Youth Services of Glenview/Northbrook
Acuerdo de Tratamiento

Nombre del/de la Cliente: Fecha de Nacimiento:

Favor de leer el siguiente acuerdo y poner sus iniciales a la izquierda de cada declaración y firmar abajo:

_____ He recibido y leído el acuerdo de tratamiento de Youth Services, he discutido mis preguntas o preocupaciones con el personal de la agencia y doy mi consentimiento para que el/la cliente arriba mencionado(a) reciba servicios clínicos de la agencia, y doy mi consentimiento para que la agencia utilice evaluadores y herramientas de evaluación, como lo determina el acuerdo de tratamiento.

_____ He recibido, leído y comprendido las políticas de privacidad de Youth Services, como lo determina el acuerdo de tratamiento.

_____ He recibido, leído y comprendido las políticas de privacidad de Youth Services, como lo determina el acuerdo de tratamiento.

_____ He recibido, leído y comprendido los riesgos de la teleterapia como se describe en el acuerdo de tratamiento, y entiendo los pasos que el personal de la agencia y yo tomaremos para manejar dichos riesgos. He hecho cualquier pregunta pendiente que tengo sobre la teleterapia, y doy mi consentimiento a los servicios de teleterapia.

_____ Entiendo que estoy dando mi consentimiento por escrito a mi terapeuta/al terapeuta de mi hijo para usar software/plataformas de videoconferencia y comunicación no compatibles con HIPAA para sesiones de teleterapia y comunicación cuando el software/plataformas compatibles con HIPAA no están disponibles o no funcionan correctamente y/o por otras razones personales que pueda tener. Entiendo que el terapeuta de mi hijo/a y Youth Services de Glenview/Northbrook no pueden ser considerados responsables por cualquier posible violación de la información.

_____ He recibido, leído y comprendido las prácticas de Youth Services para mitigar la propagación de COVID-19 y otras enfermedades contagiosas, como se describe en el acuerdo de tratamiento. Entiendo que las políticas de la agencia relacionadas con el enmascaramiento, el distanciamiento social y otras estrategias de mitigación pueden cambiar según las directrices de el CDC, y estoy de acuerdo en seguir todas las políticas de la agencia.

_____ Si estoy usando mi seguro de salud, autorizo la divulgación de la información necesaria para que Youth Services pueda procesar la solicitud de cobertura de seguro para los servicios al cliente que se mencionan arriba y autorizo que se paguen los beneficios del seguro a Youth Services. Además, acepto la responsabilidad de pagar los costos que no están cubiertos por mi

seguro. Si no estoy usando un seguro de salud, acepto la responsabilidad de pagar la tarifa de pago privado acordada (que aparece en el formulario de información sobre el cliente y en el formulario de facturación).

_____ Entiendo que hay que pagar por los servicios en el momento en que se efectúan, a no ser que se haya acordado un arreglo financiero con anterioridad.

_____ Entiendo que soy responsable de pagar todas las citas marcadas a menos que las cancele con 24 horas de anticipación y que Youth Services se reserva el derecho de cobrarme por las sesiones a las que no me presento/las cancelaciones de último momento.

_____ He declarado todas las alergias, restricciones alimenticias y/o médicas que tiene el/la cliente. *Por favor, haga una lista aquí:*

_____ Doy mi consentimiento informado a la agencia para prestar asistencia médica de emergencia al/a la cliente mencionado(a) arriba, si fuese necesario.

_____ Doy mi consentimiento para que el personal de la agencia o los aprendices transporten al/ a la cliente, si fuera necesario y con el consentimiento del/de la cliente, y de su padre/madre/apoderado.

Firma del Cliente o Padre/Tutor	*Nombre Impreso del Cliente o Padre/Tutor*	*Fecha de Firma*