

# Mind At Peace

## *Mental Wellness Counseling*

### **Consentimiento para recibir servicios**

Bienvenido(a) a mi práctica. Este documento contiene información importante sobre mis servicios profesionales. Léalo detenidamente y anote cualquier pregunta que pueda tener para que podamos analizarla en nuestra próxima reunión. Cuando firme este documento, representará un acuerdo entre nosotros.

### **SERVICIOS DE ASESORAMIENTO**

El asesoramiento sobre salud mental presenta beneficios y riesgos. Mis servicios se basan en un enfoque de colaboración para ayudarlo a alcanzar sus metas y sus objetivos de bienestar emocional. Su compromiso total en el tratamiento es importante para ayudarlo a alcanzar sus objetivos, que pueden incluir angustia reducida, manejo efectivo de sus síntomas, relaciones mejoradas y, en general, bienestar emocional.

Participar en terapia y asesoramiento de salud mental también presenta posibles riesgos. Debido a que la terapia a menudo implica discutir aspectos desagradables de su vida, puede experimentar sentimientos incómodos como tristeza, culpa, ira, frustración, soledad e impotencia.

### **TELE SALUD**

Las sesiones de asesoramiento realizadas por Mind at Peace se imparten a través de telesalud utilizando medios asistidos por tecnología u otros medios electrónicos entre el terapeuta y un cliente que se encuentran en dos ubicaciones diferentes. Las leyes de privacidad que protegen la confidencialidad de la información médica de un cliente también se aplican a la telesalud a menos que se aplique una excepción a la confidencialidad (ver más abajo). Las sesiones no se graban. Durante una sesión de telesalud, pueden surgir dificultades técnicas que provoquen interrupciones del servicio. Si esto ocurre y no podemos volver a conectarnos dentro de diez minutos, me comunicaré con usted al número de teléfono que proporcionó.

### **DERECHOS DEL CLIENTE**

Usted ingresa al tratamiento voluntariamente y tiene la libertad de finalizar el tratamiento en cualquier momento y por cualquier motivo.

La privacidad de todas las comunicaciones entre un cliente y un consejero de salud mental está protegida por la ley. La divulgación de información sobre nuestro trabajo a otros solo puede llevarse a cabo con el permiso por escrito del cliente, pero hay algunas excepciones:

- En algunos procedimientos legales, un juez puede ordenar mi testimonio si determina que los problemas lo exigen y debo cumplir con esa orden judicial.
- Hay algunas situaciones en las que los consejeros están obligados a tomar medidas para proteger a otros de daños, incluso si esto implica revelar cierta información sobre el tratamiento de un cliente. Por ejemplo, si creo que un niño, una persona mayor o una persona discapacitada está siendo abusada o ha sido abusada, debo presentar un informe a la agencia estatal correspondiente.
- Si creo que un cliente está amenazando con causar daños corporales graves a otro, debo tomar medidas de protección. Estas acciones pueden incluir notificar a la víctima potencial, contactar a la policía o buscar hospitalización para el cliente.
- Si el cliente amenaza con hacerse daño, puedo estar obligado a buscar hospitalización para él / ella o contactar a familiares u otras personas que puedan ayudarlo.

De vez en cuando puede ser útil consultar a otros profesionales sobre un caso. Durante una consulta, hago todo lo posible para evitar revelar la identidad de mi cliente. El consultor también está legalmente obligado a mantener la información confidencial.

Aunque este resumen escrito de excepciones a la confidencialidad tiene como objetivo informarle sobre posibles problemas que puedan surgir, es importante que analicemos cualquier pregunta o inquietud que pueda tener.

He leído y acepto los términos estipulados en "Tarifas y pago".

He leído este documento y entiendo los riesgos y beneficios de los servicios prestados por Mind at Peace. Por la presente doy mi consentimiento informado para obtener asesoramiento para mi atención de salud mental / emocional.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha