



Catholic Community Services Yuma
Servicios de Consejería y Salud del Comportamiento
Consent to Treatment for Adults/Consentimiento para el Tratamiento de Adultos

Yo, _____, por medio de la presente certifico que he entrado en

Nombre Impreso del Cliente

tratamiento en Catholic Community Services Yuma (CCS Yuma), de manera voluntaria. Además, doy mi consentimiento para que mi tratamiento sea proporcionado por un proveedor que sea un Trabajador Social, un Consejero, un Consejero interno/ en práctica, o personal de apoyo en colaboración con el supervisor clínico, Troy Love, LCSW-10449.

Se me han explicado los derechos, riesgos y beneficios asociados con el tratamiento. Entiendo que cualquiera de las partes involucradas en este acuerdo puede interrumpir el tratamiento en cualquier momento. CCS Yuma recomienda que esta decisión se discuta con el Proveedor que lo atiende. Esto ayudará a facilitar el plan más apropiado para darle de alta.

Propósito del Tratamiento

La psicoterapia tiene tanto beneficios como riesgos. Los riesgos pueden incluir experimentar sentimientos incómodos, como tristeza, culpa, ansiedad, enojo, frustración, soledad e impotencia, porque el proceso de la psicoterapia a menudo requiere discutir los aspectos desagradables de su vida. Sin embargo, se ha demostrado que la psicoterapia tiene beneficios, como el procesamiento de experiencias negativas y/o el desarrollo de habilidades que le puedan ayudar a lidiar con experiencias negativas y a mejorar su calidad de vida. La terapia a menudo conduce a una reducción significativa de los sentimientos de angustia, a una mayor satisfacción en las relaciones interpersonales, a una mayor conciencia y comprensión personal, a un aumento de las habilidades para manejar el estrés y a la resolución de problemas específicos; Pero, no hay garantías sobre lo que sucederá.

Objetivos de Tratamiento y Planes

Se recopilarán antecedentes e información actual para ayudar a identificar sus necesidades terapéuticas; Esto incluye la identificación de un diagnóstico. El propósito del diagnóstico es ayudar a desarrollar un plan consistente con sus habilidades, temperamento, nivel de desarrollo y sus propias circunstancias. La psicoterapia requiere un esfuerzo muy activo de su parte. Para tener más éxito, también tendrá que trabajar en practicar las habilidades fuera de las sesiones. Usted tiene el derecho de establecer sus propias metas y desarrollar un Plan de Tratamiento que sea consistente con sus metas. Los servicios de consejería pueden ser proporcionados en forma individual, familiar, grupal y/o de pareja. Con el paso del tiempo, sus metas pueden cambiar, según cambien sus circunstancias. La revisión de su plan de tratamiento es algo que se hará durante todo el tratamiento; De acuerdo a sus necesidades de tratamiento. Se utilizarán diferentes técnicas y modelos de Consejería, de acuerdo con sus objetivos de tratamiento. Usted también tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado o remover el consentimiento para el tratamiento. Si se produce un rechazo, se le informará de las consecuencias del mismo.

Responsabilidades del Cliente: Como cliente de psicoterapia, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades que es importante que usted entienda. También existen limitaciones legales a esos derechos que usted debe conocer y tenemos las correspondientes responsabilidades para con usted. Los clientes tienen la responsabilidad de mantener a su Proveedor informado de la información de contacto, los cambios en la condición, la voz si sienten que el plan de tratamiento debe actualizarse, mantenerse al día con cualquier divulgación de información.

Derechos del Cliente: Entiendo que como cliente de CCS Yuma tengo derechos. Me han informado y se me ha proporcionado una copia de los "Derechos del cliente". CCS Yuma puede proporcionar todas las aclaraciones de estos derechos. Tiene derecho a rechazar solicitudes para convertirse en un participante de investigación.

Procedimiento Agraviado: Entiendo que como cliente de CCS Yuma tengo la capacidad de presentar una queja / inquietud, sin temor a represalias o discriminación. Se me informó y se me proporcionó una copia de la "Política y procedimiento de reclamos". CCS Yuma puede proporcionar todas las aclaraciones al procedimiento.

Descarga no Voluntaria del Tratamiento: Si un Proveedor decide terminar los servicios antes del alta planificada, se considera la terminación involuntaria. Los criterios para una terminación involuntaria son los siguientes:

- Cuando un cliente ya no está dispuesto a participar en su plan de tratamiento o trabajar para alcanzar los objetivos de tratamiento acordados;
- Al descubrir que un cliente no cumplía con los criterios de admisión o que existían limitaciones de servicio en el tratamiento de un cliente en particular, el cliente tendría que ser remitido a otro lugar para servicios;
- Cuando un cliente se vuelve abusivo o hace avances sexuales hacia un consejero u otros clientes; o
- Cuando un cliente ya no cumple con los parámetros obligatorios para el tratamiento y / o reincidencia durante el curso del tratamiento.

Citas y Facturación: Por lo general, las citas durarán entre 45 y 50 minutos y se programarán de acuerdo con sus necesidades de tratamiento. Si necesita cancelar o reprogramar una sesión, proporcione un aviso de 24 horas. Si pierde una sesión sin cancelar, o cancela con menos de 24 horas de aviso, nuestra política es cobrar el monto de su copago [a menos que ambos estemos de acuerdo en que no pudo asistir debido a

Consent to Treatment for Adults/Consentimiento para el Tratamiento de Adultos

Page 1 of 2

Client Name: _____ Client ID: _____

Revised: 02/2019

circunstancias fuera de su control]. Es importante tener en cuenta que las compañías de seguros no ofrecen reembolso por las sesiones canceladas; por lo tanto, usted será responsable de la parte de la tarifa como se describe anteriormente. Además, usted es responsable de llegar a su sesión a tiempo; Si llega tarde, su cita todavía tendrá que terminar a tiempo. Su facturación por los servicios recibidos será coherente con su "Contrato de pago de servicios".

Aviso de Confidencialidad y Registro Profesional: La confidencialidad de la información y los registros del cliente está protegida por las regulaciones federales y las leyes estatales, de acuerdo con la Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro de salud (HIPAA), una ley federal que brinda protección de la privacidad y derechos del paciente sobre el uso y divulgación de su información médica protegida PHI) para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Usted tiene el derecho de solicitar que una copia de su archivo esté disponible para cualquier otro proveedor de atención médica en su solicitud por escrito. Esta solicitud debe presentarse por escrito y entregarse al Director Clínico de CCS Yuma. Consulte su "Aviso de Prácticas de Privacidad" para obtener información adicional.

Uso de la Tecnología: La "asesoría a distancia" es una práctica que no se usa en lugar de la orientación cara a cara. CCS Yuma no utiliza teléfonos celulares, redes sociales ni telemedicina para brindar servicios terapéuticos o de apoyo. Las solicitudes de servicios deben hacerse llamando a nuestra oficina al 928-341-9400 y programando una cita. Los servicios asistidos por tecnología se pueden utilizar como un ajuste razonable para brindar servicios terapéuticos. Si se utilizan tales servicios asistidos por tecnología, se explicará el propósito y posibles conceptos erróneos. Las herramientas basadas en la tecnología para brindar servicios terapéuticos pueden usarse como parte del proceso de terapia. Usted tiene derecho a participar en servicios basados en tecnología asistida.

Contactar a su Proveedor: Es posible que su proveedor no esté disponible de inmediato por teléfono. En estos momentos, puede dejar un mensaje en nuestro correo de voz confidencial y le devolveremos su llamada lo antes posible, pero puede tomar un día o dos para asuntos que no sean de urgencia. Si, por cualquier motivo que no se ve, no tiene noticias de nosotros o no podemos comunicarnos con usted y siente que no puede esperar a que le devuelvan la llamada o si no puede mantenerse a salvo, 1) comuníquese con la línea directa de crisis al 1-866-495-6735, 2) vaya a la sala de emergencias de su hospital local, o 3) llame al 911. Haremos todo lo posible para informarle con anticipación sobre las ausencias planificadas, y le proporcionaremos el nombre y el número de teléfono del asistente mental profesional de la salud cubriendo mis casos.

Continuo de servicios: En el caso de que su Proveedor asignado ya no pueda continuar con los servicios, se le volverá a asignar otro Proveedor. Será su elección si desea continuar con los servicios de tratamiento o ser referido a otro Proveedor.

Dotación de Personal Clínico/Coordinación de Atención/Supervisión Clínica de Consejeros: Su caso puede contar con personal en un entorno de supervisión de grupo para obtener información clínica y un enfoque de mejores prácticas. Tu nombre no será publicado. Los asesores sin licencia y de nivel asociado deben tener supervisión clínica para garantizar la atención clínica adecuada, esto incluye darle acceso al supervisor clínico a sus registros clínicos.

Marque las Casillas Correspondientes y Firme las áreas que está Consintiendo:

A un proveedor que trabaje bajo la supervisión de un profesional se le puede solicitar que revise sus registros clínicos y registre las sesiones como parte de sus requisitos de supervisión clínica con su institución educativa y / o el estado de Arizona.

Doy mi consentimiento para la divulgación de mis registros clínicos al Supervisor Clínico de mi Proveedor para la supervisión clínica adecuada de la atención clínica y la revisión de la documentación clínica.

Doy mi consentimiento para la grabación de audio o video de las sesiones con fines de control de calidad y entrenamiento solamente y entiendo que las grabaciones se verán en supervisión clínica antes de que se destruya la grabación. Entiendo y consiento su destrucción después de verlos.

Firma del Cliente/Agente/Representante

Fecha

El consentimiento informado ha sido revisado conmigo. Los datos del cliente de los resultados clínicos se pueden usar para fines de evaluación del programa, pero los resultados individuales no se divulgarán a fuentes externas.

Acepto el tratamiento y acepto cumplir con las políticas y acuerdos anteriores con Catholic Community Services Yuma.

Firma del Cliente/Agente/Representante

Fecha

CCS Yuma Testigo Impreso Nombre, Posición

Firma

Fecha