



FERNANDO DE GREEF, LPC
PSYCHOTHERAPIST - PSYCHOANALYST

1050 17th Street, NW, Suite 1000, Washington, DC 20036 Phone (703) 371-1907 Fax (703) 769-4948
contact@fernandodegreef.com - www.fernandodegreef.com

LIMITES DE CONFIDENCIALIDAD

El contenido de todas las sesiones de terapia se considera confidencial. Tanto la información verbal como los registros escritos de un paciente no pueden ser compartidos con terceros sin el consentimiento por escrito del paciente en cuestión o por el tutor legal de dicho paciente. A continuación, se enumeran las siguientes excepciones en que la confidencialidad se pudiera llegar a romper:

Deber de advertir y proteger:

Cuando un paciente da a conocer sus intenciones o un plan para agredir a otra persona, el profesional de la salud mental debe advertir a la posible víctima y comunicar esta información a las autoridades judiciales. En los casos en que el paciente describa un plan de suicidio, el profesional de la salud tiene la obligación de informar a las autoridades legales y hacer todos esfuerzos razonables para notificar a la familia del paciente.

Abuso de Niños y/o Adultos Vulnerables

Si un paciente comunica o sugiere que está abusando de un niño (o adulto vulnerable) o que recientemente lo ha hecho, o que un niño (o adulto vulnerable) está en peligro de ser abusado, el profesional de la salud mental está obligado a reportar esta información al servicio social apropiado y/o a las autoridades legales.

La exposición prenatal a sustancias controladas

Los profesionales de la salud mental están obligados a reportar la exposición prenatal a sustancias controladas que puedan ser potencialmente dañinas, cuando el paciente admite su consumo.

Menores - Tutela

Los padres o tutores legales de los pacientes menores no emancipados tienen derecho a acceder a los registros clínicos de los pacientes.

Proveedores de Seguros

A las compañías de seguros y a otros terceros que efectúen pagos se les proporcionará la información que soliciten sobre los servicios de los pacientes.

La información que pudiera llegar a solicitarse incluye, pero no se limita a: tipos de servicios, fechas y horas de servicios, diagnóstico, plan de tratamiento, descripción de la discapacidad (si hubiera), notas clínicas, terapias y demás información pertinente.

Estoy de acuerdo con los límites de confidencialidad expresados anteriormente y entiendo sus significados y ramificaciones.

Firma del paciente (padre/s del paciente o tutor/es si es menor de 18)

Fecha