



## Límites de la confidencialidad y el consentimiento para el tratamiento

Entiendo que toda la información con respecto a los nombres de los participantes abajo se mantendrá confidencial y no se compartirá información sin permiso escrito.

También entiendo que la confidencialidad no se mantendrá en las condiciones siguientes:

1. Durante consultas con el director de North Star y personal.
2. Si el participante o miembro de la familia amenaza suicidarse, la ley permite al terapeuta reportar esta situación a un adulto cariñoso, un miembro de la familia y/o las autoridades.
3. Cuando el cliente ha comunicado al terapeuta una amenaza seria de la violencia física contra una víctima o víctimas identificables.
4. Si el terapeuta tiene conocimiento de o ha observado un menor de edad que el terapeuta sabe o sospecha razonablemente ha sido víctima de abuso de niños, la ley requiere un reporte de la situación a las autoridades.
5. Si un cliente presenta como peligro a sí mismo o a los demás debido a un trastorno mental, el terapeuta tiene la opción de arreglar hospitalización según el Código de Bienestar y Instituciones 5150.

He leído esta declaración y entiendo el contenido que ha sido completamente explicado por el interno de North Star. Estoy de acuerdo con estos límites de confidencialidad y entiendo que el personal de North Star está obligado a romper la confidencialidad en las condiciones indicadas anteriormente.

Además, por este medio doy mi consentimiento para que mi hijo/a menor de edad recibe servicios de consejería del North Star. Entiendo que estos servicios pueden ser proveídos por internos bajo la supervisión directa de un terapeuta licenciado.

---

Firma de cliente	Fecha
------------------	-------

---

Firma de padre o tutor	Fecha
------------------------	-------

---

Firma de padre o tutor	Fecha
------------------------	-------

---

Firma de interno/terapeuta	Fecha
----------------------------	-------

Si mi terapeuta cree que mi uso de drogas y alcohol o otro comportamiento indica un peligro a mi bienestar, yo doy permiso a mi terapeuta de compartir esta información con mis padres.

---

Firma de cliente (menor de edad)	Fecha
----------------------------------	-------

Doy permiso para auditar o grabar las sesiones de consejo para el propósito de supervisión de los internos. La protección de confidencialidad descrito arriba aplica al uso o reuso de esas grabaciones.

---

Firma de padre o tutor	Fecha
------------------------	-------