

Consentimiento informado, responsabilidades de las partes y límites de confidencialidad

- 1.** Entiendo el propósito y la naturaleza de los Servicios de evaluación psicológica, la Evaluación ABA y el Programa de terapia conductual proporcionados por Compleat KiDZ (denominados "Servicios CK" en el futuro), y se me ha brindado la oportunidad de analizar cualquier inquietud o pregunta que tenga. puede tener.
- 2.** Entiendo que los servicios de CK se pueden realizar en persona o a través de acuerdos confidenciales de telesalud, según corresponda a la naturaleza del servicio proporcionado.
- 3.** Doy permiso a Compleat KiDZ para evaluar y tratar a mi hijo sin mi presencia en el edificio, cuando el equipo de evaluación y terapia de Compleat KiDZ lo considere apropiado.
- 4.** Entiendo que se puede preparar un informe escrito relacionado con los servicios de CK que recibe mi hijo, que puede contener información sobre mi hijo, su historial médico y mi historial médico que afecta la evaluación y el tratamiento de mi hijo. El informe también puede contener opiniones profesionales; con lo que no estoy de acuerdo.
- 5.** Entiendo que estos informes serán entregados al tercero que solicitó estos servicios. También entiendo que Compleat KiDZ no tiene control sobre las entidades a las que el tercero podría divulgar información.
- 6.** Entiendo que Compleat KiDZ o la persona que realiza los Servicios de CK pueden divulgar información sobre mi hijo como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad, lo que incluye, entre otros, cuando sea necesario para evitar una amenaza grave para la salud y seguridad de mi hijo o la salud y seguridad del público o de otra persona; para reportar posible abuso o negligencia de un niño o adulto vulnerable; cuando lo permita o exija la ley.
- 7.** Entiendo que Compleat KiDZ no ha garantizado el progreso de mi hijo o los resultados que mi hijo experimentará como resultado de su participación en el tratamiento ABA.
- 8.** Se me han explicado los posibles riesgos y beneficios del tratamiento ABA para mi hijo, incluidos, entre otros, los siguientes:
 - a. Beneficios potenciales: aumento de las habilidades de comunicación funcional, disminución de los comportamientos problemáticos y manejo general del comportamiento, aumento de las habilidades sociales/funcionalidad social, tratamiento individualizado y adquisición de habilidades.
 - b. Riesgos potenciales: nuevos comportamientos emergentes, aumento de comportamientos, aumento de comportamientos agitados durante la terapia, la terapia ABA puede no ser efectiva en todos los casos, no se garantiza un progreso rápido, etc.
- 9.** Entiendo que mi hijo es el principal beneficiario de los servicios independientemente de la fuente de financiación.
- 10.** Entiendo que puedo suspender la participación de mi hijo en cualquier servicio de CK en cualquier momento.
- 11.** Entiendo y acepto que ni Compleat KiDZ ni la persona que realiza los Servicios de CK me brindan ningún tratamiento a mí, a mi hijo o a mi familia en el momento de recibir estos servicios que yo no haya aceptado.
- 12.** Entiendo que la persona que presta los Servicios de CK no lo hace en calidad de mi médico, que no se crea una relación médico-paciente y que los privilegios médico-paciente no se aplican a este tipo de servicios.

Padre/tutor legal (nombre en letra de imprenta)

Firma

Fecha

 / /