

DIVULGACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA OBSERVACIÓN POR ESTUDIANTES

Entidad Legal:

Moore Consulting Holdings, LLC

d/b/a Progress Counseling Group (“PCG”)

213 South Dillard Street, Suite 120B

Winter Garden, FL 34787

Fecha de Vigencia: January 17, 2026

PROPÓSITO DE ESTA DIVULGACIÓN

Progress Counseling Group está comprometido con la excelencia clínica, la educación profesional y el desarrollo de futuros profesionales de la salud mental.

Este documento explica y solicita su consentimiento para la **observación de los servicios de consejería por parte de estudiantes o personas en formación**, que participan en programas educativos, de capacitación o desarrollo clínico aprobados y afiliados a PCG.

DEFINICIÓN DE OBSERVACIÓN POR ESTUDIANTES

Para los fines de esta divulgación, la **observación por estudiantes** puede incluir:

- Observación por estudiantes de nivel de posgrado, internos, estudiantes en prácticas (practicum) o personas en formación
- Observación con fines exclusivamente educativos o de capacitación
- Observación realizada **de manera presencial o mediante telehealth**, según corresponda

Los estudiantes pueden estar inscritos en programas relacionados con consejería en salud mental, trabajo social, terapia matrimonial y familiar, psicología u otras disciplinas afines.

ALCANCE Y LIMITACIONES DE LA OBSERVACIÓN POR ESTUDIANTES

Entiendo que:

- Los estudiantes **no brindan terapia, diagnóstico ni tratamiento**
- Todos los servicios clínicos permanecen bajo la **responsabilidad exclusiva de un clínico licenciado o de un clínico prelicenciado que ejerce bajo supervisión**

- Los estudiantes están presentes **únicamente con fines de observación y aprendizaje**
- Los estudiantes no participan en la toma de decisiones clínicas, a menos que la ley lo permita y se haya divulgado claramente mediante un consentimiento separado

CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE LA PRIVACIDAD

Entiendo que:

- Los estudiantes observadores están obligados a cumplir con **HIPAA**, las leyes estatales de confidencialidad aplicables y los estándares éticos profesionales
- Los estudiantes reciben capacitación sobre obligaciones de confidencialidad y privacidad
- Toda la información observada se trata como **Información de Salud Protegida (PHI)** confidencial
- La observación por estudiantes se considera una actividad permitida bajo HIPAA para **operaciones de atención médica, capacitación y aseguramiento de calidad**

Los estudiantes observadores pueden estar obligados a firmar acuerdos de confidencialidad como parte de su participación.

OBSERVACIÓN MEDIANTE TELEHEALTH (SI APLICA)

Si los servicios se brindan mediante telehealth, entiendo que:

- La observación por estudiantes puede realizarse de forma remota mediante tecnología segura y compatible con HIPAA
- Los estudiantes observadores pueden no estar físicamente presentes en mi ubicación
- Se utilizan medidas razonables para proteger la privacidad y la confidencialidad
- Soy responsable de garantizar la privacidad en mi ubicación durante las sesiones de telehealth

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Entiendo que:

- Mi participación en la observación por estudiantes es **completamente voluntaria**

- Puedo **negarme o retirar mi consentimiento** para la observación por estudiantes en cualquier momento
- Negarme o retirar mi consentimiento **no afectará mi acceso a los servicios, la calidad del tratamiento, los honorarios ni mi relación con PCG**
- Puedo solicitar recibir servicios **sin observación por estudiantes** en cualquier momento

MENORES Y TUTORES LEGALES (SI APLICA)

Si los servicios se brindan a un menor:

Certifico que soy el **padre, madre o tutor legal** con la autoridad legal para otorgar el consentimiento en nombre del menor.

Entiendo que:

- El consentimiento para la observación por estudiantes en sesiones de un menor debe ser otorgado por un padre, madre o tutor legal
- Los derechos de confidencialidad del menor pueden variar según la ley estatal
- El consentimiento puede retirarse en cualquier momento

CUMPLIMIENTO CON LAS LEYES ESTATALES

La observación por estudiantes se realiza en cumplimiento con:

- **Las leyes del Estado de Florida**, incluidas las disposiciones aplicables sobre confidencialidad, supervisión y formación profesional
- **Las leyes del Estado de Carolina del Norte**, incluidas las normas sobre licenciamiento, alcance de la práctica y confidencialidad
- Las leyes del **estado en el que el cliente se encuentre físicamente ubicado al momento de recibir los servicios**

ACUSE DE RECIBO Y CONSENTIMIENTO

Al firmar a continuación, reconozco que:

- He leído y entiendo esta Divulgación y Consentimiento para Observación por Estudiantes
- Entiendo el propósito y el alcance de la observación por estudiantes
- Entiendo mis derechos, incluido el derecho a negarme o retirar mi consentimiento

- Doy mi consentimiento voluntario para la observación por estudiantes de mis servicios de consejería conforme a lo descrito anteriormente