|  |
| --- |
| **Bienvenidos, a Humano Family Counseling, Inc.** |
| Deseamos trabajar con usted(es) en el bienestar de salud mental, pero primero le recomendamos que lea este documento. Lo que aquí se cubre es información importante sobre nuestras pólizas profesionales y comerciales y cómo pueden afectar como nuestro cliente. Por favor, mientras lee esto, tome notas sobre cualquier pregunta que tenga para que podamos discutirlas en la primera sesión (admisión). La transparencia es importante para nosotros porque es lo que hace que las personas se sientan seguras y vital para facilitar la comunicación que deseamos que tenga con nuestra agencia y su terapeuta. Al firmar este consentimiento, se convierte en un acuerdo vinculante entre nosotros y significa que acepta comenzar una relación terapéutica con nosotros.  Su relación terapéutica con ***H****umano* ***F****amily* ***C****ounseling*, Inc., (***HFC***) es completamente voluntaria, lo que significa que acepta recibir evaluaciones, tratamientos o servicios de salud mental que su terapeuta considere necesarios y aconsejables. Se analizará una variedad de problemas, eventos, experiencias y recuerdos con el propósito de crear un cambio positivo y una oportunidad para comprenderse mejor y más profundamente a sí mismo, además de cualquier inquietud que pueda estar experimentando. Presentar el (los) problema (s) y las motivaciones del cliente influyen en el progreso, por lo que es vital que comprenda este documento y participe activamente en el proceso terapéutico. |
| **Límites de Servicios y Asunción de Riesgos** |
| La terapia conlleva tanto beneficios como riesgos. Algunos beneficios de la terapia son que puede reducir significativamente la cantidad de angustia que alguien siente, mejorar las relaciones y/o resolver otros problemas específicos. Sin embargo, estas mejoras y cualquier "cura" no pueden ser garantizadas para ninguna condición debido a las muchas variables que afectan el proceso terapéutico. Esto incluye la honestidad, y la voluntad de cambiar los sentimientos, pensamientos y conductas. A menudo, el crecimiento no puede ocurrir hasta que se experimentan y se confrontan los problemas que inducen a sentir tristeza, pena, ansiedad o dolor. Experimentar sentimientos incómodos, discutir situaciones desagradables y/o aspectos de su vida se consideran riesgos de las sesiones de terapia. El proceso de la terapia a veces desafiará sus percepciones, tradiciones y ofrecerá diferentes perspectivas. Además, puede tener consecuencias no deseadas, incluyendo cambios en las relaciones personales. El éxito del proceso terapéutico depende del esfuerzo que usted y su terapeuta asignado hagan y de la comprensión de que usted es responsable de las elecciones y/o cambios de estilo de vida que pueden resultar de la terapia, en otras palabras, las decisiones que usted tome en la terapia siempre serán suyas. |
| **Planificación del Tratamiento** |
| Nuestros terapeutas hacen todo lo posible para realizar una evaluación exhaustiva en las primeras sesiones. Se desarrollará un plan de tratamiento general basado en sus objetivos para la terapia. Nuestros terapeutas se esfuerzan por comprender sus objetivos a corto y largo plazo para la terapia. En cualquier momento del tratamiento, informe a su terapeuta sobre cualquier pregunta o inquietud que tenga con respecto a su proceso de psicoterapia. |
| **Número, Honorarios y Duración de las Sesiones** |
| El número de sesiones depende de muchos elementos, que su terapeuta discutirá con usted. Sin embargo, la psicoterapia funciona mejor cuando las sesiones son semanales, con no menos de 3 sesiones al mes. Las sesiones de terapia tienen una duración aproximada de 45-50 minutos y los honorarios de la psicoterapia son de **$125.00** para las sesiones individuales.  A menos que haya una tarifa acordada con su seguro. Varios planes de cobertura de grupo requieren diferentes co-pagos. Cuando los co-pagos son aplicables, no se puede renunciar a ellos como lo establece la ley. ***El pago, el copago, el co-seguro y los deducibles se pagan en el momento de los servicios.***  Si usted paga con cheque y éste es devuelto, se le cobrará un cargo de **$35.00** por cualquier **cheque devuelto**.  Una deuda en la que el cliente no haya hecho pagos por más de 60 días será entregada a la agencia de cobranza como lo establece la *Ley de California, Código de Evidencia Sección 1020 en relación con el incumplimiento del deber*. |
| **Tarifa Administrativa** |
| Cobramos una ***Tarifa Administrativa*** por nuestro tiempo ($60/la hora, prorrateado) cuando llenamos el papeleo (no para el seguro) o producimos documentación y/o cartas. Además, una tarifa de copia ($ 0.05 por hoja), y los gastos de envío si quiere que se le envíen las copias por correo. |
| **Póliza de Cancelación y Reprogramación de Citas** |
| La psicoterapia funciona mejor cuando las sesiones son semanales, con no menos de 3 sesiones al mes. Su terapeuta puede sugerir una frecuencia diferente que tendrá en cuenta la naturaleza y la gravedad de su(s) preocupación(es). La atendencia regular tiene un impacto en el resultado de la terapia. Para cancelar o reprogramar una cita, se espera que notifique a su terapeuta 24 horas antes de la cita.  ***HFC*** terapeutas dedicados que harán todo lo posible para trabajar con sus necesidades de programación y reservar un tiempo de sesión semanal. Por favor, tenga en cuenta nuestras Póliza de No Presentarse, Cancelación Tardía y Atendencia.   |  | | --- | | **Póliza de No Presentarse y Cancelación** | | Si un cliente no informa a su terapeuta 24 horas antes de sus sesiones, llega 15 minutos tarde, o no se presenta, se le cargará una **Tarifa de No Presentarse/Cancelación de $75.00** en la tarjeta de crédito que tenemos archivada. Si usted tiene seguro, por favor, tenga en cuenta que las compañías de seguros no pagan por sesiones perdidas o canceladas y no podemos facturar una sesión completa si es de menos de 45 minutos. | | **Póliza de Atendencia** | | If a client does not show-up for 3 Consecutive Scheduled Appointments, treatment will be terminated and the client will be financially responsible for the No-Show/Late Cancellation Fee.  Client will be allowed ***6 Cancellations* (including no-shows/late & advance notice cancellation)** per calendar year, at which point a 6+ Cancellation Fee (our *Regular Fee*) will be charged on your credit card.  Si un cliente no se presenta a las 3 Citas Seguidas Programadas, el tratamiento se dará por terminado y el cliente será responsable financieramente de la tarifa por no presentarse o por cancelación tardía.  Se le permitirá al cliente ***6 cancelaciones*** (**incluyendo no presentarse/anulación tardía y anticipada**) por año calendario, en cuyo momento se le **cargará un Cargo de cancelación de 6+** (nuestro cargo regular) en su tarjeta de crédito. |   Por favor, tenga en cuenta que la hora de su cita está reservada específicamente para sus necesidades y si nuestros terapeutas no son informados de manera oportuna y/o hay demasiadas cancelaciones, nuestros terapeutas no están disponibles para ver a otros clientes. Haremos todo lo posible para reprogramar su cita para la misma semana, pero esto puede no ser posible. Es importante que entienda esto e informarle a su terapeuta su horario para programar las citas.  A veces, nuestro terapeuta puede necesitar cancelar o reprogramar su cita, en esas raras situaciones; no cobraremos ninguna tarifa por las sesiones canceladas. |
| **Mantenimiento de Registros y Grabaciones** |
| Los terapeutas de ***HFC*** pueden tomar notas durante las sesiones. Estas notas constituyen los registros clínicos y de negocios de ***HFC*** que, por ley, estamos obligados a mantener. Dichos registros son propiedad exclusiva de HFC. No vamos a alterar nuestro proceso normal de mantenimiento de registros. Si usted solicita una copia de nuestros registros, dicha solicitud DEBE hacerse por escrito. Nos reservamos el derecho, bajo la ley de California, de proporcionarle un Resumen de Tratamiento en lugar de los registros reales. |
| **Excepción a la Confidencialidad** |
| Durante el curso del tratamiento, todas las comunicaciones entre usted, su terapeuta y cualquiera de nuestro personal se mantendrán en estricta confidencialidad, a menos que usted proporcione un permiso escrito para divulgar dicha información. ***Las Excepciones a la Confidencialidad incluyen, entre otras, la denuncia del abuso de niños, ancianos y adultos dependientes, si usted hace una amenaza seria de violencia hacia una víctima razonablemente identificable, o si usted es peligroso para usted mismo o para la persona o la propiedad de otro.*** |
| **Otras Excepción a la Confidencialidad** |
| Estas otras raras circunstancias en las que un psicoterapeuta rompe la confidencialidad son: orden judicial, investigación de una junta, comisión o agencia administrativa, citación del tribunal (Juez), solicitud legal de un árbitro o panel de arbitraje, orden de registro, investigación forense de un cliente fallecido.    Hay momentos en que puede ser apropiado consultar y colaborar con otros proveedores de salud mental y/o médicos. Incluso podemos tener que referirlo a un médico, otro profesional de la salud y/o otros recursos comunitarios para mejorar y proteger la salud y el bienestar de nuestros clientes. En estos casos, su información personal nunca será revelada, a menos que nos dé su consentimiento por escrito***.*** |
| **Referencias** |
| Si se le referido a un médico, a otro profesional de la salud y/o a otros recursos de la comunidad, o si se le ha referido a ***HFC***, tenga en cuenta que no aceptamos ni ofrecemos pagos por las referencias, ya sea en forma de dinero o de otro modo. Depende de usted, si decide aceptar o rechazar una referencia hecha por su terapeuta y/o nuestro personal. |
| **Privilegio del Cliente-Psicoterapeuta** |
| Típicamente, el cliente es el titular del privilegio psicoterapeuta-cliente. Si ***HFC*** recibe una citación para los registros, testimonio de declaración, o testimonio en un tribunal de justicia, haremos valer el privilegio psicoterapeuta-cliente en su nombre hasta que se le instruya, por escrito, a hacer lo contrario por usted o su representante. |
| **Litigio de Clientes** |
| Los psicoterapeutas de ***HFC*** no participan voluntariamente en ningún litigio, o disputa de custodia en la que usted, su representante y otro individuo, o entidad, sean parte. HFC tiene una política estricta de **no comunicarse** con el abogado del cliente y generalmente no escribiremos o firmaremos cartas, reportes, declaraciones o declaraciones juradas para ser usadas en relación con el asunto legal del cliente.  En caso de que ***HFC*** o nuestros psicoterapeutas sean citados, u ordenados por un tribunal de justicia, a comparecer como testigos en una acción que le implique, usted acepta reembolsarnos el tiempo empleado en la preparación (Tarifa Administrativo), viaje, u otro tiempo en el que se haya hecho disponible para dicha comparecencia a las tarifas horarias habituales y acostumbradas se aplicarán. |
| **Mediación y Arbitraje** |
| Todas las controversias que surjan del presente acuerdo de proporcionar servicios de psicoterapia o en relación con él se remitirán en primer lugar a la mediación, antes de iniciar el arbitraje y como condición previa a éste. El mediador debe ser un tercero neutral elegido por acuerdo entre ***HFC*** y el cliente o clientes. El costo de esa mediación, si lo hubiera, se dividirá en partes iguales, a menos que se acuerde otra cosa. En caso de que la mediación no tenga éxito, cualquier controversia no resuelta relacionada con este acuerdo deberá someterse y resolverse mediante un arbitraje vinculante en el condado de Los Ángeles, California, de conformidad con las normas de la Asociación Americana de Arbitraje que estén en vigor en el momento en que se presente la demanda. La parte que prevalezca en el arbitraje o en el procedimiento de cobro tendrá derecho a recuperar una suma razonable por concepto de cargos de abogados. En el caso de los arbitrajes, el árbitro determinará esa suma |
| **Teléfono y Emergencias** |
| Puede haber ocasiones en que nosotros o su terapeuta necesitemos comunicarnos con usted por teléfono, especialmente en la rara ocasión en que necesitemos cancelar o reprogramar una cita. La recepción de llamadas telefónicas se ofrece como una cortesía profesional y será contestada por ***HFC*** dentro de las 48 horas (de lunes a viernes, entre 9am y 5pm), pero este servicio no constituye un servicio de emergencia de salud mental. ***HFC*** no se hace responsable de los comportamientos que se produzcan fuera de la sala de consulta en un momento dado, ya sea antes o después de una llamada telefónica o una consulta. Por favor, tenga en cuenta que, si nuestra conversación va más allá de 5 minutos, se le puede cobrar por nuestro tiempo y habitualmente los seguros **no** pagan por este servicio.  Si está experimentando una crisis y necesita contactarnos entre sesiones, por favor deje un mensaje en nuestro buzón de voz: **626-722-2143**, sin embargo, tenga en cuenta que respondemos a las llamadas como se ha indicado anteriormente. Ocasionalmente, podemos programar sesiones adicionales en una semana, si es necesario. **Si usted experimenta una emergencia de salud mental y necesita ayuda inmediata, por favor llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.** Por favor, tenga en cuenta que la mayoría de los planes de seguro cubren las sesiones de psicoterapia semanales, solamente. Los clientes que necesitan apoyo regular con servicios de crisis y/o sesiones más de una vez por semana pueden necesitar ser referidos a un nivel de cuidado más alto.  También debe tener en cuenta los siguientes recursos que están disponibles para ayudar a las personas que están en crisis:  Red Nacional de la Línea de la Esperanza 1-800-442-4673 Línea Directa de Suicidio y Crisis 1-800-999-9999 Línea Nacional de Prevención del Suicidio 1-800-273-8255 Ayuda de Salud Mental 24/7 1-800-854-7771  Violencia Doméstica 1-626-967-0658 |
| **Comunicación Electrónica** |
| ***HFC*** no puede garantizar la seguridad de las comunicaciones en línea, el correo electrónico u otras formas electrónicas de comunicación. Los posibles riesgos de la utilización de la comunicación electrónica pueden incluir, entre otros, el envío inadvertido de un correo electrónico o un texto con información confidencial al destinatario equivocado, el robo o la pérdida de la computadora, el ordenador portátil o el dispositivo móvil, el almacenamiento de información confidencial y la interceptación por un tercero no autorizado a través de una red no segura. Los mensajes de correo electrónico pueden contener virus u otros defectos y es su responsabilidad asegurarse de que estén libres de virus. Además, los correos electrónicos o los textos pueden pasar a formar parte de la historia clínica. Por lo tanto, limitamos los correos electrónicos y textos con los clientes a asuntos relacionados con la programación. De vez en cuando podemos enviarle por correo electrónico formularios que necesitan información actualizada o psicoeducativa, especialmente si esta información se consideró útil durante la sesión. Respondemos a los correos electrónicos dentro de las 48 horas. Tenga en cuenta que se puede cobrar un ***Cargo Administrativo*** por el tiempo que se pase leyendo y respondiendo correos electrónicos. |
| **Testimonios** |
| Puede encontrar ***H***umano ***F***amily ***C***ounseling, Inc. (***HFC***) en sitios web como ***Health Grades, Yahoo Local, Yelp***, u otros lugares que listan negocios. Algunos de estos sitios web pueden incluir foros en los que los usuarios califican a sus proveedores y añaden críticas. Muchos de estos sitios exploran los motores de búsqueda para obtener listados de negocios y agregan automáticamente listados independientemente de nuestras políticas. Si usted encuentra a ***HFC*** en estos sitios, por favor tenga en cuenta que ***HFC*** NO solicita testimonio, calificación o respaldo de nuestros clientes.  De acuerdo con los estándares éticos y profesionales de la Asociación Americana de Consejería, ***"No es ético que los profesionales de la salud mental soliciten testimonios de cualquier tipo a sus clientes"***.  Si usted decide escribir una reseña en estos sitios web, ya sea positiva o negativa, NO le responderemos ya que estamos comprometidos a mantener su identidad confidencial y a defender las normas éticas de nuestra profesión.  Si alguno de nuestros psicoterapeutas ha hecho algo que le haga sentir incómodo, le instamos a discutir esto con ellos directamente. Si por cualquier razón, no se siente cómodo dirigiendo sus preocupaciones con su terapeuta, o ha expresado sus preocupaciones y todavía está insatisfecho; por favor llame a nuestra oficina y el Director Clínico o el Coordinador del Programa le llamará con la esperanza de resolver sus preocupaciones. También puede comunicarse con la ***Junta de Ciencias del Comportamiento.***   |  | | --- | | **Aviso a Los Clientes** | | La Junta de Ciencias del Comportamiento (Board of Behavioral Sciences) recibe y responde a las quejas relacionadas con servicios prestados en el ámbito de la práctica de (terapeutas matrimoniales y familiares, psicólogos educativos licenciados, trabajadores sociales clínicos o profesionales clínicos consejeros). Puede ponerse en contacto con la junta en línea en www.bbs.ca.gov, o llamando al (916) 574-7830. | |
| **Relaciones Duales** |
| La terapia nunca implica relaciones sexuales o comerciales y/o cualquier otra relación dual que pueda afectar la objetividad, el juicio clínico o la eficacia terapéutica del terapeuta. Por lo tanto, se recomienda a nuestros terapeutas NO tener contacto con clientes actuales o anteriores a través de las redes sociales (es decir, Facebook, LinkedIn, etc.). Sin embargo, lo invitamos a hacernos amigos en nuestro ***HFC***, Inc., Facebook, para estar al tanto de las cosas nuevas y emocionantes que estamos haciendo para ayudar a la comunidad. En ocasiones, puede encontrarse con su terapeuta fuera de la oficina; Su confidencialidad es un asunto serio para todos nuestros terapeutas, es decir, es posible que su terapeuta ni siquiera lo reconozca fuera de la oficina. Si esto es una preocupación, discuta esto con el terapeuta que trabaja con usted. |
| **Medicamentos y Problemas de Salud Física** |
| Ninguno de los terapeutas que trabajan para ***HFC***, son médicos y, por lo tanto, no pueden prescribir medicamentos, ya que esto está fuera de nuestro ámbito de práctica. Sin embargo, con su consentimiento por escrito, nuestros terapeutas pueden consultar con su médico o proveedor de atención médica con respecto a sus afecciones de salud mental y/o tratamiento. Es recomendable que todos los nuevos clientes potenciales que no se hayan realizado un examen médico completo durante el último año, hagan una cita con su médico o proveedor de atención médica, ya que muchas afecciones de salud pueden parecer problemas de salud mental. |
| **Teleterapia** |
| *En California, la "teleterapia" (telesalud/telemedicina) se define como un método para prestar servicios de atención de la salud utilizando tecnologías de la información y las comunicaciones para facilitar el diagnóstico, la consulta, el tratamiento y la gestión de la atención mientras el paciente y el proveedor se encuentran en dos lugares diferentes*. Esta forma de servicio suele consistir en una videoconferencia en directo a través de una computadora personal con una cámara web. La teleterapia también entraña la comunicación de información médica/mental, tanto oral como visual, a los profesionales de la salud ubicados en California.  Esta forma de intervención terapéutica es relativamente nueva, por lo que no se han realizado muchas investigaciones que indiquen su eficacia. Una parte importante de estar en terapia es sentarse cara a cara con un individuo, donde la comunicación no verbal (lenguaje corporal) es fácilmente accesible tanto para el terapeuta como para el cliente. Por consiguiente, sin esta información, la teleterapia puede dar lugar a un progreso más lento y/o ser menos eficaz. Por lo tanto, si su psicoterapeuta cree que usted estaría mejor atendido por otra forma de servicios psicoterapéuticos (por ejemplo, los servicios cara a cara) será remitido a un psicoterapeuta que pueda prestar esos servicios en su zona.  Al comienzo de cada sesión de teleterapia, tu terapeuta te preguntará por tu ubicación física en ese momento. Si te encuentras fuera del Estado de California, tu terapeuta no podrá prestarte servicios, serás responsable del costo total de la sesión y se incluirá como una de tus 6 sesiones de cancelación. Nuestros terapeutas están licenciados en el estado de California, lo que significa que *tanto el cliente como el terapeuta deben estar en California* en el momento del servicio. |
| **Termination of Therapy** |
| ***HFC*** se reserva el derecho de terminar la terapia a nuestra discreción. Razones para la terminación, pagos que no han sido pagados a tiempo, incumplimiento de las recomendaciones de tratamiento, conflictos de interés, no participar en la terapia de forma regular, las necesidades del cliente están fuera del ámbito de competencia o práctica del terapeuta, o el cliente no está progresando adecuadamente en la terapia.  *Las condiciones como la adicción a sustancias pueden requerir otros tipos de tratamiento y /o referencias. Los clientes también tienen el derecho de terminar la terapia a su discreción. Tras la decisión de cualquiera de las partes de terminar la terapia, recomendamos que el cliente participe en al menos una o más sesiones de terminación. La intención de estas sesiones es facilitar una experiencia de terminación positiva y dar a ambas partes la oportunidad de reflexionar. Nuestro terapeuta también intentará asegurar una transición sin problemas a otro terapeuta o servicio profesional relacionado, si es necesario* |
| **Seguro** |
| Si planea usar su seguro médico para pagar los servicios, por favor háganoslo saber antes de su primera sesión. Los seguros tienen cantidades específicas de reembolso, copagos, co-seguros y deducibles que dependen de su plan. Por favor, tenga en cuenta que los planes de seguros generalmente limitan la cobertura a ciertas condiciones mentales diagnosticables. Es su responsabilidad verificar y comprender los límites de su cobertura de seguro. Nuestro equipo estará encantado de ayudarle en sus esfuerzos para buscar el reembolso del seguro. Sin embargo, ***HFC*** no puede garantizar que su seguro pague por los servicios que le presten. Por favor, informe a su terapeuta asignado sobre cualquier pregunta y/o preocupación relacionada con su seguro para que podamos intentar que nuestro personal le ayude a resolver estos problemas. También informe a su terapeuta si no puede seguir pagando por sus sesiones para que podamos ayudarle a considerar cualquier opción disponible para usted. Además, el seguro u otros terceros pagadores reciben la información que solicitan con respecto a los servicios a los clientes. (El tipo de información que se puede solicitar incluye: tipos de servicio, fechas/horas de servicio, diagnóstico, plan de tratamiento, descripción de la deficiencia, progreso de la terapia, notas del caso, resúmenes, etc.), lo cual es una excepción a la confidencialidad. |
| **Asignación de Beneficios** |
| Nos comunicaremos y trabajaremos con su seguro médico para usted. A ***HFC*** se le asignarán todos los beneficios médicos y psicológicos del seguro.  ***HFC*** dará a conocer la información necesaria para el pago a la agencia pagadora. Su compañía de seguros, emitirá el pago directamente a ***HFC*** por los servicios. Si su cuidado no está cubierto por el seguro y, en cualquier momento durante el tratamiento, usted se vuelve inelegible para la cobertura según lo considere su compañía de seguros, usted será responsable del 100% de la factura. Por lo tanto, es importante que esté al tanto y nos notifique de cualquier cambio que pueda ocurrir en su plan de seguro mientras esté en tratamiento. Además, si dentro de los 60 días de los servicios prestados, el seguro no ha reembolsado a HFC, el saldo será debido, y usted puede solicitar el reembolso de su seguro. |

Esta página **solamente** necesita ser firmada y traída o enviada antes de su primera sesión (admisión) por correo electrónico a info@humanofamilycounseling.com. El resto de este documento es para que lo guarden para sus registros.

|  |
| --- |
| **Teletherapy Clients Only** |
| Al firmar usted reconoce comprender los riesgos y consecuencias de la teleterapia (telesalud/telemedicina), incluida, entre otras, la posibilidad de que, a pesar de los esfuerzos razonables de su psicoterapeuta, la transmisión de su información médica se vea perturbada o distorsionada por fallos técnicos; la transmisión de su información médica pueda ser interrumpida por personas no autorizadas; y/o el almacenamiento electrónico de su información médica pueda ser accedido por personas no autorizadas.  🖌   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Firma** |  | **Fecha** |  | **Imprimir el Nombre del Cliente** |  | **Fecha de Nacimiento** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de Terapia:** | **Individual** **Niño/Menor**  **Adulto Dependiente** | | | | | | |
| **RECONOCIMIENTO** | | | | | | | |
| Al firmar, usted reconoce que ha revisado y entendido completamente los términos y condiciones de este ***Formulario de Consentimiento para el Tratamiento y Límites de Responsabilidad.*** Ha discutido dichos términos y condiciones con su psicoterapeuta o con el personal de ***HFC*** y se le ha respondido satisfactoriamente cualquier pregunta. Usted está de acuerdo en cumplir con los términos y condiciones de este consentimiento para participar en la psicoterapia. Además, usted, como cliente o representante, acepta mantener a ***Humano Family Counseling, Inc***. libre de cualquier reclamo, demanda o demanda por daños y perjuicios por cualquier lesión o complicación, salvo negligencia, que pueda resultar de dicho tratamiento.  🖌   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Firma** |  | **Fecha** |  | **Imprimir el Nombre del Cliente** |  | **Fecha de Nacimiento** | | | | | | | | |
| **Office Use ONLY:** | |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Form/Information** | **Given** | **Declined** | **Date** | **Initial** | | **Consent to Treatment & Limits of Liability Form** | **🗸** |  |  | *Sent via email* | | **Notice of Private Practice** | **🗸** |  |  | *Sent via email* |   **Witnessed by:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | M. Lourdes Tapia, MA, LMFT |  | 🖌  ***MLTapia*** |  |  | | **Print Witness/Therapist’s Name** |  | **Witness/Therapist’s Signature** |  | **Date** | | | | | | | | |
| **Inability to obtain ACKNOWLEDGEMENT**  To be completed only if signature is **not** obtained. Please check box which applies:  Client /Parent have refused to sign  Describe the ***Good Faith*** effort to obtain client’s acknowledgement, and the reason(s) why it was not obtained   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | | | | | | |  | | | | | | |  |  | 🖌 |  |  | | **Print Witness/Therapist’s Name** |  | **Witness/Therapist’s Signature** |  | **Date** | | | | | | | | |

*Información Confidencial | Código W&I de California 5328*