

Universidad Luterana de California
Servicios de Consejería Comunitaria (CCS)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Bienvenido a Servicios de Consejería Comunitaria (CCS) en la Universidad Luterana de California. Este formulario contiene información importante sobre los servicios y las pólizas del centro de consejería. Cualquier pregunta o inquietud debe ser discutida con su terapeuta antes de firmar.

Este centro suministra servicios de consejería proporcionados por aprendices y terapeutas matrimoniales y familiares asociados registrados que completaron o completaran una maestría en psicología de consejería con énfasis en terapia de Matrimonio y Familia, o completaran un doctorado en psicología clínica. Los clínicos trabajan bajo la supervisión cercana de profesionales licenciados de salud mental (Terapeutas matrimoniales y familiares, psicólogos clínicos o trabajadores sociales clínicos). **Los aprendices y terapeutas matrimoniales y familiares asociados registrados están en el centro de 8 a 12 meses de entrenamiento.** Si el período de entrenamiento de su clínico finaliza antes de que se complete su tratamiento en CCS, haremos todos los esfuerzos posibles para proporcionar una transición sin problemas a un terapeuta nuevo. **La póliza de CCS no permite a los terapeutas matrimoniales y familiares asociados registrados o aprendices llevar a los clientes con ellos a un nuevo lugar cuando se van de las clínicas.**

Confidencialidad: CCS mantiene la confidencialidad de acuerdo con las guías éticas y los requisitos legales de nuestra profesión y la información sólo será divulgada a un tercero con una autorización del/ de los cliente(s) por escrito. Cualquier divulgación se hará de acuerdo con las guías éticas y los requisitos legales con excepciones a la confidencialidad siendo los siguientes:

1. Bajo la sección 11161.5 del Código Penal de California, le exige su terapeuta informar cualquier sospecha de abuso o negligencia infantil, actual o pasada, a la Agencia de Servicios de Protección Infantil.
2. De acuerdo con la sección 15630 del Código Penal de California, le exige a su terapeuta que informe cualquier posible abuso o negligencia de adultos mayores o adultos dependientes a los Servicios de Protección para Adultos.
3. Si usted indica que tiene la intención de dañar físicamente a otra persona, su terapeuta está legalmente obligado/a a notificar a la policía y a la intencionada víctima.
4. Si usted indica que realmente quiere hacerse daño a si mismo/a, su terapeuta hará todo lo posible para garantizar su bienestar incluyendo notificar a otras personas como sea necesario (por ejemplo, un familiar, amigo/a, otros profesionales de la salud mental).

Intercambio de información: CCS es una clínica de entrenamiento y, por lo tanto, todos los clínicos comparten información de la sesión con sus supervisores. A medida que utilizamos un enfoque de equipo, los clínicos pueden compartir información entre ellos u otros supervisores

con licencia en la clínica para consultar sobre el tratamiento, participar en conferencia de casos /clase de práctica y supervisión de grupo. Todo otro compartimiento de la información confidencial es sujeto a los límites de confidencialidad como se detalla arriba

Recomendaciones: Después de la entrevista inicial, su terapeuta puede consultar con su equipo. El equipo puede recomendar una evaluación adicional, sesiones individuales, consejería de parejas, sesiones de grupo, terapia familiar o derivación fuera del centro, dependiendo de lo que sea apropiado para usted.

Riesgos y beneficios: La terapia es un esfuerzo conjunto entre el cliente y su terapeuta en el que se pueden discutir y platicar una variedad de problemas. El progreso y el éxito pueden variar según las situaciones particulares o los problemas que se traten.

Quejas del cliente: Si tiene preguntas o quejas sobre algún aspecto de su tratamiento, por favor discútelos con su terapeuta. Si el problema no se resuelve, comuníquese con la directora de CCS al (805) 493-3797. Los clientes tienen derecho a finalizar su tratamiento en cualquier momento.

Entiendo la información mencionada arriba y autorizo a CCS a evaluar, tratar y/o referirme a otros según sea necesario.

Firma del cliente/padre/guardián #1

Nombre impreso del cliente/padre/guardián #1

Firma del cliente/padre/guardián #2

Nombre impreso del cliente/padre/guardián #2

Fecha

Firma del testigo/terapeuta

Fecha

Nombre impreso del testigo/terapeuta