

AUTORIZACION A CONSULTA Y/O TRATAMIENTO DE MI PROBLEMA O CONDICION MENTAL.

Entiendo y soy consciente de que no se me ha dado ninguna garantía o seguridad de que el tratamiento propuesto será totalmente curativo y exitoso a mi entera satisfacción. Que hasta incluso que puede aumentar los síntomas que tengo actualmente. Estoy de acuerdo en cooperar con el tratamiento sugerido y con las recomendaciones que la terapeuta, Lucia Merino, me ha dado mientras que estoy bajo su cuidado. Entiendo que el dejar de seguir las recomendaciones dadas, puede llevar a un resultado menos favorable.

(Iniciales)_____

Certifico que he tenido la oportunidad de leer y entender completamente los términos y palabras contenidas en el presente documento y doy mi consentimiento y autorización al tratamiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y se me han contestado satisfactoriamente. Autorizo mi tratamiento sin ninguna reserva.

(Iniciales)_____

Entiendo que estos servicios terapéuticos se proporcionan sin ninguna discriminación de origen, lugar de nacimiento, religión, raza, nacionalidad, orientación sexual, incapacidad física o mental, edad o estado civil. También me protege al derecho a la confidencialidad/privacidad mía y de cada uno de los pacientes participando en el tratamiento.

Igualmente me responsabilizo a pagar el precio estipulado por los servicios de Lucia Merino, LCSW.

(Iniciales)_____ Firma: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

Terapeuta: _____