



Laurie J. Hall, LCSW  
Terapeuta  
5575 Lake Park Way, Suite 114  
La Mesa, CA 91942  
(619) 297-0025/ Fax (619) 463-8986

## Acuerdo Para Recibir Servicios

Cliente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a Laurie Hall, Licensed Clinical Social Worker, proveer servicios psicoterapéuticos a mi hijo/a o a mi. Entiendo que la terapia es voluntaria y tengo derecho de recibir o rechazar el servicio. Entiendo que puedo terminar la terapia a cualquier tiempo o por cualquiera razón, aunque mi terapeuta no lo aconseje. Entiendo que si decido no regresar, le informaré a mi terapeuta sobre esta decisión. También entiendo que tengo el derecho de recibir servicios respetuosos y ser informado/a sobre todos los aspectos de mi tratamiento. Estoy consiente de que la terapia me puede ayudar, pero no se garantiza que un problema o todos los problemas sean resueltos. Entiendo que la terapia termina cuando se logren las metas.

## Confidencialidad

La información que Usted comparte conmigo es una de las más importantes para entender. Normalmente, cualquiera cosa que comparte conmigo se mantiene confidencial. Sin embargo, hay 4 circunstancias que tendría que divulgar su información por ley:

1. Si Usted está en peligro de hacerse daño
2. Si Usted está en peligro de hacer daño a otra persona
3. Si hay un niño/a, persona anciana, o persona discapacitada que está en peligro o está siendo abusado/a físicamente, sexualmente, emocionalmente y/o está siendo descuidado/a
4. Si hay una orden por la corte exigiendo que comparta información acerca de su caso

Si por alguna razón decidimos que en su interés debo proveer alguna parte de su información confidencial a otra persona, su número de seguro médico, su abogado/a, trabajador/a social u otra agencia, Usted firmará un permiso para compartir información que será vigente por un tiempo limitado, detallando la información y el propósito.

Al firmar, doy consentimiento de las polizas y procedimientos de este consultorio para recibir tratamiento por Laurie Hall, LCSW, y entiendo que he sido informado/a acerca de lo que es la confidencialidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente/padre/guardian legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Laurie J. Hall, LCSW

\_\_\_\_\_  
Fecha