

Consentimiento para recibir Psicoterapia

Client: _____

Terapeuta: Verónica San Juan, LMFT (Licenciada en terapia familiar y de pareja)
#100280

Límites de confidencialidad: **1)** Como **Informante Obligatorio**, tengo el deber de notificar a una agencia de protección infantil **si observo, obtengo conocimiento o sospecho justificadamente que un niño ha sido víctima de abuso (P.C. 11166 [a]).** **(2)** Bajo la **Ley Tarasoff** tengo el deber de tomar las medidas necesarias **para prevenir e intentar proteger a una víctima razonablemente identificable del comportamiento violento de otro paciente y también informar a las autoridades correspondientes.** **(3)** Conforme a la fracción 5150 de la Ley para el Bienestar Social e Instituciones, la confidencialidad se limita en caso de que un **menor advierta un peligro para sí mismo, para otras personas o de que padezca de alguna discapacidad mental severa.**

Divulgación del expediente del cliente: La información del expediente del cliente solo se puede divulgar con su consentimiento de acuerdo con la fracción 5328 de la Ley para el Bienestar Social e Instituciones.

Beneficios / riesgos de la terapia: Muchas personas se benefician de la psicoterapia y muestran mejoras que típicamente se observan en áreas como en el hogar, la escuela, el trabajo o la comunidad. Sin embargo, no se puede predecir ni garantizar un resultado que sea predeterminado o positivo. Es posible que el proceso terapéutico provoque resultados negativos y estos se deban hablar conforme se vayan identificando.

Alternativas a la terapia: Existen alternativas a la psicoterapia que se pueden analizar en función de los problemas que presente el cliente.

Encuentro en la comunidad: Mi política al encontrar a un cliente/tutor en la comunidad es de no entablar contacto inicial para proteger su privacidad y confidencialidad.

Quejas: Cualquier queja se puede hacer con Verónica San Juan, LMFT.

Faltas a las citas: Por favor avise con un mínimo de 24 horas de anticipación si va a faltar a su cita. Después de varias faltas podría perder su lugar en el horario establecido o provocar el cierre de su caso.

Derecho a finalizar el tratamiento: Los servicios pueden ser finalizados por el cliente o el terapeuta en cualquier momento.

Como el terapeuta principal del cliente mencionado anteriormente, certifico que **proporcioné y hablé acerca de la información aquí escrita con el cliente.**

Nombre del terapeuta: _____ Fecha _____

Con mi firma, afirmo que toda la información aquí proporcionada se me explicó y doy mi consentimiento para recibir servicios de salud mental.

Cliente: _____ Fecha _____