



# El Consentimiento Informado para el Tratamiento de Alliance Child & Family Solutions LLC d/b/a ACFS TEXAS

1. **Los participantes de la terapia:** "Cliente" se refiere a la única participante de consejería individual/terapia o a todos los participantes en el asesoramiento a las parejas/familia/terapia conjuntamente como una sola unidad, como indicado por la(s) firma(s) de cualquiera/todas las partes participantes al final de este documento. Si hay una solicitud para los registros de tratamiento de la familia/consejería de pares/terapia, el Texas ACFS personal y/o subcontratista ("terapeuta") solicitará la autorización de todos los miembros de la unidad de tratamiento antes de entregar información confidencial a terceras partes. Además, si los registros del cliente son citados, el terapeuta va a valer el psicoterapeuta-paciente privilegio en nombre del cliente.

Yo/nosotros entendemos que durante el curso del tratamiento, el terapeuta puede solicitar ver una mayor o menor parte de la unidad de tratamiento (por ejemplo, ver sólo un participante individual de consejería de pares/terapia o viendo un cuidador, padres o hermanos además al participante individual de asesoramiento/terapia) para una o más sesiones. Estas sesiones debería ser visto como parte de la labor que el terapeuta está haciendo con la persona o familia/pareja, a menos que se indique lo contrario. El terapeuta puede necesitar compartir la información aprendida en una sesión individual (o una sesión con sólo una porción de la unidad de tratamiento presente) con la unidad de tratamiento completo, a fin de servir eficazmente a la unidad que está siendo tratado. El terapeuta utilizará su mejor criterio para decidir si, cuándo y en qué medida las revelaciones se hará a la unidad de tratamiento, y también, si procede, dar al individuo o a la parte más pequeña de la unidad de tratamiento se considera la posibilidad de realizar la revelación. **Por lo tanto, si usted es un participante de la familia/consejería de pares/terapia parece necesario hablar acerca de cuestiones que usted desea absolutamente ser compartida con nadie, usted debería consultar con un terapeuta que puede tratar individualmente.**

2. **Después de - Horas de emergencias :**

- a. Si usted debe experimentar una vida - amenazas de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Si usted tiene otras después de - Horas de emergencia de salud mental, también puede ponerse en contacto con nuestro número principal 817-851-2042 x 1 para ser conectado a la National Suicide Hotline.
- b. Llame durante el horario comercial para no urgente - preguntas o inquietudes.

3. **Consentimiento para evaluar/tratar:** Como participante en el tratamiento, Yo/nosotros voluntariamente su consentimiento para participar en una evaluación de salud mental y/o tratamiento por el terapeuta. Yo/nosotros entendemos que tras la evaluación y/o tratamiento, completa y exacta información será proporcionada respecto de cada una de las siguientes áreas:

- a. Los beneficios del tratamiento propuesto
- b. Los riesgos del tratamiento propuesto
- c. Los modos alternativos de tratamiento y servicios
- d. La manera en que se administrará el tratamiento
- e. Probables consecuencias de no recibir tratamiento

La evaluación o tratamiento será realizada por un psicoterapeuta, un psicólogo, un consejero con licencia, una licencia de trabajador social o de un individuo supervisado por cualquiera de los profesionales listados. El tratamiento será efectuado dentro de los límites de la Ley de Texas de Psicología, Trabajo Social, consejería profesional, o consejería matrimonial y familiar.

La evaluación y el tratamiento puede ser administrado con las entrevistas psicológicas, o pruebas de evaluación psicológica, psicoterapia, así como las expectativas en cuanto a la duración y frecuencia del tratamiento. Esto puede ser beneficioso para el cliente, así como el profesional de referencia, para entender la naturaleza y las causas de las dificultades que afectan el funcionamiento diario, de manera que las recomendaciones y los tratamientos pueden ser ofrecidos. Los usos de esta evaluación incluyen el diagnóstico, la evaluación de la recuperación o tratamiento, estimar el pronóstico y la planificación de la educación y la rehabilitación.

4. **Beneficios de la evaluación/Tratamiento: los** posibles beneficios del tratamiento incluyen mejorar el funcionamiento cognitivo, el desempeño laboral o académico, estado de salud, calidad de vida, y la conciencia de sus fortalezas y limitaciones. **No hay garantías sobre lo que pasará en el tratamiento requiere un esfuerzo activo por parte del cliente.**



## El Consentimiento Informado para el Tratamiento de Alliance Child & Family Solutions LLC d/b/a ACFS TEXAS

5. **Evaluación de Riesgos:** evaluación y tratamiento de riesgos pueden incluir experimentando sensaciones incómodas, como tristeza, culpa, ansiedad, ira, frustración, soledad y desamparo, porque el proceso de la psicoterapia a menudo requiere debatir los aspectos desagradables de su vida.
6. **Tratamientos alternativos:** Los métodos de tratamiento alternativos pueden incluir el uso de medicamentos prescritos por un médico con licencia. El terapeuta puede ayudar a recomendar los profesionales médicos que pueden ayudar en este proceso, pero terapeuta no puede prescribir medicamentos bajo cualquiera de los licensures utilizados para la psicoterapia y/o asesoramiento/terapia.
7. **Administración de tratamiento:** asesoramiento/terapia será administrada cara a cara un máximo de una vez al día con el individuo y/o familia, como es necesario para obtener el beneficio máximo para la duración y frecuencia discutido al inicio de asesoramiento/terapia.
8. **Probables consecuencias de no recibir tratamiento:** Posibles consecuencias de no recibir o participar plenamente en el tratamiento puede incluir el deterioro de las actividades de trabajo, relaciones familiares, o funcionamiento social. El terapeuta tratará detalles durante el asesoramiento/terapia como se proponen acciones de cliente.
9. **Tarifas:** Las tarifas están basadas en la duración o el tipo de evaluación o tratamiento, que son determinados por la naturaleza del servicio. El cliente será responsable de todos los cargos no cubiertos por el seguro, incluidos los copagos, el coseguro y los deducibles. Tarifas están disponibles bajo petición. Los registros no serán liberados hasta el pago completo.
10. **Confidencialidad, daño y consulta:** Información de la evaluación y/o tratamiento está contenida en un registro médico confidencial ACFS en Texas, y doy mi consentimiento a la revelación para el uso por parte del terapeuta para los fines de la continuidad de la atención. Por la ley de salud mental de Texas, la información proporcionada se mantendrá confidencial, con las excepciones siguientes: 1) si el cliente es considerado un peligro para sí mismo o los demás; 2) si las preocupaciones acerca del posible abuso o negligencia surgen; 3) si las preocupaciones acerca de los pasados deshonestidad o explotación por parte de un profesional de salud mental; o 4) si se emite una orden judicial para obtener registros.
11. **Derecho a retirar su consentimiento:** Yo/nosotros tienen derecho a retirar mi consentimiento para la evaluación y/o tratamiento de mí o mi hijo en cualquier momento proporcionando una solicitud por escrito para el tratamiento y/o terapeuta ACFS Texas.
12. **Caducidad de consentimiento:** Este consentimiento para tratar caducará transcurridos 12 meses desde la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario.

**Mediante mi firma a continuación, estoy indicando que he leído y comprendido todo lo anterior, han tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de esta información, y doy mi consentimiento para la evaluación y el tratamiento. Entiendo que tengo derecho a hacer preguntas del terapeuta o personal sobre la información anterior en cualquier momento. Reconozco también que mediante mi firma a continuación:**

1. He recibido una copia de todas las formas siguientes:
  - a. Consentimiento informado al tratamiento (*forma actual*)
  - b. Política de Privacidad
  - c. Política de Cancelación
  - d. La responsabilidad financiera del cliente
  - e. Los honorarios del tribunal y participación
2. Acepto voluntariamente para recibir evaluación de salud mental y de salud mental, tratamiento y/o servicios, y autorizo a la agencia para proporcionar servicios tales como considere necesario y conveniente,
3. También puedo atestiguar que tengo el derecho a dar su consentimiento para el tratamiento de mí o de nosotros mismos como una pareja/familia o de cualquier participante(s) cliente(s) menor,
4. Entiendo y acepto que voy a participar en la planificación de mi atención, tratamiento o servicios, y que yo pueda en cualquier momento detener tales servicios recibidos a través de la agencia, y



# El Consentimiento Informado para el Tratamiento de Alliance Child & Family Solutions LLC d/b/a ACFS TEXAS

5. He leído y comprendido estas declaraciones y han tenido amplia oportunidad de hacer preguntas y solicitar una aclaración de nada claro para mí.

Todas estas firmas son firmados y presentados en el día de la fecha, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso de adulto cliente

\_\_\_\_\_  
firma #1

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso de adulto cliente

\_\_\_\_\_  
firma #2

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso de menor #1 Cliente

\_\_\_\_\_  
firma de tutor legal

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso de menor #2 Cliente

\_\_\_\_\_  
firma de tutor legal

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del Cliente menor #3 la

\_\_\_\_\_  
firma del Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del Cliente menor #4 la

\_\_\_\_\_  
firma del Tutor Legal

**\*Nota: Si este formulario está firmado electrónicamente a través DrChrono OnPatient (a través de ordenador o iPad) o a través AdobeSign que estoy consintiendo a todas las afirmaciones anteriores con mi firma electrónica, incluso si la firma no aparece en las líneas exactas de arriba.**

**Para los participantes de la familia/consejería de pares/terapia solamente:**

Como se dijo anteriormente, el "Cliente" se referirán a todos los participantes en el asesoramiento a las parejas/familia/terapia conjuntamente como una sola unidad, como indicado por la firma de todas las partes participantes. Sin embargo, pido a ser llamado el principal destinatario de los servicios, con el fin de archivo de estas familias/parejas tratamiento sobre mi seguro. Entiendo que esto no niega la definición de cliente o cualquier otros puntos discutidos en este documento de consentimiento informado para el tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso de adulto

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

**\*Nota: Si este formulario está firmado electrónicamente a través DrChrono OnPatient (a través de ordenador o iPad) o a través AdobeSign que estoy consintiendo a todas las afirmaciones anteriores con mi firma electrónica, incluso si la firma no aparece en las líneas exactas de arriba.**