



ars.unica@artflozen.us



https://www.artflozen.us



DISCLOSURE CONSENT AND WAIVER OF RESPONSIBILITY

CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Client Name / Nombre del Cliente: _____ I acknowledge that ARTFLOZEN provides psychoeducational training and not psychotherapy, medical, or psychiatric treatment. Reconozco que ARTFLOZEN proporciona formación psicoeducativa y no psicoterapia ni tratamiento médico o psiquiátrico. I understand that if I present a risk to myself or others, or if professional support is required, ARTFLOZEN may initiate a referral. Entiendo que si presento un riesgo para mí mismo o para otros, o si se requiere apoyo profesional, ARTFLOZEN puede iniciar una derivación. I authorize the disclosure of the minimum necessary information to the following professional or institution for the purpose of my wellbeing: Autorizo la divulgación de la mínima información necesaria al siguiente profesional o institución con el propósito de mi bienestar: Name of Physician/Psychiatrist/Institution / Nombre del Profesional o Institución: I understand that confidentiality has limits. Under Texas law, cases involving abuse, neglect, or situations that endanger an individual must be reported to appropriate authorities. Entiendo que la confidencialidad tiene límites. Bajo las leyes de Texas, los casos de abuso, negligencia o situaciones que pongan en peligro a una persona deben ser reportados a las autoridades correspondientes. This disclosure is made strictly to protect my safety and wellbeing. Esta divulgación se realiza estrictamente para proteger mi seguridad y bienestar.

Client Signature / Firma del Cliente: _____ Date / Fecha: _____