

Christopher J. BH. Bauchman, PsyD, LLC
Licensed Psychologist
100 Village Square Crossing
Suite 204
Palm Beach Gardens, FL 33410

FIRMA

Consentimiento Informado para Tratamiento: Yo, el cliente, entiendo que tengo el derecho de no firmar este formulario. Mi firma abajo indica que he leído y discutido y recibido una copia del Acuerdo y Consentimiento Informado para Tratamiento; no indica que estoy renunciando a ninguno de mis derechos. También entiendo que cualquiera de los puntos del acuerdo y consentimiento informado para el tratamiento se puede discutir y pueden ser modificados de común acuerdo en cualquier momento. Entiendo mis derechos a la intimidad y las excepciones a mis derechos a la intimidad, y que hay riesgos asociados con el tratamiento. He leído, o se me ha leído Acuerdo y Consentimiento Informado para el tratamiento, el cual incluye la Notificación de Prácticas de Privacidad documento. He discutido los puntos que no entendía y he tenido preguntas si alguna, totalmente contestada. Acepto los puntos de este documento y entro en el tratamiento con este terapeuta, como se muestra aquí con mi firma.

Nombre: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Christopher J. BH. Bauchman, Psy.D.
Psicólogo Licenciado