

**Formulario de Exención y Referencia de Tratamiento de la Red de Recuperación de Trauma del Norte de California**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre actual del terapeuta de TRN: \_\_\_\_\_

Cuando un cliente ha sido referido a la Red de Recuperación de Trauma del Norte de California (NorCal TRN), es se espera que el terapeuta de TRN proporcione al cliente hasta cinco sesiones pro bono que estén directamente relacionadas con el desastre. En el caso de que un cliente necesite/solicite tratamiento más allá de las cinco sesiones pro bono, NorCal TRN prefiere que el terapeuta de TRN remita al cliente a otros profesionales o servicios que estén cubiertos por el seguro médico, o pagado por el cliente por separado. En algunos casos, es posible que otros recursos no estén disponibles, o algunos clientes pueden preferir continuar los servicios con su terapeuta de TRN si es posible. Esta exención permite que la que el cliente continúe el tratamiento con su terapeuta de TRN como una "autorreferencia".

Con el fin de proteger a los clientes de un posible conflicto de intereses, NorCal TRN requiere que esta "Exención de Tratamiento" y Formulario de Referencia" ser explicado y firmado por el cliente si el cliente desea continuar con su TRN actual terapeuta. La exención ayuda a evitar que un terapeuta recomiende terapia adicional como una forma de generando negocios para sí mismos, o para su práctica grupal, y empodera al cliente con opciones. NorCal TRN requiere este formulario como verificación de que el terapeuta de TRN ha proporcionado al cliente dos referencias que no sean a sí mismo, o a cualquier otra persona u organización en la que el terapeuta de TRN pueda tener una interés.

Este formulario debe completarse y se debe proporcionar una copia al cliente en la sesión pro bono final si el cliente lo desea tratamiento adicional que será proporcionado por su terapeuta actual de TRN. Este formulario verifica el entendimiento de que el El cliente utilizará un seguro personal o pagará por cuenta propia los servicios adicionales.

Referencia #1 (Nombre) \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Referencia #2 (Nombre) \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Reconocimiento por parte del cliente para continuar el tratamiento con el terapeuta actual de TRN Yo, el cliente, quiero un tratamiento adicional más allá de las sesiones pro bono, y prefiero continuar con dicho tratamiento con mi terapeuta actual de TRN. Entiendo que NorCal TRN requiere que el terapeuta de TRN proporcione al menos dos referencias adicionales a otros médicos o servicios para los que no tienen ningún interés financiero, ya que este tipo de situación puede plantear un conflicto de interés para mí. Entiendo que no estoy obligado a usar las referencias que se me proporcionan, y no estoy obligado para continuar el tratamiento con mi terapeuta de NorCal TRN. También entiendo que soy responsable de determinar si Un proveedor y/o un servicio en particular está cubierto por mi plan de beneficios de seguro médico. Entiendo que lo haré ser responsable del pago de todos los servicios adicionales prestados más allá de las sesiones pro bono originalmente proporcionado por NorCal TRN.

Cliente Signature \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_