

**CARIDADES CATÓLICAS DE LA ARQUIDIOCESIS DE DUBUQUE
PROGRAMA DE CONSEJERIA**

C21 – Recepción de información del cliente y aceptación del tratamiento

Nombre completo: _____ Fecha: _____

Recepción de la información del cliente

He recibido el manual de Caridades Católicas. Este manual tiene las horas de la oficina, la misión y metas del programa de consejería, mis derechos y responsabilidades, normas de conducta, confidencialidad and requisitos obligatorios de reportajes en el estado de Iowa. Sí _____ No _____

Yo entiendo que yo puedo repasar los procedimientos de reclamación en el manual y puedo repasar mis derechos como cliente como explicado en el manual. Sí _____ No _____

He recibido una copia de Aviso de Practicas de Privacidad de Caridades Católicas Sí _____ No _____

He recibido información acerca de la norma de la agencia si no se cancela o si no se reprograma su cita. Sí _____ No _____

Estoy de acuerdo de ser contactado por teléfono para que se me recuerde de mi cita. Sí _____ No _____

Estoy de acuerdo recibir una llamada por teléfono, texto, correo o correo electrónico cuando terminen mis servicios con el propósito de mejorar la calidad de servicios. Sí _____ No _____

Entiendo que transmisión de correo electrónico a cualquier correo electrónico de Caridades Católicas significa que estoy de acuerdo a comunicación recíproca por correo electrónico de internet. Sí _____ No _____

He sido informado que Caridades Católicas no tiene servicio de 24-horas y que consejeras(os) algunas veces no están en la oficina durante las horas regulares de oficina. Consejeras(o) no siempre están disponibles para recibir mensajes o volver llamadas en caso de emergencias. He sido avisado a llamar 911 o ir al hospital si tengo una emergencia de salud mental. Sí _____ No _____

El Acuerdo para tratamiento

Acepto recibir tratamiento de Caridades Católicas para mí o para la persona para quien soy padre o madre o representante con autoridad legal. Entiendo que Caridades Católicas da servicios por profesionales en salud mental. (A veces, la persona es profesional en entrenamiento supervisado por personas con licencia en salud mental.) Entiendo que hablar con una consejera puede tener muchos beneficios, y también algo de riesgo. Consejería de salud mental puede causar pensamientos, sentimientos o memorias que pueden estar incómodos o dolorosos. Yo acepto que no hay garantía, expresado o implícito acerca del efecto de tratamiento y no voy a hacer responsable mi consejera o Caridades Católicas para situaciones imprevistas. Mi firma abajo indica que he revisado y entiendo este documento y estoy de acuerdo a recibir tratamiento.

Firma de cliente

Fecha

Firma de padres o responsable

Fecha
Iniciales de consejera(o) _____