



YMCA OF SAN DIEGO COUNTY
**COMMUNITY
WELL-BEING
& BELONGING**

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Código postal: _____

Aviso de consentimiento al cliente para servicios clínicos

Introducción

El propósito de este Acuerdo es proporcionar a _____ (aquí el "Nombre del cliente") y, si el cliente es un niño menor de edad, _____ (aquí el "representante(s)/cuidador(es)/padre(s)") con información importante sobre las prácticas, políticas y procedimientos de los Servicios Clínicos para Jóvenes y Familias (Youth & Family Services, YFS, [siglas en ingles]) de la YMCA del Condado de San Diego, y aclarar los términos de la relación terapéutica profesional entre el terapeuta y el cliente. Cualquier pregunta o duda sobre el contenido de este Acuerdo debe discutirse con el terapeuta antes de firmarlo. Los firmantes aceptan cada uno de los puntos de este documento en los que ponen sus iniciales.

_____ (en lo sucesivo "terapeuta") es un

Estudiante de posgrado

Consejero en nivel de máster en capacitación

Pre-licenciado

Trabajador Social Clínico Asociado (# _____)

Consejero Clínico Profesional Asociado (# _____)

Pasante de Psicología Clínica (en capacitación)

Terapeuta Matrimonial y Familiar Titulado Asociado (# _____)

Con Licencia

Terapeuta Matrimonial y Familiar (LMFT)

Trabajador Social Clínico (LCSW)

Consejero Clínico Profesional (LPCC)



YMCA OF SAN DIEGO COUNTY
**COMMUNITY
WELL-BEING
& BELONGING**

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Código postal: _____

El terapeuta es supervisado por _____ # _____. El supervisor y el terapeuta colaborarán estrechamente para ofrecer los mejores servicios posibles. A menudo, los clínicos participan en una clase de consulta clínica, o intervienen activamente en proyectos de estudios clínicos, o analizan la calidad de cuidado. Esto puede implicar la utilización de datos agregados para tesis, disertaciones o desarrollo de programas. Estos datos y estudios no revelan la identidad del cliente.

_____ **Iniciales del adulto participando en el tratamiento**

Si el cliente es menor de edad:

_____ **Iniciales del cuidador**

_____ **Iniciales del menor**

Consentimiento del menor para el tratamiento

Usualmente, un terapeuta necesita el permiso de ambos padres o del tutor o tutores legales antes de proporcionar terapia a un niño. Si hay alguna duda sobre si la persona que da el permiso tiene derecho legal a hacerlo, el terapeuta puede pedir documentación legal, como una orden de custodia, antes de empezar la terapia. En California, los niños de 12 años o más pueden acceder a la terapia por su cuenta según la ley de California. Según el Código de Salud y Seguridad I 124260, el terapeuta no está obligado a obtener el consentimiento para el tratamiento para realizar una sesión/llamada de admisión con un menor que desee dar su consentimiento para su propio tratamiento.

Cuando un menor consiente su propio tratamiento, el Código de Salud y Seguridad I 124260 requiere que el terapeuta notifique a los padres/tutores del menor que el menor dará su consentimiento para sus propios servicios de salud mental, a menos que el terapeuta determine que sería inapropiado hacerlo después de consultar al menor.

Si el cliente es menor de edad:

_____ **Iniciales del menor**

_____ **Iniciales del cuidador**



YMCA OF SAN DIEGO COUNTY
**COMMUNITY
WELL-BEING
& BELONGING**

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Código postal: _____

Acerca de la psicoterapia

La psicoterapia es un proceso de colaboración que ofrece un entorno de apoyo y seguridad para explorar sus pensamientos, sentimientos, comportamientos y relaciones. El objetivo de este proceso es fomentar el crecimiento personal, mejorar el bienestar emocional y reforzar los vínculos con los demás. Aunque algunas discusiones pueden ser complicadas, abordar temas difíciles suele ser una parte esencial del proceso terapéutico y sus comentarios son cruciales para la experiencia. Es importante reconocer que no hay garantías de sentirse mejor inmediatamente. La terapia es un proceso gradual que lleva tiempo y no es una "solución rápida".

Riesgos y beneficios de la terapia

La psicoterapia es un proceso en el que el terapeuta y el cliente discuten diversos temas, acontecimientos, experiencias y recuerdos con el propósito de crear un cambio positivo para que el cliente pueda experimentar su vida más plenamente. Ofrece la oportunidad de comprenderse mejor y más profundamente a uno mismo y a los demás, así como los problemas o dificultades que pueda estar experimentando el cliente. La psicoterapia es un esfuerzo conjunto entre el cliente y el terapeuta. El progreso y el éxito pueden variar dependiendo en problemas particulares o en función de los asuntos que se aborden, así como muchos otros factores.

La participación en la terapia puede resultar en una serie de beneficios al cliente, incluyendo, pero sin limitación a la reducción del estrés y la ansiedad, la disminución de los pensamientos negativos y los comportamientos de autosabotaje, el mejoramiento de las relaciones interpersonales, el aumento de la comodidad en entornos sociales, laborales y familiares, el aumento de la capacidad para la intimidad y el aumento de la confianza en sí mismo. Dichos beneficios también pueden requerir un esfuerzo sustancial por parte del cliente, incluyendo una activa participación en el proceso terapéutico, honestidad y voluntad de cambiar sentimientos, pensamientos y comportamientos. No hay garantía de que la terapia produzca alguno o todos los beneficios mencionados.

Participar en la terapia también puede implicar cierta incomodidad, tal como recordar y hablar de acontecimientos, sentimientos y experiencias desagradables. El proceso puede evocar fuertes sentimientos de tristeza, ira, miedo, etc. Puede haber ocasiones en las que el terapeuta cuestione las percepciones y suposiciones del cliente y ofrezca perspectivas diferentes. Los problemas presentados por el cliente pueden dar lugar a resultados no deseados, incluidos cambios en las



YMCA OF SAN DIEGO COUNTY
**COMMUNITY
WELL-BEING
& BELONGING**

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Código postal: _____

relaciones personales. El cliente debe ser consciente de que cualquier decisión sobre la situación de sus relaciones personales es responsabilidad propia.

Durante el proceso terapéutico, muchos clientes descubren que se sienten peor antes de sentirse mejor. En general, esto es un curso normal de acontecimientos. El crecimiento personal y el cambio pueden ser fáciles y rápidos a veces, pero también pueden ser lentos y frustrantes. El cliente debe abordar cualquier preocupación que tenga sobre su progreso en la terapia con el terapeuta.

_____ **Iniciales del adulto que participa en el tratamiento**

Si el cliente es menor de edad:

_____ **Iniciales del menor**

_____ **Iniciales del cuidador**

Reclamaciones

El Consejo de Ciencias del Comportamiento (Estado de California) recibe y responde a reclamos sobre los servicios prestados dentro del ámbito de la práctica de los Trabajadores Sociales Clínicos, Terapeutas Matrimoniales y Familiares, y Consejeros Clínicos Profesionales. Puede comunicarse con el Consejo en línea en www.bbs.ca.gov, o llamando al (916) 574-7830. Dentro de la organización YMCA Youth & Family Services, también puede hablar con el supervisor clínico del terapeuta pre licenciado o con el director del programa llamando al 619-281-8313. Llamando a este número o hablando con cualquiera de nuestros empleados y terapeutas, puede obtener información sobre el proceso formal de quejas y apelaciones de la YMCA, que describe un procedimiento específico con plazos para responder a su queja.

Confidencialidad

La información revelada por el cliente es generalmente confidencial y no se divulgará a terceros sin la autorización por escrito del cliente, excepto cuando lo exija o permita la ley. Las excepciones a la confidencialidad incluyen, entre otras, la denuncia de maltrato a menores, ancianos y adultos dependientes, cuando un cliente amenace gravemente con ejercer violencia contra una víctima razonablemente identificable, o cuando un cliente sea peligroso para sí mismo o para la persona o propiedad de otro. Ver, compartir o descargar pornografía de menores (de 0 a 17 años) es denunciado a los Servicios de Protección de Menores.



YMCA OF SAN DIEGO COUNTY
**COMMUNITY
WELL-BEING
& BELONGING**

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Código postal: _____

En caso de emergencia médica durante el curso de este tratamiento, es importante entender que el terapeuta/personal puede necesitar tomar medidas inmediatas y necesarias para hacer frente a la emergencia. Esto podría incluir, entre otras cosas, buscando atención médica de urgencia, hospitalización u otras intervenciones que el terapeuta o el personal consideren apropiadas.

Debido a la naturaleza del programa, doy mi consentimiento para que _____ (nombre del programa) utilice un enfoque de equipo de tratamiento. Esto significa que la información del caso puede ser compartida entre el personal del programa YMCA para asegurar que los servicios se coordinan adecuadamente. La información compartida puede incluir detalles del programa, formularios de admisión de asesoramiento y otros documentos cumplimentados. Según la HIPAA, los proveedores pueden compartir información para planificar el tratamiento y cuidado. El equipo de tratamiento también puede incluir personas del Departamento de Salud Mental y del Comportamiento y otras partes relevantes implicadas en su cuidado.

La consulta profesional es un componente importante de la práctica de la psicoterapia. Los terapeutas participan regularmente en consultas y supervisiones clínicas, éticas y jurídicas.

En el caso de los terapeutas pre licenciados, la información se comparte con el supervisor del terapeuta y/o su grupo de prácticas con fines de supervisión y capacitación. A veces, estos supervisores son externos. Además, la información de pago y facturación se comparte con el personal administrativo de la YMCA con el fin de procesar el pago.

Con su consentimiento, las sesiones pueden ser grabadas por el terapeuta con fines educativos o de supervisión. Estas grabaciones solo se utilizarán para estos fines específicos y se borrarán inmediatamente después de que dejen de ser necesarias. Los clientes no pueden grabar las sesiones sin previa discusión y aprobación explícita de todos los implicados. Los terapeutas no pueden consentir que se les grabe sin previo conocimiento y acuerdo. Si cree que grabar una sesión le sería útil, por favor, coméntelo para que podamos discutir sus razones y explorar la mejor manera de satisfacer sus necesidades. Cualquier grabación de las sesiones requiere el acuerdo mutuo y la aprobación previa de todos los participantes.

Si el cliente es menor de edad, los padres, tutores o representantes deben saber que el terapeuta no transmitirá la mayor parte de la información del cliente. La psicoterapia solo puede ser eficaz si existe una relación de confianza y confidencialidad entre el terapeuta y el cliente. Aunque los padres, cuidadores o representantes pueden esperar recibir información actualizada sobre los progresos del cliente en la terapia, por lo general no tendrán acceso a las conversaciones



YMCA OF SAN DIEGO COUNTY
**COMMUNITY
WELL-BEING
& BELONGING**

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Código postal: _____

detalladas entre el terapeuta y el cliente. Sin embargo, los padres, cuidadores o representantes pueden esperar ser informados en caso de cualquier preocupación grave que el terapeuta pueda tener en relación con la seguridad o el bienestar del cliente, incluido el suicidio.

_____ **Iniciales del adulto que participa en el tratamiento**

Si el cliente es menor de edad:

_____ **Iniciales del cuidador**

_____ **Iniciales del menor**

Registros y mantenimiento de registros

El terapeuta puede tomar notas durante la sesión y también elaborará otras notas y registros referentes al tratamiento del cliente. Estas notas constituyen los registros clínicos y comerciales del terapeuta, que, por ley, el terapeuta está obligado a mantener. Dichos registros son propiedad exclusiva de YMCA of San Diego County Youth & Family Services. Para más información, consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA. En caso de que el cliente o su representante soliciten una copia de los registros del terapeuta, dicha solicitud deberá realizarse por escrito. Estas solicitudes se responderán de conformidad con la legislación de California. Si el cliente es menor de edad, los padres/cuidadores/representantes tendrán generalmente derecho a acceder a los expedientes del cliente. Sin embargo, este derecho está sujeto a ciertas excepciones establecidas en la legislación de California.

El terapeuta conservará los expedientes de los clientes adultos durante diez años después de la última sesión con el cliente. Los expedientes de los menores deben conservarse 10 años después de que cumplan 18 años. Transcurrido este tiempo, los registros del cliente se destruirán de forma que se preserve la confidencialidad del cliente.

_____ **Iniciales del adulto que participa en el tratamiento**

Si el cliente es menor de edad:

_____ **Iniciales del cuidador**

_____ **Iniciales del menor**



YMCA OF SAN DIEGO COUNTY
**COMMUNITY
WELL-BEING
& BELONGING**

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Código postal: _____

Colección y uso de datos

YMCA Community Support Services colabora con organizaciones locales, estatales y federales, así como con patrocinadores, para prestar servicios a los participantes. Estos socios exigen que el programa recopile, almacene, analice y comunique información como datos demográficos, participación y resultados. Estos datos ayudan a saber quién utiliza los servicios y qué impacto tienen.

Seguimos las últimas políticas de gobernanza de datos para mantener segura su información. A veces se nos pide que compartamos datos individuales des identificados (en los que se eliminan todos los detalles personales). Otras veces, compartimos datos agregados, que combinan información de muchas personas para mostrar tendencias o patrones generales. Siempre compartimos los datos al nivel menos detallado posible.

Cualquier información que pueda identificarle será eliminada o modificada antes de incluirla en informes o materiales de comunicación.

Acepto la política de recopilación y uso de datos de YMCA Community Support Services.

_____ **Iniciales del adulto que participa en el tratamiento**

Si el cliente es menor de edad:

_____ **Iniciales del cuidador**

_____ **Iniciales del menor**

Litigios de clientes

Los terapeutas no participarán voluntariamente en ningún litigio, o disputa de custodia en la que Cliente(s), o Padre(s)/Encargado(s)/Representante(s), y otro individuo, o entidad, sean partes. El terapeuta tiene la política de no comunicarse con el abogado del cliente y por lo general no escribirá ni firmará cartas, informes, declaraciones o declaraciones juradas que se utilizarán en el asunto legal del cliente o representante. Por lo general, los terapeutas no facilitarán registros o testimonios a menos que se les obligue a hacerlo. Si el terapeuta es ordenado por un tribunal de justicia, o citado, como testigo en una acción que involucre al cliente, el terapeuta cumplirá con la ley de California.



YMCA OF SAN DIEGO COUNTY
**COMMUNITY
WELL-BEING
& BELONGING**

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Código postal: _____

Privilegio del psicoterapeuta-cliente

La información revelada por el cliente, así como cualquier registro creado, está sujeta al privilegio psicoterapeuta-cliente. El privilegio profesional de psicoterapeuta-cliente resulta de la relación especial entre el terapeuta y el cliente ante los ojos de la ley. Es similar al privilegio abogado-cliente o al privilegio médico-cliente. Normalmente, el cliente es el titular del privilegio psicoterapeuta-cliente. Si el terapeuta recibiera una citación para registros, testimonio de deposición o testimonio en un tribunal de justicia, el terapeuta hará valer el privilegio psicoterapeuta-cliente en nombre del cliente hasta que el cliente o los padres/cuidadores/representantes del cliente le indiquen, por escrito, que haga lo contrario. Cuando un cliente es un menor, el titular del privilegio psicoterapeuta-cliente es el menor, un tutor designado por el tribunal o el abogado del menor. Por lo general, los padres no tienen autoridad de renunciar el privilegio psicoterapeuta-cliente por sus hijos menores, a menos que un tribunal les otorgue dicha autoridad. Se anima a los padres/cuidadores/representante(s) a que comenten con su abogado cualquier duda relacionada con el privilegio profesional psicoterapeuta-cliente. El cliente, o padre(s)/cuidador(es)/representante(s), deben ser conscientes de que pueden estar renunciando al privilegio psicoterapeuta-cliente si hacen de su estado mental o emocional una cuestión en un procedimiento legal. El cliente, o padre(s)/cuidador(es)/representante(s), debe abordar cualquier inquietud que pueda tener con respecto al privilegio psicoterapeuta-cliente con su abogado.

Tarifas y acuerdos

La tarifa del servicio es _____ por sesión de 50 minutos. Las sesiones de más de 50 minutos se cobran por un tiempo adicional prorrateado. El terapeuta se reserva el derecho de ajustar periódicamente esta tarifa. Se notificará por adelantado al cliente, o a su(s) representante(s), cualquier ajuste de honorarios.

Si corresponde,

La cuota está cubierta por _____ (programa) mientras esté matriculado. En el momento en que el cliente deje de recibir los servicios del programa indicado, el cliente o los padres/cuidadores/representante(s) son responsables por la tarifa de Asesoramiento, que es por sesión.



YMCA OF SAN DIEGO COUNTY
**COMMUNITY
WELL-BEING
& BELONGING**

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Código postal: _____

La cuota está cubierta por _____ (programa) mientras el cliente participe en los servicios de postratamiento. En el momento en que expiren los servicios de postratamiento, el cliente, o padre(s)/encargado(s)/representante(s), será responsable de la cuota de Asesoramiento, el cual es por sesión.

El programa y/o el terapeuta es un proveedor contratado con _____ compañía de seguros, organización de cuidado administrado. En caso de que el cliente o sus padres/cuidadores/representantes opten por utilizar su seguro, el terapeuta proporcionará una declaración que el cliente o sus padres/cuidadores/representantes podrán presentar al tercero de su elección para solicitar el reembolso de los honorarios ya abonados. Si el servicio no está cubierto por la compañía de seguros del cliente, éste deberá abonar la tarifa de _____ .

Saldos y facturas sin pagar

Doy mi consentimiento a la política de los Servicios Clínicos de YFS en cobrar el pago al comienzo de cada sesión. YFS Clinical Services no permite que se acumule saldo. Consiento que se suspendan futuras sesiones de terapia o mis servicios de terapia sean cancelados si no pago mi saldo por completo.

_____ **Iniciales del adulto que participa en el tratamiento**

Si el cliente es menor de edad:

_____ **Iniciales del cuidador**

_____ **Iniciales del menor**

Política de cancelación y asistencia

El cliente, o el/los padre(s)/cuidador(es)/representante(s), es responsable del pago de la tarifa acordada por cualquier sesión(es) perdida(s). El cliente, o el/los padre(s)/cuidador(es)/representante(s), también es responsable del pago de los honorarios acordados para cualquier sesión(es) a las que el cliente, o el/los padre(s)/cuidador(es)/representante(s), no haya dado notificado de la cancelación al terapeuta por lo menos 24 horas antes. El aviso de cancelación debe dejarse en el buzón de voz del terapeuta en _____ o puede enviar un correo electrónico a mi terapeuta en _____ @ymcasd.org.



YMCA OF SAN DIEGO COUNTY
**COMMUNITY
WELL-BEING
& BELONGING**

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Código postal: _____

En casos en que un cliente falte a tres sesiones sin dar notificación previamente al terapeuta, se iniciará una plática reflexiva para considerar el mejor curso de acción con respecto a la continuación de los servicios. Su bienestar y participación en el proceso son de suma importancia, y queremos garantizar un enfoque de colaboración y apoyo.

Si el terapeuta sospecha que el cliente está bajo la influencia de drogas o alcohol, la sesión no podrá continuar ese día y se reprogramará. El cliente será responsable del pago de los honorarios acordados.

Disponibilidad de terapeutas

Los terapeutas están equipados con un sistema de buzón de voz confidencial que permite al cliente, o a los padres/cuidadores/representantes, dejar un mensaje en cualquier momento. El terapeuta hará todo lo posible en regresar las llamadas en un plazo razonable, pero no puede garantizar que regresará llamadas inmediatamente. **El terapeuta no puede prestar un servicio de crisis las 24 horas del día. Si el cliente se siente inseguro o requiere asistencia médica o psiquiátrica inmediata, debe llamar al 911 o acudir a la sala de urgencias más cercana. Para emergencias de salud mental que no pongan en peligro la vida, los clientes pueden llamar a la Línea de Acceso y Crisis al 1-888-724-7240 o marcar el 988.**

Comunicación por correo electrónico y teléfono móvil

Entiendo que el correo electrónico y los mensajes de texto son formas de comunicación no seguras y pueden ser interceptados por otros no autorizados. No garantiza la confidencialidad por correspondencia a través de correo electrónico o texto SMS. Entiendo que mi terapeuta no llevará a cabo el asesoramiento a través de correo electrónico o texto. Si a mi terapeuta se le permite mantener correspondencia por correo electrónico o mensaje de texto, toda la correspondencia por correo electrónico y mensaje de texto debe ser estrictamente para programación. Para más información, consulte el Formulario de Consentimiento de telesalud.

De vez en cuando, el terapeuta puede tener contacto telefónico con el cliente, o con los padres/cuidadores/representante(s), con fines distintos a la programación de las sesiones. El cliente, o padres/cuidadores/representante(s), es responsable del pago por la tarifa acordada (en base "prorrateado" proporcional) para cualquier llamada telefónica que exceda diez minutos. Además, de vez en cuando, el terapeuta puede establecer contacto telefónico con un tercero a



YMCA OF SAN DIEGO COUNTY
**COMMUNITY
WELL-BEING
& BELONGING**

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Código postal: _____

petición del cliente, o padres/cuidadores/representante(s) y con la autorización previa por escrito del cliente, o de los padres/cuidadores/representante(s).

En ocasiones, el terapeuta puede tener una ausencia imprevista de urgencia. En esos casos, puede contar con comunicación de un director de programa o de un supervisor clínico. Si no recibe noticias de ellos, puede ponerse en contacto con _____ en _____.

Preferencias de comunicación:

Autorizo a mi terapeuta que se comunice conmigo a través de los siguientes medios:

Teléfono particular en (____) _____ ¿Puede dejar un mensaje? Sí No

Teléfono móvil: (____) _____ ¿Puede dejar un mensaje? Sí No

Teléfono del trabajo en (____) _____ ¿Puede dejar un mensaje? Sí No

Enviar correo postal a mi domicilio en casa. Dirección del cliente: _____

Envíeme un texto a _____

La comunicación por correo electrónico está bien. Mi correo electrónico es _____.

En ocasiones puede recibir una encuesta de satisfacción por correo electrónico para ayudarnos a evaluar la calidad de nuestros servicios.

Terminación de la terapia

El terapeuta se reserva el derecho de terminar la terapia a su discreción. Los motivos para la terminación incluyen, pero no se limitan a, el pago tardío de los honorarios, el incumplimiento de las recomendaciones de tratamiento, los conflictos de intereses, la falta de participación en la terapia, las necesidades del cliente están fuera del ámbito de competencia o práctica del terapeuta, o no hay un progreso adecuado en la terapia. El cliente, o padre(s)/cuidador(es)/representante(s), tiene derecho a terminar la terapia a su discreción. Tras la decisión de cualquiera de las partes de terminar la terapia, el terapeuta generalmente recomendará que el cliente participe en al menos una, o posiblemente más, sesiones de terminación. El objetivo de estas sesiones es facilitar una experiencia de despidio positiva y dar a



YMCA OF SAN DIEGO COUNTY
**COMMUNITY
WELL-BEING
& BELONGING**

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Código postal: _____

ambas partes la oportunidad de reflexionar sobre el trabajo realizado. El terapeuta también intentará garantizar una transición fluida a otro terapeuta ofreciendo referencias al cliente.

Reconocimiento y consentimiento

Al firmar a continuación, el cliente, o padre(s)/cuidador(es)/representante(s) reconocen que han revisado y aceptan plenamente los términos y condiciones de este Acuerdo. El cliente y el representante han discutido dichos términos y condiciones con el terapeuta y han recibido respuesta a sus preguntas sobre los términos y condiciones a satisfacción del cliente, o padre(s)/cuidador(es)/representante(s). El cliente, o padre(s)/cuidador(es)/representante(s) acepta cumplir los términos y condiciones de este Acuerdo y consiente en participar en la psicoterapia con el terapeuta. Además, el cliente, o padre(s)/cuidador(es)/representante(s) aceptan eximir al terapeuta y a la YMCA de cualquier reclamación, demanda o pleito por daños y perjuicios derivados de cualquier lesión o complicación, salvo negligencia, que pueda resultar de dicho tratamiento.

He leído este documento y me han explicado mis derechos básicos para mi participación en este programa. Estos incluyen:

1. El derecho a ser informado de los distintos pasos y actividades que implica recibir servicios.
2. El derecho a la confidencialidad bajo leyes federales y estatales sobre el recibir servicios.
3. El derecho a cuidado humano y a la protección frente a daños, abusos o negligencia.
4. El derecho de tomar una decisión informada de aceptar o rechazar el tratamiento.

Estoy de acuerdo en cumplir con este acuerdo y doy mi consentimiento para participar en las siguientes sesiones de psicoterapia en el programa de Servicios Clínicos de YFS (Marque todo lo que corresponda):

- Individual
- Pareja
- Familia
- Grupo



YMCA OF SAN DIEGO COUNTY
**COMMUNITY
WELL-BEING
& BELONGING**

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Código postal: _____

Nombre del cliente (en letra de molde)

Fecha de nacimiento del cliente

Firma del cliente (12 años o más)

Fecha

Si el cliente es menor de edad:

Nombre del cuidador

Relación con el cliente

Firma del cuidador

Fecha

Nombre del cuidador

Relación con el cliente

Firma del cuidador

Fecha

Nombre del terapeuta (en letra de imprenta)

Firma

Fecha