



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo, _____, consiento y acepto voluntariamente
(Imprima nombre del Cliente)

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

Por favor ponga sus iniciales en cada artículo de la parte de abajo para reconocer que usted ha leído y entendido los términos de servicio.

_____ Yo entiendo que al consentir el tratamiento, mi información personal de salud puede ser intercambiado de forma limitada para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica solamente.

_____ Yo entiendo que tengo el derecho de terminar el tratamiento en cualquier momento. También entiendo que tengo el derecho de negarme a implementar cualquier recomendación, intervenciones psicológicas, o cualquier procedimiento de tratamiento.

_____ Yo entiendo que se espera que me beneficie del tratamiento, pero no hay ninguna garantía implícita o expresada de que lo haré.

_____ Yo entiendo que JFS es una clínica ambulatoria y utiliza un servicio de recepción de llamadas cuando la oficina está cerrada por la noche, los días festivos y los fines de semana. Entiendo que en el caso de una emergencia psiquiátrica, seré dirigido por el servicio de recepción de llamadas a llamar al 911.

Nombre del Cliente _____ Firma _____ Fecha _____