

**SAN DIEGO TRAUMA RECOVERY NETWORK (SD TRN)  
CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO**

**Riesgos y beneficios:** El terapeuta TRN de SD proporcionará (al "Cliente") \_\_\_\_\_ con el tratamiento de trauma EMDR, breve, de un solo incidente pro bono (gratis). EMDR es una psicoterapia especializada en tratar trauma y está basada en la evidencia clínica rigurosa. El terapeuta de TRN proporcionará al cliente con una de las varias formas de EMDR específicamente enfocada en ayudar a sanar a personas que han sufrido un evento traumático recientemente. EMDR también es usado para tratar la depresión, la ansiedad y otros problemas de salud mental. En EMDR la persona recuerda un evento mientras recibe estimulación bilateral rápida (a través del movimiento de los ojos, tonos, o toques) para facilitar el proceso de sanación. Si se determina que el Cliente se podría beneficiar de un programa de tratamiento más completo, o de tratamiento psiquiátrico más intensivo con otro proveedor, el terapeuta de TRN hablara con Usted de estas opciones y de cómo obtener acceso a otros recursos en la comunidad. Trabajar con otro terapeuta de EMDR puede requerir el uso de su seguro de salud, o la negociación de pagos, los cuales se discutirán detalladamente antes de iniciar el tratamiento, al igual que las metas de terapia. Al dar su consentimiento de tomar terapias de EMDR gratis, el cliente está de acuerdo con lo siguiente:

- La preparación para esta terapia involucra práctica de técnicas de relajación específicas
- Durante las terapias algunas personas pueden experimentar altos niveles de sensaciones emocionales y físicas
- Durante el tratamiento de EMDR pudieran surgir memorias agobiantes, o recuerdos acerca de cosas que Usted daba por olvidadas
- Además, el tratamiento con EMDR podría ocasionar incidentes como recuerdos, sueños, y emociones negativas (como miedo, tristeza) los cuales serán tratados en su próxima sesión.

**Proyecto de Mejorar la Calidad:**

- a. **Propósito:** El propósito del Proyecto de Mejorar la Calidad es de examinar la efectividad de las intervenciones del TRN de SD después de una crisis o desastre. Si está de acuerdo, a continuación Usted dará su consentimiento para que el TRN de SD analice y reporte los datos recogidos al EMDR HAP. Se le pedirá que complete, o responda formas que medirán diferentes síntomas durante las sesiones de tratamiento y luego 3-12 meses después de su última sesión. Se recopilarán datos demográficos con una forma de registro. Este proyecto tiene la meta de aumentar el conocimiento acerca de la eficacia del tratamiento de EMDR.
- b. **Confidencialidad:** Cada juego de cuestionarios tendrá un numero de identificación único al participante. Garantizando así la privacidad de cada participante. Es decir, no utilizaremos su nombre, o ningún tipo de información que pueda revelar su identidad. El personal de investigaciones no conocerá su identidad; solo su terapeuta y/o el coordinador de TRN sabrá su identidad. Si el proyecto es publicado, los resultados no revelarán su identidad, o información personal.  
**Contacto:** Si en cualquier momento Usted tuviera preguntas sobre el proyecto, por favor póngase en contacto con el Comité Directivo de SD TRN al [sandiegotrnr@trauma-recovery.org](mailto:sandiegotrnr@trauma-recovery.org).
- c. **Participación Voluntaria:** Su participación en el proyecto es completamente voluntaria. Y por consiguiente, Usted tiene el derecho de suspender, o TERMINAR su participación en el proyecto en cualquier momento – sin perder sus beneficios, o sin multa alguna. *PODRA RECIBIR SERVICIOS GRATIS INCLUSO SI NO DESEA QUE SUS DATOS SE UTILIZEN EN EL PROYECTO.*

**Reportes por Ley:** Por ley, los terapeutas, o los proveedores de salud mental tienen la obligación (1) de reportar sospechas de abuso, y/o negligencia de niños, personas incapacitadas y ancianos, (2) de intervenir con clientes que tienen la intención de hacerse daño a si mismo, o a otros, (3) y de liberar expedientes si hay orden de la corte.

**Aviso de Prácticas de Privacidad:** El terapeuta de TRN le proporcionará una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. Si Usted tiene preguntas sobre el Aviso de Privacidad, o sus derechos de privacidad, hable con su terapeuta. Usted puede obtener un resumen, o copia(s) de su expediente a través de una solicitud escrita y pagando por el costo de las copias.

**Reconocimiento:** Al firmar abajo, yo, el cliente confirmo que he revisado y entiendo plenamente los términos y condiciones de este Consentimiento de Tratamiento y que se me a dado una copia. He discutido los términos y condiciones con mi terapeuta y mis preguntas al respecto han sido contestadas a mi satisfacción. Estoy de acuerdo con los términos y condiciones de este Consentimiento de Tratamiento y por este medio consiento participar en la terapia de EMDR. También estoy de acuerdo en absolver y liberar totalmente a la/el terapeuta de cualquier reclamo, demanda, o demandas por daños y perjuicios de cualquier lesión, o complicaciones que pudieran resultar del tratamiento descrito en este Consentimiento de Tratamiento.

No; no incluya mis datos en el Proyecto de Mejorar la Calidad

Si; si incluya mis datos en el Proyecto de Mejorar la Calidad

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente, o padre/guardián (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente, o padre/guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo (Nombre del terapeuta – letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del Terapeuta

\_\_\_\_\_  
Fecha