

Consentimiento para Servicios

Consentimiento Informado para Recibir Tratamiento del Centro de Consejería para la Prevención del Suicidio

Descripción General

Nos sentimos honrados de que eligió participar en su trayecto terapéutico con el Centro de Consejería para la Prevención del Suicidio de Didi Hirsch. A continuación, se presentarán algunas de nuestras políticas, cuestiones legales y éticas que nos gustaría que comprendiera antes de comenzar con los servicios. Aunque no hay garantías con respecto al resultado de psicoterapia, se ha demostrado que brinda esperanza, mejora la resiliencia, brinda alivio de los síntomas como: reducción de la angustia emocional, ayudar a desarrollar soluciones para problemas específicos y mejorar las relaciones interpersonales. Además, la psicoterapia puede brindarle a uno un mayor sentido de autoconciencia, empoderamiento, creatividad y vitalidad.

Este documento es una parte necesaria de nuestra relación de tratamiento con usted. Incluye información importante sobre el estado profesional de su terapeuta, los servicios y políticas comerciales. La ley requiere que obtengamos su firma reconociendo que le hemos proporcionado esta información. También estamos legalmente bajo mandato de proporcionarle el estado laboral de su terapeuta como profesional de salud mental.

Su terapeuta está empleado o es estudiante del Centro de Consejería para la Prevención del Suicidio de Didi Hirsch y está registrado o tiene licencia a través del California Board of Behavioral Sciences or Board of Psychology. Si aún no tiene licencia o es estudiante, su terapeuta se encuentra bajo la supervisión de una terapeuta licenciado(a) que trabaja para el Centro de Consejería para la Prevención del Suicidio de Didi Hirsch.

Confidencialidad

Su confidencialidad es muy importante para nosotros. Le pediremos su consentimiento para compartir su información de salud personal con otros, con algunas excepciones. Por favor, refiérase al Aviso de Prácticas de Privacidad de nuestra agencia. Toda información compartida durante las sesiones de terapia es confidencial, pero con la excepción de información relacionada con abuso infantil, abuso de adultos dependientes o de adultos mayores, o de cualquier intento de hacerse daño a sí mismo(a) o a otro(s) y, en algunos casos, cuando existe riesgo de suicidio. A continuación, se le proporcionará con más información sobre los pasos que podríamos tomar para apoyar su salud y su bienestar o el de otras personas que conoce (y quien/quienes podrían tener en riesgo su seguridad).

La ley protege la confidencialidad entre cliente y psicoterapeuta. Es importante que le informemos de algunas situaciones, que se describen abajo, en las que estamos autorizados u obligados a divulgar información sin su consentimiento o autorización:

1. Si tenemos la sospecha de que un menor de 18 años ha sido víctima de abuso físico, abuso sexual o negligencia, la ley requiere que rompamos la confidencialidad e informemos de la sospecha al Departamento de Servicios para Niños y Familias.
2. Si tenemos la sospecha de abuso físico, abandono, secuestro, aislamiento o abuso financiero, o negligencia de un adulto mayor o adulto dependiente, la ley exige que informemos de la sospecha a la agencia gubernamental correspondiente.
3. Si tenemos una preocupación razonable de que el estado de angustia mental y emocional de un cliente podría ser un peligro para sí mismo, es posible que debamos tomar medidas de protección, incluyendo el contactar miembros de su familia u otras personas que puedan ayudar a brindar protección. Sin embargo, nuestro objetivo es que este sea un proceso de colaboración y trabajo para garantizar que se utilice la intervención menos invasiva posible, siendo el 911 o la hospitalización la última opción, la más invasiva.
4. Si un cliente comunica una amenaza grave de violencia física o una amenaza a la propiedad de una víctima identificable, debemos tomar medidas de protección, que incluyen notificar a la víctima potencial y a la policía. También podemos recurrir a la hospitalización del cliente o contactar a otras personas que puedan ayudar a proteger a la víctima.

5. Si está involucrado en un proceso judicial y se solicita información sobre el servicio profesional que le hemos brindado y/o los registros del mismo, dicha información está protegida por la ley de privilegio del psicoterapeuta/cliente. No podemos proporcionar ninguna información a menos que usted o que su representante legal lo autoricen, u ordenado por el tribunal.
6. Si presenta un reclamo de compensación laboral o un reclamo civil por dolor y sufrimiento, nosotros debemos, con una previa solicitud apropiada, divulgar información relevante a su condición al asegurador de compensación al trabajador.

Si surge alguna de estas situaciones, haremos todo lo posible para discutir en detalle cualquier divulgación de información o informe que debamos hacer antes de tomar las medidas correspondientes. Además, limitaremos cualquier divulgación de información, a lo que es clínicamente relevante para la situación actual.

"Política de No Secretos" para Terapia de Pareja y Familia

Tenga en cuenta que cuando trabajamos con parejas o familias, tenemos una política de "no secretos". Esto significa que no guardaremos secretos de otros miembros de la unidad de tratamiento (es decir, unidad familiar o conyugal) si el secreto interferirá con los objetivos de la terapia. Sin embargo, trabajaremos con cada cliente para compartir información que consideren difícil con otros miembros de la unidad de tratamiento de la manera en que se sientan más cómodos. Juntos encontraremos una manera de compartir información de tal manera que preserve la integridad de la terapia mientras se resuelven problemas.

Información de Contacto y Comunicación Fuera de la Sesión

Puede dejarnos mensajes de correo de voz confidenciales para su terapeuta en cualquier momento en nuestra ubicación de Olympic (424) 362-2900 o en nuestra ubicación en el Condado de Orange al (714) 547-0885. Con la excepción de los fines de semana, nuestro objetivo es devolver las llamadas dentro de las próximas 48 horas. Cuando deje su mensaje, recuerde de dejar su número de teléfono y una hora conveniente para devolverle la llamada.

Tenga en cuenta que, si bien la comunicación por correo electrónico está disponible para asuntos no clínicos, existen riesgos de seguridad inherentes a esta forma de comunicación. Por favor refiérase a nuestro Formulario de Consentimiento de Comunicación Electrónica para obtener información adicional.

Si tiene una emergencia de vida o muerte en cualquier momento, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano. Si tiene un problema de salud mental fuera del horario de atención y desea hablar con un consejero de la línea de crisis, llame al 988 Línea de Prevención del Suicidio y Crisis.

Pago y Sesiones de Terapia

Las tarifas de sesión (vea la sección "Tarifas" a continuación para la ubicación de su terapia) se cobran antes de cada sesión. Aceptamos pago en efectivo, tarjetas de crédito o cheques a nombre de "Didi Hirsch Mental Health Services". Si bien tratamos de ser comprensivos con las limitaciones financieras de los clientes, es posible que no podamos programar más sesiones si no se han pagado las dos sesiones anteriores. Si las cuotas de sesión siguen sin pagarse, es posible que busquemos la asistencia de servicios externos para cobrar las cuotas no pagadas. Las sesiones serán cobradas en tarifa completa por citas perdidas, a menos que recibamos una cancelación de su parte con 48 horas de anticipación, con la excepción de emergencias y enfermedades graves. Las tarifas de sesión también se aplican a las sesiones telefónicas y de telesalud; sin embargo, no cobramos por las llamadas de menos de 10 minutos. Hay una tarifa de servicio de \$25 por cheques sin fondos. En promedio, ajustamos las tarifas de los clientes anualmente y cualquier cambio en la estructura de las tarifas se discutirá con anticipación.

Los servicios adicionales que incluyen redacción de cartas, coordinación de la atención con otros profesionales que haya autorizado, preparación de registros o resúmenes de tratamiento o tiempo dedicado a realizar otros servicios que solicite pueden generar tarifas adicionales que se discutirán y acordarán con anticipación. Por favor llegue a tiempo a su sesión y

esté libre de intoxicación por alcohol y drogas durante al menos 12 horas. Hacemos todo lo posible para mantener un cronograma "puntual". Las sesiones de terapia suelen programarse semanalmente a menos que acordemos lo contrario. Cuando llega el momento de interrumpir la terapia, solicitamos programar una sesión de cierre para solidificar el trabajo que hemos realizado y cerrar nuestra relación.

Tarifas para la Ubicación de Olympic

El pago se espera antes del servicio y es pagado a "Didi Hirsch Mental Health Services". Cualquier petición de opciones de pago especiales deben ser aprobados y arreglados con el Terapeuta por adelantado. Si yo elijo pagar en efectivo, acepto traer cambio exacto o permitir que el Terapeuta acredite cualquier exceso a mi cuenta. Entiendo que las sesiones individuales, de pareja y familiares son 50 minutos de duración. También entiendo que las sesiones de grupo duran de una a dos horas. La tarifa estándar para las sesiones grupales es de \$60 por sesión. La tarifa estándar para sesiones individuales, de pareja o familiares es de \$150 por sesión. Por favor consulte la "Estimación de Buena Fe" proporcionada a usted en la admisión para una explicación más detallada de las tarifas de los servicios.

Tarifas para la Ubicación del Condado de Orange

Entiendo que los Servicios del Centro de Prevención del Suicidio de Didi Hirsch en el Condado de Orange están financiados por la Agencia del Cuidado de la Salud del Condado de Orange. Actualmente, los servicios del cuidado de la salud conductual se brindan sin costo. Entiendo que debo ser un residente del Condado de Orange y estar físicamente en el Condado de Orange al momento del servicio.

El tiempo con el Terapeuta a través de sesiones de telesalud se puede organizar con la misma tarifa.

En este momento, la tarifa acordada por mis servicios es: \$_____.

Entiendo y acepto las opciones de pago y tarifas detalladas en la sección anterior.

Política de cancelación para la ubicación del Condado de Orange:

Entiendo que si necesito cancelar o reprogramar una cita, llamaré para hacerlo lo antes posible, preferiblemente al menos 24 horas antes de la cita programada. Además, entiendo que si pierdo dos sesiones de terapia o de grupo consecutivas sin notificación previa, es posible que me den por terminados los servicios (aunque puedo volver a solicitar los servicios en una fecha posterior).

Política de Quejas

Tiene derecho a presentar una queja ante Didi Hirsch Mental Health Services en cualquier momento si cree que ha sido discriminado, si cree que su privacidad ha sido violada, o si no está satisfecho con los servicios que se le brindan. Todos los reclamos deben presentarse por escrito. Usted no será penalizado ni sufrirá represalias por presentar una queja. El Formulario de Queja del Centro de Prevención contra el Suicidio puede solicitarse a través correo electrónico SPCDirector@didihirsch.org o lo puede encontrar en Didihirsch.org.

Litigación

No participaremos voluntariamente en ninguna litigación o disputa de custodia en la que usted u otra persona, o entidad sean partes. Tenemos una política de no comunicarnos con abogados y, en general, no escribiremos ni firmaremos cartas, informes, declaraciones o declaraciones juradas para ser utilizadas en un asunto legal. Por lo general, no proporcionaremos registros o testimonios a menos que se nos obligue a hacerlo. Si el Director de la División o el Director Clínico es citado u ordenado por un tribunal de justicia para que comparezca como testigo en una acción que lo involucre a usted, usted acepta reembolsarnos el tiempo dedicado a la preparación, el viaje u otro tiempo a nuestras tarifas de servicio judicial y testigo experto. Las tarifas se facturarán a no más de \$400 por hora, además de un anticipo de \$800.

Registros Profesionales

Las leyes y normas de nuestra profesión exigen que mantengamos información personal de salud (PHI, por sus siglas en inglés) sobre usted en su expediente clínico. A excepción de circunstancias inusuales, en las que creamos que es

razonablemente probable que el acceso a los registros le cause un daño sustancial a usted o a otros, usted puede examinar y/o recibir una copia de su registro clínico. Esta solicitud debe hacerse por escrito. Debido a que estos son registros profesionales, pueden ser malinterpretados y/o enfadar a lectores no capacitados. Por esta razón, le recomendamos que los revise inicialmente en nuestra presencia, o que los envíe a otro profesional de salud mental para que puedan discutir el contenido.

Reembolsos de Servicios de Seguro

En este momento, estamos registrados con algunas compañías de seguros privados para brindar tratamiento de salud mental a sus clientes. Si usted está asegurado con una compañía de seguros con la que no estamos en red, podemos ayudarle a determinar si su plan de seguro puede brindarle alguna cobertura para tratamiento de salud mental con un proveedor fuera de la red. Es importante que revise sus opciones de pago y se familiarice con las políticas y los procedimientos de su compañía de seguros con respecto al reembolso de servicios de salud. Podemos proporcionarle una factura mensual (a veces llamada "superfactura"), que usted puede enviarle a su compañía de seguro para reembolsos. Sin embargo, recuerde que usted (y no su compañía de seguros) es responsable del pago completo de nuestras tarifas al momento del servicio. También debe tener en cuenta que su contrato con su compañía de seguros de salud puede que nos requiera en proporcionarles información relevante de los servicios que le brindamos a usted. También se nos puede solicitar que proporcionemos un diagnóstico clínico, y en algunas situaciones, información como planes de tratamiento, resúmenes o copias de su Expediente Clínico. Sin embargo, antes de que podamos divulgar esta información, debemos recibir una notificación por escrito de su aseguradora que indique: 1) qué están solicitando, 2) por qué están solicitándolo, 3) cuánto tiempo se conservará y qué se hará con la información. En tales situaciones, haremos todo lo posible para divulgar solo la información mínima para proteger su confidencialidad.

Cámaras de Seguridad, Grabación de Audio y Espejos de Observación

Para permitir la seguridad del personal y de nuestros clientes, hay algunas cámaras de seguridad ubicadas estratégicamente alrededor del perímetro del edificio y áreas de tránsito general del interior del edificio. Sin embargo, no hay cámaras dentro de las salas de tratamiento, y las imágenes de seguridad no se almacenan de forma permanente, ni se comparten con nadie fuera de Didi Hirsch. Si está trabajando con uno de nuestros terapeutas sin licencia bajo la supervisión de un terapeuta licenciado, puede llegar un momento en que la grabación de audio, o la observación a través de un espejo unidireccional se lleve a cabo con fines educativos del terapeuta en formación, y para garantizar el mejor tratamiento posible para usted. Esto no se hará sin su aviso, o sin su consentimiento. Su consentimiento se dará a través de un formulario adicional firmado, y tiene derecho a rechazar esta grabación u observación. Esto no es un requisito de su parte, ni será sancionado de ninguna manera por su rechazo.

Formulario de Consentimiento para Tratamiento del Centro de Consejería para la Prevención del Suicidio

Mi terapeuta y yo hemos discutido mi caso y he sido informado(a) de los riesgos, duración aproximada del tratamiento, métodos alternativos de tratamiento y las posibles consecuencias de los efectos que el tratamiento puede tener para mí. Si bien espero beneficios de este tratamiento, yo comprendo y acepto plenamente que, debido a factores fuera de nuestro control, no se pueden garantizar tales beneficios y resultados deseados. Entiendo que la asistencia regular producirá los máximos beneficios posibles, pero que soy libre de interrumpir el tratamiento por mí mismo(a) en cualquier momento.

Entiendo que el Terapeuta no brinda servicio de emergencia. Durante las horas de la noche o los fines de semana, se me ha informado a quién/dónde llamar para asuntos que no sean de emergencia, también he sido **instruido a llamar al 911 si hay peligro inminente**, o llamar al **988 Línea de Prevención del Suicidio y Crisis para hablar con un consejero de la línea de crisis, el cual trabaja fuera del horario de atención para asuntos de salud mental**. He sido informado y comprendo los límites de la confidencialidad, y que por ley el Terapeuta debe reportar a las autoridades correspondientes, cualquier sospecha de abuso infantil, abuso a adultos mayores o adultos dependientes, o amenazas graves de daño hacia mí mismo, daño de mi hijo(a) hacia sí mismo(a), o a otra persona.

SPCC Acuerdo de Participación del Grupo de Apoyo

Descripción General

SPC ofrece grupos de apoyo con el objetivo de brindar un lugar seguro para que las personas hablen sobre sus pensamientos y sentimientos que afectan su salud mental, aumentar la capacidad de reconocer síntomas y factores de riesgo, aprender habilidades de afrontamiento y aumentar los sistemas de apoyo para afrontar mejor los factores estresantes ambientales. Los grupos de apoyo no son grupos de terapia. Esto no sustituye la atención psiquiátrica, la psicoterapia o el tratamiento médico. Aunque su grupo será cofacilitado por un médico de salud mental, el médico no es su terapeuta individual. Si está interesado en recibir servicios de terapia en Didi Hirsch, comuníquese con el facilitador de su grupo.

Confidencialidad

Su confidencialidad es muy importante para nosotros. Le pediremos su consentimiento para compartir su información de salud personal con otros, con algunas excepciones. El co-facilitador su grupo es un informante obligatorio, por lo tanto, todo lo que se discuta en el grupo es confidencial, con la excepción de información relacionada con abuso infantil, abuso de adultos dependientes o de adultos mayores, o de cualquier intento de hacerse daño a sí mismo(a) o a otro(s) y, en algunos casos, cuando existe riesgo de suicidio. A continuación, se le proporcionará con más información sobre los pasos que podríamos tomar para apoyar su salud y su bienestar o el de otras personas que conoce y quien/quienes podrían tener en riesgo su seguridad.

1. Si tenemos la sospecha de que un menor de 18 años ha sido víctima de abuso físico, abuso sexual o negligencia, la ley requiere que rompamos la confidencialidad e informemos de la sospecha al Departamento de Servicios para Niños y Familias.
2. Si tenemos la sospecha de abuso físico, abandono, secuestro, aislamiento o abuso financiero, o negligencia de un adulto mayor o adulto dependiente, la ley exige que informemos de la sospecha a la agencia gubernamental correspondiente.
3. Si tenemos una preocupación razonable de que el estado de angustia mental y emocional de un cliente podría ser un peligro para sí mismo, es posible que debamos tomar medidas de protección, incluyendo el contactar miembros de su familia u otras personas que puedan ayudar a brindar protección. Sin embargo, nuestro objetivo es que este sea un proceso de colaboración y trabajo para garantizar que se utilice la intervención menos invasiva posible, siendo el 911 o la hospitalización la última opción, la más invasiva.
4. Si un cliente comunica una amenaza grave de violencia física o una amenaza a la propiedad de una víctima identificable, debemos tomar medidas de protección, que incluyen notificar a la víctima potencial y a la policía. También podemos recurrir a la hospitalización del cliente o contactar a otras personas que puedan ayudar a proteger a la víctima.

Si surge alguna de estas situaciones, haremos todo lo posible para discutir en detalle cualquier divulgación de información o informe que debamos hacer antes de tomar las medidas correspondientes. Además, limitaremos cualquier divulgación de información, a lo que sea relevante a la situación actual.

Información de Contacto y Comunicación Fuera del Grupo

Puede dejar un mensaje de voz confidencial para los facilitadores de su grupo en cualquier momento en nuestra ubicación de Olympic al (424) 362-2900 o en nuestra ubicación en el Condado de Orange al (714) 547-0885. Con excepción de los fines de semana, nuestro objetivo es devolver las llamadas dentro de las próximas 48 horas. Cuando deje su mensaje, recuerde de dejar su número de teléfono y una hora conveniente para devolverle la llamada.

Tenga en cuenta que la comunicación por correo electrónico está disponible, pero existen riesgos de seguridad inherentes a esta forma de comunicación. Por favor refiérase a nuestro Formulario de Consentimiento de Comunicación Electrónica para obtener información adicional.

Si tiene una emergencia de vida o muerte en cualquier momento, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano. Si tiene un problema de salud mental fuera del horario de atención y desea hablar con un consejero de la línea de crisis, llame al 988 Línea de Prevención del Suicidio y Crisis.

Pago y Sesiones Grupales

Las tarifas de grupo (vea la sección "Tarifas" a continuación para la ubicación de su grupo) se cobran antes de cada reunión. Aceptamos pagos en efectivo, tarjetas de crédito o cheques a nombre de "Didi Hirsch Mental Health Services". Tratamos de ser comprensivos con las limitaciones financieras de los miembros del grupo, es posible que no podamos programar más reuniones de grupo si las dos reuniones de grupo anteriores no han sido pagadas. Si las tarifas siguen sin pagarse, es posible que busquemos la asistencia de servicios externos para cobrar las tarifas no pagadas. Las reuniones de grupo serán cobradas en tarifa completa por los grupos perdidos al menos que recibamos una cancelación suya con 48 horas de anticipación, con excepción de emergencias y enfermedades graves. También se aplican tarifas para grupos virtuales. Hay una tarifa de servicio de \$25 por cheques sin fondos. En promedio, ajustamos las tarifas de grupales anualmente y cualquier cambio en la estructura de las tarifas se discutirá con anticipación.

Por favor llegue a tiempo para su grupo y esté libre de intoxicación de alcohol y drogas durante al menos 12 horas. Hacemos todo lo posible para empezar el grupo puntualmente.

Tarifas para la Ubicación Olympic

Se espera que el pago se realice antes del momento de la reunión del grupo y es pagado a "Didi Hirsch Mental Health Services". Cualquier petición de opciones de pago especiales deben ser aprobados y arreglados con el facilitador de su grupo con anticipación. Si yo elijo pagar en efectivo, acepto traer cambio exacto o permitir que el facilitador del grupo acredite cualquier exceso a mi cuenta. Entiendo que las reuniones de grupo duran de 1 a 2 horas y que la tarifa estándar para la reunión de grupo es de \$60 por reunión. Por favor consulte la "Estimación de Buena Fe" que se le proporcionó al inicio de los servicios para una explicación más detallada de las tarifas de los servicios.

Tarifas para la Ubicación del Condado de Orange

Entiendo que los servicios del Centro de Prevención del Suicidio de Didi Hirsch en el Condado de Orange están financiados por la Agencia del Cuidado de la Salud del Condado de Orange. Los servicios de grupos de apoyo se brindan sin costo en este momento. Entiendo que debo ser un residente del Condado de Orange y estar físicamente en el Condado de Orange al momento del servicio.

En este momento, la tarifa acordada por mis servicios es: \$_____.

Entiendo y acepto las opciones de pago y tarifas detalladas en la sección anterior.

Política de Cancelación para la Ubicación del Condado de Orange

Entiendo que si necesito faltar a una reunión de grupo, llamaré e informaré a mi(s) facilitador(es) de grupo lo antes posible, preferiblemente al menos 24 horas antes de la cita programada. Además, entiendo que si falto a dos reuniones grupales consecutivas sin notificación previa, es posible que me remuevan del grupo (aunque puedo volver a solicitar servicios en una fecha posterior).

Política de Quejas

Tiene derecho a presentar una queja ante Didi Hirsch Mental Health Services en cualquier momento si cree que ha sido discriminado, si cree que su privacidad ha sido violada o si no está satisfecho con los servicios que se le brindan. Todas

las quejas y reclamos deben ser presentadas por escrito. Usted no será penalizado ni sufrirá represalias por presentar una queja. El Formulario de Queja del Centro de Prevención contra el Suicidio puede solicitarse a través correo electrónico SPCDirector@didihirsch.org o lo puede encontrar en Didihirsch.org.

Reembolsos de Servicios de Seguro

En este momento, estamos registrados con Aetna para brindar grupos de apoyo a sus clientes. Si tiene una compañía de seguros diferente, es posible que su compañía de seguros proporcione cierta cobertura para grupos de apoyo a un proveedor fuera de la red. Es importante que revise sus opciones de pago y se familiarice con las políticas y procedimientos de su compañía de seguros con respecto al reembolso de los servicios de grupo de apoyo. Podemos proporcionarle una factura mensual (a veces llamada "superfactura"), que puede enviarle a su compañía de seguros para su reembolso. Sin embargo, recuerde que usted (y no su compañía de seguros) es responsable del pago total de nuestras tarifas al momento del servicio. También debe tener en cuenta que su contrato con su compañía de seguro médico puede que nos requiera en proporcionarles información relevante de los servicios que le brindamos a usted. En tales situaciones, haremos todo lo posible para divulgar solo la información mínima para proteger su confidencialidad.

Cámaras de Seguridad, Grabaciones de Audio y Espejos de Observación

Para permitir la seguridad del personal y de los miembros de nuestro grupo, hay algunas cámaras de seguridad ubicadas estratégicamente alrededor del perímetro del edificio y áreas de tránsito general del interior del edificio. Sin embargo, no hay cámaras dentro de las salas de tratamiento y las imágenes de seguridad no se almacenan permanentemente ni se comparten con nadie fuera de Didi Hirsch. Puede llegar un momento en que la grabación de audio, la observación a través de un espejo unidireccional o en Zoom se realicen con fines educativos para los facilitadores del grupo y para garantizar que se le brinde el mejor apoyo durante el grupo. Esto no se hará sin su aviso, o sin su consentimiento. Su consentimiento se dará a través de un formulario adicional firmado, y tiene derecho a rechazar esta grabación u observación. Esto no es un requisito de su parte, ni será sancionado de ninguna manera por su rechazo.

Acuerdo de Participación del Grupo de Apoyo del Centro de Prevención del Suicidio

Entiendo que el médico de salud mental que co-facilita mi grupo no es mi terapeuta. Entiendo que si quiero servicios de salud mental debo discutir esto con el facilitador de mi grupo. Me han **indicado que llame al 911 si estoy en peligro inminente** o que llame al **988 Línea de Prevención del Suicidio y Crisis para hablar con un consejero de la línea de crisis para asuntos de salud mental**.

SPC CONSOLIDATED CONSENT

Consentimiento Del Menor

Seleccione la(s) sección(es) apropiada(s) sobre el menor. Una de las secciones DEBE ser completada.

EMANCIPADO: (Para ser completado por el personal) Este menor ha sido declarado emancipado de su padre/representante legal por la corte y el Departamento de Vehículos Motorizados (Cal Fam Code 7120) le ha emitido una tarjeta de identificación. Se debe presentar una copia de la tarjeta de identificación con este formulario.

SERVICIO ACTIVO CON LAS FUERZAS ARMADAS: (Para ser completado por el personal) Este menor debe estar sirviendo actualmente en las Fuerzas Armadas de los EE. UU. Se debe presentar una copia de su identificación militar con este formulario (Cal Fam Code 7002).

CASADO: (Para ser completado por el personal) Este menor está o ha estado casado (Cal Fam Code 7002). Se debe presentar una copia del certificado de matrimonio con este formulario.

AUTOSUFICIENTE: (Para ser completado por el cliente) Este menor es autosuficiente como lo demuestra poder declarar todo lo siguiente (Cal Fam Code 6922).

- Tengo 15 años de edad o más, habiendo nacido el (fecha de nacimiento) _____
- Estoy viviendo en la dirección proporcionada al momento de la admisión para los servicios, es aparte del hogar/residencia de mis padres o representante legal.
- Estoy administrando mis propios asuntos financieros indicados por la información financiera que proporcioné al momento de la admisión para los servicios.
- Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos por mis servicios de salud mental y no puedo desafirmar este consentimiento porque soy menor de edad.

Las siguientes opciones deben ser completadas por una Disciplina de Salud Mental Autorizada (AMHD).

SOLICITUD DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL: Este menor es lo suficientemente maduro para participar en tratamiento de salud mental. Certifico que se cumplen cada uno de los tres criterios a continuación (Código de Salud y Seguridad 124260).

1. El cliente tiene 12 años de edad o más y es lo suficientemente maduro para participar inteligentemente en los servicios proporcionados.
2. Los padres/representantes legales del cliente:
fueron contactados el _____ por _____
no fueron contactados porque _____
3. Los padres/representantes legales del cliente:
están actualmente involucrados en los servicios proporcionados.
no quieren o no están dispuestos a participar en el tratamiento.
no son apropiados para participar en los servicios proporcionados.

Telesalud/Consentimiento Telefónico para Sesiones Individuales, de Grupo y de Familia

Didi Hirsch Mental Health Services está utilizando el teléfono y la telesalud (plataforma compatible con HIPAA que implica telecomunicaciones interactivas de audio y video) para continuar brindando servicios especializados de salud mental por medio de tecnología. El propósito de este consentimiento es brindarle al cliente/cuidador/adulto responsable información que sea importante al momento de decidir si participar en sesiones individuales mediante telesalud o teléfono.

Personal: Por favor, de platicar sobre los elementos siguientes con el Cliente / Cuidador / Adulto Responsable:

- Las sesiones individuales, de grupo o de familia se llevarán a cabo utilizando plataformas seguras aprobadas, pero no hay forma de garantizar que este sistema operativo esté completamente a prueba de fallos. Al igual que con cualquier tecnología, existe la posibilidad de que se comparta información que afectaría la privacidad de su información personal.
- Las dificultades técnicas pueden interrumpir o retrasar los servicios a pesar de nuestros mejores esfuerzos para evitar que esto suceda.
- En caso de una emergencia, el clínico se comunicará con el 911 o se comunicará con las personas apropiadas para obtener ayuda.

Dado que participará en sesiones en una ubicación remota, no podemos garantizar su privacidad. Para fortalecer los controles de privacidad y confidencialidad para usted y otros miembros del grupo/familia involucrados, le pedimos que usted:

- Esté en un área privada sin otras personas en la habitación con usted y donde las interrupciones (por ejemplo, otras personas que entran en la habitación o escuchan lo que usted dice en otra habitación) sean minimizadas tanto como sea posible.
- Use audífonos para limitar la posibilidad de que otras personas escuchen información confidencial.
- No debe utilizar ningún sistema operativo de grabación durante las sesiones. Del mismo modo, los servicios proveído no serán grabado por Didi Hirsch a menos que usted haya dado su consentimiento para hacerlo.

Sesiones individuales:

- Usted tiene el derecho de retener o retirar su consentimiento para participar en sesiones individuales vía telesalud o teléfono en cualquier momento durante el transcurso de su cuidado y esto no afectará su derecho a otro cuidado/tratamiento.

Sesiones de grupo y/o de familia:

- Abstenerse de usar apellidos de otros miembros del grupo/familia.
- Se aplican todas las reglas de confidencialidad existentes para sesiones de grupo y de familia. Sin embargo, dado que otros clientes o miembros de la familia también participarán desde una ubicación remota, es posible que no se pueda mantener su confidencialidad si otros miembros no se encuentran en un área privada.
- Usted tiene el derecho de retener o retirar su consentimiento para participar en sesiones individuales vía telesalud o teléfono en cualquier momento durante el transcurso de su cuidado y esto no afectará su derecho a otro cuidado/tratamiento.

**Consentimiento informado para el uso
de Eleos Health Software**

Didi Hirsch Mental Health Services utiliza actualmente el software Eleos Health (Eleos) en las sesiones clínicas. Eleos es un programa que cumple con la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) que le sirve al equipo clínico para escuchar e identificar información importante de las sesiones para redactar documentos de las anotaciones clínicas. Con el uso del programa Eleos durante las sesiones, el equipo clínico puede estar más atento a las conversaciones, enfocarse en los objetivos de su tratamiento y ofrecerle la mejor atención posible.

El programa Eleos se utilizará tanto en sesiones presenciales como por telemedicina, funcionando de manera discreta durante la sesión. Por lo tanto, notará poca o ninguna diferencia en su experiencia. Es importante destacar que Eleos no graba ni almacena las sesiones para su uso posterior.

La información recopilada por Eleos podrá ser utilizada por Didi Hirsch para la supervisión clínica, la documentación, así como para propósitos analíticos, de calidad y de capacitación.

Por la presente, certifico que he leído y comprendido este consentimiento informado sobre el uso de Eleos en mis sesiones. Entiendo que, si tengo alguna pregunta sobre Eleos, puedo dirigirme al equipo de Didi Hirsch para obtener más información. Autorizo el uso de Eleos durante mis sesiones y reconozco que tengo el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento, mediante una notificación escrita y oral dirigida al equipo de Didi Hirsch.

Consentimiento de Comunicación Electrónica

Didi Hirsch Mental Health Services (Didi Hirsch MHS) se dedica a tomar las precauciones necesarias para proteger su información confidencial. Las comunicaciones por correo electrónico y texto pueden ser útiles para facilitar comunicación y coordinación.

Si usted da su consentimiento para el uso de **la comunicación por correo electrónico**, se utilizará principalmente para programación y otra logística. Nunca debe utilizarse en casos de emergencia. Sólo se utilizará por las siguientes razones:

- Para programar citas o enviar recordatorios de citas
- Para enviar enlaces / contraseñas a sesiones de videoconferencia
- Para compartir información relacionada con la facturación y el pago
- Para transmitir información básica limitada sobre salud mental o instrucciones de tratamiento de seguimiento
- Para recopilar y compartir encuestas, medidas de resultados, hojas de trabajo y formularios
- Para compartir boletines o información en nombre de la agencia.
- Para transmitir registros de salud al cliente o a un tercero, con solicitud adicional por escrito y autorización para liberar información de esta manera
- Para la coordinación de servicios con terceros o según lo requiera la ley

Si acepta los **mensajes de texto**, solo se utilizará por los motivos a continuación y no está explícitamente permitido para compartir información clínica.

- Para programar citas o enviar recordatorios de citas
- Para enviar enlaces / contraseñas a sesiones de videoconferencia o encuestas.

Riesgo Asociado al Uso de la Comunicación Electrónica

Didi Hirsch MHS se asegura de que cualquier transmisión de información médica protegida electrónica cumpla con los requisitos de la Regla de Seguridad de la HIPAA en 45 C.F.R Parte 164 Subparte C. Didi Hirsch siempre utilizará un sistema de correo electrónico cifrado seguro para comunicarse con un tercero y establecer las salvaguardias apropiadas para proteger su información. También utilizaremos un sistema cifrado al enviar un correo electrónico con usted / su tutor legal a menos que haya renunciado específicamente a su deseo de comunicarse a través de un sistema cifrado. A pesar de los esfuerzos razonables para proteger la privacidad y la seguridad de la comunicación electrónica, no es posible garantizar la seguridad y confidencialidad de la información. El uso de la comunicación electrónica contiene los siguientes riesgos. Estos incluyen, y no se limitan a:

- La comunicación electrónica se puede ser, interceptar, circular o almacenar sin el conocimiento del cliente o proveedor.
- La comunicación electrónica puede ser mal dirigida, resultando en el riesgo de ser recibida por recipientes no previstos o desconocido.
- La comunicación electrónica es más fácil de alterar y falsificar que los documentos escritos a mano o firmados.
- Pueden existir copias de seguridad de la comunicación electrónica incluso después de que el remitente o los destinatarios hayan borrado su copia.
- Los mensajes de comunicación electrónica pasan a formar parte del registro del cliente y, por tanto, pueden utilizarse como prueba en la corte.

Condiciones para el uso de la Comunicación Electrónica

Las personas deben consentir el uso de la comunicación electrónica con las siguientes condiciones:

- Nunca se utilizará con fines de diagnóstico o tratamiento. Solicitudes de evaluación o tratamiento por correo electrónico no será concedido.

- La información proporcionada dentro de la comunicación electrónica debe contener la menor cantidad de información clínica y de salud protegida necesaria.
- El sistema de correo electrónico no tiene servicios de monitoreo las 24 horas ni el sistema puede garantizar entrega de mensajes de correo electrónico de manera oportuna. Aunque intentamos responder dentro de dos días de negocio, tampoco podemos garantizar que alguien va a leer, recibir, o responder dentro de este tiempo.
- Los asuntos urgentes deben manejarse comunicándose con la línea principal de la agencia y solicitando el Oficial del día. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.
- Es responsabilidad del cliente o el guardián a notificar a Didi Hirsch de cualquier cambio en el correo electrónico.
- Didi Hirsch MHS puede reenviar correos electrónicos internamente entre el personal de la agencia según sea necesario para la coordinación del tratamiento y el manejo administrativo.
- Didi Hirsch no reenviará correos electrónicos a terceros independientes sin la previa autorización escrita del cliente consentimiento.
- Los registros de salud solo se divulgarán a los clientes a través de una comunicación electrónica con el consentimiento adicional por escrito para hacerlo de esta manera.
- Didi Hirsch también emplea plataformas de redes sociales como medio de marketing y conexión con la comunidad. Es su elección en cuanto a si conectarse con nuestro negocio en estos u otros sitios; sin embargo, no podemos garantizar su confidencialidad en estos sitios si decide hacerlo.
- En un esfuerzo por mantener la naturaleza profesional de nuestras relaciones, los proveedores como Didi Hirsch no aceptan solicitudes de clientes actuales o anteriores en sitios de redes sociales personales.

Condiciones de uso para la Mensajería de Texto

Los mensajes enviados a través de texto no están cifrados y, por lo tanto, solo se permiten para dos propósitos: enviar enlaces a citas o encuestas en vídeo, o enviar recordatorios de sesión automatizados. Los recordatorios de texto automatizados no indican el nombre de la agencia ni proporcionan ninguna información de identificación. Afirman lo siguiente:

Usted tiene una cita con **[nombre del Clínico]** la **[fecha de la sesión]** a las **[hora de la sesión]**. ¡NO RESPONDA A ESTE MENSAJE TEXTO! Por favor llame al **[número de teléfono principal de la oficina]** si no puede asistir.

Su proveedor no le enviará mensajes de texto fuera de los dos propósitos anteriores. Si se comunica con su proveedor a través de mensajes de texto, se aplicará el mismo riesgo de seguridad descrito anteriormente. No se pueden garantizar las respuestas de recibo y seguimiento y su proveedor no podrá realizar más comunicación a través de texto.

Consentimiento para la Comunicación Electrónica con Didi Hirsch MHS

Reconozco que he leído y entiendo completamente los riesgos, limitaciones y condiciones anteriores del uso del correo electrónico y el texto de Didi Hirsch para comunicar información de salud personal. Didi Hirsch no puede garantizar la seguridad y la confidencialidad, y no será responsable de la divulgación incorrecta de información confidencial que no sea causada por mala conducta intencional.

Entiendo que yo o Didi Hirsch podemos en cualquier momento retirar la opción de comunicarse por correo electrónico y texto al proporcionar aviso verbal o por escrito, especialmente si no se cree que es el medio de comunicación más apropiado.

Consentimientos y Reconocimientos

- **Consentimiento para Services:** He revisado y entiendo la información anterior. Estoy de acuerdo con estas condiciones y doy mi permiso a los Servicios de Salud Mental de Didi Hirsch para llevar a cabo los servicios necesarios para evaluación y tratamiento. También entiendo que puedo, en cualquier momento y por cualquier razón, retirar mi consentimiento para tratamiento.
- **Acuerdo de Participación del Grupo:** He revisado y entiendo la información anterior. Acepto estas condiciones y doy mi permiso a Didi Hirsch para realizar los servicios asociados con mi participación en el grupo de apoyo. También entiendo que puedo, en cualquier momento y por cualquier motivo, retirar mi participación en los servicios de grupos de apoyo.
- Doy mi consentimiento para el uso de servicios de Telesalud/Telefónicos.
- Doy mi consentimiento para el uso de Eleos Health Software.
- Doy mi consentimiento para el uso de las comunicaciones por correo electrónico enviadas a través de correo electrónico encriptado.
- Doy mi consentimiento para el uso de mensajes de texto descifrado con el propósito de comunicar recordatorios de sesión y recepción de enlaces de videoconferencia para servicios de telesalud.
- Yo puedo solicitar que mi proveedor se comunique conmigo por correo electrónico regular, que no está protegido por un proceso técnico llamado cifrado. Doy mi consentimiento para el uso de la comunicación por correo electrónico descifrado.

Correo electrónico del cliente o guardián: _____

Número de texto del cliente o guardián: _____

Correo electrónico adicional: _____

Autorización para Dejar un Mensaje

Acceptado Rechazado

Didi Hirsch staff are authorized to leave a detailed message at the telephone number(s) listed below if I cannot be reached.

Nombre: _____ Relación: _____ # de Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ # de Teléfono: _____

Reconocimientos de Parte del Cliente

- Reconozco que he recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad de Didi Hirsch Mental Health Services, que explica cómo se protege mi información de salud y describe otros derechos que tengo con respecto a mi información de salud protegida.
- Se me ha proporcionado información acerca de la Instrucciones Previas para Atención Médica.
 - El cliente tiene una Directiva Anticipada de Atención Médica activa.

Confirmo que he recibido información sobre mi derecho para acceder servicios de protección y defensa (marque uno):

- Olympic. Para los clientes con seguro privado, comuníquese con Servicio de Atención al Miembro. Para los clientes de pago privado, comuníquese con BBS o Board of Psychology.
- Condado de Orange. Comuníquese con la Oficina de Ombudsman. Correo electrónico: MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov

SPC CONSOLIDATED CONSENT

He leído la información proporcionada en este consentimiento/acuerdo. He tenido oportunidad de formular preguntas sobre esta información y se me dio respuestas a todas mis preguntas. Comprendo la información escrita que antecede.

Firma del Cliente

Nombre del Cliente

Fecha

Firma del Adulto Responsable

Nombre y Relación con el Cliente

Fecha

Firmante ☐ se entregó ☐ se rechazó una copia de este consentimiento el _____.

- El cliente está dispuesto a aceptar los términos de los consentimientos/acuerdo indicados, pero no está dispuesto a firmar.
- El contenido de este documento se revisó verbalmente con el cliente/adulto responsable, y el consentimiento y comprensión del cliente/adulto responsable fue afirmado verbalmente.

Este consentimiento fue interpretado en _____ por _____ el _____.

Nombre y Firma del Personal

Fecha

Esta información confidencial se le proporciona de acuerdo con las leyes y reglamentos estatales y federales, incluyendo pero no limitado a el Código de Bienestar e Instituciones, el Código Civil y los Estándares de Privacidad de HIPAA aplicables. Se prohíbe la duplicación de esta información para su posterior divulgación sin la autorización previa por escrito del participante/representante autorizado a quien corresponda, a menos que la ley permita lo contrario.

Revocaciones

Revocación del Consentimiento Completo

El cliente había previamente dado su consentimiento, pero ahora desea retirar el consentimiento. El consentimiento se retira a partir de la fecha y hora de la firma.

Firma

Nombre

Fecha

Revocation of Electronic Communication Consent

El cliente había previamente dado su consentimiento, pero ahora desea retirar el consentimiento. El consentimiento se retira a partir de la fecha y hora de la firma.

Firma

Nombre

Fecha

Revocation of Telehealth/Telephone Consent for Individual, Group, and Family Sessions

El cliente había previamente dado su consentimiento, pero ahora desea retirar el consentimiento. El consentimiento se retira a partir de la fecha y hora de la firma.

Firma

Nombre

Fecha

Revocación de Eleos Health Software

El cliente había previamente dado su consentimiento, pero ahora desea retirar el consentimiento. El consentimiento se retira a partir de la fecha y hora de la firma.

Firma

Nombre

Fecha