

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Al comenzar servicios, River Oak Center for Children le gustaría informarle de los siguiente:**

- **Intercambio de información dentro de la agencia.** River Oak trabaja en equipo para ofrecerle sus servicios y supervisamos a todo el personal que ayuda a su familia. Por consiguiente, la información sobre cómo evoluciona su hijo y familia se compartirá con otros empleados en River Oak para supervisar o consultarles sobre el mejor tratamiento disponible.
  - **Confidencialidad y obligación de reportar.** La comunicación entre usted, su niño y el personal de River Oak es confidencial. Sin embargo, las leyes estatales de California exigen que **los empleados de River Oak están obligados a reportar información a la policía, los servicios sociales y a otros en las siguientes situaciones** Siempre que se revele información que haga que un integrante del personal tenga conocimiento, o una sospecha razonable, de un caso de abuso infantil, incluido abuso físico, sexual, emocional y/o negligencia. El abuso infantil puede incluir el sexting (enviar una imagen sexualmente insinuante a alguien).
  - Siempre que un miembro del personal reciba información que le indique o le haga sospechar de manera razonable que ha habido abuso infantil, incluyendo abuso físico, sexual, emocional o negligencia.
  - Siempre que un miembro del personal observe información o se le reporte información que le haga sospechar de manera razonable que una persona adulta dependiente o una persona mayor ha sido abusada, incluyendo abuso físico, sexual, negligencia, abandono y abuso económico.
  - Cuando se hagan amenazas graves de violencia a personas, grupos o lugares.
  - Para prevenir una lesión o daño graves; y
  - Cuando se hagan amenazas graves de suicidio.
- **Coordinación con otras agencias.** La ley permite que River Oak intercambie información limitada con el Departamento de Salud Mental del Condado y con las agencias que le ofrecen tratamiento a usted /su niño . Vea el Aviso de Prácticas de Privacidad para más detalles.
- **Derecho a saber el tratamiento recibido.** Usted tiene derecho a que le informen sobre la condición por la que está recibiendo tratamiento y a hacer preguntas sobre los servicios que recibe. También tiene derecho a que le informen sobre las intervenciones, tratamiento y medicinas que se recomiendan, los beneficios, riesgos y efectos secundarios que pueden ocurrir y la probabilidad de éxito. También tiene derecho a saber que hay opciones alternativas de tratamiento. Tiene derecho a negarse a recibir intervenciones, tratamientos y medicinas sin correr el riesgo de perder otros servicios de tratamiento.
- **Riesgos y beneficios.** Como en cualquier otro lugar que ofrece servicios de salud mental, no podemos garantizar que los servicios tengan resultados específicos. Los resultados de los servicios dependerán de la colaboración entre usted, su niño y el personal de River Oak. Otras relaciones y acontecimientos pueden afectar este proceso. Recibir servicios de salud mental tiene sus riesgos, como por ejemplo: conversaciones desagradables sobre dificultades y problemas, emociones fuertes, recuerdos desagradables y cambios en las relaciones con los demás. Algunos de los beneficios que puede obtener son, entre otros: mejorar el funcionamiento emocional y conductual, mejorar las relaciones y mejorar los sentimientos hacia uno mismo y hacia los demás.

Client Name: \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Program \_\_\_\_\_

- **Derecho a saber la acreditación de los profesionales que ofrecen tratamiento.** River Oak capacita a profesionales de salud mental y es posible que lo vea un profesional en prácticas o asociados cuyo trabajo está supervisado por un profesional de salud mental con licencia. Usted tiene derecho a saber la licencia y la formación académica de todas las personas que le ofrecen tratamiento. Puede ponerse en contacto con nuestro supervisor en cualquier momento durante el tratamiento.

Nombre del personal asignado: \_\_\_\_\_

○ Soy un profesional de salud mental acreditado \_\_\_\_\_  
(Diploma, tipo de acreditación y número)

○ No tengo acreditación \_\_\_\_\_  
(Diploma, clasificación, situación de la acreditación)

Voy a estar supervisado clínicamente por: \_\_\_\_\_  
(Nombre, tipo y número de acreditación, número de teléfono)

- **Notificación de grabación de audio/video.** Es posible que River Oak utilice grabaciones de audio/video, o que otras personas revisen materiales de audio/video para la formación del personal o para evaluar programas dentro de la agencia. Todos los materiales de audio/video se consideran confidenciales y se destruyen después de su uso clínico. Si se va a realizar una grabación en audio/video se requiere un formulario de consentimiento específico en el que se indicará claramente el propósito de la grabación de audio o video de usted o de su hijo.
- **Transporte.** Los servicios que recibirá su niño pueden incluir excursiones, actividades recreativas y otras actividades o servicios. Es posible que el personal de River Oak transporte a su(s) niño (s) al lugar donde se ofrecen esos servicios o actividades en automóvil privado o en la camioneta de la agencia.
- **Aviso a los clientes:** River Oak y la Junta de Ciencias del Comportamiento (Board of Behavioral Sciences) reciben y responden a las quejas relacionadas con el ejercicio de la psicoterapia por parte de consejeros no registrados o sin licencia que brinden servicios River Oak Center for Children, así como también servicios provistos dentro del alcance del ejercicio profesional (terapeutas matrimoniales y familiares, psicólogos educativos con licencia, trabajadores sociales clínicos o consejeros clínicos profesionales). Para presentar una queja, comuníquese con Roland Udy en el (916) 609-5147 o en rudy@riveroak.org o bien puede comunicarse con la Junta de Ciencia del Comportamiento en www.bbs.ca.gov o llamando al (916) 574-7830.

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

**Firmas:**

Fecha: \_\_\_\_\_ Cuidador/padre/madre o cliente adulto \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Cuidador/padre/madre \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Niño/joven \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Miembro de la familia \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Personal de ROCC \_\_\_\_\_