

LIMITES DE CONFIDENCIALIDAD

El contenido de las sesiones de terapia son consideradas confidencial. Tanto la información verbal como los records por escrito pertenecientes al cliente no pueden ser revelados a terceros sin un consentimiento por escrito del mismo o de su(s) representante(s) legal(es).

Las excepciones a esto son las siguientes:

Duty to Warn and Protect (Obligacion de Advertir y Proteger)

Cuando un cliente revela intenciones o planes de dañar a otra persona, el profesional de salud mental está en la obligación de advertírsele a la posible víctima y de notificar a las autoridades legales competentes. En el caso en el cual el cliente revele o sugiera un plan de suicidio, el profesional de salud mental está en la obligación de notificar a las autoridades e intentar notificar a los familiares del cliente.

Abuse of Children and Vulnerable Adults (Abuso Infantil o a Adultos Vulnerables)

Si un cliente comunica o sugiere que él o ella está abusando a un niño(a) (o a un adulto vulnerable) o ha abusado recientemente a un niño(a) (o adulto vulnerable), o un niño(a) (o adulto vulnerable) está en peligro de abuso, el profesional de salud mental está en la obligación de reportar esta información a el servicio social apropiado y/o a las autoridades legales competentes.

Prenatal Exposure to Controlled Substances (Exposicion Prenatal a Sustancias Controladas)

Los profesionales de Salud Mental están en la obligación de reportar a las autoridades competentes cuando ha habido admisión a exposición prenatal a sustancias controladas potencialmente dañinas.

Minors/Guardianship (Menores/Representantes)

Padres o representantes legales de menores de edad no emancipados tienen el derecho de acceder a los archivos del cliente.

Insurance Providers (when applicable) (Compañías de Seguro) (cuando es aplicable)

Compañías de Seguro y otros terceros pagaderos pueden pedir información acerca de los servicios que se les rinden a sus clientes. La información que pueden pedir es: tipo de servicio, días y horas, diagnostico, plan de tratamiento, descripción de la condición, progreso de la terapia, notas del caso y sumarios.

Estoy de acuerdo con los límites de confidencialidad descritos anteriormente y entiendo su significado e implicaciones.

Firma del Cliente (Padre/Madre o Representante Legal si es menor de 18 anos)

Fecha de Hoy

POLIZA DE CANCELACION

Si usted no aparece o no cancela una cita prevista, nosotros no podemos usar este tiempo para otro cliente y usted tendrá que pagar el costo completo de la sesión perdida.

El costo total le será cargado por cita perdida o por la no cancelación con 24 horas de anticipación de la misma, con las únicas excepciones de enfermedad o emergencia.

Se les enviara una factura a todos los clientes que no aparezcan a su cita o que no cancelen a tiempo la misma.

Gracias por su consideración en esta importante materia.

Firma del Cliente (Padre/Madre o Representante Legal si es menor de 18 anos)

Fecha de Hoy