



Therapy Solutions
1679 6th Ave W
Dickinson, ND 58601-2647
Phone: 701-483-1000 | Fax: 701-483-1001

Formulario de consentimiento informado

1. Se discutió la gestión de emergencias entre sesiones. Se le entregaron al cliente contactos de emergencia fuera del horario de atención.
2. El terapeuta es un informante obligatorio
3. El terapeuta tiene el deber de advertir. Excepción: si un menor de 14 a 18 años revela el consumo de alcohol/drogas a su terapeuta, la regla federal (42 CFR Parte 12) prohíbe que un terapeuta revele conocimientos sobre el consumo de drogas/alcohol a un tutor.
4. Se informó al cliente sobre Confidencialidad, Privacidad, Seguridad de sesiones y registros.
5. Se han discutido el diagnóstico, el tratamiento, la duración, los riesgos y beneficios y las opciones alternativas.
6. Se informó al cliente que no enviara correos electrónicos que sean confidenciales o con información urgente a su terapeuta por correo electrónico. Si hay algún asunto urgente, se les informó que llamen al número de oficina o a los números de emergencia que se comentaron.
7. Se informó al cliente sobre el cargo de cancelación de \$50.
8. Se informó al cliente sobre la Política de terapia Walk Talk.
9. Si te ven en la comunidad, no serás reconocido por violación de la confidencialidad.
10. Política de redes sociales: el personal de Therapy Solutions no interactuará con los clientes a través de las redes sociales.
11. El cliente no podrá grabar la sesión sin el consentimiento por escrito del terapeuta.

Firma del cliente:

Fecha:

