



Catholic Community Services Yuma
Servicios de Consejería y Salud del Comportamiento
Consentimiento para tratar a Menores de Edad

Yo, _____, por medio de la presente Certifico que he ingresado voluntariamente en

Nombre Impreso Del Cliente

servicios con Catholic Community Services Yuma (CCS Yuma). Además, yo doy consentimiento para que el tratamiento sea proporcionado por un proveedor que sea un Trabajador Social, Consejero, Consejero interno/en práctica y/o Personal de Apoyo en colaboración con el Supervisor Clínico, Troy Love, LCSW-10449. El Director Clínico puede ser contactado al teléfono 928-341-9400.

Tratamiento de niños y adolescentes

La participación de los niños y adolescentes en la terapia puede ser altamente beneficiosa para su desarrollo general. Muy a menudo, lo mejor es verlos con los padres y otros miembros de la familia (sesiones familiares); a veces es mejor verlos solos o en sesiones de grupo. Su proveedor evaluará cuál podría ser mejor opción para su hijo y le hará recomendaciones. Obviamente, el apoyo de padre (s) /tutor (es) es esencial, así como su comprensión de los procedimientos básicos involucrados en la Consejería a los niños.

Qué Esperar

El propósito de reunirse con un consejero o terapeuta es obtener ayuda con problemas en su vida que le están molestando o que le están previniendo de tener éxito en áreas importantes de su vida. Usted puede estar aquí porque quiere hablar con un consejero o terapeuta acerca de estos problemas. O, usted puede estar aquí porque su padre, tutor, Médico o Maestro tiene preocupaciones acerca de usted. Cuando usted y su proveedor se reúnan, estos problemas serán discutidos. Su proveedor le hará preguntas, le escuchará y le sugerirá un plan para mejorar estos problemas. Es importante que usted se sienta cómodo al hablar con su proveedor acerca de los problemas que le están molestando. A veces, estos problemas incluirán cosas que usted no quiere que sus padres o tutores sepan. Para la mayoría de las personas, saber que lo que dicen se mantendrá privado les ayuda a sentirse más cómodos y tener más confianza con su consejero o terapeuta. La privacidad, también llamada confidencialidad, es una parte importante y necesaria para una buena Consejería. El procedimiento regular para discutir problemas relacionados con la terapia de mi hijo/a será en sesiones conjuntas que incluyan a su Proveedor y a otros adultos que sean apropiados y que estén de acuerdo.

Confidencialidad

Como regla general, su proveedor mantendrá la información que comparta en las sesiones en forma confidencial, a menos que su proveedor tenga su permiso para revelar cierta información. Sin embargo, hay excepciones importantes a esta regla que son importantes que usted entienda antes de compartir información personal en una sesión de terapia. En algunas situaciones, su proveedor es requerido por la ley o por los lineamientos de su profesión para que revele información con o sin su permiso. Estas situaciones son:

- Usted comparte/habla de un plan para causar daños graves o la muerte a usted mismo, y su proveedor cree que usted tiene la intención y la capacidad de llevar a cabo esta amenaza en un futuro muy próximo. Su proveedor debe tomar medidas para informar a un padre o tutor de lo que usted ha compartido y de que tan seria su amenaza. Su proveedor debe asegurarse de que usted está protegido de dañarse a usted mismo.
- Usted comparte/habla de un plan para causar daños graves o la muerte a otra persona que puede ser identificada, y su proveedor cree que usted tiene la intención y la capacidad de llevar a cabo esta amenaza en un futuro muy próximo. En esta situación, su proveedor debe informar a su padre o tutor, y su proveedor debe informar a la persona que usted tiene la intención de dañar.
- Usted está haciendo cosas que podrían causarle un daño grave a usted o a otra persona, incluso si usted no tiene la intención de lastimarse a usted mismo o a otras personas. En estas situaciones, su proveedor tendrá que usar su criterio profesional para decidir si un padre o tutor debe ser informado.
- Usted le dice a su proveedor que usted es o ha sido abusado físicamente, sexualmente, emocionalmente o explotado, o su proveedor tiene sospechas razonables de que usted es o ha sido abusado físicamente, sexualmente, emocionalmente o explotado. Su proveedor es requerido por la ley del estado de Arizona para reportar el abuso al Departamento de Servicios para los Niños de Arizona.

Consent to Treat Minors

Page 1 of 3

Client Name: _____ Client ID: _____

Revised: 07/2019

- Usted está involucrado en un caso de la Corte y se ha solicitado información sobre su consejería o terapia. Si esto sucede, su proveedor no divulgará información sin su consentimiento por escrito, a menos que el Tribunal ordene que se le proporcione la información. Su proveedor hará lo que sea posible, dentro de la ley, para proteger su confidencialidad. Si su proveedor es requerido a divulgar información a la corte, su proveedor le informará que esto está sucediendo.

Comunicación con su Padre(s) o Tutor(s):

La cuestión de la confidencialidad es fundamental en el tratamiento de menores. Cuando los menores son vistos con adultos, lo que se discute es conocido por los presentes. Los menores de edad vistos en sesiones individuales (excepto bajo ciertas condiciones) no tienen derecho legal a la confidencialidad (también llamado privilegio); sus padres tienen este derecho. Sin embargo, a menos que los niños sientan que tienen algo de privacidad al hablar con un terapeuta, los beneficios de la terapia pueden perderse. Por lo tanto, es necesario trabajar en un acuerdo en el que los niños sientan que su privacidad es generalmente respetada, al mismo tiempo que los padres tienen acceso a la información crítica.

Su proveedor no compartirá abiertamente con sus padres/tutores (s) cosas específicas de las sesiones de terapia privada. Esto incluye actividades y comportamientos que sus padres/tutores no aprobarían — o que les enojarían — **pero que no le ponen a usted o a otra persona en riesgo de sufrir daños graves e inmediatos**. Sin embargo, si su **comportamiento arriesgado** se vuelve más grave, entonces su proveedor tendrá que usar su juicio profesional para decidir si usted o alguien más están en peligro grave e inmediato de ser dañado. Si su proveedor considera que usted está en tal peligro, esto se compartirá con su padre o tutor. Su proveedor preferirá tener la discusión con usted acerca de la necesidad de que su padre (s)/tutor (es) sepan esta información, y permitirá que usted le informe a sus padres/tutores en una sesión familiar; a la brevedad posible.

Aviso de confidencialidad y Mantenimiento Profesional de Registros/Expedientes

La confidencialidad de la información y los registros/expedientes del cliente está protegido bajo las regulaciones Federales y la Ley Estatal, de acuerdo con la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA), una Ley Federal que proporciona protecciones a la privacidad y a los derechos de los pacientes sobre el uso y divulgación de su información de salud protegida (PHI) para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Como menor de edad, la Ley del Estado de Arizona proporciona a sus padres/tutores con el derecho de solicitar sus registros/expedientes escritos. Por favor refiérase a su "**Aviso de Prácticas de Privacidad**," para información adicional.

Comunicación con Otros Profesionales

Escuela: Su proveedor no compartirá ninguna información con su escuela a menos que haya permiso de usted y permiso de su (s) padre (es)/tutor (s). Debe haber una razón terapéutica para que su proveedor trabaje directamente con su escuela, y su proveedor siempre servirá el papel de defensor en tales situaciones, y siempre utilizará su juicio profesional.

Doctores: A veces su doctor y su proveedor pueden necesitar trabajar juntos; por ejemplo, si necesita tomar medicamentos además de ver a un consejero o terapeuta. Su proveedor obtendrá el permiso de usted y el permiso de su (s) padre (es)/tutor (es). La única vez que su proveedor compartirá información con su médico, incluso si no hay permiso de usted, es si usted está haciendo algo que le pone en riesgo de daño físico/médico grave e inmediato.

Información General

La facturación de los servicios recibidos será consistente con el "Contrato de Pago para el Servicio", firmado por la parte responsable. CCS Yuma no utiliza teléfonos celulares, redes sociales o telemedicina para proporcionar servicios terapéuticos o de apoyo. Las solicitudes de servicios deben hacerse llamando a nuestra oficina al 928-341-9400 y programando una cita. Si necesita ponerse en contacto con su proveedor, puede llamar y dejar un mensaje en nuestro correo de voz confidencial. Su llamada será devuelta tan pronto como sea posible, pero puede tomar un día o dos para asuntos que no sean urgentes. Si es una emergencia, o si se siente incapaz de mantenerse a salvo, 1) comuníquese con la línea directa de crisis al 1-866-495-6735, 2) vaya a su sala de emergencias del Hospital local, o 3) llame al 911. Haremos todo lo posible para informarle, en avance, si habrá ausencias planificadas, y para proporcionarle el nombre y el número de teléfono del profesional de salud mental que cubrirá mis casos. En caso de que su proveedor asignado ya no pueda continuar con los servicios, se le volverá a asignar otro proveedor. Será su elección si desea continuar con los servicios de tratamiento o si desea ser referido a otro proveedor. Su caso puede ser discutido en un entorno de supervisión grupal para la retroalimentación clínica y el enfoque de mejores prácticas, pero su nombre no será dado a conocer.

Consentimiento del Menor y Acuerdo de los Padres para Respetar la Privacidad

Cliente Menor en Terapia: La firma a continuación indica que usted entiende la información anterior y comprende los límites de la confidencialidad. Si tiene alguna pregunta a medida que avanza la terapia, usted puede preguntarle a su proveedor en cualquier momento.

--	--	--

Nombre Impreso (Menor)

Firma

Fecha

Estado de Tutela

- Monoparental.** No hay contacto con el otro padre (formulario suplementario requerido).
- Padres están viviendo juntos (Co-Habitando) y sin casarse.** Los dos Padres deben de Firmar el “Consentimiento Para Tratamiento a Menores.” Si el otro padre no está disponible, entonces se requiere el formulario complementario.
- Padres están Casados.** Los dos padres deben consentir al tratamiento, y los dos padres deben de firmar el “Consentimiento Para Tratamiento a Menores.”
- Padres están divorciados.** El Padre buscando servicios para un menor tiene la siguiente custodia: Exclusiva Compartida
 - **Padre con Custodia Exclusiva:** Debe proveer una copia valida de una orden de la Corte, firmada por el Juez, para el Expediente Médico del menor. El Padre con Custodia Exclusiva debe de firmar el “Consentimiento Para Tratamiento a Menores.”
 - **Padres quienes tienen Custodia Compartida:** Debe proveer una copia valida de la orden de la Corte, firmada por el Juez, para el Expediente Médico del menor. Los dos Padres deben de Firmar el “Consentimiento Para Tratamiento a Menores.” Si el otro padre no está disponible, entonces se requiere el formulario complementario.

La cita para tratamiento no puede ser honrada/valida a menos que el consentimiento requerido para los menores sea obtenido.
- Guardián legal.** El menor está bajo el cuidado de un Guardián legal; la documentación debe ser proporcionada.
- Menor está a cargo de la Corte (DES Guardián Legal)

Padre (s)/tutor (es): Marque las casillas y firme abajo indicando su acuerdo para respetar la privacidad de su hijo/adolescente:

- Yo/Nosotros estamos de acuerdo en abstenernos de solicitar información detallada sobre sesiones de terapia individual o grupal con mi hijo. Entiendo/entendemos que se me proporcionará con actualizaciones periódicas sobre el progreso general, y/o que se me/nos puede pedir que participe o participemos en sesión familiar según sea necesario.
- Yo/Nosotros entendemos que tenemos el derecho de solicitar los expedientes de nuestro niño, porque nuestro niño es un menor de edad. Estoy/estamos de acuerdo en respetar la confidencialidad de mi/nuestro hijo y su tratamiento, y NO solicitaré dichos registros.
- Yo/Nosotros entendemos que seré/seremos informado/s sobre situaciones que podrían poner en peligro a mi/nuestro hijo o a otra persona. Sé que esta decisión de violar la confidencialidad en estas circunstancias es de acuerdo con el juicio profesional del proveedor y/o su de Supervisor Clínico.
- Yo/nosotros acordamos comunicar nuestras expectativas tanto a nuestro niño como a su proveedor, en relación con actividades inseguras en las que mi hijo puede estar involucrado, al comienzo de la terapia, para que mi hijo comprenda la magnitud de su confidencialidad.

--	--	--

Nombre Impreso (Padre/Tutor)

Firma

Fecha

--	--	--

Nombre Impreso (Padre/Tutor)

Firma

Fecha

Catholic Community Services Yuma Testigo:

--	--	--

Nombre Impreso del Testigo, Posición

Firma

Fecha