



## Consentimiento de participación colateral

Yo, \_\_\_\_\_ (el participante colateral) he sido invitado por \_\_\_\_\_ (nombre del cliente) para asistir a una o más de las sesiones de psicoterapia del cliente con \_\_\_\_\_ (nombre del terapeuta). Entiendo que el propósito de mi participación es ayudar al cliente y al terapeuta en el tratamiento del cliente y no buscar psicoterapia para mí. Entiendo que mi papel como participante colateral en la psicoterapia del cliente es:

- Proporcionar información sobre el cliente, tanto objetiva como desde mi perspectiva personal;
- Participar en ejercicios durante las sesiones que tienen la intención de ayudar al tratamiento del cliente;
- Apoye al cliente durante el tratamiento de otras maneras.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que en cualquier momento puedo retirarme, negarme a responder cualquier pregunta o participar en cualquier ejercicio. Certifico que no tengo una relación personal o de cliente con el terapeuta. No soy responsable de ninguna tarifa de terapia, excepto en aquellos casos, como el de los padres o la tutela legal, en los que normalmente sería responsable de las tarifas de terapia del cliente o en el caso en que acepté ser financieramente responsable de las tarifas de terapia del cliente.

En entender que lo que digo en las sesiones puede ser discutido entre el terapeuta y el cliente. *(Nota: a veces es posible mantener la privacidad de mi comunicación con el terapeuta. Si deseo hacerlo, esto debe discutirse antes de que cualquier información sea comunicada por mí).*

Como participante colateral, entiendo que tengo ciertos derechos y requisitos relacionados con la confidencialidad, así como algunos límites a esa confidencialidad. Se espera que mantenga la confidencialidad del cliente. Entiendo que aunque el terapeuta no mantendrá un cuadro sobre mí ni hará ningún diagnóstico, las notas sobre mí que pertenecen a mi relación con el cliente pueden ingresarse en el cuadro del cliente, así como algunos de mis comentarios sobre el cliente. Debido a que el cliente tiene los derechos de su confidencialidad, no puedo solicitar acceder a ese cuadro sin el consentimiento por escrito del cliente / padre / tutor legal. Sin embargo, el cliente, de conformidad con las leyes estatales y federales, puede acceder a su cuadro. Entiendo las siguientes excepciones a la confidencialidad, que pertenecen tanto al cliente como a mí:

- Si el terapeuta sospecha abuso o negligencia de un niño o adulto vulnerable, se le exige que presente un informe con la agencia correspondiente.
- Si el terapeuta cree que soy un peligro para mí (idea de suicidio) o para otros, se le exige que tome las medidas necesarias para protegerme a mí o a la otra persona identificada.
- Si un tribunal requiere que el terapeuta envíe información o testifique en un caso que involucre a mí o al cliente, él / ella debe cumplir. Tenga en cuenta que el terapeuta lo hará solo si el tribunal lo requiere, no solo si un abogado solicita información.

Entiendo que mi papel como participante colateral puede crear ansiedad o angustia emocional en mí y / o crear tensión / emociones en mi relación con el cliente. Entiendo que, si me encuentro experimentando dificultades emocionales y actualmente no estoy en psicoterapia, se lo haré saber al terapeuta para que pueda sugerirme recursos o referencias. Si bien mi participación puede resultar en una mejor comprensión del cliente o una mejor relación, o puede ayudar en mi propio crecimiento y desarrollo, no hay garantía de que este sea el caso.

Certifico que toda la información anterior ha sido explicada y discutida conmigo por el terapeuta, y que he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta.

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del cliente / padre / cuidador / tutor) doy permiso para \_\_\_\_\_ (Participante colateral) para asistir a una o más de mis sesiones de psicoterapia.

Marque uno si el cliente es menor de edad ... Padre      Cuidador      Tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente / padre / cuidador / tutor      Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del participante colateral      Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del terapeuta      Fecha: \_\_\_\_\_