

## CONSENT TO TREATMENT 상담 동의서

The services of the Healing Spring Coaching Center are offered by the counselor, Professor Kyung Hwa Song, Ph.D., and all the processes of coaching are supervised for the benefit of clients.

The services cannot be offered only to those who are:

- Resident of the State of California
- World Mission University students and alumni
- Those who personally know prof. Song

Contents of all sessions are considered to be confidential. The undersigned client or responsible adult consents to and authorizes mental health service by prof. Song. By law, clients (adults, minors and parents/guardians) have right to confidentiality and prof. Song is prohibited from revealing information disclosed in the session without prior consent by the clients.

The exceptions to confidentiality pertaining to mandated reporting requirement are:

- Information indicating physical, sexual, or emotional abuse or neglect of children or elders is disclosed.
- In case that the therapist believes that a client is in danger of hurting self or other(s).
- In response to a legal subpoena

The time scheduled for your appointment is assigned to you and you alone. If you need to cancel or reschedule a session, you should notify me at least 24 hours before. If you miss a session without canceling or cancel with less than 24-hour notice, you will be responsible for the entire cost of your missed appointment unless it is due to illness or an emergency.

In case of minor client:

- Except for information regarding the client's safety and those the Code of Ethics of Counselors mandates, nothing stated in the session will be shared with the parents/guardians.
- Parents/guardians are required to participate in monthly psychoeducation session on a regular basis.
- Parents/guardians cannot terminate the ongoing service without the prof. Song's consent.

The undersigned responsible adult or minor and/or parent/guardian has read the above information and understands the conditions for working together as stated therein.

Also, I was informed of below:

- This center does NOT issue any document for the use of the client to the court, school, police department, or hospital, etc.
- The session may be recorded, only under the client's consent.

I hereby authorize the center to provide coaching session to the client named below.

샘 상담코칭센터 제공하는 모든 서비스는 월드미션대학교 송경화 교수에 의해 제공되며, 모든 상담 과정은 내담자의 유익과 상담사들의 훈련을 위하여 감독을 받고 있습니다. (내담자 이니셜: \_\_\_\_\_)

본 센터의 상담은 다음에 해당되는 분께는 제공되지 않습니다.

- 캘리포니아 주 거주자
- WMU 학생이나 동문
- 송경화 교수를 개인적으로 아는 분

(본인은 위의 세 가지 경우에 해당되지 않음을 확인합니다. 내담자 이니셜: \_\_\_\_\_)

모든 상담 내용은 비밀이 보장됩니다. 아래에 서명한 본인 또는 보호자는 본 상담센터가 정신 건강 서비스를 제공하도록 동의하셨습니다. 법적으로 내담자(성인, 미성년자와 부모/보호자)는 비밀보장에 대한 권리가 있고 상담자가 내담자의 사전 동의 없이는 상담내용을 공개하지 않도록 할 권리가 있습니다.

단, 다음과 같이 법에 의해 의무적으로 관계 기관에 보고해야 하는 경우에 한해 비밀 보장에 예외가 적용됩니다.

- 아동 또는 노인에게 대한 신체적, 성적, 또는 정서적 학대나 방임이 드러난 경우
- 내담자가 자신이나 타인에게 상해를 입힐 위험이 있다고 판단될 경우
- 법원의 소환이 있을 경우

또한 모든 상담은 매주 수퍼비전을 받으므로, 감독상담사와 공유될 수 있습니다. 이 경우 내담자의 실명과 개인 신상은 완전히 가려집니다.

(내담자 이니셜: \_\_\_\_\_)

상담시간은 내담자 본인에게만 예약된 것입니다. 따라서, 정해진 상담시간을 취소하거나 변경해야 할 경우 내담자는 반드시 정해진 약속시간보다 24 시간 전에 상담센터에 이메일로 알려주어야 합니다. (healingspring1004@gmail.com) 상담은 약속된 시간 정시에 시작되며, 15 분 이상 늦을 시에는 자동으로 당일 상담은 취소됩니다. 연락 없이 상담 약속에 오지 않을 경우 이런 일이 2 회 발생하면 상담은 자동 종료됩니다. 상담과 관련된 모든 연락과 문의는 이메일로만 합니다.

(내담자 이니셜: \_\_\_\_\_)

본 상담센터의 모든 상담은 예약된 시간 이전에 상담 비용 납부가 완료되어야 시작될 수 있습니다. 상담 비용은 1 회당 개인 상담 \$100 혹은 13 만원, 개인 IFS 상담과 부부상담은 \$160 혹은 20 만원이며 묶음 예약시 할인이 적용됩니다.

(내담자 이니셜: \_\_\_\_\_)

미성년자가 내담자일 경우

- 내담자 안전과 관련된 사항이나 상담자 윤리조항에 의거한 경우를 제외한, 모든 상담 내용은 부모/보호자에게 공개하지 않습니다.
- 부모/보호자는 내담자 상담이 진행되는 동안 최소 매달 1 회씩의 부모 교육상담에 참석해야 합니다.
- 상담자와 상의하지 않고 부모/보호자가 일방적으로 상담을 종결할 수 없습니다. 정해진 상담 회기를 반드시 채울 것을 약속해 주셔야 합니다.

(보호자/부모 이니셜: \_\_\_\_\_)

또한 다음에 대해 잘 이해했습니다. (내담자 이니셜: \_\_\_\_\_)

- 본 상담센터는 법원, 학교, 병원, 경찰 등의 기관에 제출하는 공문서를 발급해 드리지 않습니다. 문서가 필요한 경우 다른 상담소를 이용해야 합니다.
- 상담 과정은 녹음/녹화될 수 있습니다. 이 경우 녹음/녹화된 내용은 오직 담당 상담사만 볼 수 있으며, 일주일 후에는 완전히 삭제될 것입니다. 녹화/녹음은 사전 동의없이 이루어질 수 있으며, 이 동의서에 이니셜과 사인을 하시면 녹화/녹음에 동의한 것으로 간주합니다.

아래 서명을 함으로써 본인 또는 미성년자와 부모/보호자는 위의 내용을 읽었고, 명시된 사항에 협력 해야 함을 이해하는 바입니다. 본인은 샘 상담코칭센터가 아래에 적힌 내담자에게 상담코칭 세션을 제공할 것을 허락합니다.

\_\_\_\_\_  
Client Name (내담자)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Name (보호자)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Coach Signature (상담자)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date