GROSSMAN & GROSSMAN LTD

Consentimiento para el Tratamiento y Reconocimiento de Recibo

Cliente: _____

(*nombre imprimido*)

Las firmas a continuación reconocen el recibo de los Folletos de los Derechos del cliente y las Expectativas de asesoramiento. La firma del cliente afirma la comprensión de sus derechos y reconoce que se les ha ofrecido una explicación verbal de lo siguiente:

- ☐ **Derechos del Cliente**
- ☐ **Consentimiento para el tratamiento y confidencialidad limitada**
- ☐ **Politica y procedimiento de reclamo**
- ☐ **Politica de tarifas/reembolso**
- ☐ **Numeros de teléfono importantes de crisis/recursos incluyendo contactos de supervisores clinicos**
- ☐ **Expectativas de Asesoramiento**
- ☐ **Si se hace una auto-referencia, se le ha enviado al Cliente/Tutor una lista de agencias locales de salud en el hogar para su inscripcion**
- ☐ ***Si se encuentra en grupo*, ha recibido y revisado las Reglas del Grupo**

Política cuando No Se Presenta. La participación constante es necesaria para un tratamiento exitoso. Si no podemos comunicarnos con usted o si no se presenta para tres citas consecutivas, cerraremos la referencia. Cuando pueda asistir consistentemente, contáctenos para volver a abrir.

Hospitalización/Admisión. Los clientes que son removidos temporalmente del tratamiento debido a la hospitalización o la detención, pueden permanecer abiertos a petición del cliente/tutor hasta por 30 días y el terapeuta debe participar en cualquier planificación de dar de alta desde la instalación hasta el tratamiento.

COVID-19. Como resultado del COVID-19, si un cliente tiene síntomas de enfermedad (fiebre, tos, etc.), reprogramaremos cualquier cita en persona para cuando el cliente se haya sentido mejor durante un mínimo de cinco días y en lugar se pueda programar una sesión de Telesalud.

Padre/Tutor consiente a notificación de cita/cancelaciones entre las horas de ___am y ___pm por:

☐ correo electrónico (anote su correo electrónico):_____

☐ mensaje de texto (anote su número de teléfono):_____

O ☐ no desea recibir correos electrónicos y/o mensajes de texto del terapeuta con respecto a las citas

Al firmar este formulario: el cliente (y su padre/tutor si corresponde) acepta el tratamiento y reconoce los límites de confidencialidad:

Firma del Cliente_____ fecha:_____.

Firma del Padre/Tutor Autorizado_____ fecha:_____.

Relación al paciente: _____

Firma del Padre/Tutor Autorizado_____ fecha:_____.

Relación al paciente: _____

PO Box 14948 Scottsdale AZ 85260 ❖ Phone 602-468-2077 ❖ FAX 480-609-9552 ❖ team@grossmantherapy.com

Terapeuta:_____ fecha:_____.