Yo, _____, entiendo que lo que se discute durante las sesiones de consejería de Título X es confidencial y, si es necesario un seguimiento, se hará todo lo posible por asegurar la privacidad. Si me estoy lastimando a mí mismo, alguien me está lastimando, o estoy lastimando a alguien más, entonces mi información será compartida con el equipo de salud de Families Together de Orange County para que pueda recibir la ayuda o el apoyo que pueda necesitar.

HE LEÍDO ESTA AUTORIZACIÓN Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO ANTES DE FIRMAR A CONTINUACIÓN, Y ENTIENDO Y ACEPTO SUS TÉRMINOS.

_____

Firma del paciente, padre, madre o tutor, según corresponda.