

SAMARITAN COUNSELING CENTER (SCC)

CONSENTIMIENTO DE INFORMADO - Servicios de Tratamiento (HSS 94.03)

SCC es sensible a los recursos espirituales basados en la fe que algunas personas quieren usar mientras exploran la salud y el bienestar. Acogemos con beneplácito las oportunidades de integrar las creencias y prácticas espirituales de un cliente como parte del proceso terapéutico. Los terapeutas no impondrán su creencia personal a nuestros clientes, más bien si se solicita, trabajamos con el sistema de creencias de los clientes e incluimos discusión de espiritualidad / religión / fe de acuerdo a la preferencia expresada.

BENEFICIO PROBABLE DEL TRATAMIENTO: Si usted no cree que sus necesidades están siendo satisfechas, se le pide discutir esto con su terapeuta. Esta discusión proporcionará la oportunidad de aclarar sus metas, o considerar la posibilidad de ser referido a otro terapeuta que pueda satisfacer mejor sus necesidades.

EFFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO / Probables Consecuencias de No Recibir Tratamiento: El proceso de tratamiento típicamente involucra identificar y hablar sobre asuntos que son difíciles o dolorosos. No es raro sentir que las cosas empeoran antes de sentir progreso o mejora. El no recibir tratamiento incluirá la posibilidad de que continúe experimentando problemas similares o que las cosas puedan empeorar.

PROVEEDORES DE TRATAMIENTO: Los servicios son proporcionados por Terapeutas con maestrías Licenciados o Terapeutas-Residentes con maestrías que poseen una licencia de capacitación proporcionada por el Estado de Wisconsin. Todos los terapeutas clínicos y sus casos son revisados y supervisados por un director clínico y / o supervisor, así como un consultor psicólogo clínico. Los servicios de Alcohol y Drogas son proporcionados por terapeutas con licencias dobles y una especialidad en AODA y supervisados por un Supervisor Clínico de la AODA.

TRATAMIENTO ALTERNATIVO: Se discutirán modos alternativos de tratamiento durante el proceso de evaluación y / o durante el curso de la planificación del tratamiento.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA FACTURACIÓN: Estoy de acuerdo en que la organización puede divulgar y recibir de cualquier asegurador, otros pagadores u otras personas, la información necesaria para la facturación y los propósitos relacionados. Esta información puede incluir mi identidad, diagnóstico y pronóstico, tratamiento para problemas de salud mental y / o alcohol o drogas y toda otra información contenida en mi historial en la medida en que dichos registros sean necesarios para la facturación o la recaudación de beneficios. Soy consciente de que tengo la opción de pagar por servicios en el momento de mis sesiones.

PERIODO DE TIEMPO DEL INFORME DE CONSENTIMIENTO / DERECHO A RETIRARLO: Su consentimiento para el tratamiento durará hasta que los objetivos del tratamiento hayan sido alcanzados satisfactoriamente, o usted o su terapeuta eligen terminar el tratamiento. Este consentimiento se

renovará cada 12 meses. Usted conserva el derecho de retirar este consentimiento y de terminar el tratamiento en cualquier momento. Le pedimos que discuta esto con su terapeuta.

NO COMPARECIO: Tenga en cuenta que si no asiste a una cita, SCC tiene el derecho de cobrarle una cuota y todas sus citas futuras ya programadas serán canceladas para tener tiempo disponible para otros clientes. Si no se presenta o si cancela más de dos citas, Samaritan Counseling puede cancelar los servicios.

Mi firma a continuación indica que mi terapeuta me ha explicado este informe de consentimiento y estoy satisfecho con mi comprensión del proceso de tratamiento y se me ha ofrecido una copia de este documento. Por la presente, voluntariamente consiento participar activamente en el tratamiento.

Firma del Cliente	Fecha	Firma del Padre / Guardián	Fecha
-------------------	-------	----------------------------	-------

Firma del terapeuta