

Consentimiento Informado para Tratamiento

Nombre del Cliente _____

Fecha de Nacimiento _____



Calificaciones y Enfoque de Equipo

Gracias por elegir TeamBuilders Behavioral Health (en adelante "TeamBuilders") para sus necesidades de servicios de salud conductual o las de su hijo. TeamBuilders consta de un equipo de profesionales de salud mental con licencia que incluye terapeutas clínicos, psicólogos, consejeros de abuso de sustancias, otros proveedores de atención de la salud del comportamiento que trabajan junto con usted o su hijo y otros profesionales de la comunidad que también lo atienden a usted o a su hijo para atender a su médico. y necesidades de terapia.

TeamBuilders acepta solo clientes y familias que tienen la capacidad de resolver sus propios problemas con nuestra asistencia. Discutiremos y decidiremos sobre los métodos que son mejores para usted y su circunstancia. Puede obtener una segunda opinión de otro profesional si prefiere hacerlo. Discutiremos sus preferencias y necesidades y desarrollaremos un plan individualizado para usted o su hijo. También nos reuniremos como un equipo profesional para consultar sobre su caso, como se indica, para que podamos brindarle la mejor atención terapéutica posible. También trabajamos en comunicación con su médico de atención primaria o el de su hijo, según sea necesario.

Consentimiento para tratamiento

_____ (inicial) Por la presente, solicito y consiento participar en el tratamiento en TeamBuilders. Entiendo que aunque mis sesiones pueden ser íntimas emocional y psicológicamente, nuestra relación es, y seguirá siendo, de naturaleza profesional, no personal. Estoy de acuerdo en desempeñar un papel activo durante todo el proceso de tratamiento o el proceso de tratamiento de mi hijo, si corresponde. Entiendo que no se me han hecho promesas sobre los resultados de los procedimientos de tratamiento prescritos o proporcionados en TeamBuilders. Acepto que esta autorización será válida hasta que se rescinda por escrito o se reemplace.

Consentimiento de Telesalud

_____ (inicial) Doy mi consentimiento para participar y recibir servicios de salud conductual a través de telesalud. El propósito de la telesalud es proporcionar atención de salud conductual, bienestar, entrenamiento, servicios psicoeducativos y de apoyo a distancia utilizando tecnología de videoconferencia. Entiendo que mi proveedor de telesalud o el de mi hijo se comunicará conmigo, mi hijo (si corresponde) u otros profesionales de la salud de manera virtual (video, correo electrónico, chat) y por teléfono. Además, entiendo que puedo solicitar que se suspenda la telesalud en cualquier momento.

_____ (inicial) Entiendo que existen posibles beneficios y riesgos de la videoconferencia (por ejemplo, límites a la confidencialidad del paciente) y sesiones virtuales que difieren de las sesiones en persona. Entiendo que la confidencialidad aún se aplica a los servicios virtuales, y TeamBuilders no grabará sesiones sin un permiso específico de mí y otros participantes. Acepto usar la plataforma de videoconferencia seleccionada para nuestras sesiones virtuales y me informaron sobre cómo usarla.

_____ (inicial) Entiendo y acepto las siguientes pautas para participar en sesiones de telesalud:

- Yo o mi hijo usaremos una cámara web o un teléfono inteligente durante las sesiones de videoconferencia.
- Yo o mi hijo estaremos en un espacio tranquilo y privado, libre de distracciones (incluido el uso de teléfonos celulares u otros dispositivos) durante las sesiones de telesalud.
- Yo o mi hijo entendemos que se recomienda encarecidamente el uso de una conexión a Internet segura en lugar de una conexión wifi pública / gratuita.

TeamBuilders Behavioral Health

Teléfono: (505) 216-2727 ♦ Fax: (505) 365-1006

info@teambuilders.org

- Yo o mi hijo desarrollaremos un plan de respaldo (por ejemplo, un número de teléfono donde me puedan localizar) con mi proveedor de telesalud para reiniciar o reprogramar la sesión en caso de que surjan problemas técnicos.
- Yo o mi hijo reconocemos que TeamBuilders no brinda respuesta a la crisis a menos que esté claramente indicado en mi plan de servicio. Por lo tanto, desarrollaré un plan de seguridad para usar en caso de una crisis que incluya al menos un contacto de emergencia y la sala de emergencias más cercana a mi ubicación.
- TeamBuilders tiene la autoridad para determinar, bajo ciertas circunstancias, si la telesalud continúa siendo un método de prestación de servicios apropiado para mis necesidades de atención médica.

Obras de Arte, Arte Digital, Diapositivas o Fotografías de Obras de Arte en Terapias Creativas

La arteterapia es una profesión de salud mental en la que los clientes, facilitados por el arteterapeuta, utilizan el arte y los medios digitales, el proceso creativo y la obra de arte resultante para explorar sus sentimientos, reconciliar conflictos emocionales, fomentar la autoconciencia, controlar el comportamiento y las adicciones. desarrollar habilidades sociales, mejorar la orientación a la realidad, reducir la ansiedad y aumentar la autoestima. Una meta en la terapia del arte es mejorar o restaurar el funcionamiento de un cliente y su sentido de bienestar personal. La práctica de la arteterapia requiere conocimiento de las artes visuales (dibujo, pintura, escultura y otras formas de arte) y del proceso creativo, así como de teorías y técnicas de desarrollo humano, psicología y asesoramiento (American Art Therapy Association, 2013).

_____ (inicial) Entiendo que yo o mi dependiente/hijo podemos recibir tratamiento de un terapeuta de arte capacitado y un consejero de salud mental que utiliza ambas modalidades de tratamiento para satisfacer mejor mis necesidades o las de mi dependiente/hijo. Como resultado de un curso de tratamiento, yo o mi dependiente/hijo crearemos obras de arte, o representaciones de obras de arte, que pueden considerarse parte del registro clínico retenido por el terapeuta y/o TeamBuilders.

_____ (inicial) Yo o mi dependiente/hijo damos permiso a TeamBuilders para conservar obras de arte, fotografías o representaciones digitales reales de mi obra de arte o la de mi dependiente/hijo. Tengo derecho a solicitar que se me entreguen obras de arte durante el curso de la terapia y al finalizar de acuerdo con los objetivos terapéuticos y el beneficio terapéutico.

_____ (inicial) Doy mi consentimiento para que TeamBuilders conserve mis obras de arte, copias, diapositivas o fotografías de obras de arte mías o de mi dependiente/hijo, con fines educativos, de investigación o de evaluación. TeamBuilders no hará ni permitirá ningún uso público o reproducción de las sesiones de arteterapia del cliente, incluidos los diálogos y las obras de arte, sin mi conocimiento.

_____ (inicial) Doy mi consentimiento para usar materiales clínicos y obras de arte míos o de mi dependiente/hijo en cualquier supervisión clínica, capacitación, enseñanza, escritura y presentaciones públicas. TeamBuilders tomará medidas razonables para proteger mi identidad o la de mi dependiente/hijo y disfrazar cualquier parte de la obra de arte o video que revele mi identidad o la de mi dependiente/hijo.

_____ (inicial) Reconozco que exhibir obras de arte creadas en la terapia del arte brinda una oportunidad para mí o para mi dependiente/hijo de mostrar su obra de arte al público en general o a las agencias involucradas en el tratamiento que normalmente no verían mi obra de arte o la de mi dependiente/hijo. En preparación para una exposición de mi obra de arte o la de mi dependiente/hijo, el terapeuta de arte analizará y sopesará los beneficios de la exhibición frente a las posibles consecuencias no deseadas para mí o mi dependiente/hijo. Yo o mi dependiente/hijo tenemos el derecho de negarnos a exhibir cualquiera o todas las obras de arte creativas mías o de ellos.

Cobertura Fuera de Horario

_____ (inicial) El horario de atención de TeamBuilders es de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. De lunes a viernes a menos que su proveedor de atención establezca lo contrario. Todas las llamadas telefónicas hechas a TeamBuilders antes de las 8:00 a.m. y después de las 5:00 p.m. son respondidos por un servicio de contestación no afiliado. Los mensajes se pueden dejar con el servicio de contestador y se abordarán el siguiente día hábil. Para todas las EMERGENCIAS, marque 911 para asistencia inmediata.

Política de Asistencia

_____ (inicial) Estoy de acuerdo en asistir a las citas según lo programado o notificar al menos 24 horas después de la cita si no puedo asistir. Entiendo que la asistencia es importante y que mi proveedor de atención puede finalizar los servicios si no asisto repetidamente o no me comunico con TeamBuilders. Entiendo que puedo estar sujeto a los siguientes cargos: cancelaciones tardías \$ 50.00 y no presentación \$ 50.00. Estas tarifas NO son aplicables a clientes elegibles para Medicaid.

Terminación de Servicios

Su proveedor de atención también puede finalizar su tratamiento si hay un historial (3 o más) de citas canceladas o reprogramadas o incumplimiento.

_____ (inicial) Soy consciente de que puedo interrumpir mi tratamiento en cualquier momento. Sin embargo, aún seré responsable de mi parte de los costos por los servicios que ya he recibido. También entiendo que la finalización de los servicios puede afectar los resultados del tratamiento y / o puede tener otras consecuencias. Por ejemplo, si mi tratamiento ha sido ordenado por el tribunal, tendré que responder ante el tribunal.

Aviso de Prácticas de Privacidad

_____ (inicial) Reconozco que recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de TeamBuilders a partir del 1 de enero de 2022. Se me dio la oportunidad de hacer preguntas en la dirección o número de teléfono que figuran en el Aviso de prácticas de privacidad.

Derechos del Cliente y Quejas

_____ (inicial) Reconozco que he recibido una copia del Formulario de Derechos y Quejas de Clientes de TeamBuilders. Estos derechos incluyen el derecho a la privacidad de mis registros médicos y la confidencialidad relacionada con la información sobre mi tratamiento. Si en algún momento no estoy satisfecho con los servicios o las acciones de TeamBuilders, entiendo que puedo informar al personal de inmediato para que podamos trabajar para resolver cualquier inquietud. Si no podemos resolver estas inquietudes, puedo informar las quejas a la junta reguladora o de licencias correspondiente.

Notificación del Médico de Atención Primaria

_____ (inicial) Se requiere que TeamBuilders coordine la atención con su médico de atención primaria o el de su hijo. Indique e inicialice si acepta o no autorizar a TeamBuilders a divulgar información sobre el tratamiento para la coordinación de la atención.

ACEPTO AUTORIZAR NO ACEPTO AUTORIZAR

Recordatorios de Citas y Mensajes

Autorizo a TeamBuilders Behavioral Health a dejar un mensaje de voz y / o mensaje de texto sobre mi información financiera, de programación y / o de salud en:

Casa Móvil Trabajo Correo Electrónico

Información de Pago / Facturación

_____ (inicial) Consulte el programa de tarifas para obtener información sobre las tarifas. Si corresponde, se facturará a su seguro por los servicios prestados. Algunas compañías de seguros cubren los servicios de salud del comportamiento, mientras que otras no. La mayoría no reembolsa citas perdidas, consultas, comparecencias ante el tribunal o redacción de informes. Muchos tienen deducibles, o solo cubren un porcentaje de nuestras tarifas.

Los montos de los costos compartidos vencen en el momento del servicio o inmediatamente después de recibir un estado de cuenta. Efectivo, tarjeta de crédito, giro postal o cheque de caja son formas de pago aceptables. TeamBuilders no acepta cheques personales y se necesita pago en efectivo por el monto exacto adeudado. En caso de que no pueda asistir a una cita, debe notificar a TeamBuilders con 24 horas de anticipación, o puede ser responsable de pagar la sesión que perdió. A los clientes elegibles para Medicaid no se les puede cobrar por cancelaciones tardías o no presentarse.

Asignación de Beneficios / Garantía de Pago

_____ (inicial) Acepto la información que he leído y por la presente autorizo e instruyo a todos los terceros pagadores que están bajo contrato con el cliente o con un miembro de la familia o empleador del cliente a que paguen directa y exclusivamente a TeamBuilders todos los beneficios que pueden ser debidos o pueden llegar a ser por servicios prestados al cliente. Por la presente, asigno y transfiero a TeamBuilders todos los beneficios hasta el monto de los cargos reales por los servicios. Asumo toda la responsabilidad de proporcionar tarjetas de seguro antes de los servicios prestados. Asumo toda la responsabilidad como cliente, padre, tutor legal o agente de notificar al personal de TeamBuilders sobre todos los cambios recientes de la compañía de seguros de salud, tarjetas de seguro actualizadas y planes de seguro de salud, y cualquier cancelación de planes de seguro que pueda ocurrir durante el tiempo en el que los servicios son proporcionados por TeamBuilders.

Declaración de Responsabilidad Financiera

_____ (inicial) Acepto asumir la responsabilidad total del pago de todos los cargos y gastos a TeamBuilders por los servicios prestados o proporcionados al cliente que no se hayan pagado a través de los beneficios de los planes de seguro médico prepago u otro pagador externo al que el cliente tiene derecho. Entiendo que puedo ser responsable de los coseguros, copagos o deducibles que deban cumplirse antes de los planes prepagos de seguro médico para el pago de todos los servicios prestados. Para cualquier servicio fuera de la red, también entiendo que seré responsable de cualquier saldo impago que no haya sido pagado por mi seguro que tenga más de 90 días de antigüedad.

Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar a TeamBuilders mi dirección actual e información de contacto para la coordinación de la atención y los fines de facturación. También entiendo que estoy sujeto a una tarifa de cobro de \$ 75.00 por cualquier cargo que tenga más de 90 días a partir de la fecha del servicio enviado a un agente de cobro y puede ser reportado a la agencia de crédito.

Al firmar a continuación, indica que ha leído y comprende este consentimiento informado y que acepta sus términos. También está indicando que cualquier pregunta que haya tenido sobre esta declaración ha sido respondida a su entera satisfacción.

Al firmar a continuación, reconozco que leí, entendí y tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre las autorizaciones proporcionadas en este Consentimiento informado para el tratamiento y recibí suficiente información en respuesta a mis preguntas.

Firma del Cliente *(requiere 14 años y más)*

Nombre Impreso

Fecha

Firma del Padre / Tutor Legal

Nombre Impreso

Fecha