



**Consentimiento informado para servicios en persona durante COVID-19:**

Doy mi consentimiento para participar en el tratamiento de salud mental en persona y en otros servicios dados a través de la Salud Emocional de Headway en medio de la "orden de mantener la seguridad" y el distanciamiento social requeridos por la pandemia del COVID-19.

Entiendo que estoy en riesgo de exposición al COVID-19 al participar en sesiones en persona.

Entiendo que si estoy teniendo síntomas similares a COVID-19 o si mi temperatura es superior a 100.4 F en el momento de mi cita, se me pedirá que re programe mi cita o que cambie mi cita a una cita de telesalud o telefónica.

Entiendo que Headway me recomienda que me lave las manos o use desinfectante para manos cuando entro al edificio, que use una máscara, practique el distanciamiento social tanto en el vestíbulo como en la oficina de mi proveedor, y practique buenas precauciones de higiene.

---

Nombre impreso del cliente

---

Fecha

---

Firma del cliente adulto o padre / guardian

---

Fecha