

Informed Consent Form

SCS-FM-02-V2

نموذج إقرار بالعلم

1. Confidentiality

-Your information in counseling is confidential and will not be disclosed to anyone without your written consent except:

- A. If you present an imminent risk of serious injury to yourself.
 - B. If you threaten serious harm to another person.
 - C. If the police requested information about your counseling.
 - D. If you filed a complaint against your counselor, the administration has the authority to request your information from the SCS relevant to that complaint.
- You should maintain the confidentiality of others.
- Your record is not a part of your official file in the college.

2. Free Service

Counseling service is free for staff and students of CBA.

3. Frequency and Duration of Sessions:

Frequency of sessions depends on the demand and the availability of the counselor Individual sessions are scheduled for up to 50 minutes. However, this may be adjusted if necessary.

4. Duties

Successful counseling depends on several things such as your honesty and your real willingness and desire to change. In addition to doing all assignments given to you.

5. Appointment Cancellation:

If you need to cancel an appointment, you must contact us 24 hours in advance. If you missed your appointment we will reallocate it to someone else and we will normally, at your request, schedule another appointment but only from the date of your request.

6. Termination

You have the right to terminate counseling at any time. However, because termination is an important part of the counseling process, please discuss with your counselor. Also the counselor has the right to terminate counseling when you do not cooperate with her.

7. Important Note

The counselor is not a doctor or a psychiatric; she does not deal with mental and psychiatric problems, and she does not prescript medicines or prevent you from taking yours.

8. Referral

If more help is needed than the Service can provide, referrals can be made to a variety of psychological, therapeutic or psychiatric services in the community.

9. Feedback

At the end of your counseling experience, you will be given a brief questionnaire in order to provide us with feedback.

1. السرية

- جميع المعلومات المتعلقة بك في الاستشارات سرية و لن يتم الكشف عنها لأي شخص بدون موافقتك المكتوبة فيما عدا الحالات التالية:
أ. إذا كنت تشكلين خطراً على نفسك.
ب. إذا كنت تشكلين خطراً على شخص آخر.
ت. إذا ورد طلب من الشرطة يطلب الحصول على معلوماتك.
ث. إذا تقدمت بشكوى ضد الاستشارية، من حق الإدارة الاطلاع على ملفك الموجود لدى مكتب الخدمات الاستشارية للنظر في الأمر.
- يجب عليك المحافظة على سرية الحالات الأخرى.
- ملف الحالة و معلوماتها الخاصة بالاستشارات لا تدرج أبداً ضمن ملفك الرسمي في الكلية.

2. استشارات مجانية

الجلسات الاستشارية تقدم بدون رسوم لمنسوبات و طالبات الكلية.

3. عدد و مدة الجلسات الاستشارية

عدد الجلسات يحدد حسب نوع المشكلة و طبيعة الحالة و مدى تفرغ الاستشارية. الجلسة الاستشارية مدتها 50 دقيقة، و يمكن تغيير ذلك إذا دعت الحاجة.

4. الواجبات

نجاح العملية الاستشارية يعتمد على عدة أمور منها صراحتك و إرادتك و رغبتك الحقيقية في التغيير. بالإضافة إلى القيام بالواجبات التي تُطلب منك.

5. إلغاء موعد

إذا لم تتمكني من الحضور إلى موعدك المحدد، يجب تبليغ مكتب الخدمات الاستشارية قبل الموعد ب 24 ساعة. إذا لم تحضري سيتم تخصيصه لشخص آخر، و سيتم تحديد موعد آخر لك إذا طلبت ذلك.

6. إنهاء الاستشارة

يحق لك إنهاء الاستشارة و عدم إكمالها في أي وقت، و لكن نظراً لأهمية الأمر و لمصلحتك الشخصية نصح بضرورة مناقشة الأمر مع الاستشارية. كما يحق للاستشارية إنهاء الاستشارة في حال عدم تعاونك معها.

7. ملاحظة هامة

الاستشارية ليست طبيبة و غير مختصة بالأمراض العقلية و النفسية و لن تصف لك أي أدوية، و لن تمنعك من تناول أدوية تم وصفها لك من قبل طبيب مختص.

8. التحويل

إذا كانت مشكلتك ليست ضمن اختصاصات مكتب الخدمات الاستشارية، فستقوم الاستشارية باقتراح تحويلك إلى جهة أخرى خارج الكلية.

9. رأيك

عند انتهاء جلساتك الاستشارية، سيقدم لك استبياناً بسيطاً نطلب منك تعبئته لتزويدنا برأيك حول الاستشارة التي تم تقديمها لك.

I read and understood the above information and the rest of The policies and I would like to receive the counseling service.

لقد قرأت و فهمت المعلومات أعلاه و باقي الأنظمة و أوافق عليها و أرغب في الحصول على الخدمات الاستشارية.

Name :
Signature:
Date :

الاسم :
التوقيع :
التاريخ :