**Formulario de Consentimiento de Nuevo Cliente**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, doy mi permiso para que el equipo clínico de Catholic Counseling Service, un ministerio de la Arquidiócesis de Nueva Orleans, me brinde servicios de asesoramiento a mí y/o a mi familia.

Entiendo que mi consejero profesional de Catholic Counseling Service utilizará técnicas terapéuticas estándar y aceptables para ayudarme a mí y /o a mi familia a resolver nuestro problema actual. Se entiende explicítamente que los consejeros profesionales de Catholic Counseling Service no han emitido ni emitirán ninguna garantía de curación o efectos del tratamiento, número de sesiones necesarias o costo total del servicio. Además, se entiende que todos los consejeros estarán obligados a mantener un nivel razonable de atención para los consejeros profesionales licenciados en ejercicio.

Todo el material revelado en la consejería permanecerá estrictamente confidencial, excepto el material compartido con un supervisor autorizado y bajo las siguientes circunstancias de acuerdo con la ley estatal: (1) El cliente firma una divulgación por escrito de la información que indica el consentimiento informado de dicha divulgación, (2) El cliente expresa la intención de hacerse daño a sí mismo o a otra persona, (3) Existe una sospecha razonable de abuso / negligencia contra un menor de edad, una persona mayor (60 años o más) o un adulto dependiente, (4) Se recibe una orden judicial dirigir la divulgación de información.

Entiendo que mi consejero profesional podría ser un estudiante de consejería de posgrado de un programa local de consejería y que él/ella está recibiendo supervisión de su escuela y de Catholic Counseling Service. Entiendo que mi consejero profesional puede discutir mi caso con su supervisor y que los mismos límites de confidencialidad se aplican al supervisor.

En el caso de consejería matrimonial o familiar, el material obtenido de un cliente adulto individualmente se puede compartir con el cónyuge del cliente u otros miembros de la familia con el permiso por escrito del cliente. Cualquier material obtenido de un cliente menor puede compartirse con el padre o tutor del cliente.

Además, es política de Catholic Counseling Service hacer valer la comunicación privilegiada en nombre del cliente y el derecho a consultar con el cliente si es posible, excepto durante una emergencia, antes de la divulgación obligatoria. Todos los consejeros profesionales se esforzarán por informar a los clientes de todas las divulgaciones obligatorias que sean posibles.

Por la presente, certifico que he recibido y hablado con un miembro del personal de Catholic Counseling Service toda la información divulgada en la **Declaración de Prácticas y Procedimientos** y **Aviso de Privacidad**. He entendido toda la información lo mejor que he podido, y se me brindó la oportunidad de hacer cualquier pregunta aclaratoria a un miembro del personal del Catholic Counseling Service. **Iniciales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Si en cualquier momento durante el curso del tratamiento es en el mejor interés del cliente o si el cliente no está satisfecho con el servicio proporcionado por Catholic Counseling Service, el cliente puede solicitar y esperar ser referido a otros terapeutas que podrían resolver mejor el problema del cliente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre(s) de Cliente Impreso Firma de Cliente(s) y Fecha**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma de Consejero y Fecha**