

**East Central Oklahoma Family Health Center, Inc.
Consentimiento de Salud Conductual**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por la presente solicito y autorizo a East Central Oklahoma Family Health Center (ECOFHC) a brindar servicios de tratamiento, diagnóstico y/o prevención de salud mental y/o abuso de sustancias a mí y/o a mi hijo menor (mencionado arriba).

Declaración de Confidencialidad:

Entiendo que mi consejero/terapeuta protegerá mi privacidad y la confidencialidad de mis registros en la máxima medida prevista por la ley. Entiendo que ninguna información sobre mí será divulgada o divulgada a otras personas fuera de ECOFHC sin mi consentimiento explícito por escrito en un formulario de divulgación de información o según lo disponga la ley. He leído y entiendo el aviso de prácticas de privacidad de ECO. Las condiciones bajo las cuales se puede divulgar información confidencial sin mi consentimiento incluyen, pero no se limitan a:

1. Informe obligatorio de abuso infantil o abuso de ancianos
2. Si se cree que represento un riesgo de daño grave para mí o para otra persona
3. Denuncia de delitos cometidos en las instalaciones o contra el personal u otros clientes
4. En respuesta a una orden judicial específica
5. En caso de emergencia
6. Facturación y provisión de documentación de respaldo a seguros u otros terceros.
contribuyentes del partido
7. Auditorías por parte de organismos o agencias de acreditación
8. En respuesta a una demanda o queja relacionada con una licencia o acreditación
organización o junta
9. Integración de registros de atención primaria y salud conductual (electrónicos)
10. Personal de casos, gestión de casos, telepsiquiatría

Además, acepto:

1. Honrar la confidencialidad del personal y otros clientes
2. Que no revelaré la identidad de otras personas que conozca en el tratamiento o en la clínica
3. Que no divulgaré ninguna información revelada en el tratamiento o en la clínica.
4. Que la violación de la confidencialidad constituirá causal de terminación de los servicios

Entiendo y me han explicado lo siguiente:

1. Los riesgos/beneficios potenciales de los servicios de consejería
2. Derechos/responsabilidades del cliente
3. La evaluación, plan de tratamiento y proceso terapéutico que involucra citas, disponibilidad de mi terapeuta y procedimientos de emergencia
4. Consentimiento informado y confidencialidad de clientes menores de edad (menores de 17 años)
5. Política de redes sociales

Form 501s

- 6. Emergencias fuera de horario
- 7. Testimonio judicial
- 8. Divulgaciones de licencias de LPC, LADC

Certifico que tengo capacidad legal para autorizar estos servicios profesionales para mí; y/o que tengo la custodia legal y/u otra posición legal requerida para solicitar y autorizar servicios profesionales de salud mental y/o abuso de sustancias para cualquier niño mencionado anteriormente.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Padre/Tutor/Representante
(Especifique la relación con el paciente/autoridad para firmar)

Fecha

Firma y título del/de la empleada/empleado de ECOFHC

Fecha

Consentimiento informado para asesoramiento:

ECO Family Health Center y el Departamento de Salud del Comportamiento reconocen que puede no ser fácil buscar ayuda de un profesional de la salud mental. Esperamos que obtenga una mejor comprensión de su situación y sus sentimientos y que pueda avanzar hacia la resolución de sus dificultades. Nuestro objetivo es ayudarlo a avanzar hacia una mejor salud y bienestar brindando servicios de asesoramiento dentro de una perspectiva biopsicosocial y cognitiva conductual. Nuestro personal trabaja dentro del contexto de las creencias de cada individuo y no intenta imponer una teología personal. Su terapeuta es un profesional con licencia que se dedica a brindar servicios de atención de salud mental a los clientes directamente como empleado de ECO Family Health Center. La información de contacto de la licencia es la siguiente:

Oklahoma Board of Licensed Drug and Alcohol Counselors (Junta de Licencias de LADC)

101 NE 51st Street

Oklahoma City, OK 73105

Dirección Física

P.O. Box 54388

Oklahoma City, OK 73154

Dirección de Envío

Teléfono: (405) 521-0779

Fax: (405) 521-0291

Sitio Web: www.okdrugcounselors.org

Correo Electrónico: cwaite@okdrugcounselors.org

State Board of Behavioral Health Licensure (Junta de Licencias de LPC)

3815 N. Sante Fe Ste. 110

Oklahoma City, OK 73118

Teléfono: (405) 522-3696

Sitio Web: www.ok.gov/behavioralhealth

La información adicional o específica de la licencia de su terapeuta está disponible para usted si la solicita.

Equipo

Las citas y cancelaciones se realizan llamando a la clínica en la que está programada su cita, de lunes a viernes entre las 8:00 am y las 5:00 pm. Llame para cancelar o reprogramar con al menos 24 horas de anticipación o lo antes posible. Los clientes que faltan repetidamente a las citas pueden ser reprogramados como una cita sin cita previa y atendidos en consecuencia. Su terapeuta se reserva el derecho de cancelar/reprogramar su cita si se presenta enfermo o con niños menores que puedan interferir con la sesión de asesoramiento. El número de sesiones necesarias depende de muchos factores y será discutido por el terapeuta. La duración de las sesiones de terapia varía en función de varios factores, pero suele durar entre 45 y 50 minutos. Las evaluaciones iniciales o su primera cita pueden demorar un poco más. Puede optar por retirarse del tratamiento en cualquier momento, pero primero discuta esto con su terapeuta. Estaremos encantados de ayudarlo a encontrar otro proveedor en su área que satisfaga sus necesidades.

Fuera del horario laboral/emergencias: Las emergencias son problemas urgentes que requieren una acción inmediata. Si experimenta una emergencia después del horario comercial habitual cuando nuestras oficinas están cerradas, diríjase a la sala de emergencias más cercana, llame al 911 y/o llame a la Línea Nacional de Prevención del Suicidio al 988.

Riesgos/beneficios y participación en la terapia

La psicoterapia tiene beneficios y riesgos. Los riesgos pueden incluir experimentar sentimientos incómodos, como tristeza, culpa, ansiedad, ira, frustración, soledad y/o impotencia. El proceso de psicoterapia a menudo requiere discutir los aspectos desagradables de su vida. Las personas a menudo aprenden cosas sobre sí mismas que no les gustan. En muchos casos, el crecimiento no puede ocurrir hasta que se procesen y confronten los problemas del pasado, lo que a menudo causa sentimientos angustiosos como tristeza y ansiedad. Sin embargo, se ha demostrado que la psicoterapia tiene beneficios para aquellas personas que eligen participar en el proceso terapéutico. La terapia a menudo conduce a una reducción significativa de los sentimientos de angustia, una mayor satisfacción en las relaciones interpersonales, una mayor conciencia y percepción personal, mayores habilidades para manejar el estrés y la resolución de problemas específicos. Pero, no hay garantías sobre lo que sucederá. La psicoterapia requiere un esfuerzo muy activo de su parte. Para tener más éxito, deberá trabajar en las cosas que discutimos fuera de las sesiones programadas.

Relación Terapéutica

Tu relación con el terapeuta es una relación profesional y terapéutica. Para preservar esta relación, es imperativo que el terapeuta no tenga ningún otro tipo de relación contigo. Las relaciones personales y/o comerciales socavan la eficacia de la relación terapéutica.

El terapeuta se preocupa por ayudarte, pero no está en condiciones de ser tu amigo o de tener una relación social y personal contigo. Los obsequios, el trueque y los servicios de intercambio no son apropiados y no deben compartirse entre usted y el terapeuta. En algunos casos, las relaciones duales pueden ser inevitables debido a las comunidades rurales en las que trabajamos y vivimos. Si tiene alguna duda o pregunta, hable con su terapeuta.

Esta relación profesional se extiende a las redes sociales y al uso de Internet. A partir del 1/1/2020, es política del personal del Departamento de Salud del Comportamiento de ECO no aceptar solicitudes de amistad o contacto de clientes actuales o anteriores en ningún sitio de redes sociales (Facebook, Twitter, etc.). Creemos que agregar clientes como amigos o contactos en estos sitios puede comprometer su confidencialidad y nuestra privacidad respectiva. También puede desdibujar los límites de nuestra relación terapéutica. ECO Family Health Center como organización, tiene cuentas de redes sociales que los pacientes pueden encontrar beneficiosas ofreciendo ejemplos de vida saludable, enlaces a recursos, ferias comunitarias de salud e información general.

Objetivos, propósitos y técnicas de la terapia

Puede haber múltiples intervenciones para tratar de manera efectiva los problemas que lo trajeron a vernos. Es importante que discuta cualquier pregunta que pueda tener con respecto al tratamiento recomendado por el terapeuta y que participe en el establecimiento de los objetivos de su terapia. A medida que avanza la terapia, estos pueden cambiar.

Confidencialidad

Las conversaciones entre un terapeuta y un cliente son confidenciales. No se divulgará información sin el consentimiento por escrito del paciente, a menos que lo exija la ley. Las posibles excepciones a la confidencialidad incluyen, entre otras, las siguientes situaciones: personal interno del caso, abuso infantil; abuso de ancianos o discapacitados; abuso de pacientes en centros de salud mental; explotación sexual; infección por SIDA/VIH y posible transmisión; enjuiciamientos penales, demandas judiciales en las que se cuestiona la salud mental de una de las partes; situaciones en las que el terapeuta tiene el deber de revelar, o donde, a juicio del terapeuta, es necesario advertir, notificar o revelar; una demanda por negligencia presentada por el cliente contra el terapeuta; o la presentación de una queja ante una junta de licencias u otra autoridad reguladora estatal o federal. Si tiene alguna pregunta con respecto a la confidencialidad, debe hacérsela saber al terapeuta cuando usted y el terapeuta discutan más este asunto. Al firmar el formulario de Recibo del Consentimiento Informado y las Prácticas de Privacidad, usted da su consentimiento al terapeuta para compartir información confidencial con todas las personas requeridas por la ley, con la agencia que lo refirió y la compañía de atención administrada y/o la aseguradora responsable. por proporcionar sus servicios de atención de salud mental y el pago de esos servicios. También está liberando y manteniendo indemne al terapeuta de cualquier desviación de su derecho de confidencialidad que pueda resultar. Deber de advertir: en el caso de que el terapeuta crea razonablemente que el paciente es un peligro, física o emocionalmente, para sí mismo o para otra persona, se otorga el consentimiento para que el terapeuta advierta a la persona en peligro y se comuniquen con cualquier persona en posición de prevenir daños a sí mismos o a otra persona, incluido el personal médico y de aplicación de la ley. Esta autorización vencerá al finalizar la terapia. Al firmar el formulario de Consentimiento informado y prácticas de privacidad, usted reconoció que tiene derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento en la medida en que el terapeuta no haya tomado medidas basándose en esta observación. Además, reconoce que incluso si revoca esta autorización, el uso y la divulgación de su información de salud protegida posiblemente aún podrían estar permitidos por ley, como se indica en el Aviso de prácticas de privacidad. Usted reconoce que el terapeuta le ha informado sobre la posibilidad de que los destinatarios autorizados vuelvan a divulgar su información médica protegida y que ya no estará protegida por la Regla de privacidad federal. Además, reconoce que el tratamiento que le brindó el terapeuta estuvo condicionado a que usted proporcionara esta autorización.

Corte

Aunque el objetivo del terapeuta es proteger la confidencialidad de sus registros, puede haber ocasiones en las que la ley exija la divulgación de sus registros o testimonios. En caso de que se solicite la divulgación de sus registros o del testimonio del terapeuta por orden judicial o lo exija la ley, usted será responsable y pagará los costos involucrados en la producción de los registros y la tarifa normal por hora del terapeuta de \$120.00 por dar ese testimonio. independientemente de quién haya solicitado/citado/ordenado dicha divulgación. Dichos pagos deben realizarse en el momento anterior al momento en que el terapeuta presta los servicios. El terapeuta puede requerir un depósito para las comparecencias ante el tribunal y la preparación anticipadas, incluido el tiempo de viaje asociado con la citación/orden judicial/testimonio. Los asesores de salud conductual de ECO Family Health Center no ofrecen evaluaciones psicológicas ni servicios forenses, incluidas, entre otras, las evaluaciones de custodia. En el caso de que su consejero se vea obligado a divulgar información a un juzgador de hechos, él/ella solo puede proporcionar testimonio de testigos de hecho según

la Ley y los Reglamentos de licencias de la Junta Estatal de Salud del Comportamiento que están disponibles a pedido.

Consentimiento para el tratamiento

Al firmar el Recibo de consentimiento informado y prácticas de privacidad, usted acepta voluntariamente recibir una evaluación, atención, tratamiento o servicios de salud mental y autoriza al terapeuta a brindar la atención, el tratamiento o los servicios que se consideren necesarios y aconsejables. La firma indica que comprende y acepta que participará en la planificación de su atención, tratamiento o servicios, y que puede interrumpir dicha atención, tratamiento o servicios en cualquier momento. Al firmar el Recibo de consentimiento informado y prácticas de privacidad, usted reconoce que ha leído y entendido todos los términos y la información contenida en este documento. Se le ha ofrecido amplia oportunidad para hacer preguntas y buscar aclaración de cualquier cosa que no esté clara.

Telepsiquiatría

No se requiere ni está obligado a ser atendido por nuestro psiquiatra contratado. Pero, si elige ser visto por nuestro psiquiatra para el manejo de medicamentos, también deberá asistir a asesoramiento para coordinar e integrar mejor su atención aquí con nosotros. Además, al firmar el consentimiento para el tratamiento, usted reconoce y acepta participar en telepsiquiatría en ECO Family Health Services como parte de mi psicoterapia. Entiendo que la "telepsiquiatría" incluye la práctica de la prestación de atención médica, la evaluación, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la transferencia de datos médicos y la psicoeducación mediante comunicaciones interactivas de audio, video o datos. Entiendo que, con mi consentimiento firmado, la telepsiquiatría también puede implicar la comunicación de mi información médica y/o de salud mental, tanto oral como visualmente, a otros profesionales de la salud ubicados dentro del alcance de mi atención en ECO. Entiendo que la programación se realiza a través de ECO y se basa en el horario normal de la clínica de mi proveedor. Las citas de telepsiquiatría se consideran servicios ambulatorios y no pretenden sustituir los servicios de emergencia o de crisis. Las crisis o emergencias de salud mental deben dirigirse marcando el 911, llamando/enviando un mensaje de texto a la línea de prevención del suicidio al 988 o presentándose en la sala de emergencias más cercana. Entiendo que la telepsiquiatría no es un "servicio independiente". Acepto y entiendo que al participar en los servicios de telepsiquiatría de ECO, también acepto asistir y participar en terapia, administración de casos, servicios médicos y/u otros servicios recomendados en mi plan de tratamiento. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica y de salud conductual también se aplican a la telepsiquiatría. Como tal, entiendo que la información divulgada por mí durante el curso de mi terapia es generalmente confidencial con la excepción de informes obligatorios y excepciones permisivas. Esto se explica con más detalle en el Consentimiento informado de salud mental, que he firmado. La plataforma electrónica utilizada en mi telepsiquiatría cumple con HIPAA para proteger mi privacidad y confidencialidad.

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a la telepsiquiatría:

1. Tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento.
2. Entiendo que existen riesgos y consecuencias asociados con la telepsiquiatría que incluyen, entre otros, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables por parte de mi consejero/terapeuta/interno clínico, de que la transmisión de mi información médica pueda verse interrumpida o distorsionada por

fallos técnicos. Además, entiendo que los servicios y la atención basados en telemedicina pueden no ser tan completos como los servicios presenciales. También entiendo que si mi consejero/terapeuta/interno clínico cree que estaría mejor atendido por otra forma de servicios psicoterapéuticos (por ejemplo, servicios en persona), se me puede derivar a un consejero/terapeuta que pueda brindar dichos servicios.

3. Entiendo que puedo beneficiarme de la telemedicina pero que los resultados no pueden garantizarse ni asegurarse.

4. Entiendo que tengo derecho a acceder a mi información de salud mental y copias de registros médicos de acuerdo con las leyes estatales y federales. He leído y comprendo la información proporcionada anteriormente. Lo he discutido con mi consejero/terapeuta/interno clínico, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

Derechos y responsabilidades

- Recibir un servicio de alta calidad.
- Ser tratado con respeto y cortesía.
- Que su información se mantenga privada y confidencial, excepto como se describe en la declaración de privacidad de ECO Family Health Center
- Ser escuchado y hacer que el personal trabaje con usted para hacer un plan para abordar sus inquietudes y necesidades
- Recibir atención en oficinas seguras, limpias y accesibles
- Recibir información y apoyo para ayudarte a tomar decisiones para mejorar tu situación
- Ser atendido sin discriminación
- Discuta su servicio con el personal para identificar si está funcionando para usted y expresar cualquier pregunta o queja que pueda tener.
- Solicite un cambio de miembro del personal si hay otro miembro del personal disponible que pueda abordar sus problemas y su solicitud es razonable -- Tenga en cuenta que no se considerarán las solicitudes discriminatorias