



### **Información del Cliente y Entendimiento**

El programa de consejería en The Parenting Center está diseñado para ayudar a las personas con problemas personales o familiares. Es nuestro objetivo disminuir el angustia emocional para que los clientes puedan alcanzar un nivel más positivo de funcionamiento y sientan una mayor sensación de bienestar. The Parenting Center intenta hacer esto a través de la terapia de juego, terapia personal, familiar, de pareja y de grupo en el menor lapso de tiempo posible. A veces, el terapeuta puede recomendar al cliente a asistir a una clase de educación en combinación con la consejería.

#### **Confidencialidad**

Entiendo que la información divulgada en la consejería es confidencial. Sin embargo, mi consejero podrá hablar de mi caso con su supervisor para su consulta. Sólo la consejera y cierto personal tienen acceso a mi archivo. No se dará información a cualquier otra fuente sin mi consentimiento por escrito. Comprendo que las excepciones a la confidencialidad se producen cuando:

- 1) hay cualquier sospecha o divulgación de posible abuso a menores, a personas ancianas, o a personas discapacitadas
- 2) existe una probabilidad de inminente danos físicos a sí mismo o a otros
- 3) hay una probabilidad de inminente danos mentales o emocionales
- 4) es una denuncia de la explotación sexual
- 5) el cliente es un niño y un conservador o tutor tiene derecho a la información
- 6) un juez ordena la divulgación de registros
- 7) a personas, empresas u organizaciones gubernamentales implicados en pagar o cobrar las tarifas de los servicios de salud mental.

\_\_\_\_\_  
(iniciales)

#### **Acuerdo Financiero:**

Me ha informado que voy a pagar una cuota de \$ \_\_\_\_\_ para cada sesión de consejería de 50 minutos.

\_\_\_\_\_  
(iniciales)

Entiendo que me cobrarán por cualquier cita que no cancele por lo menos 24 horas de antelación.

\_\_\_\_\_  
(iniciales)



**The Parenting Center** *Providing Families the Tools to Succeed.*

También estoy de acuerdo pagar \$100 por hora por cualquier tiempo que el terapeuta pase en un tribunal o consulta.

\_\_\_\_\_  
(iniciales)

Estoy de acuerdo pagar las sesiones no reembolsadas por Medicaid, servicios de protección de menores o de otros terceros pagadores.

\_\_\_\_\_  
(iniciales)

**Terminación de Servicios**

Entiendo que si no asisto a dos sesiones sin cancelar o no asisto a mis citas en una base consistente, mis servicios de consejería pueden ser terminados.

\_\_\_\_\_  
(iniciales)

Entiendo que si tengo alguna queja acerca de mi terapia yo me dirigiré a la directora de programas en el centro.

\_\_\_\_\_  
(iniciales)

También autorizo a mi terapeuta contactar a algún personal médico o de la autoridad si el terapeuta razonablemente sospecha que puedo hacer un daño grave a mi mismo o a otros.

\_\_\_\_\_  
(iniciales)

\_\_\_\_\_  
Firma de Cliente / Padres / Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante de The Parenting Center

\_\_\_\_\_  
Fecha