarlo a sentirse mejor y a producir resultados beneficiosos. Usted se dará cuenta de que la consejería está siendo beneficiosa para usted cuando se sienta menos preocupado, menos temeroso o ansioso, cuando se vayan resolviendo los problemas, cuando las relaciones con los demás mejoren, o cuando usted se sienta mejor con respecto a sí mismo. A veces podría sentirse peor antes de comenzar a sentirse mejor. Esto es normal y es parte del proceso terapéutico y generalmente significa que usted está progresando.

### Confidencialidad

Toda la información que usted comparta y verbalice durante las sesiones de consejería es confidencial. Esto significa que la información de todo tipo es privada y que los terceros no pueden obtener ninguna información sin autorización previa. Cuando haya información que podría tener que compartirse con otras agencias, su consejero le pedirá que firme un formulario de “Autorización para divulgar o intercambiar información”.

Existen cuatro excepciones que las leyes de California requieren que reportemos en las siguientes situaciones:

1. Cuando se sospeche de algún tipo de abuso de menores (físico, emocional o psicológico) o descuido de menores. Tome en cuenta que cuando exista violencia doméstica en un hogar donde haya niños presentes, esto podría ser una forma de abuso de menores que tiene que ser denunciado.
2. Cuando se sospeche de algún tipo de abuso de ancianos (físico, emocional, psicológico o financiero). El abuso de ancianos incluye el abuso de personas de 65 años de edad o mayores.
3. Cuando se sospeche de algún abuso (físico, emocional, psicológico o financiero) de una persona discapacitada (que tenga una discapacidad mental o física) de 18-64 años de edad.
4. Cuando se considere que alguien es un peligro a sí mismo o a otros, o a la propiedad de otros.

### Horario y disponibilidad

El horario hábil de Camino Health Center es de lunes a viernes, de 8:00 am a 5:00 pm. Tome en cuenta que su consejero podría no estar disponible todos estos días o durante estas horas. Si su consejero no está en la oficina o está con otro cliente, puede ver a otro consejero o dejar un mensaje que no se urgente a su consejero. Su consejero se comunicará con usted lo más pronto posible. EN CASO DE EMERGENCIA, LLAME AL 9-1-1.

### Citas

- La duración de las sesiones de consejería dependen de la necesidad de cada Paciente, pero por lo

regular duran aproximadamente de 15 a 45 minutos.

- Las citas de seguimiento duran aproximadamente de 30-60 minutos y el número de sesiones depende de la necesidad médica de cada paciente, sin exceder más de 12 sesiones.
- Si necesita cancelar una cita, por favor avise a la clínica Camino Health Center con **24 horas** de anticipación.
- El costo de la consejería se basa en una escala variable. El costo de su consejería es basado del número de miembros de familia en su hogar y de sus ingresos anuales. A ningún paciente se le negaran servicios por falta de pago.

**Supervisión**

La supervisión en la clínica Camino Health Center es proporcionada por profesionales que han obtenido su licencia correspondiente a través del Estado de California. Por lo tanto, su información podría compartirse en una sesión de supervisión clínica con el supervisor clínico o Coordinadora de Consejeros. Si tiene alguna pregunta o si tiene algún problema con sus servicios de consejería, puede llamar a Camino Health Center al (949) 240-2272 para hablar con el supervisor clínico.

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO**

Al firmar esta forma (o formulario), estoy dando mi consentimiento para recibir los servicios de consejería. He leído la información y entiendo completamente las condiciones y las normas que anteceden.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/la madre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/la madre

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Otro miembro de la familia que participará en la consejería y firmas:**

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo (Consejero Clínico)

\_\_\_\_\_  
Fecha