Consentimiento Informado para Consejería

Instrucciones: Favor de llenar la forma con su información y marcar las casillas, o lista de información. Después de llenar la forma, puede guardar la información y este formato se guardara para la próxima vez que abra la forma. Seleccione Archivo > Guardar como… Crear un nuevo nombre para su copia y guárdelo en su computadora.

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE** |
| Nombre del Estudiante: |
| Lugar de Prácticas/ Internado: |
| Grado Académico: | Programa de Estudios: | Curso: |
| **INFORMACIÓN DEL SUPERVISOR DEL LUGAR DE PRÁCTICAS** |
| Nombre del Supervisor: | Título: |
| Teléfono: | Correo Electrónico: |
| **INFORMACIÓN DEL SUPERVISOR DE LA UNIVERSIDAD** |
| Nombre del Supervisor: | Título: |
| Teléfono: | Correo Electrónico: |
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO** |
| * **Introducción** – Por favor tome tiempo para leer y entender este formulario. Este documento es para proporcionarle información general acerca de mis servicios de consejería. En caso de tener alguna pregunta sobre firmar este documento ó si desea una copia del mismo, por favor solicítela y se la proporcionaremos. El Departamento de Consejería de la Universidad de Texas en San Antonio requiere que yo obtenga su firma, verificando que yo le he proporcionado esta información, antes de que yo le brinde algún tipo de servicios profesionales. Por favor tenga en mente que usted puede terminar este Acuerdo en cualquier momento.
* **Naturaleza de la Consejería** – La consejería puede tener riesgos y beneficios. Algunas veces la consejería incluye el hablar sobre partes desagradables de su vida. Como consecuencia, usted puede sentirse incómodo. Por otra parte, la consejería también puede ayudar con sus relaciones con otros y proporcionar un mejor entendimiento de usted mismo, sus valores y sus metas. Por favor entienda que no hay forma de garantizar lo que usted vaya a sentir durante consejería.

En su primera sesión hablaremos sobre la consejería y la forma en que trabajaremos juntos para lidiar con sus preocupaciones. Por favor hágame saber si tiene alguna pregunta. Usted tiene derecho a preguntar o rehusarse a cualquier parte de su consejería. También tiene derecho a solicitar un nuevo consejero. Tiene derecho a recibir una explicación sobre cualquier papelería que usted llene, incluyendo resultados de exámenes.* **Emergencia** – En algunas ocasiones, usted puede necesitar asistencia inmediata cuando yo no esté disponible o no pueda regresar su llamada. Estas emergencias pueden ser pensamientos de lastimarse a usted mismo o a otros, o pensamientos en hacer actos peligrosos. Si usted se encuentra en cualquier situación de emergencia, por favor contactar a la clínica de prácticas ó a la universidad enlistada en esta forma. Si por cualquier razón, esta opción no está disponible para usted, por favor vaya a la sala de emergencias más cercana.
* **Supervisión**- Usted tiene derecho a saber el nombre de mi supervisor(es) y cómo contactar a él o ella. Posiblemente, por parte de mi entrenamiento, mi supervisor le pregunte sobre nuestra
 |

|  |
| --- |
| consejería. Yo hablaré regularmente con mi supervisor y él/ella me ayudará con su cuidado. Si no se opone, yo no voy a discutir estas consultas con usted, a menos que sienta que es importante para nuestro trabajo. Tomare nota de estas consultas como parte de mis notas clínicas.* **Confidencialidad** – La ley protege su privacidad entre cliente y consejero. La única forma en que yo puedo liberar su información es si usted firma un formulario de autorización por escrito.
* **Límites de Confidencialidad** – Pueden existir algunas situaciones en la cuales yo tenga que tomar acción para protegerlo a usted u otros de daños. En caso que dicha situación ocurra, haré todo lo posible para hablar con usted antes de tomar alguna acción. Sólo hablaré de lo que sea necesario.
	+ En caso que yo tenga alguna razón para creer que un menor o un adulto vulnerable no está siendo cuidado o es abusado, la ley exige que la situación se reporte a la agencia estatal correspondiente.
	+ Si yo creo que usted está en peligro de lastimarse a usted mismo u otros, éticamente se me requiere que tome acción de protección. Estas acciones pueden incluir el contactar a familiares, el buscar hospitalización para usted, notificar a cualquier víctima(s) potencial(es) y notificar a la policía. Por favor avíseme si tiene alguna pregunta o preocupación.

Estas acciones pueden incluir contactar miembros familiares, buscar hospitalización para usted, notificar a cualquier victima(s), y notificar a la policía. Esta forma es un resumen de confidencialidad y sus límites, por favor hágame saber si tiene alguna pregunta o duda.* **Declaración de Reconocimiento** – Yo he leído y entendido esta información y he tenido la oportunidad de aclarar cualquier duda sobre esta forma antes de revelar información acerca de mi.
 |
| **FIRMAS** |
|  |  |  |
| **Firma del Cliente** | **Impresa** | **Fecha** |
|  |  |  |
| **Firma del Guardián (si el cliente****en menor de 18)** | **Impresa** | **Fecha** |
|  |  |  |
| **Firma del Consejero Estudiante** | **Impresa** | **Fecha** |
|  |  |  |
| **Firma del Supervisor(a)** | **Impresa** | **Fecha** |