

DEPARTAMENTO DE CONSEJERIA
**LIMITES DE CONFIDENCIALIDAD Y EL CONSENTIMIENTO DEL
DEPARTAMENTO DE CONSEJERIA**

1. Entiendo que mi terapeuta puede ser un estudiante de MSW/MFT supervisado por un Trabajador Social con Licencia (LCSW), un terapeuta con Licencia en Matrimonios y Familia (LMFT) ó un psicólogo (PHD/PsyD). Una cita de evaluación puede ser realizada por un estudiante BSW.
2. Entiendo que las sesiones de terapia son confidenciales, a excepción de la información relacionada con sospecha o si se sabe de abuso infantil y/o descuido, o si se me considera un peligro para mi mismo o para los demas, momento en el cual pueden requerir un informe.
3. Todos los registros de los clientes son propiedad de East Valley Community Health Center y la información contenida en el mismo puede ser compartida con el equipo de asistencia médica para la continuidad y la integración del cuidado.
4. Entiendo que mis registros de paciente pueden ser obtenidos por otros profesionales, unicamente con mi autorización por escrito para otorgar esa información a otras agencia fuera de esta agencia.
5. Otros centros médicos y farmacias pueden obtener nuestros registros médicos sin consentimiento.
6. Cada sesión de asesoramiento individual es de 30 minutos en duración aproximados.
7. El Departamento de Consejería no llena formas o papeleo de SSI ó de Incapacidad.

He leído y comprendido lo antes mencionado.
Doy mi consentimiento para recibir asesoramiento/servicios consejería en
East Valley Community Health Center.

Firma del Paciente _____ Nombre _____ Fecha __/__/2015

Firma del Testigo _____ Nombre _____ Fecha __/__/2015