

Consentimiento para la Participación

Como residente de California, entiendo que la Asistencia al Empleado es un servicio profesional disponible de lunes a viernes, de 8 am a 5 pm, hora del Pacífico, que me ofrece evaluación, intervención a corto plazo, consulta y servicios de referencia.

O

Como residente afuera de California, entiendo que la Asistencia al Empleado es un servicio profesional disponible de lunes a viernes, de 8 am a 5 pm, hora del Pacífico, que me ofrece servicios de consulta y referencia.

Entiendo que la teleasistencia puede incluir la prestación de todos los servicios de Asistencia al Empleado mediante audio interactivo, video y/o otras comunicaciones de datos.

Comprendo que mi elegibilidad para participar está condicionada a mi condición de empleado de UC Berkeley o Lawrence Berkeley National Laboratory, que incluye al profesorado actual, al personal, a los académicos visitantes y a los postdoctorales, así como a sus cónyuges o parejas de hecho y dependientes adultos.

Entiendo que la información obtenida al participar durante las sesiones es **confidencial** y no se puede comunicar a un individuo o organización sin consentimiento excepto cuando lo requiere la ley (por ejemplo, cuando exista una sospecha razonable de abuso infantil, abuso de ancianos o cuando el cliente represente un peligro grave para sí mismo o para otra persona).

El personal profesional tiene la responsabilidad legal de divulgar información del cliente **sin** consentimiento previo cuando:

- Existe una amenaza seria inminente para su salud y seguridad o la de otros.
- Existe una sospecha razonable de abuso o negligencia hacia niños, adultos dependientes o personas mayores.
- Su impedimento físico o mental le impide cuidar de sí mismo.
- Existe una orden judicial válida para la divulgación de sus archivos.

Entiendo que puedo ponerme en contacto con el Oficial de Privacidad del UHS Tang Center en <mailto:myuhsprivacy@berkeley.edu> al 510-642-3748 si tengo alguna preocupación sobre los servicios que he recibido como resultado de mi participación.

Entiendo que soy un participante completo en este proceso y que los tipos de servicios y referencias que recibe serán el resultado de una decisión mutua del personal de Asistencia al Empleado y yo. Entiendo que no hay costo por los servicios proporcionados directamente por la Asistencia al Empleado, y si se



hacen referencias que no están completamente cubiertas por los beneficios de mi plan médico, cualquier costo adicional será mi responsabilidad personal.

Entiendo que el correo electrónico no es una forma de comunicación privada ni confidencial. Autorizo a la Asistencia al Empleado a utilizar mi correo electrónico para programar citas, proporcionar información de recursos/referencias y enviar una encuesta de satisfacción del cliente. [Inicie aquí si desea rechazar toda comunicación por correo electrónico _____]

Entiendo que al firmar a continuación, estoy reconociendo que he leído este Consentimiento para la Participación y acepto los términos, límites y excepciones establecidos, y que puedo retirar o terminar mi participación en cualquier momento.