



## CONSENTIMIENTO INFORMADO para Menores

### Información general

La relación terapéutica es única ya que es un acuerdo contractual altamente personal y al mismo tiempo contractual. Teniendo en cuenta esto, es importante que lleguemos a un entendimiento claro sobre cómo funcionará nuestra relación y lo que cada uno de nosotros puede esperar. Este consentimiento proporcionará un marco claro para nuestro trabajo conjunto. Siéntase libre de discutir algo de esto conmigo. Por favor, lea e indique que ha revisado esta información y acepta firmando a continuación.

### El proceso terapéutico

Usted ha dado un paso positivo al decidir buscar terapia para su hijo. El resultado de su tratamiento depende en gran medida de la participación del cliente y tutor en este proceso. Esto puede resultar en molestias periódicas a medida que su hijo recuerda y procesa eventos y sentimientos desagradables. Nuestro compromiso es proporcionar apoyo y hacer todo lo posible para ayudar a aclarar problemas y soluciones.

---

### Confidencialidad

El contenido de la sesión y todos los materiales relevantes para el tratamiento del cliente se mantendrán en confianza. Limitaciones de tales privilegios de confidencialidad del cliente se explica en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

En el estado de Utah todos son obligados de reportar, como profesionales, denunciaremos abusos sospechosos o confirmados de negligencia a la agencia adecuada de servicios de protección para adultos o niños.

De vez en cuando es posible que necesitemos consultar con otros profesionales en sus áreas de especialización con el fin de proporcionar el mejor tratamiento para usted. Es posible que se comparta información sobre usted en este contexto sin usar su nombre. Las compañías de seguros o agencias que ayudan a pagar los servicios tienen derecho a acceder a fechas y tipos de servicios proporcionado.

Si nos vemos accidentalmente fuera de la oficina de terapia, no te reconoceré primero. Su derecho a la privacidad y la confidencialidad es de suma importancia para mí y no deseo poner en peligro su privacidad. Sin embargo, si usted me reconoce primero, estaré más que feliz de hablar brevemente con usted, pero considere apropiado no participar en ningunas largas discusiones en público o fuera de la oficina de terapia. Para evitar dilemas éticos, los miembros del personal de la agencia no haremos amigos a clientes, incluso a través de medios electrónicos.

Los registros clínicos conservados por el Centro de Apoyo Familiar serán destruidos después de un período de siete años para los adultos. Los registros de los clientes que son niños se conservarán hasta que el niño cumpla los 22 años.

---

*Padre/Tutor*

---

*Fecha*

# INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE ADMISIÓN DE CLIENTES PARA MENORES

NOMBRE DEL CLIENTE: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
SEGURO SOCIAL #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cualquier discapacidad: \_\_\_\_\_  
Raza:  Caucásico  Afroamericano  Asiático  Nativo americano/alaskano  Hawaiano/Isleño del Pacífico  
Origen étnico:  Hispana  Otros/Multi raciales Educación: Grado o grado más alto completado \_\_\_\_\_  
Género:  Hombre  Mujer

## INFORMACIÓN DEL HOGAR

Estructura familiar: # De adultos en casa \_\_\_\_\_  
Custodia:  físico  Legal  Conjunta  Guardián  Otro: \_\_\_\_\_  
¿Vive actualmente en un lugar no destinado para la vivienda humana, un refugio seguro o en un refugio de emergencia? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No  
A. ¿Has estado continuamente, durante al menos 12 meses, o 4 veces por separado en los últimos 3 años? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No  
B. \*En caso afirmativo, ¿las ocasiones combinadas han igualado al menos 12 meses? Sí No  
NIVEL DE INGRESOS DE LOS HOGARES (por año):  
 \$0 - 14,999  \$15,000 - 19,999  \$20,000 - 24,999  \$25,000 - 35,000  \$36,000 - 45,999  \$46,000+

## PADRE CUSTODIAL O TUTOR LEGAL:

*Tenga en cuenta que podemos solicitar documentación legal de custodia.*

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con menor: \_\_\_\_\_  
Dirección (Ciudad/estado/código postal): \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## PADRE NO CUSTODIAL O OTRO TUTOR LEGAL:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con menor: \_\_\_\_\_  
Dirección (Ciudad/estado/código postal): \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## CONTACTO DE EMERGENCIA PARA EL TUTOR LEGAL:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con usted: \_\_\_\_\_  
Dirección (Ciudad/estado/código postal): \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO:

¿Tienes seguro? Yes\_\_ No\_\_ En caso afirmativo, portador: \_\_\_\_\_  
¿Tiene beneficios para la salud mental? Yes\_\_ No\_\_ número de teléfono de la compañía de seguro \_\_\_\_\_  
Nombre de la directiva asegurada \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente a la anterior) \_\_\_\_\_

¿Quién te refirió al FSC?

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona) (Nombre de la agencia/posición)

## FORMULARIO DE PERMISO DE MENSAJE

Con el fin de proporcionarle un mejor servicio, le solicitamos su ayuda para proporcionarnos sus preferencias con respecto al contacto telefónico. Indique qué medios para transmitirle un mensaje sería aceptable.

En el caso de que los empleados del Centro de Apoyo Familiar no puedan comunicarse conmigo en el número de teléfono mencionado anteriormente, les doy permiso para dejar mensajes:

En mi buzón de voz	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Mensaje de texto	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Con mi cónyuge/pareja	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Correo electrónico	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Con quien responda	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>					

Si es necesario, puedo ser contactado en mi trabajo # \_\_\_\_\_

Otros, por favor expliquen: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de terapia está buscando para su hijo? Compruebe los que correspondan: Individual\_\_ Familia\_\_ Grupo\_\_

¿Han estado en terapia antes? Sí  No

En caso afirmativo, ¿con quién? \_\_\_\_\_

Cuándo: \_\_\_\_\_

¿El niño está tomando algún medicamento actualmente? Sí  No

En caso afirmativo, por favor enumere a continuación:

Medicación	Razón para tomar

\_\_\_\_\_  
*Firma*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

### **El designado de padres o padres debe permanecer en el lugar para las sesiones clínicas del niño**

Para los clientes menores, el padre del menor, o una persona identificada por el padre como su cuidador aprobado por el menor deben permanecer en las instalaciones del Centro de Apoyo Familiar durante todo el tiempo de la sesión clínica de **un menor**. A ningún menor se le proporcionará un servicio clínico si su cuidador no puede permanecer en el lugar. Si un menor tiene 16 años o más y puede transportarse a la agencia, se puede hacer una excepción a esta póliza.

He leído, entiendo y acepto la póliza anterior que establece que no dejaré a los niños desatendidos.

\_\_\_\_\_  
*Firma*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

## **ACUERDO DE TARIFAS, PAGO Y POLIZA DE CANCELACIÓN DE VEINTICUATRO HORAS**

**La recaudación de tarifas es una parte importante de la capacidad del Centro de Apoyo Familiar para ofrecer servicios de asesoramiento asequibles. por lo tanto:**

1. El pago debe darse en el momento del servicio. Acepto pagar mis honorarios de cita en el momento de cada visita y mantener mi cuenta actualizada. Para aquellos con Medicaid, no se le cobrará una tarifa de cita, pero debe pagar una tarifa de No-Show que no está cubierta por Medicaid.
2. Usted es responsable del pago de su factura y del seguimiento con el pago del seguro si corresponde.
3. El programa de consejería del Centro de Apoyo Familiar **requiere** un aviso de cancelación **de 24 horas** si no puede mantener su cita. Si no da un aviso de cancelación las 24 horas, se le cobrará una tarifa de **no show/cancelación tardía** de **\$25.00** de la cual usted es el único responsable. Su seguro no pagará por estas sesiones canceladas. Esta tarifa debe pagarse **antes de** que su terapeuta pueda reprogramar con usted.
4. Si tiene dos cancelaciones tardías y/o no llega, su nombre puede ser colocado en la lista de espera y se les darán referencias a otros posibles proveedores de tratamiento. Sin embargo, si desea continuar con los servicios, todas las tarifas deben pagarse en su totalidad antes de continuar con los servicios.
5. Si no realiza el pago durante tres sesiones sin hacer un acuerdo de pago con el departamento de facturación, sus servicios serán cancelados.
6. Cualquier saldo de más de 120 días después de la fecha vencida incurrirá en una tarifa adicional del 35% de su saldo vencido y se remitirá a los cobros a menos que se haya hecho un acuerdo de pago con la oficina de facturación.

Si tiene alguna pregunta, llame a nuestra oficina o hable con su terapeuta.

### **ACUERDO DE TUTOR**

**Reconozco** que he leído y entiendo las pólizas de pago y cancelación tardía anteriores de "No Show" **y acepto** hacer pagos a FSC por los servicios profesionales proporcionados de acuerdo con las Pólizas de Pago y Cancelación Tardía.

\_\_\_\_\_  
*Nombre del guardián*

\_\_\_\_\_  
*Firma del guardián*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

## **AVISO DEL FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**He leído y entiendo el folleto del Centro de Apoyo Familiar aviso de prácticas de privacidad.**

Mi firma a continuación indica que he leído este aviso y acepto sus términos. También entiendo que tengo derecho a obtener una copia de este aviso.

\_\_\_\_\_  
*Firma del guardián*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

## **DERECHOS DEL CLIENTE / AUDIENCIA JUSTA / POLIZA DE QUEJAS**

1. Usted tiene derecho a la privacidad. Su información y registros son confidenciales. El acceso a los registros solo se concederá con permiso por escrito de usted. Sus registros se guardan en un área segura.
2. Usted tiene derecho a participar en un ambiente seguro. Cualquier situación potencialmente dañina debe notificarse inmediatamente a un director de programa en el Centro de Apoyo Familiar. Las amenazas o la violencia no serán toleradas y pueden resultar en la terminación de servicios.
3. Usted tiene derecho a ser tratado de manera justa, con dignidad y respeto.
4. Usted tiene derecho a solicitar un cambio de miembro del personal si hay otra persona del personal disponible que pueda solucionar sus problemas y su solicitud es razonable - usted debe saber que las solicitudes discriminatorias no serán consideradas
5. Usted tiene derecho a estar libre de discriminación basada en la edad, raza, color, cultura, religión, orientación sexual o discapacidad. El Centro de Apoyo Familiar cumple con todas las leyes aplicables con respecto a la discriminación. Cualquier forma de discriminación no será tolerada.
6. Procedimiento de queja: Si usted siente que ha sido maltratado o tiene alguna queja, usted tiene derecho a ser escuchado y tener su problema dirigida. A continuación, se indican los pasos a seguir:
  - A. Primero se le anima a digerir el problema directamente con la persona ofensiva.
  - B. Si no puede dirigir la situación con ellos, comuníquese con el Director Clínico del Centro de Apoyo Familiar al (801) 955-9110 x116
  - C. Si aún no está satisfecho, póngase en contacto con cualquiera de las siguientes agencias:
    - División de Licencias del Departamento de Servicios Humanos (DHS) (801) 538-4242 (801) 538-4553 (fax) 195 North 1950 West Salt Lake City, UT 84116 <http://hslic.utah.gov/>
    - División de Licencias Profesionales y Ocupacionales del Departamento de Comercio de Utah (801) 530-6630 o (866) 275-3675 P.O. Recuadro 146741 Salt Lake City, UT 84114-6741 <http://www.dopl.utah.gov/investigations/complaint.html>
    - Para clientes de Medicaid, Optum o TANF: Utah Department of Workforce Services Equal Opportunity/ Customer (801) 526-4390 o (800) 331-4341 P.O. Box 45249 Salt Lake City, UT 84145-0249 <http://jobs.utah.gov/edo/eo.asp> Relations

***He recibido una copia de la Póliza de Derechos y Quejas de los Clientes***

---

*Firma*

---

*Fecha*