



**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR**

Yo, \_\_\_\_\_, consiento y acepto a que, \_\_\_\_\_  
(Imprima nombre del padre/tutor legal) (Nombre del cliente)

puede recibir servicios de **Jewish Family Service of The Desert (JFS)**. Estos servicios pueden incluir, pero no se limitan a las evaluaciones de diagnóstico, terapia individual, de grupo y/o familiar y consultas y referencias a otros profesionales de salud mental.

**Por favor inicialize en cada artículo reconociendo que ha leído y entendido las condiciones.**

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que al consentir el tratamiento , información médica personal puede ser intercambiada de manera limitada para propósitos de tratamiento, pago y cuidado de la salud, solamente.

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que tengo el derecho de suspender el tratamiento en cualquier momento. También entiendo que tengo el derecho de negar a poner en práctica cualquier recomendación, intervenciones psicológicas, o cualquier procedimiento de tratamiento.

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que se espera que el cliente menor se beneficie del tratamiento, pero no hay ninguna garantía expresa o implícita de que él/ella lo hará

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que yo estoy dando consentimiento para un menor de edad para recibir el tratamiento y si la custodia legal del niño es compartida con otro padre, tendrá que ser firmado por ambos padres antes de que pueda comenzar el tratamiento.

\_\_\_\_\_ Yo tengo custodia legal completa del menor para que reciba tratamiento y puedo proporcionar documentación legal.

\_\_\_\_\_ Entiendo que JFS es una clínica para pacientes externos y utiliza la función después de horas de servicio de contestación cuando la oficina está cerrada por la noche, días festivos y fines de semana . Entiendo que en caso de una emergencia psiquiátrica, sere dirigido por el servicio de respuesta para llamar al 911.

Debido a que la psicoterapia con un menor de edad con mayor frecuencia implica la participación de los padres, JFS pide que ambos padres firmen este formulario “Consentimiento para el Tratamiento de un Menor” a menos de que otros arreglos de custodia o tutela legal esten en su lugar con respect al menor . Si otros arreglos están en su lugar, JFS solicitará tal documentación.

Nombre Y Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
1er padre/tutor legal

Nombre Y Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
2do padre/tutor legal