

## **DIVULGACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA INTERNOS REGISTRADOS**

### **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:** 17 de enero de 2026

## **DIVULGACIÓN DEL ESTADO DE CLÍNICO PRELICENCIADO**

Este documento tiene como propósito informar a los clientes sobre el estado de formación y las credenciales de ciertos clínicos que ejercen en Progress Counseling Group y que son **clínicos prelicenciados que practican bajo supervisión**, de conformidad con la ley estatal aplicable.

Dependiendo del estado en el que se presten los servicios, los clínicos prelicenciados pueden incluir, entre otros:

### **Florida**

- Registered Mental Health Counselor Intern (RMHCI)
- Registered Clinical Social Worker Intern (RCSWI)
- Registered Marriage and Family Therapist Intern (RMFTI)

### **Carolina del Norte**

- Licensed Clinical Mental Health Counselor Associate (LCMHCA)
- Licensed Clinical Social Worker Associate (LCSWA)
- Licensed Marriage and Family Therapist Associate (LMFTA)

## **LOS CLÍNICOS PRELICENCIADOS:**

- Han completado un **programa de posgrado a nivel de maestría** en su disciplina correspondiente
- Han cumplido con los requisitos estatales para el registro o la licencia como asociado

- Ejercen bajo la **supervisión de un supervisor clínico completamente licenciado y aprobado por la junta reguladora**, en la misma disciplina
- Participan en **supervisión clínica regular y continua**, según lo exigen las leyes de Florida o Carolina del Norte

#### **LA SUPERVISIÓN TIENE COMO PROPÓSITO:**

- Proteger el bienestar del cliente
- Promover el desarrollo de habilidades clínicas y la competencia profesional
- Garantizar estándares éticos y profesionales de atención
- Cumplir con los requisitos para la obtención de la licencia

#### **SUPERVISIÓN E INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN**

Entiendo que, como parte de la supervisión requerida:

- Mi clínico puede consultar y discutir mi caso con su supervisor clínico
- La información clínica puede ser revisada con fines de supervisión, capacitación, aseguramiento de calidad y cumplimiento normativo
- Dicha revisión está permitida bajo **HIPAA** y las leyes estatales aplicables de confidencialidad, y se lleva a cabo bajo obligaciones profesionales y éticas de confidencialidad

La supervisión se aplica a los servicios prestados **de manera presencial y mediante telehealth**.

El supervisor clínico puede no estar físicamente presente durante mis sesiones.

#### **DIVULGACIONES ESPECÍFICAS POR ESTADO**

##### **Florida**

- Los internos registrados ejercen conforme al **Capítulo 491 de los Estatutos de Florida**
- La supervisión es obligatoria y está regulada por el **Departamento de Salud de Florida**
- Los clientes tienen el derecho de solicitar información sobre el supervisor clínico

##### **Carolina del Norte**

- Los clínicos con licencia de asociado ejercen bajo la autoridad de las **juntas de licenciamiento de Carolina del Norte** correspondientes a su disciplina
- Los servicios clínicos se prestan bajo **supervisión y limitaciones de alcance** definidas por la ley de Carolina del Norte
- Los clientes pueden solicitar el nombre y la información de licencia del supervisor clínico
- Ciertos derechos del cliente y protecciones de confidencialidad pueden variar según las circunstancias y la ley aplicable

Los servicios se prestan de conformidad con las leyes del **estado en el que el cliente se encuentra físicamente ubicado al momento de recibir el servicio.**

## **DERECHOS DEL CLIENTE**

Entiendo que:

- **No estoy obligado(a)** a recibir servicios de un clínico prelicenciado
- Puedo solicitar ser atendido(a) por un **clínico completamente licenciado** en cualquier momento
- Puedo solicitar el **nombre, tipo de licencia y número de licencia** del supervisor clínico de mi clínico
- Mi decisión de solicitar un clínico licenciado o información sobre la supervisión **no resultará en penalidad ni en la negación de servicios**

## **CONSENTIMIENTO**

Al firmar a continuación, reconozco que:

- He sido informado(a) de que mi clínico es **prelicenciado y ejerce bajo supervisión**
- Entiendo el rol y el propósito de la supervisión clínica
- Doy mi consentimiento para la supervisión de mi caso conforme a la ley de Florida o Carolina del Norte
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir aclaraciones

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.