

Solicitud para Proveer Servicios a un Menor de 14 Años de Edad

ESTA FORMA ES ÚNICAMENTE PARA SER UTILIZADA CUANDO UN MENOR DE 14 AÑOS ESTÁ PIDIENDO SERVICIOS POR SU PROPIA CUENTA

Yo, _____, certifico que tengo 14 años de edad y estoy pidiendo servicios de salud mental por parte de Southwest Family Guidance Center & Institute (SWFGC). Al firmar esta hoja, certifico que SWFGC me ha aconsejado sobre la importancia de involucrar a mis padres/tutores legales/familia en mi tratamiento. He decidido que (Escriba sus iniciales junto a las selecciones apropiadas a continuación):

- _____ **YO DESEO INVOLUCRAR A MIS PADRES/TUTORES LEGALES/FAMILIA EN MI TRATAMIENTO, SI ES POSIBLE.**
- _____ **YO DESEO QUE SE AVISE A MIS PADRES/TUTORES LEGALES QUE ESTOY RECIBIENDO SERVICIOS EN SWFGC PERO NO QUIERO QUE MIS PADRES/TUTORES LEGALES SEAN INVOLUCRADOS EN ESTOS SERVICIOS.**
- _____ **YO NO QUIERO QUE MIS PADRES/TUTORES LEGALES SEPAN QUE ESTOY RECIBIENDO SERVICIOS EN SWFGC.**
- _____ **ENTIENDO QUE EN CUALQUIER MOMENTO TENGO LA OPCIÓN DE INVOLUCRAR A MIS PADRES/TUTORES/FAMILIARES EN LOS SERVICIOS.**

Sin importar la elección que hice, entiendo que nadie (incluyendo mis padres/tutor legal) recibirán información sobre mi tratamiento sin que yo exprese mi consentimiento excepto para reportar sospechas de abuso o negligencia, en casos de amenaza inminente de suicidio, homicidio, daño a mí mismo o daños a otros o si la ley lo requiere.

En caso de una emergencia médica, sospecho de abuso o negligencia, o amenaza inminente de suicidio, homicidio, daño a mí mismo o a otros, yo estoy de acuerdo en que SWFGC contactará a las siguientes personas (deben ser mayores de 18 años):

NOMBRE:

PARENTEZCO CON EL CLIENTE:

NUMERO TELEFÓNICO:

OTRO NÚMERO TELEFÓNICO:

NOMBRE DEL CLIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

FIRMA DEL CLIENTE: _____ **FECHA:** _____

NOMBRE DEL CONSEJERO (INCLUYENDO LICENCIATURA): _____ **DATE FECHA:** _____