

**COMPREHENSIVE FAMILY COUNSELING, INC
9485 SW 72 STREET SUITE A-242
MIAMI, FLORIDA 33173
TELEPHONE: 305-305-5819**

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

MR# _____

Esto es para certificar que yo (nosotros)

Nombre (s) Cliente (s)

He revisado y entiendo los documentos y la información que se me proporcionó sobre HIPPA y la terapia que estoy considerando.

Entiendo que mi terapeuta tiene que seguir los Estatutos del Estado de la Florida para denunciar el abuso de niños o ancianos y el deber de advertir sobre un peligro inmediato para mí / los demás.

Entiendo que desarrollar un plan de tratamiento con este terapeuta y revisar regularmente nuestro trabajo para alcanzar los objetivos del tratamiento es lo mejor para mí. Acepto jugar un papel activo en este proceso.

Entiendo que no se han hecho promesas sobre los resultados del tratamiento ni sobre los procedimientos proporcionados por este terapeuta y que puedo suspender el tratamiento con este terapeuta en cualquier momento.

Entiendo que, en el caso de cualquier proceso legal, Comprehensive Family Counseling, Inc. proporcionará informes / resumen de psicoterapia con un cargo adicional.

Acepto pagar un total de \$ _____ por carta de dificultad, evaluación (es), entrevista (s) y Escalas de Inventario de Beck para ansiedad y depression.

Acepto pagar por consultas telefónicas de ¼ de hora a la tarifa por sesión por hora cobrada.

Entiendo que debo llamar para cancelar una cita al menos 24 horas antes de la hora de la cita. Si la cita no se cancela correctamente, seré responsable de pagar el cargo de tarifa acordado de \$ 100.00.

Entiendo que si ocurre algún proceso legal; Seré responsable de los honorarios de mi propio abogado.

Este documento certifica que yo / nosotros como padre (s) / tutor legal (s) autorizamos a este terapeuta para que proporcione asesoramiento a mi hijo / hijos.

Firma del cliente

Fecha: _____

Firma del cliente

Fecha: _____