

Consentimiento para recibir tratamiento

Bienvenido a Youth Services. Este documento contiene información importante acerca de nuestros servicios profesionales y políticas. Por favor, lea cuidadosamente y anote todas las preguntas que tenga para que podamos discutir el asunto en nuestra próxima reunión. Una vez que firme esto, se constituirá un acuerdo vinculante entre nosotros. Le agradecemos que nos dé la oportunidad de ayudarle.

Servicios terapéuticos

Dado que va a invertir una buena cantidad de tiempo, dinero y energía en la terapia, usted debe elegir un terapeuta cuidadosamente. Creemos firmemente que usted debe sentirse cómodo con su terapeuta, y optimista respecto al proceso de la terapia. Cuando usted se siente de esta manera, es mas probable que la terapia sea útil.

Consideramos que la terapia es una asociación entre nosotros. Juntos, vamos a identificar los problemas que necesitan atención, establecer metas y revisar nuestro progreso. La psicoterapia no es como visitar un médico. Se requiere su participación muy activa. Requiere sus mejores esfuerzos para cambiar los pensamientos, sentimientos y comportamientos. Por ejemplo, aun si su terapeuta no pregunta, queremos que usted le cuente al terapeuta acerca de sus experiencias importantes, lo que significan para usted, y los fuertes sentimientos que están involucrados. Esta es una de las maneras en que usted es un socio activo en la terapia.

Como con cualquier tratamiento de gran alcance, hay algunos riesgos así como muchos beneficios con la terapia. Usted debe pensar en los beneficios y riesgos a la hora de tomar cualquier decisión de tratamiento. Por ejemplo, en la terapia existe el riesgo que los clientes sufran por un tiempo niveles incómodos de tristeza, culpa, ansiedad, enojo, frustración, soledad, desamparo u otros sentimientos negativos. Las decisiones importantes se hacen a veces en la terapia, incluidas las decisiones que implican la separación dentro de las familias, el desarrollo de otros tipos de relaciones, el cambio de los ajustes de empleo y el cambio de estilos de vida. Estas decisiones son el resultado legítimo de la experiencia de la terapia y el resultado de una persona cuestionando muchos de sus creencias y valores.

La psicoterapia también ha demostrado tener beneficios para las personas que la llevan a cabo. La terapia a menudo conduce a una reducción significativa en los sentimientos de angustia, mejores relaciones, mejor capacidad para enfrentar dificultades, resolución de problemas específicos y claridad de los objetivos y valores personales. No hay garantías sobre lo que sucederá. Su terapeuta estará disponible para discutir cualquiera de sus supuestos, problemas o posibles efectos secundarios negativos en su trabajo juntos.

Qué esperar de la relación terapéutica

Como profesionales, vamos a utilizar nuestro mejor conocimiento profesional y habilidades para ayudarle. Esto incluye seguir las reglas y normas de nuestras afiliaciones profesionales. En su mejor interés, estas organizaciones profesionales ponen límites en la relación entre un/a terapeuta y un/a cliente, y vamos a

cumplir con estos. Expliquemos estos límites, para que no crea que son las reacciones personales a usted.

En primer lugar, estamos autorizados y capacitados para prestar servicios de salud mental -no derecho, medicina o cualquier otra profesión. No somos capaces de darle un consejo como profesionales de otra disciplina. Estamos licenciados para prestar servicio de salud mental por el Estado de Illinois.

En segundo lugar, las leyes estatales y las reglas de nuestras afiliaciones profesionales nos exigen que mantengamos confidencial (es decir, privado) todo lo que Ud. le dice a su terapeuta. Usted puede confiar en que nosotros no comentaremos con nadie lo que le dice a su terapeuta, excepto en ciertas situaciones limitadas. Le explicamos lo que son en la sección "Confidencialidad" a continuación. Aquí queremos explicar que no revelamos quiénes son nuestros clientes. Esto es parte de nuestros esfuerzos para mantener su privacidad. Si se encuentra con su terapeuta en la calle o socialmente, él/ella no puede saludarlo o conversar mucho con usted. Su comportamiento no será una reacción personal a usted, sino una forma de mantener la confidencialidad de su relación.

En tercer lugar, en su mejor interés y de acuerdo a las reglas y las normas profesionales, su terapeuta sólo puede ser su terapeuta. Su terapeuta no puede tener ningún otro papel en su vida. Su terapeuta no puede, ni ahora ni nunca, ser un/a amigo/a o socializar con alguno de sus clientes. Los terapeutas no pueden ser un terapeuta para alguien que ya es un/a amigo/a. Los terapeutas nunca pueden tener una relación sexual o romántica con cualquier cliente durante o después el curso de la terapia. Los terapeutas no pueden tener una relación comercial con alguno de sus clientes, con excepción de la relación terapéutica.

Confidencialidad

Vamos a tratar toda la información que usted comparte con nosotros con gran cuidado. Es su derecho legal que nuestras sesiones y el registro terapéutico sobre usted se mantengan en privado. Es por eso que le pedimos que firme el documento " Consentimiento para la Publicación y el Intercambio de Información Confidencial" antes de que podamos hablar de usted o enviar nuestros registros sobre usted a alguien. En general, no le diremos a nadie lo que Ud. le dice a su terapeuta. No vamos a revelar que usted está recibiendo terapia en Youth Services.

En todo momento, excepto situaciones excepcionales, su confidencialidad (es decir, su privacidad) está protegida por la ley estatal y las reglas de nuestra profesión. Estos son los casos más comunes en las que la confidencialidad no está protegida:

1. Si se le envió a la terapia por un tribunal para la evaluación o el tratamiento, el tribunal espera un informe de su terapeuta. Si esta es su situación, por favor hable con su terapeuta antes de decirle algo que no quiere que el juez sepa. Usted tiene el derecho de decirle a su terapeuta sólo lo que usted se sienta cómodo diciendo;
2. ¿Está demandando a alguien o alguien le está demandando a usted? ¿Está acusado de un crimen? Si es así, y usted le dice al tribunal que está recibiendo servicios terapéuticos, entonces se le puede ser exigir que enseñe a la corte sus registros terapéuticos. Por favor, consulte a su abogado acerca de estos temas;
3. Si usted hace una seria amenaza de dañarse o de hacer daño a alguien, la ley requiere que su terapeuta trate de proteger a usted o esa otra persona. Esto generalmente significa informar a otros, incluyendo las autoridades, acerca de la amenaza. Su terapeuta no puede prometer que nunca les dirá a otros acerca de las amenazas que realice; o
4. Si su terapeuta cree que un/a niño/a ha sido o va a ser abusado/a o descuidado/a, está obligado/a por ley a informar a las autoridades.

Hay dos situaciones en las que el/la terapeuta puede hablar de parte de su caso con otro/a terapeuta. Ahora pedimos su entendimiento y acuerdo para permitir que su terapeuta lo haga en estas dos situaciones.

En primer lugar, cuando su terapeuta esté fuera de la oficina durante unos días, los empleados clínicos "cubrirán" los deberes de su terapeuta. Este personal estará disponible para usted en caso de emergencia, por lo que necesita saber acerca de usted. Generalmente, su terapeuta le informará a este/a terapeuta sólo lo que él o ella necesita saber para una emergencia. Por supuesto, este/a terapeuta está obligado/a por las mismas leyes y reglas que su terapeuta para proteger su confidencialidad.

En segundo lugar, los terapeutas consultan con otros terapeutas acerca de sus clientes. En su caso, los empleados clínicos de Youth Services participan en consulta con sus supervisores clínicos y colegas. Consulta/Supervisión ayuda a su terapeuta en dar una atención de alta calidad. También se requiere que estas personas mantengan su información privada.

Si sus registros necesitan ser vistos por otro profesional o cualquier otra persona, vamos a discutirlo con usted. Si usted está de acuerdo para compartir estos registros, usted tendrá que firmar un documento de autorización. Este formulario indica exactamente la información que sea compartida, con quién y por qué. También establece límites de tiempo. Usted puede leer este formulario en cualquier momento. Si tiene alguna pregunta, por favor pregunte a su terapeuta.

Generalmente, su compañía de seguros de salud sólo recibirá los estados de cuenta. Estos tienen las fechas de nuestras citas, nuestros cargos y un diagnóstico. Serán parte de su expediente médico permanente. Es necesario para que la compañía de seguros pague por los servicios.

Como parte de los esfuerzos de control de costos, una compañía de seguros a veces puede pedir más información sobre los síntomas, diagnósticos y métodos de tratamiento de su terapeuta. Le informaremos si esto ocurre y lo que la empresa ha pedido. Por favor, entienda que no tenemos control sobre cómo estos registros se manejan en la compañía de seguros. Nuestra política es ofrecer solamente la cantidad de información que la compañía de seguros necesitará a fin de que pague sus beneficios.

Nuestras citas

Una cita es un compromiso con nuestro trabajo. Estamos de acuerdo en reunirnos y llegar a tiempo. Si su terapeuta está retrasado/a y no puede iniciar a tiempo, le pedimos su cortesía. También le aseguramos de que recibirá todo el tiempo acordado en la cita. Si usted llega tarde, es probable que no pueda cumplir durante todo el tiempo. Es probable que su terapeuta tenga otra cita después de la suya.

Una cita cancelada retrasa nuestro trabajo. Su terapeuta considera sus reuniones muy importantes y le pedimos que haga lo mismo. Por favor, trate de no faltar las sesiones si puede evitarlo. Su terapeuta reservará una hora habitual para el futuro previsible. Él/ella también hace esto para sus otros clientes. Por lo tanto, puede ser difícil encontrar un tiempo alternativo para usted. Se le cobrará la tarifa completa para las sesiones canceladas con menos de 24 hora de anticipación, salvo por las causas graves. **PRESTE ATENCIÓN:** las compañías de seguros no reembolsan por citas perdidas o por cancelación tardía y el costo será transmitido a usted, el/la cliente.

No somos capaces de proporcionar la supervisión para los niños en la sala de espera y no podemos aceptar responsabilidad por su seguridad si no están supervisados. Para la seguridad y el bienestar de los niños, y por consideración a otros, favor de hacer otros arreglos para los niños durante las sesiones de terapia. Los padres serán responsables por cualquier daño a la propiedad causados por sus hijos.

Honorarios, pagos y facturación

Se espera que pague por cada sesión al mismo día de la cita, a menos que acordemos lo contrario o menos que su cobertura de seguro requiere otro arreglo. Nuestros honorarios regulares son los siguientes. Se le dará preaviso si nuestras tasas deben cambiar.

Evaluación/Valoración: Nuestros honorarios para la evaluación inicial y la valoración cuestan \$165.00. Evaluación y valoración normalmente ocurren en su casa y generalmente duran entre una hora y media a dos horas.

Servicios de terapia regulares: Para una sesión de _____ minutos, la cuota es de \$ _____. Por favor, pague por cada sesión a la hora del servicio. Este arreglo permite a Youth Services a mantener las tasas lo más bajo posible. Otros acuerdos de pagos o cuotas deben ser resueltos antes del final de nuestra primera reunión.

Consultas por teléfono: Le cobraremos nuestra tarifa regular, prorrateado por el tiempo necesario. Si tenemos que tener conferencias telefónicas largas con otros profesionales como parte de su tratamiento, se le facturará por estos en la misma proporción que para los servicios regulares de terapia. Si esto le preocupa, por favor asegúrese de discutirlo con su terapeuta de antemano para que pueda establecer una política que sea cómoda para ambos. Por supuesto, no hay ningún cargo por las llamadas acerca de citas, facturación o negocio similar.

Otros servicios: Los cargos por otros servicios, como visitas al hospital, consultas con otros terapeutas, visitas a domicilio o cualquiera de los servicios relacionados con el tribunal (como consultas con abogados, deposiciones o la asistencia a las actuaciones judiciales) se basarán en el tiempo dedicado en la prestación del servicio de acuerdo de su horario regular de cuota. Algunos servicios pueden requerir el pago por adelantado.

Porque esperamos los pagos al momento de nuestras citas, generalmente no enviamos facturas. Sin embargo, si hemos acordado que se le facturara, le pedimos que se pague la factura dentro de los 5 días de recibirla. Si no las paga a tiempo, tendríamos requerir que pague al recibir el servicio.

Si usted cree que va a tener problemas para pagar por los servicios, por favor hable con su terapeuta para que podamos llegar a una solución.

Si hay cualquier problema con nuestros cargos, nuestra facturación, su seguro o cualquier otro punto financiero, por favor informe de esto a su terapeuta. Vamos a hacer lo mismo con usted. Estos problemas pueden interferir mucho con nuestro trabajo. Deben discutirse abiertamente y de manera oportuna.

Cobertura y pagos del “Seguro de Salud”

Debido a que Youth Services tiene los profesionales licenciados, muchos planes de seguro médico le ayudarán a pagar por la terapia y otros servicios que ofrecemos. Estos planes incluyen BlueCross/BlueShield y la mayoría de los planes médicos mayores. Debido a que las pólizas del seguro de salud son escritas por muchas empresas diferentes, no podemos decir lo que cubre su plan. Por favor, lea el folleto de su plan bajo la cobertura de "Psicoterapia para Pacientes Externos" o en "El Tratamiento de Condiciones Mentales y Nerviosos" o llame a la oficina de su compañía de seguros para determinar su cobertura. Si su seguro médico pagará parte del costo de su servicio y decide utilizar su seguro, Youth Services procesará sus reclamaciones de seguros para usted. Sin embargo, por favor tenga estas tres cosas en mente:

1. No tenemos ningún papel en la decisión de lo que cubre su seguro. Su compañía de seguros decide si, nuestros servicios serán cubiertos en su caso y cuánto se pagará a Youth Services. Usted es responsable de verificar la cobertura de su seguro, los deducibles, las tasas de pago, co-pagos, etcétera. Su contrato de seguro es entre usted y su empresa; no es entre Youth Services y la compañía de seguros.
2. Usted, no su compañía de seguros o cualquier otra persona o empresa, es responsable de pagar los honorarios acordados. Si nos pide que preparemos las facturas para un esposo/a separado/a, un pariente, o una compañía de seguros, y todavía Youth Services no recibe el pago a tiempo, Ud. será responsable por este pago.

3. La mayoría de los contratos de seguros requieren que usted autorice a Youth Services para proporcionar un diagnóstico clínico, y en ocasiones, información adicional, como un plan de tratamiento o un resumen, o posiblemente incluso una copia de todo el expediente. Esta información formará parte de los archivos de la compañía de seguros y algunos o todos de la misma puede ser computarizado. Todas las compañías de seguros afirman mantener dicha información confidencial, pero una vez que está en sus manos, Youth Services tiene ningún control sobre él. En algunos casos, pueden compartir la información con un banco nacional de datos de información.

Por favor, lea la “Política de Privacidad” (HIPAA), una ley federal que ofrece una mayor protección para su información personal de salud, que se muestra en la sala de espera todo el día. La firma de este documento indicará que entiende sus derechos de HIPAA.

Si usted tiene un Contrato de Servicios Médicos Administrados

Si su compañía de seguro de salud tiene un contrato con una compañía de servicios médicos administrados, las decisiones sobre el tipo de atención que necesita y cuánto de él usted puede recibir serán descritos por el plan.

1. Usted debe llamar a su compañía de seguro primero, ya que tiene reglas, límites y procedimientos que usted debe saber antes de comenzar la terapia. Por favor traiga la descripción de servicios de su plan de seguro de salud a nuestro primer encuentro, y también su tarjeta de seguro, para que podamos hablar de esto y decidir qué hacer.

2. Con el fin de ayudarle con cualquier beneficio de seguro de salud, Youth Services tendrá que enviar información sobre usted a su compañía de servicios médicos administrados (si lo tiene) o a un agente de su compañía de seguro de salud. Estas empresas están pidiendo cada vez más para obtener más información acerca de los clientes y querrán saber acerca de sus problemas, síntomas, vida familiar y laboral, y así. Esta información será revisada por el personal de las compañías de seguro de salud y servicios médicos administrados.

3. Youth Services proporcionará información sobre usted a su compañía de seguro sólo con su consentimiento informado y escrito. Podemos enviar esta información por correo o por fax. Youth Services hará todo lo que pueda para mantener su privacidad.

Si usted necesita comunicarse con su terapeuta

Debido a que Youth Services es una agencia de servicios de salud mental en consulta externa, su terapeuta no puede prometer que él/ella estará disponible en todo momento. Aunque la oficina está abierta de lunes a viernes de 8:30a-5:30p, su terapeuta no podrá recibir llamadas telefónicas cuando está con sus clientes. Siempre se podría dejar un mensaje en el buzón de voz de su terapeuta y él/ella le devolverá la llamada lo antes posible. Generalmente, su terapeuta devolverá mensajes todos los días excepto los fines de semana y días festivos. Si usted tiene una emergencia extrema puede comunicarse con el empleado de guardia de Youth Services a través de nuestro sistema telefónico de emergencia.

Si usted tiene una crisis emocional o de comportamiento y no puede comunicarse con su terapeuta o el empleado de guardia de Youth Services, usted y los miembros de su familia tendrán que llamar al 911 o ir a la sala de emergencias más cercana para conseguir ayuda.

Si su terapeuta tiene que comunicarse con alguien acerca de usted

Si hay una emergencia durante nuestro trabajo cuando estamos juntos, o si su terapeuta se preocupa por su seguridad personal, estamos obligados por la ley y por las normas de nuestra profesión a contactar a alguien cercano a usted - tal vez un pariente, esposo/a o amigo/a íntimo/a. También estamos obligados a contactar a esta persona, o las autoridades, si nosotros creemos que podría hacer daño a otra persona. Por favor escriba el nombre y la información de la persona que usted elige en los espacios que siguen:

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

TELÉFONO: _____

RELACION: _____

Uso de los datos y las grabaciones SIN IDENTIFICACIÓN

Youth Services es un centro de formación para estudiantes de maestros y de doctorados. Por lo tanto, se les puede pedir a los estudiantes a presentar datos o borradores de informe en un seminario de supervisión. Todos los datos o proyectos presentados serán no-identificados (es decir, no contendrán información de identificación, tales como nombre, dirección, teléfono / correo electrónico, fecha de nacimiento, lugar de residencia, nombre de la escuela, miembros de la familia, maestros, amigos, etc.).

Además, el uso de la grabación de audio puede ser utilizado únicamente para el propósito de la supervisión clínica. Todas las grabaciones se borrarán o serán destruidas después de la sesión de supervisión. Cualquier contenido de la entrevista grabada se mantendrá como confidencial.

Nuestro Acuerdo

Yo, el/la cliente (o su padre, madre o tutor), entiendo que tengo el derecho de no firmar este formulario. Entiendo que puedo elegir discutir mis preocupaciones con mi terapeuta, antes de empezar (o antes de que el/la cliente inicie) la terapia formal. También entiendo que cualquier de los puntos mencionados anteriormente puede ser discutido o cambiado. Si en cualquier momento durante la terapia tengo preguntas sobre cualquiera de los temas tratados anteriormente, puedo hablar con mi terapeuta acerca de ellos, y mi terapeuta hará su mejor esfuerzo para responder a ellas.

Entiendo que después de que comience el tratamiento, yo tengo derecho a retirar mi consentimiento para el tratamiento en cualquier momento y por cualquier razón. Sin embargo, voy a hacer todo lo posible para hablar de mis preocupaciones sobre mi progreso con mi terapeuta antes de terminar la terapia.

He leído, o me han sido leídos, los temas y puntos de este documento. He hablado de esos puntos que no entendía, y mis preguntas han sido contestadas. Estoy de acuerdo en actuar de acuerdo con los puntos tratados en este documento. Yo estoy de acuerdo para entrar en tratamiento con este/a terapeuta (o para que el cliente ingrese la terapia) y voy a cooperar plenamente y con lo mejor de mi capacidad, como se muestra por mi firma aquí.

Firma del/la cliente

Fecha

Nombre impreso

Firma de la persona que
actúa para el/la cliente

Fecha

Nombre impreso

Relación con el/la cliente: _____

Yo, el/la terapeuta, me he reunido con este/a cliente (y/o su padre, madre o tutor) durante un periodo de tiempo adecuado y le he informado de los temas y puntos en este documento. He respondido a todas sus preguntas. Yo creo que esta persona entiende completamente las cuestiones y no encuentro ninguna razón para creer que esta persona no es plenamente competente para dar su consentimiento informado al tratamiento. Estoy de acuerdo a entrar en terapia con el/la cliente, como se muestra por mi firma aquí.

Firma del terapeuta

Fecha

Copia aceptada por el/la cliente Copia conservada por terapeuta