

División de servicios para la salud mental del condado de San Mateo
Mayores Iguales Consejería*



**SOLICITUD DE SERVICIOS Y PERMISO PARA
RECIBIR CONSEJERÍA DE LOS MAYORES IGUALES**

Yo, _____ estoy de acuerdo a recibir
conserjería en el programa para los mayores iguales en el condado de San Mateo.

Entiendo que el consejero respetará mi derecho a la privacidad y procurará mantener la información confidencial en la medida permitida por la ley. Sin embargo, entiendo que los reglamentos privados y directrices que rigen terapeuta-paciente privilegio no se aplican al programa de la consejería de los mayores iguales porque el consejero no es un terapeuta y no proporcionar tratamiento de salud mental. Entiendo que el consejero está supervisada por un profesional en los grupos semanales de la salud mental.

Me doy cuenta que determinada información puede ser liberados sin mi autorización en determinadas circunstancias.

Por ejemplo:

- Para los tribunales como necesarias para la administración de justicia.
- En el caso de una emergencia médica válida.
- Si hay pruebas que sugieren que los niños, dependientes adultos o maltrato a los ancianos han ocurrido.
- Cuando un peligro para el público (tales como el homicidio) exige la revelación.
- Cuando hay alguna indicación de que es probable que hacer daño a mí mismo o otros.

Entiendo que el consejero y yo vamos a revisar periódicamente mis servicios. También, entiendo que puedo expresar mi opinión al Director de Servicios de Mayores Iguales en cualquier momento. Yo entiendo y estoy de acuerdo a las declaraciones anteriores, y soy consciente de que me puede revocar este acuerdo en cualquier momento y/o discontinuar el servicio.

Firma de cliente

Fecha

Firma del consejero(a)

Fecha

*Este programa es para cualquier adulto que tiene 55 años de edad o más(a la discreción del director alguien que tiene menos de 55 años de edad puede calificar para los servicios).