CENTRO DE CONSEJERÍA DEL SUR DE CALIFORNIA

CONSENTIMIENTO PARA OFRECER TRATAMIENTO A MENORES EN EL PROGRAMA ESCOLAR

Yo/Nosotros, _____ doy/damos
(nombre del padre, tutor o cuidador)

mi/nuestro consentimiento al Centro de Asesoramiento del Sur de California para ofrecer servicios
de asesoramiento/psicoterapia al menor, _____.
(nombre del menor)

Mi/nuestra relación con el menor es _____.

Me informaron/Nos informaron que el persona que tiene el privilegio de psicoterapeuta-paciente es

(nombre del menor)

También me informaron/nos informaron que todo lo que se converse durante la sesión de
asesoramiento/psicoterapia suele ser confidencial a menos que la divulgación de dicha información
sea exigida o permitida por ley, tal como se explica en la Hoja de información para el cliente que
he/hemos leído y firmado.

También me informaron/nos informaron que el menor puede tener derecho a autorizar la divulgación
de información confidencial, especialmente si el menor dio el consentimiento o pudo haber dado el
consentimiento él mismo para recibir asesoramiento/psicoterapia.

También me informaron/nos informaron que el consejero tiene derecho a no divulgar información
confidencial a mí/nosotros si 1) el consejero del menor determina que compartir dicha información
confidencial conmigo/con nosotros podría perjudicar la relación profesional del consejero con el
menor, o si 2) el consejero del menor determina que compartir dicha información confidencial
conmigo/con nosotros podría perjudicar la seguridad o el bienestar psicológico del menor.

Comprendo/Comprendemos que el Centro de Asesoramiento del Sur de California aplicará el
criterio médico para decidir divulgar cualquier información que resulte de la relación confidencial
con el menor que indique que el bienestar del menor pueda verse dañado o perjudicado. Aceptaré el
criterio del Centro de Asesoramiento del Sur de California para divulgar y compartir dicha
información obtenida durante el transcurso de las sesiones de asesoramiento/psicoterapia.

Nombre	Relación	Firma	Fecha
--------	----------	-------	-------

Nombre	Relación	Firma	Fecha
--------	----------	-------	-------

Si la persona que firma este consentimiento (1) es uno de los padres del niño y está legalmente separada o divorciada del otro padre del niño o (2) no es ninguno de los padres del niño, deberá adjuntar una copia del documento o la parte correspondiente que lo autoriza a tomar decisiones sobre la salud del niño.

Alyssa Mass, Terapia familiar y de pareja (MFT)
Directora de Entrenamiento, Programa Escolar
Centro de Consejería del Sur de California

Nombre del consejero
Centro de Consejería del Sur de California

Firma del consejero

Fecha