CONSENTIMIENTO PARA TRATAR LOS MENORES

* Nosotros / Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firmantes, padre (s) y / o tutor (s) de un hijo menor de edad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le dan autoridad plena e incondicional de proceder a una evaluación y tratamiento clínico como su juicio indica. Este consentimiento es dado por mí / nosotros como padre (s) y / o tutor (s) de dicho niño. Nosotros / yo tenemos el poder legal para dar su consentimiento para la evaluación de la salud médica, psicológica y mental y el tratamiento de dicho menor.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Madre o Tutor

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre o Tutor

* No existen acuerdos legales. Se ha acordado entre los padres / tutores que el niño vive con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_and puede consentir al tratamiento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_have custodia legal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y ​​consentimiento a mi niño que recibe servicios psicológicos. Puedo proporcionar una copia de la orden judicial.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_share custodia legal of\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y ​​doy mi consentimiento para que él / ella para recibir servicios psicológicos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Testigo

Los menores de edad en Terapia

Si usted es menor de 18 años de edad, pero mayor de 14 años, tenga en cuenta que la ley puede dar a sus padres o tutores el derecho de obtener información sobre su tratamiento y / o examinar sus registros de tratamiento. Es mi política para solicitar un acuerdo por escrito de sus padres o tutores indicando que dan su consentimiento a ceder el acceso a dicha información y / o, a sus registros. Si están de acuerdo, voy a darles solamente con información general acerca de nuestro trabajo juntos sujeto a su aprobación, o, si siento que es importante para ellos saber con el fin de asegurarse de que usted y las personas que te rodean están a salvo. Si yo creo que es el caso, voy a involucrarlos si siento que hay un alto riesgo de que se grave daño a sí mismo oa otros / otras. Antes de darles ninguna información verbal o escrita, voy a discutir el asunto con usted, si es posible. Voy a hacer lo mejor que pueda para resolver cualquier diferencia que usted y yo podemos tener acerca de lo que yo estoy dispuesto a discutir.

Doy mi consentimiento para que mi propio tratamiento y te doy permiso para comunicarme con mis padres. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para que mi propio tratamiento y no le dan permiso para comunicarme con mis padres, a menos que manda la ley.

Testigo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_