
Consentimiento Informado de MPG para el Tratamiento de un Menor

Este formulario fue traducido con la ayuda de un servicio de traducción. Agradecemos su comprensión si encuentra algún error o diferencia en la traducción.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Por favor revise y confirme marcando cada elemento y colocando sus iniciales y la fecha al final.

☐ **Servicios Ofrecidos**

Manhattan Psychology Group (MPG) ofrece servicios psicológicos para niños, niñas y adolescentes, que pueden incluir psicoterapia individual, sesiones con uno de los padres, sesiones conjuntas entre padre/madre e hijo(a), sesiones familiares que involucren a ambos padres y al/la niño(a), comunicación con terceros relevantes (como médicos, abogados o escuelas) y revisión de los registros escolares o médicos pertinentes.

☐ **Participación de los Padres**

Yo/nosotros aceptamos participar en el tratamiento de nuestro(a) hijo(a) según sea necesario y cuando el/la clínico(a) lo considere apropiado, a través de reuniones presenciales, consultas telefónicas o virtuales, u otras formas de comunicación con el/la proveedor(a).

☐ **Confidencialidad**

Yo/nosotros entendemos que los tutores legales poseen el privilegio de confidencialidad sobre la información clínica del/de la menor.

El consentimiento debe ser otorgado por el/la tutor(a) legal para que la información pueda compartirse con cualquier tercero.

Sin embargo, para fomentar una relación terapéutica efectiva y apoyar el éxito del tratamiento, cierta información compartida por mi/nuestro(a) hijo(a) puede mantenerse confidencial y no ser divulgada directamente a los padres. Las excepciones incluyen cualquier indicio de riesgo inminente o daño hacia el/la niño(a) u otras personas, en cuyo caso yo/nosotros seremos notificados de inmediato.

☐ **Política Legal/Litigios**

Para proteger la integridad Margaret del proceso terapéutico, yo/nosotros entendemos que el/la proveedor(a) no debe participar en procedimientos legales ni litigios relacionados con el/la menor o con la dinámica familiar. Yo/nosotros aceptamos no citar al/la proveedor(a) a comparecer en juicio, ni solicitar registros de terapia o informes clínicos con fines legales. Esto incluye abstenerse de pedir informes o testimonios relacionados con el estado emocional o psicológico del/de la menor o de cualquiera de los padres. Yo/nosotros podemos revocar este acuerdo en cualquier momento mediante una notificación por escrito dirigida a MPG.

☐ **Cooperación y Expectativas**

Yo/nosotros entendemos que el éxito del tratamiento psicológico depende de la colaboración activa y la comunicación abierta entre todas las partes involucradas. Aunque el tratamiento está diseñado para apoyar la salud emocional y conductual del/de la niño(a), no se pueden garantizar los resultados específicos.

Reconocimiento

Iniciales del Padre/Madre/Tutor(a): _____

Fecha: _____