

Consentimiento del cliente para uso de tacto de apoyo durante una sesión de administración

Instrucciones:

Los clientes tienen la opción de permitir que un facilitador utilice tacto de apoyo durante su sesión de administración. Los facilitadores pueden proporcionar tacto de apoyo cuando el cliente lo solicite y con el consentimiento previo por escrito del cliente. Los clientes que participan en sesiones grupales también pueden autorizar a otros clientes a usar tacto de apoyo. **El tacto de apoyo se limita a abrazos, o a colocar las manos sobre las manos, los pies o los hombros de un cliente. Todas las demás formas de tacto están prohibidas durante una sesión administrativa. Los clientes pueden retirar su consentimiento para el uso de tacto de apoyo en cualquier momento durante la sesión de administración.**

Nombre del cliente: _____

Nombres de facilitadores:

Nombre del centro de servicios: _____

Fecha de la sesión de administración: _____

Seleccione si otorga o no su consentimiento a continuación.

Doy mi consentimiento para permitir que los facilitadores arriba identificados utilicen los siguientes tipos de tacto de apoyo durante mi sesión de administración:

- Abrazos
- Colocar las manos sobre las manos
- Colocar las manos sobre los pies
- Colocar las manos sobre los hombros

No doy mi consentimiento para permitir que los facilitadores arriba identificados utilicen tacto de apoyo durante mi sesión de administración.

Si participa en una sesión de administración grupal, seleccione si otorga su consentimiento o no a continuación. Si no participa en una sesión de administración grupal, omita esta sección.

Doy mi consentimiento para permitir que otros clientes utilicen los siguientes tipos de tacto de apoyo durante mi sesión de administración grupal:

- Abrazos
- Colocar las manos sobre las manos
- Colocar las manos sobre los pies
- Colocar las manos sobre los hombros

No doy mi consentimiento para permitir que otros clientes utilicen tacto de apoyo durante mi sesión de administración grupal.

Al firmar este formulario, reconozco que he revisado y completado el mismo en coordinación con un facilitador de servicios de psilocibina antes de participar en una sesión de administración.

Nombre del cliente (en letra de imprenta)

Firma del cliente

Fecha

Al firmar este formulario, reconozco que he revisado y completado el mismo con el cliente antes de que este participe en una sesión de administración.

Nombre del facilitador (en letra de imprenta)

Firma del facilitador

Fecha