

Community Counseling

Harmony At Home

3785 Via Nona Marie, Suite 300, Carmel, CA 93923 (831) 625-5160

Child's Name: _____ **DOB:** _____

Address: _____

Food Restrictions? No Yes: _____

INFORMED CONSENT FOR TREATMENT OF A MINOR

Dear Parent or Guardian:

Your child has been recommended to participate in the free, community-based counseling program, Community Counseling. The program provides small groups (3-5 children) as well as individual counseling and uses art therapy, role modeling and effective communication education to help the children learn healthy ways to express their feelings. Counseling services may be provided by an unlicensed counselor under the supervision of a licensed therapist. The name and contact information of the counselor and their clinical supervisor is listed on the attached parent letter. In the event there is a change in counselors during the year, Harmony at Home will communicate with you via mail and/or phone of this change. I hereby, give my permission for my child to be seen by the new counselor and for the new counselor to have access to all my child's information and files in the best interest of my child. I hereby consent to my child engaging in counseling services via the use of telehealth. I understand that telehealth services will be provided over the phone or over webcam. Discussions during supervision are confidential. In the event you have any questions or concerns for the therapist or supervisor please call Harmony At Home (HAH) at (831) 625-5160.

It is our intention for the children in this program to feel like they are in a safe and confidential environment. This will allow them to freely disclose their thoughts and feelings. Information disclosed within the child's counseling sessions is confidential and will not be revealed by the counselor without your written permission, with a few exceptions. These exceptions are as follows:

1. If your child threatens to harm him/herself or someone else.
2. If the therapist intern/trainee/supervisor has reason to believe that the child is being physically, sexually or emotionally abused, they are obligated by law to report the abuse to the local Social Services Dept. In addition, if a child discloses (in counseling) that they are possession of an object that could be perceived as a weapon, the counselor is obligated to inform the site administration.
3. If a court of law issues a subpoena for your child's counseling records, this information may need to be released. However, every effort will be made to protect your child's records by invoking psychotherapist/client privileged information.
4. As outlined above, since HAH is a training center for interns and trainee counselors, your child's counseling will be discussed in supervision with the supervisor and other counselors.

I understand that counseling is not intended to serve as primary treatment for pre-existing mental health diagnosis. I also understand that the counselor may need to consult with site personnel regarding my child and I therefore give my consent for the release of information between Harmony At Home counseling staff, including the supervisor and site staff. I give Harmony At Home permission to exchange any information with any professionals or professional agency to best serve the needs of my child. I also willingly agree to allow my child to be audio or video taped for clinical supervision purposes only. I understand that these tapes will not be released to anyone other than the therapist's Supervisor for review of treatment of minor client.

Is there a court order associated with a separation or divorce, indicating whose signatures are required on behalf of your child? Yes _ No _____. If yes, please attach a copy of the court order. We cannot proceed with the counseling unless we have determined that all required signatures have been obtained. I have read and understand the above stated information and give my permission for my child to participate in the Community Counseling program.

This consent expires on _____ (1 year after original sign date).

Parent or Guardian _____ Date _____

Parent or Guardian _____ Date _____

Therapist _____ Date _____

Supervisor _____ Date _____

Community Counseling

Harmony At Home

3785 Via Nona Marie, Suite 300, Carmel, CA 93923 (831) 625-5160

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Dirección: _____

Restricciones de comida? No Si: _____

Consentimiento Para el Tratamiento de un Menor

Estimado Padre o Guardián:

Su hijo/a ha sido recomendado para participar en el programa gratuito de consejería, Community Counseling. El programa proporciona servicios de consejería a grupos pequeños (3-5 niños) así como a estudiantes individuales. Esto se hace mediante la utilización de terapia de arte, modelado de roles y educación eficaz en la comunicación para ayudar a los niños a aprender maneras saludables de expresar sus sentimientos. Los servicios de consejería pueden ser proveídos por una persona que aún no tiene licencia como consejera/o, pero que está bajo supervisión de una/o terapeuta con licencia. El nombre e información de contacto de la/el consejero y su supervisor clínico está en la carta adjunta para padres. En caso de que haya un cambio en los consejeros durante el año, Harmony at Home se comunicará con usted por correo y/o teléfono de este cambio. Por la presente, doy mi permiso para que mi hijo/a sea visto/a por el/la nuevo/a consejero/a y para que el nuevo/a consejero/a tenga acceso a toda la información y archivos de mi hijo/a en el mejor interés de mi hijo/a. Por este medio, doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba servicios de consejería mediante el uso de telesalud. Entiendo que los servicios de telesalud se brindarán por teléfono o por cámara web. Las discusiones durante la supervisión son confidenciales. En caso de que tenga alguna pregunta o inquietud para el terapeuta o supervisor, llame a Harmony At Home (HAH) al (831) 625-5160.

Es nuestra intención de que los niños en este programa se sientan que están en un lugar seguro y confidencial. Esto les permitirá compartir libremente sus pensamientos y sentimientos. La información que se comparte durante la terapia es confidencial y no se va a compartir por parte del consejero/a sin su permiso en escrito al menos en ciertos casos. Estas excepciones son las siguientes:

1. Si su hijo/a amenaza con lastimarse así mismo o a alguien más.
2. Si el/la terapeuta bajo entrenamiento y/o aprendizaje o el supervisor tiene razones para creer que el niño/a es abusado/a físicamente, sexualmente o emocionalmente, él/ella es requerido/a por la ley a reportar el abuso al Departamento de Servicios Sociales (CPS). Si el/la terapeuta bajo entrenamiento y/o aprendizaje o el supervisor/a tiene razones para creer que su niño/a tiene un objeto que se podría percibir como un arma, él/ella es obligado por la ley a reportarlo a la administración del lugar donde se proporciona la terapia de consejería.
3. Si un tribunal de justicia publica demanda los archivos de su niño/a, esta información puede ser revelada. Sin embargo, cada esfuerzo se hará para proteger los archivos del niño/a, invocando el privilegio de terapeuta-cliente.
4. Como mencionado anteriormente, siendo que "Harmony At Home" es una institución de entrenamiento para terapeutas, la consejería proporcionada a su niño/a, se discutirá en las juntas de supervisión con el supervisor y otros consejeros.

Entiendo que el programa de Community Counseling no tiene el propósito de servir como tratamiento principal para un pre-diagnostico de salud mental. También entiendo que el consejero/a pueda necesitar hablar con la facultad de la escuela acerca de mi hijo/a, y con este documento, doy mi permiso para que compartan información entre la facultad de Harmony At Home, incluyendo la supervisora y la facultad del lugar donde se proporciona la terapia de consejería. Doy permiso a Harmony At Home para consultar y recibir información de profesionales o agencias profesionales para fines de tratamiento, con el fin de servir mejor las necesidades de mi hijo/a. También doy permiso para que mi hijo/a sea audio o video grabado, solo con fines de supervisión clínica. Entiendo que estos videos no se entregaran a otra persona que no sea el/la supervisor/a de el/la terapeuta, para revisar del tratamiento del menor.

Existe una orden de la corte en relación a una separación o divorcio, indicando las firmas requeridas relacionadas con su hijo/a? Si ____ No _____. **Si la respuesta es "SI", por favor incluya una copia de la orden de la corte.** No podemos proseguir con la consejería hasta que todas las firmas necesarias hayan sido obtenidas.

He leído y entiendo la información mencionada y le doy permiso a mi hijo/a _____ para participar en el programa de Community Counseling.

Firma de Padre/Madre o Tutor(es) legales: _____ Fecha: _____

Firma de Padre/Madre o Tutor(es) legales: _____ Fecha: _____

Firma de el/la Terapeuta: _____ Fecha: _____

Firma de la Supervisora: _____ Fecha: _____