

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tengo la obligación ética de ayudarle a tomar una decisión informada sobre la búsqueda de tratamiento para resolver sus problemas. En cualquier momento, usted puede pedirme que le explique por qué estoy solicitando información o indicando un nuevo enfoque. No tengo problemas en explicar el propósito detrás de mis técnicas o el modelo terapéutico que utilizo.

Los posibles beneficios de participar en la terapia pueden incluir:

- Mayor capacidad para hacer frente a problemas maritales, familiares y otras cuestiones interpersonales
- Mayor comprensión de objetivos y metas personales y familiares
- Profundización de la conexión en sus relaciones
- Curación de las heridas emocionales infligidas en el pasado o el presente
- Mayor sensación de bienestar o felicidad como individuo y mayor armonía en sus relaciones
- Resolución de problemas específicos

Los posibles riesgos de participar en la terapia pueden incluir:

- No hay garantía en cuanto a los resultados de la terapia. Aunque la mayoría de las personas mejoran, algunas personas experimentan poca mejoría en su situación, mientras que algunos pueden incluso pensar que la situación es peor después del tratamiento.
- Se pueden tener sentimientos intensos e incómodos al abordar acontecimientos desagradables, patrones de relación y otras preocupaciones.
- La terapia a veces puede conducir a decisiones individuales que pueden ser perjudiciales para la pareja o la familia.

Mi firma a continuación confirma mi consentimiento informado y voluntario para entrar en la terapia (y/o permitir que mi niño/a ingrese a terapia). Afirmo que antes de convertirme en paciente de Cecilia Esquivel, ella me dio información suficiente para comprender la naturaleza de la terapia, incluyendo los posibles riesgos y beneficios, y también la naturaleza de la confidencialidad. Entiendo sus políticas y procedimientos. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y he obtenido respuestas satisfactorias. Entiendo que puedo hacer preguntas y plantear inquietudes sobre el tratamiento en cualquier momento.

_____ Nombre	_____ Firma	_____ Firma
_____ Nombre	_____ Firma	_____ Firma
_____ Nombre	_____ Firma	_____ Firma
_____ Nombre	_____ Firma	_____ Firma