

**Consentimiento para el tratamiento de Associates at Hope Harbor**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Segundo Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellido** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_ **Seguro Social #** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ **Correo Electrónico** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código** \_\_\_\_\_

**Teléfono de casa** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ **Trabajo** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ **Celular** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Estado civil** \_\_\_\_\_ **Empleador** \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_

Reconozco que he recibido, he leído (o me han leído) y entiendo la descripción de "Políticas y procedimientos" acerca de la terapia que estoy considerando. He tenido todas mis preguntas contestadas completamente.

Por este medio busco y doy mi consentimiento para participar en el tratamiento por parte del terapeuta que se menciona a continuación. Entiendo que desarrollar un plan de tratamiento con este terapeuta y revisar regularmente nuestro trabajo para alcanzar los objetivos del tratamiento es lo mejor para mí. Estoy de acuerdo en jugar un papel activo en este proceso.

Entiendo que no se me han hecho promesas como los resultados del tratamiento o cualquier procedimiento proporcionado por este terapeuta. Soy consciente de que puedo interrumpir mi tratamiento con este terapeuta en cualquier momento. Lo único de lo que todavía seré responsable es pagar los servicios que ya he recibido. Entiendo que puedo perder otros servicios o tener que lidiar con otros problemas si detengo el tratamiento. (Por ejemplo, si mi tratamiento ha sido ordenado por el tribunal, tendré que responder ante el tribunal).

Sé que debo llamar para cancelar una cita al menos 24 horas antes de la hora de la cita. Si no cancelo o no me presento, me cobrarán por esa cita. Entiendo que seré responsable del pago completo de dichas sesiones.

Soy consciente de que a un tercero pagador se le puede dar información sobre el tipo(s), costo (s), fecha(s) y proveedores de cualquier servicio o tratamiento que reciba. También puede ser necesario proporcionar información de tratamiento, como notas a terceros pagadores. Estoy de acuerdo en permitir la divulgación de cualquier información necesaria para que el pago a terceros sea remitido. También entiendo que si el pago por los servicios que recibo aquí no se realiza, el terapeuta puede suspender mi tratamiento.

Soy consciente de que soy totalmente responsable del pago del tratamiento que recibo. Además, entiendo que mi terapeuta puede emplear los servicios de una agencia de cobranza para recuperar todo el dinero que debo después de que se haya realizado un intento razonable de solicitar el pago.

SOLO PARA CLIENTES DE TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS: He recibido información sobre la política de derechos de los clientes de AHH, la política y el procedimiento de quejas formales, la política de confidencialidad, el tratamiento, los servicios, las tarifas y la información sobre el VIH y otras enfermedades infecciosas. \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, acepto el supuesto anterior de riesgo y los límites de confidencialidad y entiendo sus significados y ramificaciones.

\_\_\_\_\_  
**Firma del cliente (padre / tutor del cliente si es menor de 18 años)**

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

El terapeuta ha discutido los problemas anteriores con el cliente (y / o su padre, tutor o representante). Mis observaciones del comportamiento y las respuestas de esta persona no me dan ninguna razón para creer que esta persona no es completamente competente para dar un consentimiento informado y dispuesto.

\_\_\_\_\_  
**Firma del testigo**

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

**Corte** \_\_\_\_\_ **Evaluación/Costo** \_\_\_\_\_ **Programa / Costo** \_\_\_\_\_

## Divulgación de Limitaciones de Confidencialidad

Debido a la necesidad de garantizar la seguridad y la cooperación con los tribunales, la confidencialidad se limita a su participación en este programa.

Entiendo que lo siguiente puede ser intercambiado a discreción del personal a las "agencias relacionadas" que se enumeran a continuación involucradas en la Respuesta de la Comunidad a la violencia doméstica.

1. Resultados de la evaluación
2. Mi asistencia
3. Cualquier uso de violencia o amenazas.
4. Motivos de suspensión o terminación.
5. Recomendaciones sobre cambios en la asesoría.
6. Finalización del programa.
7. Factores de riesgo u otras inquietudes.

Las agencias relacionadas pueden incluir:

- Corte (Municipal, Distrito, etc.)
- Oficiales de la corte (libertad condicional, libertad condicional, correcciones de la comunidad, etc.)
- Departamento para Niños y Familias (DCF)
- Departamento de Correcciones de Kansas (Servicios para Adultos y Menores)
- Procurador Fiscal y Personal (Condado, Distrito, Municipal, etc.)
- Personal de la agencia privada (Preservación familiar, Kaw Valley Center, St. Francis, Liga de Servicio para Niños de Kansas, etc.)
- Programa de defensa de la violencia doméstica
- Agencias de cumplimiento de la ley (policía, sheriff, etc.)
- Otro \_\_\_\_\_
- Otro \_\_\_\_\_

Además, entiendo que esta información se puede intercambiar con cualquier víctima, pareja y parejas anteriores, tanto para fines de evaluación como para la planificación de la seguridad para mí y para mi víctima / pareja.

Entiendo que el expediente y los registros de mi caso pueden ser revisados por el personal de la Oficina del Fiscal General con el fin de certificar el programa BIP y entiendo que esto podría ocurrir durante y después de completar este programa.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha