



## TERAPIA DE CAMINAR Y HABLAR

### Exención de responsabilidad/Formulario de consentimiento informado

Yo, \_\_\_\_\_, me (o a mi hijo/a) he inscrito en la terapia de caminar/hablar ofrecida a través de Family Perspectives, LLC. La terapia Walk & Talk es una forma de psicoterapia que se lleva a cabo fuera de la oficina de terapia mientras camino con mi terapeuta como parte de mi proceso de curación. Esta forma de tratamiento y exención puede incluir otra actividad física, como lanzar una pelota con un niño, como una forma de crear un nivel de comodidad, o puede incluir sentarse en un parque. Reconozco que mi inscripción y posterior participación es puramente voluntaria y de ninguna manera requerida por Kim Romen o Family Perspectives, LLC. Entiendo que puedo solicitar que mi sesión se lleve a cabo dentro de la oficina (si la oficina está disponible) o telesalud en cualquier momento. Al firmar este formulario, también acepto lo siguiente:

- Acepto que soy responsable de establecer el ritmo de caminata de la sesión de caminar/hablar.
- Entiendo que esto no es ejercicio o entrenamiento físico, y que si bien el movimiento puede ser un beneficio para mí físicamente, el enfoque no es el ejercicio.
- Reconozco que este programa/forma de terapia puede implicar actividad física extenuante, incluida, entre otras, actividad cardiovascular.
- Acepto comunicarme con mi terapeuta si me siento incómodo física o emocionalmente mientras participo en la terapia de caminar/hablar.
- Acepto buscar la aprobación de un médico antes de comenzar la terapia de caminar/hablar, si corresponde.
- Si tengo alguna afección médica que sería perjudicial para la terapia de conversación a pie, acepto divulgar esto y entiendo que es posible que mi terapeuta no pueda ofrecer esto como una opción.
- Reconozco que en este lugar no se puede mantener total confidencialidad y acepto la posibilidad de que otras personas puedan escuchar partes de mi conversación.
- Entiendo que si mi terapeuta y yo entramos en contacto con una persona que conozco, tengo derecho a revelar o no revelar que estoy en una sesión de terapia. Entiendo que mi terapeuta seguirá mi ejemplo en caso de que entremos en contacto con una persona que conozco y mi terapeuta hará todo lo posible para preservar la confidencialidad y privacidad del cliente mientras conduzco mi sesión de terapia de caminar/hablar.
- Entiendo que si mi terapeuta entrara en contacto con una persona que conoce, mi terapeuta no me reconocerá como cliente. Estoy de acuerdo en que mi terapeuta me ha respondido todas las preguntas. Entiendo y acepto lo anterior con respecto a la terapia Walk-Talk.

"En consideración de mi participación en este programa/forma de terapia, yo (o mi hijo/a), \_\_\_\_\_, por la presente libero a Kim Romen y Family Perspectives, LLC, de

cualquier reclamo, demanda y/o causa de acción como resultado de mi participación e inscripción voluntaria. Entiendo completamente que podría lesionarme como resultado de mi inscripción y subsiguiente participación en este programa/forma de terapia y por la presente libero a Kim Romen y/o Family Perspectives, LLC de cualquier responsabilidad ahora o en el futuro por las condiciones que pueda. Estas condiciones pueden incluir, entre otras, ataques cardíacos, distensiones musculares, tirones musculares, desgarros musculares, calambres en las piernas, lesiones en las rodillas, lesiones en la espalda, lesiones en los pies o cualquier otra enfermedad o dolor en el que pueda incurrir. "

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta                      Su Firma                      Fecha

\_\_\_\_\_  
(Otro) Nombre en imprenta                      Su Firma                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de Guardian si cliente es menor de edad                      Firma de Guardian                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de Guardian si cliente es menor de edad                      Firma de Guardian                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo                      Firma del Testigo                      Fecha

*Revised -2-28-22*