CSUB Clínica De Entrenamiento De Consejeros
EL CONSENTIMIENTO INFORMADO AL TRATAMIENTO Y PARA SER OBSERVADO Y/O GRABADO
Consentimiento Informado: La siguiente información se ofrece para ayudarle a decidir si desea participar en el asesoramiento a los estudiantes
graduados y pasantes en la Clínica Universidad de Formación Consejero. Su consejero le ayudará a entender cualquier información que no es clara o
responder a cualquier pregunta que pueda ayudar a su decisión. Estos consejeros aún no se liscensed. El asesoramiento es bajo la supervisión de
profesores con licencia de Matrimonio y Terapia Familiar.
La terapia puede ayudar a resolver los problemas que le trajo a la terapia, ya que proporciona un lugar seguro para hablar y trabajar a través de retos.
El proceso implica a veces tolerar sentimientos incómodos, hablando de acontecimientos desagradables y dolorosos, y frente a los miedos, la
ansiedad, la ira y la impotencia. Para la mayoría de la gente, el asesoramiento no implica riesgos más graves que éstos. A lo largo del proceso de su
consejero le apoyará.
Usted tiene el derecho a tener cosas discutidas manejada de manera confidencial. Información revelada por usted será estrictamente confidencial y
no será compartida con ninguna persona que no participa oficialmente en la formación y el esfuerzo de la Clínica o agencias externas sin su permiso.
Sin embargo, también debe saber que hay cierta información que el consejero está obligado por ley a revelar a las autoridades competentes, con o
sin su permiso. Las situaciones en las cuales se requiere que el terapeuta revelar son:
1. Cuando cualquier persona menor de 18 años que se descuida, abuso físico o sexual (incluyendo la descarga, visualización, o
accessing- través de cualquier medio electrónico o digital - un niño en un acto de conducta sexual obscena).
2. Cuando usted es un peligro inmediato para sí mismo o para otros (suicidio, homicidio, o cuando un grave daño corporal puede ocurrir).
3. Cuando un tribunal de justicia emite una citación legítimo.
4. Cuando una persona de 65 años o más, o un adulto dependiente es físicamente abusado, abandonado, aislado, financieramente
abusado o descuidado.
5. Cuando las solicitudes de los gobiernos federales de acceso a su archivo bajo la Ley Patriota EE.UU (U.S. Patriot Act).
______(inicial) Yo entiendo que mi terapeuta no va a escribir letras de cualquier tipo de mi nombre. Recibos siempre será la única prueba de mi
asistencia y pago.
______(inicial) Yo entiendo que la asistencia de asesoramiento, mientras que bajo la influencia de cualquier sustancia que altera el estado de ánimo
impide el progreso. Además, entiendo que si llego la clínica, mientras que bajo la influencia, mi terapeuta va a terminar la sesión y volver a programar
para una fecha futura. También entiendo que una ocurrencia repetida resultará en la terminación de los servicios (con referencias).
______(inicial) Entiendo que cualquier comportamiento violento o amenazante I exhiben en la clínica puede resultar en la terminación de los servicios
y un informe de la policía.
______(inicial) Yo entiendo que no hay menores de edad sin supervisión se pueden dejar en la sala de espera.
Cuota y El Pago: $ 25 tarifa se cobra por la primera visita y tarifa de $ 15 se cobra por cualquiera de las siguientes visitas.  La tarifa es para una sesión de 50 minutos.  El pago se espera en el momento del servicio.  Los cheques devueltos estarán sujetos a un cargo de banco. Verificaciones futuras serán rechazados por la Clínica.
El consentimiento para ser observado y / o de vídeo de grabación y uso de datouso 倀ec䠀 e miepa � entie@ଏ⊉؀䐀 meĨ遠հa
&PH DYLV HVW SP኉؀䐀 D GODXMHW G耀�ҀHUYVHD
_____(_m mls est�s riTreseasp@Ն蠀䠀nr na oeri st�rn@Ն蠀̀on��᐀�]��̀sar
�B�F�H�R�J�€���`�G�O�D�X�W�R�V�X�O�S�X�����U�Y�L€���€�V��U�����Y�J��'4@`�V��U����\�����P�HG�€���@�O��p�✴䀄耀st� p D㑀԰ol倀o �M_Ք梀Р___(_Fe ap�✴䀄耀st m���° bensna