

CONSENTIMIENTO A LA TERAPIA

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Hoy: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Nombre del Padre/Madre/Tutor (en caso de menor de edad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Celular: _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Si No

Otro Teléfono: _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Si No

Email: _____ ¿Podemos enviarle un email? Si No

Tenga en cuenta que la correspondencia por email (correo electrónico) no es considerada como un medio confidencial de comunicación.

Seleccione el tipo de terapia que desea: Individual Pareja Familia

Nombre del Compañero (en caso de la Terapia de Pareja): _____

¿Cómo se enteró de Cristina Lima Therapy? _____

Nombre del Contacto de Emergencia: _____

Relación con el Cliente: _____ Teléfono: _____

He leído y entendido la **Notificación de Prácticas de Privacidad HIPPA** y las **Políticas de la Clínica**. Además reconozco que yo busco y acepto la terapia con Dra. Cristina Lima.

Firma(s) _____ Fecha _____

-

-