



PROGRAMA FAMILIAR DE TERAPIA INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

North Marin Community Services, como parte de nuestro apoyo a la comunidad, ofrece terapia a niños, sus familias y/o guardianes.

Yo (nosotros), _____ madre/padre/guardián, autorizo(amos) a mi mismo y a mi(s) hijos, _____ a participar en el programa de terapia en NMCS.

Por favor lea cuidadosamente, y ponga su inicial en cada uno de los siguientes puntos, firme al final de esta forma.

____ **Personal del Programa de terapia del NMCS:** Yo (nosotros) entiendo (emos) que el Personal del Programa de consejería incluye terapeutas con licencia, practicantes e internos graduados/posgraduados. Cada interno/practicante es supervisado por un profesional con licencia. Los terapeutas hacen un compromiso de un año empezando en Septiembre y tienen la oportunidad de renovar ese compromiso cuando el año acaba.

____ **Póliza de Confidencialidad:** Yo (nosotros) entiendo (emos) y estoy (amos) de acuerdo que toda información, comunicación, trabajo de arte, observaciones y opiniones derivadas de esta terapia son consideradas privadas y confidenciales entre el programa de terapia del NMCS y yo. Yo (nosotros) entendemos que esta información puede ser compartida dentro de la agencia con el propósito de consulta para proporcionar la mejor calidad de cuidado. Yo (Nosotros) entendemos que nuestros récords son confidenciales y no serán compartidos con nadie sin previo consentimiento por mi parte por escrito.

____ **Excepción de Confidencialidad:**

- Si existe sospecha alguna de abuso infantil o de ancianos.
- Si existe peligro considerable de hacerse daño a si mismo (suicidio) o a otros (homicidio)
- Si el cliente comparte información de conducta sexual entre menores que caiga dentro de la categoría que deba ser reportada. Por favor pida más información a su consejero al respecto.
- Si el terapeuta recibe una orden de la corte
- Ante una emergencia médica válida

____ **Grabación en Audio Y Video:** Yo (Nosotros) autorizo (amos) al North Marin Community Services a observar, grabar en audio y video ciertas sesiones terapéuticas mías o de mi familia. Entiendo que la información será utilizada con completa confidencialidad, será utilizada en entrenamientos y para propósitos educativos de los internos, del personal y los supervisores del programa de terapia. También serán guardados bajo candado en una área protegida y serán borrados una vez que ya no sean necesarios para entrenamiento.

____ **Política para Cancelar Citas:** La cita que se hace para UD. o su hijo involucra reservar un tiempo específico para usted y su hijo. Entonces es importante avisar al consejero con a lo menos 24 horas de anticipación para cancelar o cambiar su cita.

Para que la terapia sea efectiva, su asistencia a las citas tiene que ser constante. Por lo tanto, si UD. pierde dos citas seguidas sin avisar al consejero de una cancelación o cambio a la cita, su terapia será cancelada. Aún, con aviso previo, si las cancelaciones interfieren con el progreso terapéutico, esto podrá

resultar en la terminación de su terapia. Si mi hijo o yo no podemos atender la cita del terapeuta; yo estoy de acuerdo en pagar por la cita, a menos que yo haya notificado el consejero por lo menos 24 horas de anticipación. El pago de la cita perdida se debe de hacer en su siguiente sesión.

___ **Alcohol y Drogas:** Yo me comprometo a no llegar a las sesiones, bajo la influencia de alcohol o cualquier otra droga.

___ **Medicamentos:** Yo me comprometo a informar a mi terapeuta de cualquier medicina que yo esté tomando y que pueda afectar de cualquier manera mi participación en el programa.

___ **Política de Fragancias:** Cierta número de nuestro personal y clientes son sensibles a los químicos contenidos en los perfumes, Yo evitaré usar perfume, colonia o otras fragancias para las sesiones de terapia. (Muchas gracias)

___ **Políticas de Pago:** Yo estoy de acuerdo de pagar \$_____ por cada sesión de 50 minutos. Los pagos se deben hacer en el momento de la sesión a menos que otros arreglos se hayan hecho con anticipación. Dinero en efectivo o cheques a la orden de NMCS son formas aceptables de pago. Yo entiendo que NMCS me cobrara \$25 por cheque devuelto. Los pagos serán revalorados cada año.

___ **Para Emergencias:** Si una crisis de emergencia se presenta, UD. puede hablarle a su terapeuta al (415)892-1643 ext. _____. Si necesita asistencia inmediatamente llame al (415) 499-6666 o al 911.

___ **Terminación:** Yo acepto que le notificaré a mi consejero antes de dar por terminada la terapia y que asistiré al menos a dos sesiones finales, debido a que el cierre de la terapia es un proceso importante.

___ **A llegar a las sesiones:** Cuando yo/nosotros lleguemos a la cita programada, yo/nosotros tocaremos la puerta 3 veces en la oficina de terapia y después esperaré en la sala de recepción.

Yo he leído, entendido y estoy de acuerdo con lo mencionado en los puntos anteriores.

Firma Padre/Guardianes Fecha

Firma Padre/Guardianes Fecha

Dirección Código Postal

Dirección Código Postal

Firma del Consejer/a Fecha

Firma del Niño Fecha

Firma del Niño Fecha

(El terapeuta de NMCS le dará una copia a su(s) clientes para su/sus record)