



CONSENTIMIENTO INFORMADO AL TRATAMIENTO de Alliance Child & Family Solutions ("ACFS")

1. **Participantes** de la Terapia: "Cliente" se referirá al único participante de la terapia/asesoramiento individual o a todos los participantes en el asesoramiento/terapia familiar/parejas juntos como una sola unidad según lo indicado por la 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 /parejas de asesoramiento /terapia, el ACFS Staff, Estudiante, y / o Subcontrato ("Terapeuta") buscará la autorización de todos los miembros de la unidad de tratamiento antes de entregar información confidencial a terceros. Además, si se citan los registros del Cliente, el Terapeuta hará valer el privilegio del psicoterapeuta-cliente en nombre del Cliente.

Entendemos que, durante el curso del tratamiento, el Terapeuta puede solicitar ver una parte más pequeña o grande de la unidad de tratamiento (por ejemplo, ver sólo a un participante individual de la terapia / terapia de pareja o ver a un cuidador, padre o hermanos además de la persona participante de consejería/terapia) para una o más sesiones. Estas sesiones deben ser vistas como parte del trabajo que el Terapeuta está haciendo con el individuo o la 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 parte de la unidad de tratamiento presente) con toda la unidad de tratamiento, con el fin de servir a la unidad que está siendo tratada. El Terapeuta utilizará su mejor criterio en cuanto a sí, cuándo y en qué medida se harán las divulgaciones a la unidad de tratamiento, y también, si procede, dar al individuo o a la parte más pequeña de la unidad de tratamiento que se ve la oportunidad de hacer la divulgación. Por lo tanto, si usted es un participante de la familia /parejas de consejería /terapia se siente necesario para hablar de asuntos que absolutamente desea ser compartido con nadie, usted debe consultar con un terapeuta que puede tratarlo individualmente.

2. **Emergencias después de la hora:**
 - a. Si usted experimenta una emergencia potencialmente mortal, por favor llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Si tiene otra emergencia de salud mental después de las horas, también puede comunicarse con nuestro número principal 817-851-2042 x 1 para estar conectado a la Línea Directa Nacional de Suicidio.
 - b. Por favor llame durante el horario comercial regular para preguntas o inquietudes no urgentes.
3. **Consentimiento para Evaluar/Tratar:** Como participante en el tratamiento, doy su consentimiento voluntariamente para participar en una evaluación y/o tratamiento de salud mental por parte del Terapeuta. Entendemos que, tras la evaluación y/o el tratamiento, se proporcionará información completa y precisa sobre cada una de las siguientes áreas:
 - a. Los beneficios y riesgos del tratamiento propuesto
 - b. Los riesgos del tratamiento propuesto
 - c. Modos y servicios de tratamiento alternativos
 - d. La forma en que se administrará el tratamiento
 - e. Consecuencias probables de no recibir tratamiento

La evaluación y el tratamiento pueden administrarse de un Psicoterapeuta, Psicóloga, Consejera Profesional, o Trabajadora Social Licenciado, o un individual supervisado de uno de estos profesionales. Tratamiento esta conducido entre las reglas del Texas Law for Psychologists, Social Work, Professional Counseling, or Marriage and Family Counseling.

Pueden administrar el tratamiento con entrevistas psicológicas, evaluaciones o pruebas psicológicas, psicoterapia, así como expectativas sobre la duración y frecuencia del tratamiento. Puede ser beneficioso para el cliente, así como para el profesional remitente, comprender la naturaleza y la causa de cualquier dificultad que afecte al funcionamiento diario, de modo que se puedan ofrecer recomendaciones y tratamientos adecuados. Los usos de esta evaluación incluyen diagnóstico, evaluación de recuperación o tratamiento, estimación del pronóstico y planificación de la educación y rehabilitación.

4. **Beneficios para la evaluación/tratamiento:** Los posibles beneficios para el tratamiento incluyen un mejor funcionamiento cognitivo, rendimiento académico o laboral, estado de salud, calidad de vida y conciencia de las fortalezas y limitaciones. **No hay garantías sobre lo que sucederá ya que el tratamiento requiere un esfuerzo muy activo por parte del cliente.**



CONSENTIMIENTO INFORMADO AL TRATAMIENTO de Alliance Child & Family Solutions ("ACFS")

5. **Riesgos de evaluación/tratamiento:** Los riesgos de evaluación pueden incluir experimentar sentimientos incómodos, como tristeza, culpa, ansiedad, ira, frustración, soledad e impotencia, porque el proceso de psicoterapia a menudo requiere discutir los aspectos desagradables de su vida.
6. **Consecuencias probables de no recibir tratamiento:** Las posibles consecuencias de no recibir o participar plenamente en el tratamiento pueden incluir el deterioro de las actividades laborales, las relaciones familiares o el funcionamiento social. El Terapeuta discutirá los detalles durante la consejería/terapia a medida que se propongan acciones del cliente.
7. **Administración del tratamiento:** La consejería/terapiase administrará cara a cara (en el hogar, en el consultorio o a través de la telesalud) un máximo de una vez al día con el individuo y /o la familia según sea necesario para el máximo beneficio, para la duración y frecuencia discutida al inicio de la terapia/asesoramiento. Las modalidades de tratamiento pueden incluir, pero no limitarse a: Client Centered Therapy, Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Dialectical Behavioral Therapy (DBT), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Family Systems, Gestalt, Motivational Interviewing, Outcomes Oriented Therapy, Play Therapy, Psychoanalytic, Rationale Emotive Therapy, Solution Focused Therapy, Trauma Focused – CBT (TF-CBT), Trust Based Relational Intervention (TBRI), u otros.
8. **Tratamientos alternativos:** Los métodos de tratamiento alternativos pueden incluir medicamentos o suplementos según lo prescrito por un profesional con licenciado, derivación un nivel superior de atención, y / o enfoques terapéuticos adicionales que pueden no ser ofrecidos por ACFS en este momento o dentro del plazo requerido por el cliente. El terapeuta puede ayudar a recomendar profesionales adicionales que puedan ayudar en este proceso. El terapeuta no es capaz de prescribir medicamentos bajo cualquiera de las uñas utilizadas para la psicoterapia, y / o consejería/terapia.
9. **Proveedores** de tratamiento: Terapista tienen licencia completa (*Licensed Clinical Social Worker, Licensed Professional Counselor, Licensed Marriage and Family Therapist*), Médicos de Nivel de Maestría bajo Supervisión para ser Completamente Licenciado (*Licensed Master Social Worker, Licensed Professional Counselor - Intern, Licensed Marriage and Family Therapist - Associate*), o estudiante en la finalización de un máster en un campo relacionado. Se le informará de las credenciales de su proveedor de tratamiento antes de iniciar los servicios. Cualquier persona que no tenga licencia completa está bajo supervisión para asegurarse de que usted recibirá la más alta excelencia del servicio. Si tiene alguna pregunta con respecto a cualquier pasante de estudiante graduado o profesional con licencia provisional que obtenga supervisión clínica, puede solicitar hablar con **Anastasia Taylor, LCSW-Supervisor al 817-851-2042 x 626; stas.taylor@acfstexas.com.**
10. **Cargos:** Las tarifas se basan en la duración o el tipo de evaluación o tratamiento, que se determinan por la naturaleza del servicio. El Cliente será responsable de cualquier cargo no cubierto por el seguro, incluyendo copagos y deducibles. Las tarifas de pago en efectivo para profesionales con licencia completa son de \$150/Visita inicial y \$125/Visita de seguimiento. Nuestra tarifa de cancelación tardía / no show es una tarifa de \$100/visita. Los servicios o cargos adicionales, las tarifas del Plan de Asistencia Financiera, los cargos de terapia grupal o los servicios proporcionados por un pasante se describen en nuestro Programa de tarifas, que está disponible bajo petición. No se liberarán récords hasta que se paguen todas las obligaciones financieras en su totalidad.
11. **Confidencialidad, Daño e Investigación:** La información de la evaluación y/o tratamiento está contenida en un registro médico confidencial en ACFS, y doy mi consentimiento para la divulgación para su uso por el Terapeuta con el propósito de continuidad de la atención. De manera de salud mental de Texas, la información proporcionada se mantendrá confidencial con las siguientes excepciones: 1) si se considera que el cliente presenta un peligro para sí mismo o para otros; 2) si surgen preocupaciones sobre posibles abusos o negligencias; 3) si las preocupaciones acerca de la impropiedad o explotación pasada por un profesional de la salud mental; o 4) si se emite una orden judicial firmada por un juez para obtener registros en los que la provisión de dichos registros supera los riesgos de una carta de tratamiento en su lugar.
12. **Derecho a Retirar** consentimiento: Tengo derecho a retirar mi consentimiento para la evaluación y/o tratamiento de mí o de mi hijo en cualquier momento mediante la solicitud por escrito al Terapeuta tratante y/o ACFS.



CONSENTIMIENTO INFORMADO AL TRATAMIENTO de Alliance Child & Family Solutions ("ACFS")

13. **Caducidad del consentimiento:** Este consentimiento para tratar expirará 12 meses a partir de la fecha de firma, a menos que se especifique lo contrario. **El consentimiento para el tratamiento expira cuando hay una descarga o un lapso en los servicios proporcionados durante 90 días o más.**

PARA PARTICIPANTES DE FAMILIA/COUPLES CONSEJO/THERAPY SOLAMENTE:

Como se indicó anteriormente, "Cliente" se referirá a todos los participantes en el asesoramiento/terapia familiar/pareja según lo indicado por la firma de todas las partes participantes. Sin embargo, solicito ser nombrado el principal destinatario de servicios con el finde presentar dicho trato familiar / pareja según mi seguro. Entiendo que esto no niega la definición de cliente o cualquier otro punto discutido en este documento que proporciona el consentimiento informado para el tratamiento.

Con mi firma a continuación, estoy indicando que he leído y entiendo todo lo anterior, he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre esta información, y doy mi consentimiento para la evaluación y el tratamiento. Entiendo que tengo el derecho de hacer preguntas al Terapeuta o al Personal sobre la información anterior en cualquier momento. También reconozco por mi firma a continuación que:

1. He recibido una copia de todos los siguientes formularios:
 - a. Consentimiento informado al tratamiento (*presente*)
 - b. Política de Privacidad
 - c. Política de Cancelación
 - d. Responsabilidad Financiera del Cliente
 - e. Honorarios del Tribunal y Involucion
 - f. Consentimiento para Servicios de Telesalud
2. Acepto voluntariamente recibir evaluación de salud mental y atención, tratamiento y/o servicios de salud mental, y autorizo a la agencia a proporcionar los servicios que considere necesarios y aconsejables,
3. También apruebo que tengo derecho a dar su consentimiento al tratamiento para mí o para nosotros mismos como pareja/familia o de cualquier cliente menor participante,
4. Entiendo y acepto que participaré en la planificación de mi atención, tratamiento o servicios, y que puedo en cualquier momento detener dichos servicios recibidos a través de la agencia,
5. He leído y entendido estas declaraciones y he tenido una amplia oportunidad de hacer preguntas sobre, y buscar aclaraciones de cualquier cosa que no está claro para mí, y
6. Doy mi consentimiento para ser contactado por llamada telefónica, texto y/o correo electrónico según sea necesario para la programación.

Se firman y se presentan a partir de la fecha de hoy, _____

Nombre del Cliente (o Tutor Legal)

Firma del Cliente (o Tutor Legal)

** NOTA: Las firmas en este formulario se consideran válidas y verdaderas independientemente de si se firma a mano o se firma electrónicamente a través de IntakeQ, AdobeSign, DrChrono u otro lugar electrónico aprobado, que estoy consintiendo todas las declaraciones anteriores con mi firma electrónica, incluso si la firma no aparece en las líneas exactas anteriores.*

Si tiene quejas, quede contactar el Texas Board of Examiners of Professional Counselors, Texas Board of Examiners of Marriage and Family Therapists, o Texas State Board of Social Worker Examiners.

Complaints Management and Investigative Section P.O. Box 141369 Austin, Texas 78714-1369 or call 1-800-942-5540	More information can be found at https://www.dshs.texas.gov/counselor/lpc_complaint.shtm https://www.dshs.texas.gov/mft/mft_complaint.shtm https://www.dshs.texas.gov/socialwork/sw_complaint.shtm
--	---