



The Northwest Catholic Counseling Center

Providing help, creating hope...

Consentimiento informado y aviso de prácticas de privacidad

Este formulario de consentimiento es para proporcionar una explicación del tratamiento, los riesgos asociados con el tratamiento y el aviso de prácticas de privacidad para la información de salud protegida de

(Escriba el nombre de la persona que recibirá los servicios)

Además de las razones anteriormente mencionadas, este formulario también servirá para dar consentimiento para el tratamiento en The Northwest Catholic Counseling Center (NCC). Cuando utilizamos la palabras “yo” y “conmigo” significa Ud., su niño/niña, su pariente, u otra persona sobre la cual Ud. tiene custodia legal y autorización para dar consentimiento de tratamiento o permiso para compartir su información.

Yo entiendo que como cliente de NCC, soy elegible para recibir una variedad de servicios. El tipo y variedad de servicios que voy a recibir se determinarán después de una evaluación inicial y tras ser discutidos en detalle conmigo. El objetivo de este proceso de evaluación es establecer el mejor curso de tratamiento. La información que Ud. provee permanecerá confidencial con algunas excepciones permitidas por la ley y el código de ética del personal médico y/o consejero según se describe en el resto de este documento.

Mientras Ud. esté obteniendo servicios en NCC, puede ser necesario que el personal se comunique, consulte o coordine con otro personal de NCC. No se solicitará autorización por escrito para dicha comunicación dentro de NCC. Antes de cualquier discusión con otro personal de NCC, entiendo que se me informará sobre qué comunicaciones se intercambiarán. En otras circunstancias para el intercambio de información fuera de NCC, se obtendrá de Ud. un consentimiento por escrito para dar a conocer la información.

Además, entiendo que hay excepciones específicas de confidencialidad cuando un médico está éticamente y/o legalmente obligado a tomar las medidas necesarias para evitar daños a mí mismo/a o a otros:

1. Cuando hay riesgo de daño a mí mismo/a o a otros.
2. Cuando hay sospecha que un niño, una persona con discapacidad o de edad avanzada está en riesgo de ser abusada sexual, física o emocionalmente o descuidada.
3. Cuando se emita una orden judicial válida para la divulgación de información o documentos.

Entiendo que si bien los servicios y/o evaluaciones de salud mental pueden proporcionar beneficios significativos, también pueden presentar ciertos riesgos. La asesoría y las evaluaciones pueden provocar pensamientos y sentimientos incómodos o pueden llevar a recordar experiencias perturbadoras. Pueden ocurrir cambios para el individuo en tratamiento. La familia u otras relaciones pueden resistir los cambios realizados. Las evaluaciones pueden revelar la necesidad de un tratamiento más intensivo.

(Firma requerida al reverso de la página)

A State Certified Counseling Agency
Donations are tax-deductible. Tax ID 93-1088966

8383 N.E. Sandy Boulevard, Suite 205 • Portland, Oregon 97220 • 503.253.0964

www.nwcounseling.org

La información de salud personal que recopilamos se utilizará para el tratamiento, la consulta, la facturación y la coordinación de la atención, por lo tanto, la ley nos permite compartir esta información con otras personas que también le brindan tratamiento o para coordinar el pago de su tratamiento o para otras funciones administrativas o gubernamentales, tales como la recogida de datos demográficos. El aviso de prácticas de privacidad explica con más detalle sus derechos y cómo podemos usar y compartir esta información. Ud. ha recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad con su documentación de admisión.

En el futuro, la ley federal puede requerir cambios adicionales a nuestro aviso de privacidad. Si esto ocurre, le notificaremos si Ud. es todavía cliente activo en el centro. Cualquier cambio será publicado en nuestro sitio web, www.nwcounseling.org.

Si le preocupa algo de su información, Ud. tiene el derecho a pedirnos que no usemos o compartamos esa información para fines de tratamiento, pago o administrativos. En ese caso, deberá hacer su solicitud por escrito. Si se trata de compartir información con fines de pago, es posible que se le considere a Ud. responsable del pago. Intentaremos respetar sus deseos siempre que los mismos estén de acuerdo con la ley federal.

Firma del cliente o de su representante

Fecha

Nombre impreso del cliente o de su representante

Iniciales: _____ Recibí una copia del aviso de prácticas de privacidad

Solo para uso clínico: _____ He discutido verbalmente las excepciones a la confidencialidad.
con el cliente.

Actualizado 30/7/18