

Solicitud para proveer servicios a un menor de 14 años de edad

uso de esta forma es únicamente para ser usada 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 para mí 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 (favor de poner las iniciales en una opción):

- _____ 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 siempre tengo la opción de involucrar a mis padres/tutores legales/familia 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 contactara a las siguientes personas (deben ser mayores de 18 años):

Nombre: _____
Parentesco con el Cliente: _____
Numero Telefónico: _____
Otro Número Telefónico: _____

Nombre del Cliente

Fecha de nacimiento

Firma del Cliente

Fecha

Nombre del Consejero (incluyendo licenciatura)

Fecha