



Consentimiento a Tratamiento de Menor

Adeudan al Consentimiento a Tratamiento

Nombre del Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

PADRES BIOLÓGICOS DEL/LA MENOR QUE ESTAN LEGALMENTE CASADOS Y CONSIENTEN AL TRATAMIENTO

Si su hijo/a es menor de dieciocho años de edad, por favor sepa que la ley le da el derecho a examinar el archivo de su hijo/a. Cuando doy tratamiento a niños/as menores de 12 años de edad, es mi política de compartir información clínica con los padres o guardianes legales. Para niños entre las edad de 12 a 18 años, es mi política, con su firma de consentimiento, de dar solamente información general sobre nuestro trabajo individual, al menos que su hijo/a esté en condiciones suicidas u homicidas, o esté involucrado en conducta de "alto riesgo" que pueda causarse daño a sí mismo. En estas instancias, le notificaré mis preocupaciones de inmediato.

Nosotros, afirmamos que tenemos autoridad legal para obtener o dar permiso para tratamiento terapéutico al menor.

(Firma de la Madre) _____ Fecha: _____

(Firma del Padre) _____ Fecha: _____

PADRES BIOLÓGICOS DEL/LA MENOR LEGALMENTE DIVORCIADOS Y CON CUSTODIA PARA DAR CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO *(Esto significa que legalmente, usted tiene custodia TOTAL de obtener y dar permiso para tratamiento terapéutico al menor).*

Yo afirmo que tengo custodia y tengo total autoridad para obtener y dar permiso para tratamiento terapéutico al menor. Asumo tal responsabilidad debido a que no existe ninguna orden legal o modificación que me remueva de la autoridad.

(Firma del Guardián con Custodia) _____ Date: _____

ELIMINACION DE CONFIDENCIALIDAD PARA ADOLESCENTES ENTRE LAS EDADES DE 12 – 18 AÑOS.

Privacidad en sicoterapia es crucial en el éxito del progreso y los resultados, particularmente en adolescentes. Por lo tanto, es mi política respetar el acuerdo de los padres / guardianes legales de eliminar su derecho a obtener información sobre los archivos de A.M.A. Counseling Services, LLC con referente a las evaluaciones y tratamiento del menor entre las edades de 12 -18 años. Sin embargo facilitaré información general sobre el progreso, tratamiento y asistencia del menor con referente a sus sesiones. También facilitaré un resumen del tratamiento del menor, al menos que sienta que él/ella está en peligro de hacerse daño a sí mismo o a otros, o está activamente involucrado en conductas de alto riesgo, en dichos casos inmediatamente notificaré a los padres de dichas preocupaciones. Abordaré la situación con el/la adolescente primero y haré lo mejor para manejar cualquier objeción que tenga.

Elimino mi derecho como padre /guardián de obtener información y fotocopias del archivo de A.M.A. Counseling Services, LLC con referente a la evaluación y tratamiento del menor: _____, edad _____.

Entiendo que A.M.A. Counseling Services, LLC puede rehusarse a facilitarme, o a otras entidades que sirvan por medio de mi solicitud o autorización, con información y archivos con respecto a las evaluaciones y tratamiento de la salud mental de mi hijo/a, si el/la terapeuta opina que al revelar dicha información puede tener un impacto negativo en el tratamiento de mi hijo/a. Doy permiso a A.M.A. Counseling Services, LLC.

(Firma de la Madre) _____ Date: _____

(Firma del Padre) _____ Date: _____

(Firma del/la Terapeuta) _____ Date: _____