

Heidrich Psychological Evaluations Inc.

Psychological Assessment Center and Psychotherapy
270 26th Street #201, Santa Monica, CA 90402

Yo, _____ el abajo firmante, por la presente doy permiso a la Dra. Brenda Heidrich para brindarme servicios terapéuticos, o dar mi consentimiento para el menor o persona bajo mi tutela legal mencionada anteriormente. doy mi consentimiento para tener tratamiento proporcionado por un psicólogo en colaboración con su supervisor. Entiendo que cualquiera de las partes podrá suspender la terapia en cualquier momento. La clínica recomienda que esto La decisión se discutirá con el psicoterapeuta tratante. Esto ayudará a facilitar una mayor plan apropiado para el alta.

CONFIDENCIALIDAD: Toda la información divulgada dentro de las sesiones, incluida la de menores, es confidencial y no puede ser revelada a nadie sin su permiso por escrito, excepto cuando la divulgación está permitida o requerida por la ley. La divulgación puede ser requerida en los siguientes circunstancias:

- Cuando exista una sospecha razonable de abuso o negligencia de niños/ancianos y adultos dependientes.
- Cuando el paciente comunica una amenaza creíble de lesión corporal a otros.
- Cuando el paciente tiene tendencias suicidas.
- Cuando la divulgación sea requerida conforme a un procedimiento legal

CONSULTA: En ocasiones, puedo solicitar consulta profesional con colegas. en tal En estos casos, ni su nombre ni ninguna información de identificación sobre usted serán revelados. Cuando las tarifas no se pagan a tiempo, una agencia de cobranza recibirá la facturación adecuada. Consiente el tratamiento y acepta cumplir con las políticas mencionadas anteriormente.

_____ Firma del Cliente/Fecha

