

## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y ACUERDO DE CONSEJERÍA

**Servicios prestados:** SamaraCare proporciona consejería en sus oficinas. Nuestros consejeros ofrecen asesoramiento individual, de pareja, de familia y de grupo. Sus citas iniciales determinan el tratamiento que mejor satisfaga sus necesidades. Considerando su opinión, los consejeros desarrollan un plan de tratamiento y establecen un diagnóstico para su atención. Su consejero puede ser contactado vía telefónica y también dejando mensaje en el correo de voz. Los correos electrónicos son para programar solamente. Después de horas, un consejero de guardia puede ser contactado para situaciones urgentes y no de emergencia. En situaciones de emergencia, llame al 911 o vaya a una sala de emergencia.

**Consentimiento para el tratamiento:** Doy mi consentimiento para participar en consejería con el consejero con el cual firmo este acuerdo. Necesito participar activamente, ser honesto acerca de mis sentimientos y acciones, y quizás sienta sentimientos incómodos. Discutiré las metas, los objetivos y los métodos de mi plan de tratamiento con mi consejero y entiendo que este plan puede ser modificado con el tiempo. Puedo discutir los beneficios, riesgos, alternativas y naturaleza del tratamiento. SamaraCare ofrece una perspectiva de consejería basada en la fé, y entiendo que mi fé será abordada y honrada como deseo y como sea apropiado. Tengo derecho a ser tratado con respeto y dignidad y no estaré sujeto a ningún abuso verbal, físico o emocional durante el asesoramiento. Debo cancelar citas con 24 horas de antelación o se me cobrará por la tarifa de sesión completa. Puedo terminar el asesoramiento en cualquier momento sin consecuencias, pero seguiré siendo responsable del pago por los servicios que recibí.

**Confidencialidad:** Reconozco que SamaraCare cumple con las leyes HIPAA y del estado de Illinois respecto a la confidencialidad. Se me ha dado la oportunidad de leer o recibir un resumen de Notificación de prácticas de privacidad o una explicación completa de las políticas y derechos de privacidad. La política de SamaraCare especifica que mi consejero puede consultar, recibir supervisión y revisión de calidad para asegurar que se proporcione el tratamiento apropiado. La comunicación a terceros se proporcionará mediante consentimiento y autorización por escrito. La confidencialidad se puede romper sin el consentimiento solamente en situaciones de emergencia (por ejemplo, por una orden legal, emergencia psiquiátrica o médica, preocupaciones de seguridad).

**Las quejas:** Si tengo una queja sobre mi servicio, voy a hablar con mi consejero. Si eso no resuelve el problema, puedo contactar al Presidente de SamaraCare para discutir el problema.

**Cargos y pagos:** He revisado y completado el acuerdo de Política Financiera de SamaraCare.

**Certifico por mi firma que he leído, hecho cualquier pregunta que haya tenido, entiendo, y consiento a lo antedicho.**

---

Cliente Principal

---

Fecha

---

Acompañante del Cliente (si es terapia conjunta)

---

Fecha

---

Padre/Madre o Tutor Legal

---

Fecha

---

Terapeuta

---

Fecha