

**GABRIELA PORTAS, ATR-BC, LCAT, SEP  
PSYCHOTHERAPIST & CREATIVE ARTS THERAPIST  
SOMATIC EXPERIENCING PRACTITIONER  
LICENSE NO. 001343-1**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PSICOTERAPIA INFANTIL**

Este documento afirma que \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ (los "padres"\*) damos nuestro consentimiento a Gabriela Portas, LCAT (la "psicoterapeuta") para proveer a nuestra/o/e hija/o/e \_\_\_\_\_ un tratamiento psicoterapéutico y de incluírnos, los padres, si sea necesario, como auxiliares en el tratamiento del menor.

\* el termino "padres" es utilizado en este documento para referir a cualquier padre/madre, tutor legal, etc. que tiene la responsabilidad legal del cuidado del menor en relación a servicios psicoterapéuticos con Gabriela Portas, LCAT.

Aunque los padres puede esperar beneficios de este tratamiento de su hijo/a/e, entienden de que ningún resultado particular es garantizado. Los padres entienden de que son libres de discontinuar el tratamiento de su hijo/a/e en cualquier momento pero que es recomendado discutir con la psicoterapeuta cualquier plan de terminar con la terapia antes de tomar esta decisión.

Los padres han discutido con la psicoterapeuta lo que conlleva la psicoterapia y entienden y estan de acuerdo con las políticas sobre los horarios, honorarios, y citas perdidas detalladas en su POLÍTICA FINANCIERA Y CONTRATO DE PAGO POR SERVICIOS (a ser firmado por separado). Los padres han sido informados sobre y entienden el alcance del tratamiento, sus beneficios y riesgos previsibles, y posibles métodos alternativos de tratamiento. Los padres entienden que la terapia a veces puede causar que surgan emociones molestas, y que los problemas del/a menor pueden empeorar temporalmente antes de mejorar.

Los padres entienden que la psicoterapeuta no puede proveer servicios de emergencia. La psicoterapeuta ha comunicado a los padres de que si hay una emergencia deben llamar al 911 o llevar a su hijo/a/e a la sala de emergencias del hospital más cercano.

Los padres entienden de que la información acerca de la psicoterapia es casi siempre mantenida de forma confidencial por la psicoterapeuta y no es revelada a otros más allá de los padres al menos de que un padre/madre de la autorización para tal divulgación. Lo que sigue son algunas excepciones:

1. La psicoterapeuta es requerida por ley de reportar sospechas de maltrato o negligencia infantil a las autoridades adecuadas.
2. Si el/la menor le dice a la psicoterapeuta de que el/ella/elle tiene la intención de hacerle daño a otra persona, la psicoterapeuta debe proteger a la persona en peligro, incluyendo contándolo a la policia, a la persona, y a otros proveedores de salud. Igualmente, si un/a menor amenaza hacerse daño a si mismo/a/e, o la vida o la salud del menor esta en peligro inminente, la psicoterapeuta intentará de proteger al/a menor, incluyendo, si es necesario, hablando con la policía u otros proveedores de salud, quien podrían asistir en proteger al/a menor.
3. Si un/a menor está involucrado/a en ciertos procedimientos judiciales, la ley puede exigir que el psicoterapeuta revele información sobre el tratamiento del/a menor. Estas situaciones incluyen disputas por la custodia de los hijos, casos en los que la condición psicológica de un cliente está en

**GABRIELA PORTAS, ATR-BC, LCAT, SEP  
PSYCHOTHERAPIST & CREATIVE ARTS THERAPIST  
SOMATIC EXPERIENCING PRACTITIONER  
LICENSE NO. 001343-1**

cuestión, demandas o quejas formales contra la psicoterapeuta, audiencias de internamiento civil y tratamientos ordenados por el tribunal.

4. La psicoterapeuta puede consultar con otros profesionales de la salud sobre el tratamiento del/a menor, pero al hacerlo no revelará el nombre del/a menor ni otra información que pueda identificarlo/a/e a menos que obtenga un consentimiento específico de uno de los padres para hacerlo.

5. Si una cuenta con la psicoterapeuta se ha vencido y las partes responsables no elaboran un plan de pago, la psicoterapeuta tendrá que revelar una cantidad limitada de información sobre el tratamiento de un cliente al tomar medidas legales para recibir el pago. Esto incluiría los nombres del/a menor y de los padres, el número de seguro social, la dirección, las fechas y el tipo de tratamiento otorgado y el monto adeudado.

En todas las situaciones descritas anteriormente, la psicoterapeuta intentará discutir la situación con uno de los padres antes de que se revele cualquier información confidencial y solo revelará la menor cantidad de información necesaria.

Los padres, como tutores legales del/a menor, tienen derecho a información general sobre lo que ocurre en la terapia del/a menor, a información sobre el progreso del/a menor en la terapia, a información sobre cualquier peligro que el/la menor pueda presentar para sí mismo o para otros, y, ante solicitud, para obtener copias del registro de tratamiento del niño/a (con ciertas calificaciones y excepciones). Los padres entienden que normalmente es mejor no pedir información específica sobre lo que se dijo en las sesiones de terapia porque esto podría romper la confianza entre el/la menor y la psicoterapeuta, especialmente en el caso de niños/as/es mayores de 12 años.

Los padres acuerdan que en caso de cualquier procedimiento legal (incluidos, entre otros, la custodia o los derechos de visita), los padres, sus abogados o cualquier otra persona relacionada con el caso no exigirán, e intentarán activamente detener, cualquier solicitud para que la psicoterapeuta testifique o sea parte de cualquier procedimiento. Las razones para esto incluyen comprender que hacerlo perjudicaría el tratamiento del/a menor, que el papel del psicoterapeuta es terapéutico y no evaluativo, y que otros profesionales forenses estarían en mejores condiciones y serían más apropiados para realizar cualquier evaluación necesaria. Debido a estas limitaciones, la psicoterapeuta tampoco podrá dar ninguna opinión sobre la custodia, visitas o cualquier otro tema legal. Si tal procedimiento si ocurre, los padres acuerdan que el papel de la psicoterapeuta se limitará a brindarle a cualquier profesional de salud mental designado para realizar dicha evaluación (y/o a los abogados, tutor legal, si corresponde, y al juez involucrado en el proceso legal) un resumen escrito de información sobre el tratamiento; el psicoterapeuta los proporcionará según lo exige la ley o con la autorización de cualquiera de los padres. Los padres aceptan pagar la tarifa de \$300 por hora (o cualquier parte de una hora) por todo el tiempo relacionado con dicha solicitud (incluido, entre otros, tiempo de preparación, tiempo de viaje, tiempo de envío de faxes/correos electrónicos/etc.). Si, por casualidad, cualquiera de las partes requiere que Gabriela Portas, LCAT comparezca ante el tribunal, los padres acuerdan pagar \$450 por hora o parte de una hora por todo el tiempo dedicado en relación con ese requisito (incluido, entre otros, tiempo de traslado, de preparación, de espera en el tribunal, etc.).

**GABRIELA PORTAS, ATR-BC, LCAT, SEP  
PSYCHOTHERAPIST & CREATIVE ARTS THERAPIST  
SOMATIC EXPERIENCING PRACTITIONER  
LICENSE NO. 001343-1**

La psicoterapeuta ha explicado a los padres que los/las menores que se relacionan con ambos padres tienen mayores posibilidades de beneficiarse de la terapia si ambos padres participan y cooperan entre sí y con la psicoterapeuta. Si ambos padres de un/a menor dan su consentimiento para la terapia:

ΩCada uno de nosotros acepta que no finalizará la terapia del/a menor sin el acuerdo del otro padre, y que si no estamos de acuerdo acerca de que el/la menor continúe con la terapia, intentaremos llegar a un acuerdo, mediante consejería si sea necesario, antes finalizar la terapia del/a menor.

ΩCada uno de nosotros acepta cooperar con el plan de tratamiento de la psicoterapeuta para el/la menor y entendemos que sin cooperación mutua, es posible que la psicoterapeuta no pueda actuar en el mejor interés del/a menor y tenga que finalizar la terapia.

ΩAceptamos que cada uno de nosotros tiene y seguirá teniendo derecho a información sobre el tratamiento del/a menor y a los registros de tratamiento de la psicoterapeuta con respecto al/a menor, y aceptamos que la psicoterapeuta puede revelar información o registros a cualquiera de nosotros sin ninguna autorización adicional del otro.

Los padres entienden que son totalmente responsables financieramente del tratamiento. Además, aceptan pagar la misma tarifa que una sesión por todas y cada una de las interacciones con un abogado defensor de menores o una figura similar en la vida de su hijo/a/e que se extiendan más de 10 minutos, en caso de que surja tal situación. Esta(s) interacción(es) se facturará(n) a final del mes en que se realice(n). El pago por el tiempo pasado con un abogado defensor de menores no influye de ninguna manera en lo que se dice ni da permiso a los padres a saber lo que se dice entre la terapeuta y el abogado defensor.

Los padres entienden que tienen derecho a preguntar a la psicoterapeuta sobre su formación y cualificaciones y sobre dónde presentar quejas sobre la conducta profesional de la psicoterapeuta.

Al firmar a continuación, los padres indican que han leído y comprendido este acuerdo, que dan su consentimiento para el tratamiento del/a menor por parte de la psicoterapeuta y que tienen el estatus legal adecuado para dar su consentimiento a la terapia del/a menor.

Firma: \_\_\_\_\_  
(del padre/madre)

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
(del padre/madre)

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
(del/a menor, si mayor de 12 años)

Fecha: \_\_\_\_\_

**GABRIELA PORTAS, ATR-BC, LCAT, SEP  
PSYCHOTHERAPIST & CREATIVE ARTS THERAPIST  
SOMATIC EXPERIENCING PRACTITIONER  
LICENSE NO. 001343-1**

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A UN/A MENOR**

*(Complete un formulario de "Consentimiento para tratar a un/a menor" por separado para cada menor que participe en la terapia)*

**NOMBRE DEL/A MENOR:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_/\_\_/\_\_  
mes / día / año

**Teléfono de Casa:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Dirección(es) Principal(es):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)  
\_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

**PADRES:** (Nombre a todos los padres/padrastrros/tutores legales. Los padres con custodia deben firmar este formulario)

**Madre:** \_\_\_\_\_ **Cónyuge:** \_\_\_\_\_

**Dirección (o "igual"):** \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

**Fecha de Nacimiento:** \_\_/\_\_/\_\_ **Edad:** \_\_ **Teléfono Celular:** \_\_\_\_\_  
mes / día / año

**Ocupación:** \_\_\_\_\_ **Teléfono del Trabajo:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono de Casa:** \_\_\_\_\_

**Padre:** \_\_\_\_\_ **Cónyuge:** \_\_\_\_\_

**Dirección (o "igual"):** \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

**Fecha de Nacimiento:** \_\_/\_\_/\_\_ **Edad:** \_\_ **Teléfono Celular:** \_\_\_\_\_  
mes / día / año

**Ocupación:** \_\_\_\_\_ **Teléfono del Trabajo:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono de Casa:** \_\_\_\_\_

**Guardián:** \_\_\_\_\_ **Cónyuge:** \_\_\_\_\_

**Dirección (o "igual"):** \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

**Fecha de Nacimiento:** \_\_/\_\_/\_\_ **Edad:** \_\_ **Teléfono Celular:** \_\_\_\_\_  
mes / día / año

**Ocupación:** \_\_\_\_\_ **Teléfono del Trabajo:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono de Casa:** \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

Yo, (Nombre en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ doy fe de que soy el padre/madre con custodia del menor mencionado anteriormente, y autorizo al menor a participar en psicoterapia con esta oficina. Acepto y entiendo que si bien se pueden facturar al seguro los servicios de psicoterapia, soy legalmente responsable de todos y cada uno de los cargos incurridos en la prestación de este y/u otros servicios por parte de esta oficina. Cuando se solicite, se deben proporcionar copias de la documentación de la custodia legal del menor y cualquier otra cuestión legal relacionada con el/la menor. Se guardarán copias de estos documentos en el expediente del/a menor.

\_\_\_\_\_  
**PADRE CON CUSTODIA (Madre/Padre/Tutor - Circule uno)**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**