

Coastal Haven Counseling, LLC
 220 Ronnie Ct Suite 2
 Myrtle Beach, SC 29579
 (843) 945-0346



Coastal Haven Counseling, LLC
 3100 Dick Pond Rd Ste D2
 Myrtle Beach, SC 29588
 (843) 945-0346

Sandra Quast, MA, LPC
 Cell: (843) 945-0346

Jill Anderson, MA, LPC
 Cell: (704) 223-0623

Sandy Johnson, MS, LPC
 Cell: (843) 605-0514

Lauren King, LISW-CP
 Cell (843) 504-8346

Jennifer McGonigal, LPC
 Cell: (843) 333-1040

Michael Pickett, LPC
 Cell: (843) 907-2024

Paola Goyeneche, LPC
 Cell: (843) 424-7705

Diane Clark PhD, LPC
 Cell: (910) 712-6824

FORMULARIO DE ADMISIÓN NIÑO

CONFIDENCIALIDAD DIVULGACIÓN:

Este acuerdo es entre usted y su terapeuta de la Costa asilo asesoramiento, LLC.

Estoy de acuerdo en cumplir con mi consejero en la Costa asilo asesoramiento, LLC. generalmente nos encontraremos con 2-4 veces al mes, y nuestras reuniones tendrá una duración de unos 60 minutos. Cuando nos encontramos, podemos hablar, jugar a juegos, u otras cosas para ayudar al terapeuta llegar a conocerme mejor y comprender mis problemas, fortalezas y metas.

Entiendo que mi padre (o padres) o mi tutor tiene derecho a saber acerca de cómo me va en la terapia. Estoy de acuerdo que mi terapeuta puede hablar con mi padre / tutor para discutir cómo lo estoy haciendo. También pueden hablar de sus inquietudes y preocupaciones que puedan tener sobre mí o pueden hablar de cosas el terapeuta y decido que mi padre / tutor tiene que saber. A veces mi terapeuta puede cumplir con mi padre / tutor sin mí. En otras ocasiones puede que todos reunirse.

Las cosas de las que hablo en mis reuniones con mi terapeuta son privadas. Entiendo que mi terapeuta no le dirá a otros acerca de las cosas específicas que le digo / ella. Él / ella no se repetirá estas cosas a mi padre / tutor, mis maestros, la policía o agentes de libertad condicional.

Sin embargo, hay cuatro excepciones a la confidencialidad:

primero, Debido a la ley, el terapeuta le dirá a otros lo que he dicho si hablo en serio daño a mí mismo oa otra persona. Mi terapeuta tendrá que decirle a alguien que pueda ayudar a mi oa la persona que he hablado de herir a proteger.

Segundo, Si estoy siendo gravemente herido por cualquier persona, este terapeuta tiene que decir a alguien para mi protección.

Tercero, Si mis registros de terapia son ordenó la corte, deben ser entregados de acuerdo con una orden judicial.

Adelante, el terapeuta Recurso de funcionarios con su supervisor (s) y / o compañeros de trabajo, según sea necesario. El supervisor tiene acceso a toda la documentación aplicable asociado con el cliente, si es necesario.

Entiendo que a veces no se sienten bien acerca de algunas cosas que podemos hablar en nuestras reuniones. Puede que se sienta incómodo hablar con mi terapeuta porque no le conocen aún el / ella muy bien. Puedo sentir vergüenza hablar de mí mismo. Algunas de las cosas que hablamos puede hacer que me sienta enojado o triste. A veces viene a las reuniones puede interferir con la realización de otras cosas que me gustan más. Pero también entiendo que viene a terapia me debe ayudar en el largo plazo. Puedo encontrar que voy a confiar en este terapeuta y puedo hablar de cosas que no puedo hablar con nadie más. Puedo aprender algunas cosas nuevas, importantes y útiles sobre mí mismo y los demás. Aprenda algunas nuevas y mejores maneras de manejar mis sentimientos y problemas. Puede que me sienta menos preocupado o enfadado y llegar a sentir mejor conmigo mismo.

Cualquier momento tengo preguntas o estoy preocupado por las cosas que están sucediendo en la terapia, sé que puedo hacer a mi terapeuta. Él / ella tratará de explicar las cosas a mí de una manera que pueda entender. También sé que si mi padre / tutor tiene alguna pregunta, mi terapeuta tratará de responder a ellos. Yo entiendo que mi padre / tutor puede dejar de mi venida a la terapia si él o ella piensa que es lo mejor. Si decido terapia no me está ayudando y yo quiero parar, el terapeuta va a hablar de mis sentimientos conmigo y con mi padre / tutor. Yo entiendo que la decisión final acerca de parada es a mi padre / tutor.

Mi firma abajo significa que lea este acuerdo, o lo ha leído a mí. Entiendo lo que dice este acuerdo y de acuerdo a actuar de acuerdo a ella.

Nombre del niño / adolescente: (nombre impreso):

Firma del niño / adolescente _____ Date: _____

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Terapeuta: _____ Fecha: _____