

Contrato de Consentimiento Informado

Bienvenidos a **Alegria Family Counseling**. Este documento contiene información sobre nuestros servicios y políticas de la empresa. Por favor léalo detenidamente y no dude en hacer preguntas sobre cualquier declaración que no le sea clara. Una vez que la información contenida en este contrato sea entendida por usted/cliente, favor de firmarlo, ya que representa un acuerdo entre **Alegria Family Counseling** y usted/cliente.

EL ESTANDÁR DE CUIDADOS

La terapia es una experiencia única y muy personal, el resultado es determinado por el esfuerzo y la motivación que usted aporta conforme trabaja para lograr un cambio y crecimiento personal. Al inicio discutiremos sus inquietudes y metas de la terapia. Debido a que sus sentimientos serán explorados, en ocasiones podrá sentir una variedad de emociones que serán difíciles e intensas. Por favor, comprenda que esto es una parte normal del proceso del tratamiento. El objetivo es que con la vivencia y expresión de sentimientos se abra la oportunidad para la exploración y el crecimiento personal. Trabajaremos juntos para lograr un plan de tratamiento que represente una lista de las áreas en las que desea enfocarse. Si bien, lo ideal es que la terapia finalice a través de un acuerdo mutuo una vez que las metas deseadas se han alcanzado, es su derecho suspender la terapia en cualquier momento del proceso. Usted tiene el derecho de hacer preguntas y reconsiderar los objetivos de la terapia en cualquier momento. La terapia solo lo beneficia si tiene confianza en el terapeuta y si existe el respeto y preocupación mutuo.

Todos los terapeutas participan en consultas y supervisión de casos en un esfuerzo por brindar un excelente servicio y permanecer en acuerdo con el comportamiento ético y profesional.

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS TERAPÉUTICOS

Alegria Family Counseling ofrece servicios de terapia individual, de pareja, familiar y de grupo. Nuestro principal enfoque es el bienestar emocional y conductual de nuestros clientes. Ofrecemos un enfoque holístico de la psicoterapia y la relación del cliente con su entorno. Las sesiones duran aproximadamente 53 minutos, aunque de vez en cuando se puede recomendar una sesión más larga. La sesión inicial incluirá una revisión del "Formulario de Información del Cliente Nuevo" y una evaluación de la entrevista de diagnóstico. Le pedimos llegar puntualmente a su cita programada. El pago será requerido por la recepcionista al comienzo de cada sesión.

Por favor llame con un mínimo de veinticuatro horas de anticipación si necesita cancelar su cita.

CONFIDENCIALIDAD

Las leyes y normas de la profesión de su terapeuta requieren que los expedientes del tratamiento se mantengan de una manera segura y bajo llave. Usted tiene el derecho de recibir una copia de su expediente a petición. Debido a los contenidos emocionales de los registros, se recomienda que su terapeuta los revise con usted para analizar su contenido.

La privacidad de todas las comunicaciones entre el cliente y el terapeuta están protegidas bajo la ley y la información sólo puede ser divulgada a terceras personas con su consentimiento por escrito. Sin embargo, existen algunas excepciones:

En la mayoría de los procedimientos legales usted tiene el derecho de impedir que un terapeuta proporcione cualquier información sobre su tratamiento. En los procedimientos relacionados con la custodia de un niño y aquellos en los cuales su estado emocional o mental es un tema relevante, un juez puede ordenar el testimonio a través de una citación judicial si determina que la situación lo amerita.

Puede haber algunas situaciones en las que el terapeuta está obligado legalmente a tomar medidas para proteger a otros de algún peligro y puede implicar revelar información crítica con respecto al tratamiento de un cliente. Por ejemplo, si el terapeuta considera que un niño o adulto vulnerable está siendo abusado, denunciar el abuso es legal y éticamente obligatorio. Si usted revela intenciones o un plan para perjudicar a otra persona, divulgar o dar a entender un plan para

cometer suicidio, tenemos la obligación de notificar a las autoridades competentes a fin de que se puedan hacer arreglos para garantizar la seguridad de la persona(s) involucrada(s). Estas acciones también podrán implicar notificar a la posible víctima, la policía, o buscar la hospitalización del cliente.

Un terapeuta puede ocasionalmente verse en la necesidad profesional de consultar con otro terapeuta certificado sobre un tema importante. Durante una consulta de este tipo el terapeuta está legalmente obligado hacer todo lo posible para no revelar la identidad del cliente. El consultor también está legalmente obligado a mantener la información confidencial.

Los padres o tutores legales de clientes menores de catorce años tienen derecho a tener acceso a los expedientes de su hijo(a). Bajo el Estatuto 32A-6A-15 de Nuevo México, se presume que un niño de catorce años o mayor tiene "la capacidad de dar su consentimiento para el tratamiento sin el consentimiento del custodio legal, incluyendo psicoterapia individual, psicoterapia grupal, orientación, manejo del caso, terapia de comportamiento, terapia familiar, consejería, tratamiento de abuso de sustancias u otras formas de tratamiento verbal que no incluyan intervenciones aversivas".

Me fueron explicados y he entendido mis derechos de confidencialidad, la Ley Federal de Privacidad (HIPAA), así como los riesgos y beneficios de la psicoterapia. Por favor haga cualquier pregunta que tenga con respecto a este documento antes de firmar. **Su firma reconoce el acuerdo y entendimiento:**

Firma del Cliente

Fecha

Nuestro acuerdo financiero: Estoy consciente de que una compañía de seguros u otra tercera persona puedan recibir información sobre el tipo(s), costo(s), fecha(s) y proveedores de cualquier servicio o tratamiento que recibo. Entiendo que, si el pago por los servicios que recibo en **Alegria Family Counseling** no se realiza, el terapeuta se puede ver en la necesidad de interrumpir el tratamiento.

Hemos acordado una tarifa por sesión/copago de _____ por hora. Si la aseguranza no paga, hemos acordado una tarifa de _____.

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Terapeuta

Fecha

Yo, el terapeuta, he discutido las cuestiones antes mencionadas con el cliente (y/o sus padres, tutor(es) u otros representantes). Mis observaciones del comportamiento y respuestas de esta persona no me dan ninguna razón para considerar que esta persona no es plenamente competente para dar su consentimiento informado y voluntario.

Firma del Terapeuta

Fecha

Acuerdo de Consentimiento

Nombre del Cliente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Alegría Family Counseling Group desea agradecerle por elegirnos para formar parte de su red de apoyo.

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

Habiendo sido informado de mis derechos, dado y proporcionado la oportunidad de hacer preguntas, otorgo mi consentimiento y autorización a **Alegría Family Counseling** para proporcionar atención y tratamiento. Doy mi consentimiento a **Alegría Family Counseling** para proporcionar los servicios que incluyen: servicios de consejería individual, de pareja, familiar y de grupo. Mi plan de tratamiento me fue explicado y todas mis preguntas han sido abordadas y contestadas. Si en algún momento mi plan de tratamiento cambia, estos cambios serán discutidos conmigo. También entiendo que puede haber riesgos asociados con el acto de incumplimiento de las recomendaciones del tratamiento.

Si no pudiera tomar decisiones o firmar documentos relacionados con los servicios debido a una incapacidad o discapacidad durante la duración de mi terapia, doy mi autorización a la persona indicada a continuación para que actúe en mi nombre con respecto a todas las cuestiones relacionadas con los servicios de mi terapia. Después de ser dado de alta, si fuese apropiado, la coordinación de cuidados se termina con la persona designada como contacto de emergencia.

PERSONA AUTORIZADA PARA ACTUAR EN MI NOMBRE/NOMBRE DE MI HIJO(A):	# DE TELÉFONO:	DIRECCIÓN:
CONTACTO DE EMERGENCIA:	# DE TELÉFONO:	DIRECCIÓN:

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

_____ (Iniciales) Doy mi consentimiento/autorización a **Alegría Family Counseling Group** para divulgar información importante contenida en mi expediente clínico confidencial a proveedores al cuidado de la salud involucrados en mi cuidado y terceras personas involucradas en el pago, revisión de utilización y las organizaciones profesionales de revisión de estándares, las entidades de revisión regulatoria y otras organizaciones profesionales, empresas, recursos comunitarios, etc., que puedan/ayuden a satisfacer mis necesidades. Mi consentimiento por escrito será requerido para divulgar mi información a personas no autorizadas. He recibido el Aviso de Privacidad contenido en las prácticas de privacidad de la agencia según las regulaciones federales de HIPAA.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

_____ (Iniciales) Autorizo al personal de **Alegría Family Counseling Group** a (1.) administrar/proporcionar los tratamientos que han recomendado (2.) divulgar información médica pertinente a mi agencia de referencia, compañía de seguros y otras personas según sea requerido; y (3.) obtener/requerir información médica del doctor y otros profesionales al cuidado de la salud cuando sea necesario.

FORMULARIO PARA LA DIVULGACIÓN DE FOTOGRAFÍAS Y VIDEOS

_____ (Iniciales) Doy mi consentimiento a los empleados de **Alegría Family Counseling** para tomar fotografías y videos durante las sesiones de terapia. Entiendo que estas fotografías y/o videograbaciones pueden utilizarse para cualquier propósito lícito incluyendo, pero no exclusivo, para fines educativos/de tratamiento durante el periodo de tiempo mientras reciba servicios de **Alegría Family Counseling**.

HIPPA/ AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

_____ (Iniciales) El acuerdo de HIPAA establece que usted debe haber recibido información sobre HIPAA y el Aviso de Prácticas Privadas desarrollado por **Alegría Family Counseling**. El aviso establece cómo **Alegría Family Counseling** puede usar la información de su expediente personal y cuándo y a quién puede darle la información.

POLÍTICA DE INCUMPLIMIENTO

_____ (Iniciales) Entiendo y estoy de acuerdo con la política de incumplimiento de **Alegría Family Counseling**, la cual establece que si una cita de terapia necesita ser cancelada o reprogramada tengo que comunicarme con la oficina central de **Alegría Family Counseling Clinic** 24 horas antes de la cita programada. Si no cancelo con 24 horas previas a la cita resultará en una "no-asistencia" en el expediente. También entiendo que si no cumplo regularmente con las sesiones de terapia de forma consistente mis servicios de terapia se suspenderán con la posibilidad de ser dado de alta. Las evaluaciones iniciales serán reprogramadas un máximo de tres ocasiones si no pudiera presentarme en el horario de la cita programada.

CENTRO DE ENSEÑANZA

_____ (Iniciales) Entiendo que **Alegría Family Counseling** es parte de **Aprendamos Intervention Team**. **Aprendamos Intervention Team** y **Alegría Family Counseling** tienen un acuerdo con las universidades locales para permitirles a los estudiantes completar sus prácticas de campo. Doy mi consentimiento para que los estudiantes y/o empleados de **Aprendamos Intervention Team** observen y/o trabajen conmigo bajo la guía de un terapeuta con licencia.

Procedimientos Legales

Los servicios familiares de **Alegría** están dirigidos para abordar el tratamiento y las necesidades clínicas del niño(a) y no para servir de cualquier otra manera, incluyendo aquellas descritas a continuación.

_____ (Iniciales) Requerimos una copia de la orden judicial vigente más actual que muestre los derechos de custodia de cada padre y/o el Acuerdo de los Padres firmado por ambos y el juez en la primera sesión de admisión. **Alegría** puede reprogramar o parar los servicios hasta que se proporcione la orden más actual que muestre los derechos de custodia.

_____ (Iniciales) No somos evaluadores de custodia y no podemos hacer ninguna recomendación con respecto a custodia o colocación. **Alegría Family Counseling** (Consejería Familiar de **Alegría**) hará referencia a recursos disponibles en la comunidad si fuese necesario una determinación sobre custodia.

_____ (Iniciales) **Alegría** no hace recomendaciones con respecto a la aptitud, competencia, o capacidad de un padre.

_____ (Iniciales) Los servicios proporcionados por **Alegría** no son de naturaleza forense y no incluyen el determinar si algo le ha o no sucedido al niño(a).

_____ (Iniciales) Se pueden recomendar sesiones familiares. Estaremos en contacto equitativo con ambos padres quienes comporten la custodia legal, dependiendo del caso.

_____ (Iniciales) Con el fin de proteger la santidad y confidencialidad del tratamiento, **Alegría** no será llamada a testificar en la Corte.

ACUERDO FINANCIERO Y OBLIGACIÓN

_____ (Iniciales) Certifico que toda la información que proporcione a **Alegría Family Counseling** está correcta a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo a Medicaid/Aseguración Privada/Otro a pagar cualquier y todos los beneficios aplicables directamente a **Alegría Family Counseling**. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos no cubiertos por Medicaid/Aseguración Privada/Otro.

PERSONA CON NECESIDADES DE CUIDADOS DE SALUD ESPECIAL (ISHCN – por sus siglas en inglés)

Yo, como paciente de **Alegría Family Counseling**, verifico que soy o no soy un ISHCN

Si No

DIRECTIVA AVANZADA INCLUYENDO UNA DIRECTIVA AVANZADA PSIQUIÁTRICA, SI FUESE APLICABLE

¿Qué es una Directiva Avanzada?

Es un documento legal. Define el tratamiento que usted desea en el futuro en caso de que no pueda tomar decisiones sobre su cuidado de salud mental.

- Una directiva avanzada le permite hacer conocer sus preferencias de tratamiento.
- Una directiva avanzada mejorará su comunicación con un médico. Puede prevenir enfrentamientos con profesionales sobre el tratamiento y puede prevenir un tratamiento forzado.
- Tener una directiva avanzada puede acortar su hospitalización.

Directivas Avanzadas en Nuevo México: PAD (Directivas Avanzadas Psiquiátricas)

The Mental Health Care Treatment Decisions Act (Ley de Decisiones de Tratamiento de Atención Médica Mental) es la ley de Nuevo México sobre Directivas Avanzadas. Permite dejar instrucciones por escrito sobre el tratamiento psiquiátrico en caso de que usted no pueda hacer o comunicar sus instrucciones.

Actualmente yo tengo una directiva avanzada ___ si ___ no.

Actualmente yo tengo una directiva avanzada psiquiátrica (PAD) ___ si ___ no.

Si fuese apropiado, una copia de estas directivas anticipadas será proporcionada para mi expediente a **Alegría Family Counseling**.

Si en algún momento deseo revocar cualquier permiso antes mencionado, puedo hacerlo proporcionando a Alegría Family Counseling la petición por escrito.

Firma del Cliente

Fecha

Alegría Family Counseling

Fecha

Autorización del Cliente para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Doy mi/nuestro consentimiento a **Alegría Family Counseling**, **Aprendamos Intervention Team** y **Mariposa Autism Service Center** para obtener expedientes, comunicar y compartir información por escrito y conversaciones con:

Por la presente, libre y voluntariamente autorizo a **Alegría Family Counseling** a (por favor marque uno):

- Compartir/Divulgar los registros de información sobre mi salud a:
- Obtener los registros de información sobre mi salud de:

Solicito que los registros de mi información médica sean entregados por (marque uno):

- Correo Postal**
- Fax**
- Otro medio**

Nombre del Proveedor _____ Teléfono _____ Fax _____

Dirección _____ Ciudad, Estado _____ Código Postal _____

El propósito de esta divulgación es para: _____

La información que se divulgará / recibirá incluye:

- _____ Evaluación y Diagnóstico
- _____ Resumen del Tratamiento y Recomendaciones
- _____ Evaluaciones Psicológicas/Psiquiátricas
- _____ Expedientes Médicos/Resultados de Laboratorio
- _____ Otro(s) _____
- _____ Resumen al ser dado de alta
- _____ Expedientes de la Escuela
- _____ Planes de Tratamiento
- _____ Intercambio Verbal de Información

Es de mi conocimiento que mi historial médico puede incluir información sobre los exámenes, el diagnóstico y/o tratamientos de salud mental, tratamiento de abuso de sustancias, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), hepatitis, tuberculosis y/o cualquier otra enfermedad contagiosa. Yo entiendo que dicha información es confidencial y protegida por la ley federal. Entiendo que **Alegría Family Counseling** no puede condicionar el tratamiento, pago u operaciones de atención médica basada en mi acuerdo para firmar esta autorización. Entiendo que existe la posibilidad de que la información de salud que se divulgue con mi autorización sea divulgada nuevamente por el destinatario y pudiera ya no estar protegida por la ley Federal HIPAA. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito. Salvo una solicitud por escrito del cliente, esta autorización vencerá automáticamente en 365 días. Esta información para la divulgación de información de salud está específicamente limitada a la información anteriormente mencionada y se realiza de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Las leyes estatales y federales previenen la divulgación de la información sobre su salud protegida sin su consentimiento. Esta autorización permanecerá en vigor hasta 90 días después de haber sido dado de alta de su tratamiento.

Firma del Cliente (requerida si es mayor de 14 años)

Fecha

Firma del Padre/Tutor/Representante

Fecha

Firma del Terapeuta

Fecha

Términos de Comunicación

Yo _____, doy mi autorización a los empleados de **Alegría Family Counseling** para que se comuniquen conmigo, el cliente, según los términos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico

("Reglamentos de HIPAA") los cuales me fueron proporcionados por Alegría. Es de mi conocimiento que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero tal revocación debe ser por escrito. Alegría no condicionará el tratamiento o pago de mi autorización. Entiendo que la información usada o divulgada bajo esta autorización también se puede volver a divulgar en una fecha posterior y no estar protegida bajo las Regulaciones de HIPAA. Esta autorización expirará el _____, o un año después que se haya otorgado el consentimiento, lo que ocurra primero.

Las comunicaciones autorizadas en este documento se limitarán a informarme a mí, el cliente, que tengo una cita programada o en respuesta a una solicitud de información. Por la presente, autorizo a los empleados de Alegría a comunicarse conmigo, el cliente, de las siguientes maneras:

Por favor, marque las que considere apropiadas:

- Llamadas telefónicas al número que proporcioné a Alegría, dejando mensajes en la grabadora.
- Llamadas telefónicas al número que proporcioné a Alegría, sin dejar mensajes.
- Mensajes de texto al número que proporcioné a Alegría.
- No mensajes de texto.
- No llamadas telefónicas.

Si corresponde, autorizo a Alegría a divulgar la información de la manera descrita y mencionada anteriormente con mi tutor, quién fue mencionado en el Formulario de Divulgación de Información.

Nombre impreso

Firma

Fecha

Consentimiento Informado para Servicios de Telesalud

Definición de Telesalud

La telesalud implica el uso de comunicación electrónica que les permite a Aprendamos/Alegría Family Counseling a conectarse con personas utilizando comunicaciones interactivas de video y audio. La telesalud incluye la práctica de cuidados de salud psicológicos, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la referencia para recursos, la educación, así como la transferencia de información médica y clínica.

Los Riesgos y Beneficios

Existen riesgos y consecuencias cuando se utiliza la telesalud, incluyendo, pero no limitado a, la posibilidad a pesar de los esfuerzos razonables por parte del consejero de que: la transmisión de información personal pueda verse afectada o distorsionada por fallas técnicas, la transmisión de información personal pueda ser interrumpida por personas no autorizadas, y/o el almacenamiento de información personal podría perderse o accederse involuntariamente por personas no autorizadas. Aprendamos/Alegría Family Counseling utiliza un programa de transmisión de audio/video seguro y encriptado para facilitar los servicios de telesalud. Algunos de los servicios de telesalud incluyen un mejor acceso a los servicios de terapia, servicios sin riesgo a la exposición de enfermedades a través del contacto con el terapeuta o el

consultorio, sin brecha en los servicios mientras no se puede asistir a la sesión en la oficina. Aunque existen muchos beneficios de la telesalud, los resultados no pueden ser garantizados o asegurados.

El Protocolo Durante las Sesiones de Telesalud

Durante las sesiones se requiere que los clientes estén en una habitación privada, separada de otras personas mientras reciben los servicios de telesalud, a menos que el terapeuta esté informado que otra(s) persona(s) se unirá a la sesión de terapia familiar o de pareja. El terapeuta también estará solo(a) en una habitación privada y tomará todas las medidas necesarias para evitar que otras personas entren a la habitación o escuchen lo que se dialoga durante la sesión. También es importante que los clientes estén vestidos apropiadamente para la sesión como si estuvieran asistiendo a una sesión en persona. Si la conexión se pierde durante la sesión, el terapeuta se comunicará por medio de telesalud, correo electrónico, llamada telefónica o mensaje de texto para reconectarse y planificar como proceder con la sesión o reprogramarla.

Métodos de Servicios Alternativos

Los clientes tienen el derecho de retener o retirar el consentimiento para el uso de telesalud en el transcurso del tratamiento en cualquier momento, sin afectar sus derechos de atención o tratamiento futuro. Los clientes también pueden requerir retrasar las sesiones hasta que la opción de tener sesiones en personas vuelva a estar disponible. También se puede hacer una solicitud para ser referido con otro terapeuta quien ofrezca sesiones en persona.

Plan de Emergencia

Hay ciertas situaciones, incluyendo emergencias y crisis, que son inapropiadas para servicios de psicoterapia basados en audio/video/computadora. Si ocurre una crisis o emergencia, los clientes deben llamar inmediatamente al 9-1-1 o buscar ayuda en un hospital o centro de atención médica orientado para atender crisis en el área inmediata. Se llamará al contacto de emergencia del cliente si sucede una emergencia o crisis durante la sesión. La Línea de Acceso de Crisis de Nuevo México puede contactarse al 1-855-622-7464.

Política sobre las Redes Sociales

No se aceptarán invitaciones para conectarse por medio de las redes sociales/sitios de redes sociales para proteger la confidencialidad de los clientes y mantener los límites de salud entre el cliente-terapeuta.

Protocolo de Contacto para Clientes

Los clientes pueden llamar Aprendamos/Alegria Family Counseling para programar o cambiar una cita. El correo electrónico deber ser usado **SOLO** para acceder la cuenta doxy.me. Por favor no incluya información personal como su fecha de nacimiento o información médica personal en cualquier correo electrónico/mensaje de texto que nos envíe. No participamos en discusiones terapéuticas con los clientes por medio de correo electrónico/mensajes de texto.

Cancelaciones

Se requiere un aviso de 24 horas previas si necesita cancelar o reprogramar una sesión. Si llega menos de 15 minutos tarde, su sesión aun terminará a tiempo. Si llega más de 15 minutos tarde, su cita será cancelada. Se hará el esfuerzo de contactar al cliente para reprogramar la sesión si aún no ha hecho contacto.

Razones de la Referencia

Si el consejero considera que el cliente sería mejor servido con otra forma de intervención (ejemplo, servicios en persona), el cliente será referido a un profesional de salud mental asociado con cualquier forma de psicoterapia.

Condiciones de Posible Terminación de los Servicios de Telesalud

Los clientes no pueden grabar ni capturar en pantalla las sesiones con el terapeuta por ningún motivo. El incumplimiento de este acuerdo resultará en la terminación inmediata de los servicios de telesalud.

Límites de Confidencialidad

La leyes que protegen la confidencialidad de la información personal también se aplican a la telesalud. Como tal, la información divulgada durante el curso de las sesiones es generalmente confidencial. Sin embargo, existen excepciones obligatorias y permisivas a la confidencialidad, que incluyen, pero no se limitan a, reportar abuso de menores, ancianos, y adultos dependientes; expresar amenazas de violencia hacia una víctima comprobable; y donde el estado mental o emocional es un problema en un procedimiento legal. La difusión de cualquier imagen o información de identificación personal de la interacción de telesalud a otras entidades no deben ocurrir sin el consentimiento por escrito del cliente.

Pagos por Servicios de Telesalud

Aprendamos/Alegria Family Counseling facturará a la aseguranza por los servicios de telesalud cuando se haya determinado que estos servicios están cubiertos por el plan de seguro del cliente. En caso de que la aseguranza no cubra los servicios de telesalud, es responsabilidad del cliente pagar por los servicios. Puede proporcionarse una declaración de servicios para presentar a la compañía aseguradora si se requiere. Es responsabilidad del cliente confirmar con su compañía de seguros si los servicios de telesalud están cubiertos.

Consentimiento para el Uso de Telesalud

He leído este documento cuidadosamente y entiendo los riesgos y beneficios relacionados con el uso de los servicios de telesalud. Mis preguntas con respecto a los servicios de telesalud han sido contestadas a mi satisfacción. Por la presente, doy mi consentimiento informado para participar en el uso de servicios de telesalud para el tratamiento bajo los términos antes descritos.

Con la siguiente firma, declaro que he leído, comprendido y aceptado los términos de este documento.

Correo Electrónico

Nombre Impreso

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Padre o Tutor

Fecha

Firma del Terapeuta

Fecha

Reglamento de la Terapia

Al llegar a su cita

Cuando llegue a su sesión, la recepcionista lo registrará y asegurará de que su consejero esté informado que usted ha llegado.

Por favor informe a su consejero de cualquier cambio con su aseguranza, número de teléfono, dirección, objetivos del tratamiento.

Por favor hable con su consejero sobre todos sus asuntos cuando venga a la sesión.

Su consejero utilizará 7 minutos de su hora para completar el papeleo como le es permitido por su aseguranza. Usted puede llegar de 5-7 minutos después de la hora y no se le considerará llegar tarde.

Política de No Asistencia y Cancelación Tardía de Citas

Asegúrese de leer y comprender la política de no asistencia/cancelación tardía de citas de Alegría como se menciona en la copia de la Política de Cancelación de Citas que se le dio al momento de su evaluación inicial.

Pudiera recibir una carta de su terapeuta informándole que ha faltado a una sesión. Es su responsabilidad asegurarse de programar, cancelar y/o reprogramar sus citas. Si no está seguro acerca de cualquier asunto relacionado con sus citas, por favor llámenos al teléfono 575-652-3448 para obtener una aclaración.

Objetivos del Tratamiento

Usted y el consejero crearon objetivos para el tratamiento que se espera usted trabaje durante la sesión. Pudiera haber asignaciones (tareas) que se espera que complete.

Será dado de alta del tratamiento cuando usted informe que ha alcanzado sus objetivos.

Confidencialidad

La confidencialidad protege toda la información que usted proporcione a Alegría, excepto la información que indique que está en peligro de lastimarse a sí mismo o a otras personas. Si su hijo menor de edad reporta que él/ella está siendo abusado sexual y/o físicamente, lo reportaré a Child Protective Services (Servicios de Protección del Menor) como lo requiere la Ley.

Para mantener la confidencialidad mutua, no discutiremos temas que necesitan ser abordados en las sesiones cuando nos veamos en público.

Si necesita que redacte una carta en su nombre, tenga en cuenta que escribiré la carta durante una sesión con usted. La confidencialidad me prohíbe escribir una carta en nombre de clientes en ciertas situaciones. Si usted necesita una carta de mi parte, discutiremos si puedo escribir o no la carta que solicita.

He leído y entendido estas reglas

Nombre impreso

Firma

Fecha

Política de Cancelación de Citas

El no mantener sus citas programadas con Alegría Family Counseling(AFC) dificulta nuestra capacidad de ofrecer la mejor atención a nuestros pacientes.

Le pedimos que muestre consideración llamándonos por lo menos 24 horas antes de su cita si no puede asistir. Por favor llame a Alegría Family Counseling al teléfono: (575) 652-3448 para informarnos. Esto nos dará la oportunidad de ofrecer esa cita a otro paciente. Las cancelaciones de última hora frecuentes o no presentarse a la cita son perjudiciales para la administración de cuidados óptimos para usted y otros clientes. Las citas perdidas evitan que otros pacientes asistan al mismo tiempo y afectan la consistencia de su propio programa de tratamiento. Las citas canceladas con menos de 24 horas de los servicios programados serán documentadas como no asistencia. Como consecuencia, tres (3) cancelaciones tardías consecutivas o no asistencia a la cita resultarán en la interrupción de servicios de Alegría Family Counseling. Las cancelaciones de última hora debido a una enfermedad o emergencias familiares están excluidas de esta política.

Entiendo adecuadamente la política de cancelación de citas de Alegría Family Counseling si tuviese dificultad para cumplir con mis citas programadas.

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

INFORMACIÓN SOBRE HIPPA

HIPPA es la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico. Se puso en marcha para proteger y asegurar la privacidad de toda la información médica acumulada. Fue promulgada en 1996 bajo el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. En abril de 2003, los proveedores al cuidado de la salud y otros proveedores de servicios en todo el país fueron requeridos a cumplir con las normas y reglamentos de protección de la privacidad.

¿Qué significa eso?

Esto significa que su información de salud privada (Private Health Information o PHI – por sus siglas en inglés) está protegida por la ley federal. Usted tiene derechos con respecto a su información de salud privada y establece reglas y regulaciones específicas sobre quién puede tener acceso a esa información.

¿Por qué tengo que firmar el acuerdo de HIPAA?

El acuerdo de HIPAA establece que debe recibir el “Aviso de Prácticas de Privacidad” desarrollado por **Alegría Family Counseling Group**.

El aviso establece cómo **Alegría Family Counseling Group** puede usar la información de su expediente personal y cuándo y a quién puede darle la información.

Una vez que empiece a recibir servicios del programa de **Alegría Family Counseling Group** sólo tiene que firmar el papeleo de HIPAA una vez y luego pasará a formar parte de su archivo.

¿Cuáles son mis derechos bajo las leyes federales de HIPAA?

Puede solicitar ver su expediente y obtener copias del mismo. Puede pedir cualquier corrección que usted considere necesaria realizar, incluyendo en sus notas.

Se le notificará si la información de salud necesita ser compartida con profesionales al cuidado de la salud, el equipo de evaluación, terapeutas, otros proveedores o con el personal de facturación.

Puede presentar una queja si considera que sus derechos de privacidad han sido violados de cualquier manera. Usted no será penalizado por presentar una queja.

¿Qué tipo de información protege?

Protege todo tipo de información sobre la salud como visitas, evaluación y valoraciones, tratamiento y consultas.

Esto incluye información de salud mental, terapia, consejería u otros aspectos al cuidado de la salud mental. Toda la información que se habla, imprime o se transmite electrónicamente está sujeta bajo la ley de privacidad de HIPAA.

¿Tiene Alegría Family Counseling Group el derecho de compartir mi información?

Sí. **Alegría Family Counseling Group** tiene el derecho de compartir su información con:

- Para la coordinación de servicios
- Para reportar cualquier información que afecte su bienestar o el de su familia, y
- Con cualquier familiar, amigos u otras personas que USTED determine pertinente.

Tenga en consideración que si usted desea que sus archivos con **Alegría Family Counseling Group** sean enviados a otra agencia tendrá que firmar el formulario de Consentimiento para la Divulgación de Información.

¿Puedo tener acceso a mi expediente?

Usted debe ser capaz de tener acceso a su información en cualquier momento. También tiene el derecho de conocer con quién se ha compartido su información.

¿Quién puede ver mi información médica confidencial?

Cualquier persona directamente involucrada en su plan de servicio tendrá acceso a su información. Básicamente, cualquier persona que sea necesaria para proporcionar los mejores servicios que usted y su familia pudieran recibir, como se indica en el Formulario de Divulgación de Información Confidencial.

Si necesita más información sobre HIPAA, por favor contacte a Alegría Family Counseling

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTÉ AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

Por favor revíselo detenidamente. La privacidad de su información médica es importante para nosotros.

NUESTRO DEBER LEGAL

La ley federal y estatal nos requiere que mantengamos la privacidad de su información médica. Esa ley también requiere que le demos este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos con respecto a su información médica. Debemos apegarnos al cumplimiento de las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras esté vigente.

NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA

Nosotros entendemos que su información médica es personal. Estamos comprometidos a proteger esta información. Creamos un registro del cuidado y servicios que recibe. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales.

Esté aviso le informará sobre las maneras en que podemos usar y divulgar la información sobre su salud. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de la información de salud. Somos requeridos por ley a: asegurarnos de que su información médica se mantenga privada; darle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad; y respetar los términos y avisos que estén en vigencia.

USO Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

Tratamiento: Podemos usar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar esta información con doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal que interviene en la prestación de servicios de terapia. También podemos divulgar su información médica con personas ajenas al sistema de salud que puedan estar involucrados en su tratamiento médico. Por ejemplo, un médico que lo esté tratando por una pierna fracturada puede necesitar saber qué servicios de terapia está recibiendo actualmente.

Pago: Podemos utilizar y divulgar su información de salud para que el tratamiento y los servicios que recibe de **Alegria Family Counseling Group** puedan ser facturados y pueda obtenerse el pago de Medicaid o cualquier otra seguridad.

Operaciones de Atención Médica: Podemos usar y divulgar su información de salud para nuestras operaciones de atención médica. Las operaciones al cuidado de la salud incluyen evaluaciones de calidad y actividades de mejoría, revisión de la competencia o calificaciones de los profesionales al cuidado de la salud, evaluación de los terapeutas y desempeño del proveedor, realización de programas de capacitación, acreditación, certificación, licencias o actividades de acreditación. Podemos revelar su información de salud a otro proveedor al cuidado de la salud u organización que esté sujeto a las leyes federales de privacidad y que tiene una relación con usted para apoyar algunas de sus operaciones al cuidado de la salud.

Personas involucradas en su cuidado o pagando por su cuidado: Podemos revelar su información médica con un familiar u otra persona designada que esté involucrada en su cuidado médico. También podemos dar su información a alguien que pague por su cuidado. Además, podemos divulgar su información médica a una agencia de asistencia en caso de desastre para que su familia sea notificada sobre su condición, estado y ubicación.

Beneficio Público: Podemos usar o divulgar su información médica según lo autorice la ley para los siguientes fines que se consideren de interés o beneficio público:

- Como lo requiere la ley;
- Para actividades de salud pública, incluyendo enfermedades y reportes de estadística importantes, reportes de abuso, supervisión de la FDA y para empleados con respecto a enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo;
- Para reportar abuso de adultos, negligencia, explotación o violencia doméstica;
- Para agencias de supervisión de la salud;
- En respuesta a órdenes judiciales y administrativas y otros procesos legales;

- Para funcionarios encargados en hacer cumplir la ley en conformidad con citaciones judiciales y otros procesos legales relacionados con víctimas de delitos, muertes sospechosas, crímenes en nuestras instalaciones, reportando crímenes en emergencias, y para fines de identificar o localizar a una persona sospechosa o de otro tipo:
- A médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias;
- Para una organización de obtención de órganos; para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad.

LOS DERECHOS DEL CLIENTE

Acceso: Usted tiene el derecho de ver u obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato diferente a las fotocopias. Usaremos el formato que usted solicite a menos que no fuera posible hacerlo. Debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su información de salud. Usted puede solicitar tener acceso enviándonos una carta a la dirección que aparece al final de este aviso. Si solicita copias, pudiéramos cobrarle una tarifa por los costos de copiado, envío por correo u otros suministros relacionados con su petición.

Contabilidad de Divulgación: Usted tiene el derecho de solicitar un “informe de divulgaciones”. Esta es una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su información médica que no están relacionadas con el tratamiento, pago u operaciones de atención médica y por las que no estamos obligados a obtener su autorización. Usted debe presentar su petición por escrito y debe incluir las fechas del calendario que desea ver. El período de tiempo no puede incluir más de 6 años de información y no puede comenzar antes del 13 de julio de 2006. Mencione en qué formato desea la lista (copia de papel o electrónico). No se cobrará la primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses, pero pudiéramos cobrarle por el costo de listas adicionales. Se le notificará con anticipación sobre la cantidad del costo incurrido y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se le haga el cobro.

Restricción: Usted tiene el derecho de solicitar que pongamos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de información sobre su salud. No estamos obligados a aceptar restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en una emergencia). Cualquier acuerdo que hagamos a petición de restricciones adicionales debe hacerse por escrito y estar firmado por la persona autorizada para realizar tal acuerdo de nuestra parte. Su solicitud no es válida a menos que nuestro acuerdo sea por escrito.

Comunicación Alternativa: Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información médica por medios alternativos o en ubicaciones alternas (contactarlo solamente en el trabajo o por correo). Usted debe hacer su solicitud por escrito. Debe especificar en su solicitud el método o la ubicación alternativa y proporcionar una explicación satisfactoria de cómo se va a manejar el pago con los medios o lugares alternos que usted solicite.

Enmienda: Usted tiene el derecho de solicitar que enmendemos o modifiquemos la información sobre su salud. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué debemos enmendar la información. Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias.

Cambios a este aviso: Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado o cambiado sea efectivo para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Las copias actualizadas de este aviso estarán disponibles en la dirección mencionada al final de la página.

La fecha de vigencia de este aviso será publicada en la primera página, en la esquina superior derecha.

Quejas. Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja comunicándose con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Todas las quejas deberán ser presentadas por escrito. **Usted no será penalizado por presentar una queja.**

Si usted tiene preguntas sobre este aviso, por favor contacte a Alegría Family Counseling.

Información Personal

Fuente de Referencia (si aplica):

Fecha de la entrevista:

Nombre de la persona llenando el formulario:

Nombre del cliente:

Padre/Tutor Legal (si el cliente es menor de 18 años)

Fecha de Nacimiento:

Edad

Sexo: M F

Dirección:

Teléfono de la Casa:

Teléfono celular/trabajo/otro:

¿Podemos dejar mensaje? Si No

Correo electrónico (Email):

Situación laboral actual: Tiempo Completo Medio Tiempo Desempleado Discapacitado

Nombre del empleador:

Antigüedad en el empleo:

Estado civil:

- Menor de edad
- Soltero
- Unión libre
- Divorciado
- Casado
- Viudo
- Separado

Preferencia Espiritual/Religiosa:

Información del Contacto de Emergencia

¿Autoriza a esta persona hablar sobre su cuidado o tratamiento con personal de la oficina en caso de una emergencia?
Si No

Nombre:	Parentesco:	Teléfono:
Nombre:	Parentesco:	Teléfono:

Información de Asegurancia Médica

Asegurancia Primaria:

Núm. de Póliza

Nombre del Titular de la Póliza:

Fecha de Nacimiento:

Núm. del Seguro Social:

Empleador:

Teléfono del Trabajo:

Parentesco con el Cliente:

Dirección del titular de la póliza si es diferente a la antes mencionada:

Aseguranza Alternativa:

Núm. de Póliza:

Nombre del Titular de la Póliza:

Fecha de Nacimiento:

Núm. del Seguro Social:

Empleador:

Teléfono del Trabajo:

Parentesco con el Cliente:

Dirección del titular de la póliza (si es diferente a la antes mencionada):

Núm. de Medicaid (si aplica)

Historia de Salud Mental

¿Ha recibido anteriormente algún tipo de servicios de salud mental (psicoterapia, servicios psiquiátricos, etc.)?

No

Si, nombre del terapeuta/médicos anteriores:

Diagnóstico:

¿Alguna vez le han recetado medicamentos psiquiátricos?

No

Si, por favor mencione los medicamentos y las fechas que fueron prescritos:

Información Médica y General

Información Prenatal

¿Hubo complicaciones durante el embarazo?

¿Hubo complicaciones médicas durante el parto/nacimiento?

¿Tomo alcohol, consumió drogas o medicamentos con receta durante el embarazo?

¿Duración del embarazo? Tiempo completo Si No ¿Número de semanas prematuro?

Parto: Parto Vaginal Cesárea

Desarrollo

¿Lugar donde nació y fue criado?

Por favor describa la custodia del niño (ejemplo: custodia compartida, custodia individual):

**En algunos casos el terapeuta le pedirá una copia del documento legal del plan de custodia.*

¿Hay retrasos en el desarrollo?

¿Con qué frecuencia consume alcohol?

Diariamente Semanalmente Mensualmente No frecuente Nunca

¿Con qué frecuencia usa drogas recreativas?

Diariamente Semanalmente Mensualmente No frecuente Nunca

Problema Presentado/Solicitud de Servicios

Explique brevemente la razón por la que solita los servicios:

Factores de Riesgo (marque todos los que aplican al cliente)

- Depresión (sentimientos de culpabilidad o inferioridad, desesperanza, pérdida de interés)
- Ansiedad (preocupación excesiva, ataques de pánico, temor a situaciones sociales, miedo irracional)
- Vee/escucha cosas
- Problemas de comportamiento severos
- Comportamientos impulsivos (actuar sin pensar, descuido - comportamientos de alto riesgo preocupándose por las consecuencias después)
- Sensibilidad al tacto, sonidos, luz, movimiento
- Dificultades con la transición/el cambio
- Agresión (verbal/física)
- Problemas de sueño (dormir demasiado/no dormir lo suficiente, dificultad para quedarse y permanecer dormido)
- Trastornos alimenticios (comer demasiado, pérdida de apetito, acumular alimentos, aumento de peso, pérdida de peso)
- Recuerdos perturbadores (recuerdos recurrentes)
- Pesadillas
- Hacerse daño a si mismo (pensamientos de muerte o suicidio)
- Comportamientos/pensamientos violentos
- Problemas médicos
- Retrasos del desarrollo

-Problemas legales (huir, participación en pandillas, libertad condicional, cargos pasados/pendientes, custodia, divorcio, abuso/negligencia, violencia doméstica)

-Apuestas

-Pornografía

-Robar

-Sexual

-Problemas laborales/académicos (desempeño académico, ausentismo, suspensión, expulsado)

-Problemas financieros

-Uso de sustancias

-Alcohol

-Conflicto familiar

-Pérdida reciente/duelo

-Dificultad de concentración

-Falta de vivienda

Comentarios:

¿Ha sido previamente hospitalizado por razones psiquiátricas? si no ¿Durante el año pasado? si no

¿Abusado físicamente? si no ¿Durante el año pasado? si no

¿Abuso sexual? si no ¿Durante el año pasado? si no

¿Abuso emocional? si no ¿Durante el año pasado? si no

¿Ha huido/estar fugitivo? si no ¿Durante el año pasado? si no

¿Intento de suicidio? si no ¿Durante el año pasado? si no

¿Problemas con alcohol/drogas? si no ¿Durante el año pasado? si no

¿Sin hogar? si no ¿Durante el año pasado? si no

¿Servicios de protección infantil implicados? si no ¿Durante el año pasado? si no

Información Familiar

Estructura familiar: -Nuclear - Mezclada -Padre adoptivo - Padre de crianza -Tutor legal

Madre biológica:

Teléfono:

Estado civil de la madre: -Soltera -Casada -Divorciada -Unión libre -Divorciada

Nivel educacional más alto de la madre: -GED -Preparatoria -Carrera técnica -Universidad -Maestría

Estado laboral: -Tiempo completo - Medio tiempo - Desempleada - Discapacitada

Nombre del empleador/empresa: Antigüedad en el empleo

Padre biológico:

Teléfono:

Estado civil del padre: -Soltero -Casado -Divorciado -Unión libre -Divorciado

Nivel educacional más alto del padre: -GED -Preparatoria -Carrera técnica -Universidad -Maestría

Estado laboral: -Tiempo completo - Medio tiempo - Desempleado -Discapacitado

Nombre del empleador/empresa: Antigüedad en el empleo

Padrastro/Madrastra, si aplica:

Otras personas viviendo en el hogar con el cliente:

Nombre

Edad

Parentesco con el cliente

Historia Familiar

Alguien de su familia ha tenido problemas con el tratamiento o sin tratamiento: Mencione el nombre de la persona

Uso de alcohol/sustancias si/no.

Ansiedad	si/no.
Depresión	si/no.
Muerte	si/no.
Abuso sexual	si/no.
Abuso físico	si/no.
Violencia doméstica	si/no.
Trastorno alimenticio	si/no.
Condición médica	si/no.
Obesidad	si/no.
Trastorno obsesivo compulsivo	si/no.
Esquizofrenia	si/no.
Atentos de suicidio	si/no.
Problemas de aprendizaje	si/no.
Otro(s):	si/no.

¿Han sido los padres hospitalizados por razones psiquiátricas?

¿Han sido los padres condenados por una felonía/delito grave?

¿Historia familiar de adopción?

¿Han sido sus hermanos desplazados/colocados fuera del hogar?

¿Tiene hermanos bajo custodia de protección?

Certifico que la información proporcionada es verdadera y precisa a lo mejor de mi conocimiento. Todos los servicios profesionales proporcionados se cobran al cliente. Los formularios necesarios serán llenados para agilizar el pago de las compañías aseguradoras; sin embargo, el cliente es responsable por todos los cobros independientemente de la cobertura del seguro. Es costumbre pagar por los servicios al momento en que se prestan.	
Nombre impreso:	
Firma:	Fecha:
Exclusivo Terapeutas: He revisado con el cliente toda la información en este paquete de admisión para propósitos de la evaluación.	
Nombre impreso:	
Firma del Terapeuta:	Fecha: