

Formulario de consentimiento informado de teleterapia

Doy mi consentimiento para participar en teleterapia con mi terapeuta asignado/a (nombre y título)
_____, supervisado por (nombre y título)
_____.

1. "Teletherapy" incluye consultas, tratamientos, correos electrónicos, conversaciones telefónicas y otra información médica mediante comunicaciones interactivas de audio, video o datos.
2. La teleterapia ocurre en el estado de CA (EE. UU.) Y se rige por las leyes de ese estado. En cierto modo, estoy usando esta modalidad para visitar a mi terapeuta en su oficina de CA, donde nos reunimos para hacer nuestro trabajo.
3. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica también se aplican a la teleterapia. A menos que se acuerde explícitamente lo contrario, nuestro intercambio de teleterapia es confidencial. No incluiré a otros en la sesión ni tendré otros en la sala a menos que se acuerde.
4. Acepto que la teleterapia no proporciona servicios de emergencia. Si estoy experimentando una situación de emergencia, entiendo que puedo llamar al 911 o acudir a la sala de emergencias del hospital más cercano para obtener ayuda.
5. En caso de que nuestra teleterapia no sea lo mejor para mí, mi terapeuta me lo explicará y me sugerirá algunas opciones alternativas que se adapten mejor a mis necesidades.
6. Entiendo que existen riesgos y consecuencias de la teleterapia, que incluyen, entre otros, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables por parte de mi terapeuta, de que: la transmisión de mi información podría ser interrumpida o distorsionada por fallas técnicas; la transmisión de mi información podría ser interrumpida por personas no autorizadas; y / o el almacenamiento electrónico de mi información médica puede ser accedido por personas no autorizadas. Soy responsable de la seguridad de la información en mi computadora.

He leído, entiendo y acepto la información anterior.

Nombre del cliente

Firma del cliente (o tutor legal si es menor de 18 años)

Fecha

THE RICHSTONE FAMILY CENTER

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS

Yo, el suscrito, doy mi consentimiento para recibir una evaluación, consejería, y/o visitas a casa por medio de un(a) proveedor(a) de servicios del equipo psicológico del Centro Familiar de Richstone. Yo he recibido una copia de los Derechos Del Cliente del Centro Familiar de Richstone.

Entiendo que hay personal del equipo psicológico que están estudiando para ser terapeutas, o que están en el proceso de obtener su licencia profesional. En estos casos, ellos estarán supervisados por medio de terapeuta licenciada,

_____. Nombre del practicante/estudiante: _____.

LA CONFIDENCIALIDAD Y LOS LIMITES LEGALES

Yo tengo entendido que detalles de nuestras conversaciones no serán dadas sin mi consentimiento o permiso, con la excepción de aquellas ocasiones en las cuales que la ley requiere que el(la) proveedor de servicio haga un reporte formal con las autoridades del condado y/o con la policía:

- A. Cuando el proveedor de servicio tiene sospecha o evidencia de maltratos físicos, descuido y/o abuso sexual infantil;
- B. Cuando el proveedor de servicio tiene sospecha que el cliente tiene la intención de causar daño a uno mismo u otra persona.
- C. Cuando el proveedor de servicio tiene sospecha que algún otra familiar (persona anciano mayor de 65 años o un adulto incapacitado de 18-64 años) en su casa es abusada/o (físicamente, sexualmente, o económicamente) o descuidado/a.

Lo siguiente serán otras ocasiones en las cuales pueden resultar que la información sea compartida:

- D. Cuando Ud. como cliente nos pide por escrito que compartimos información con otra agencia.
- E. Cuando el proveedor de servicio recibe un orden del corte mandando información acerca de su caso.
- F. Cuando el cliente es un menor de edad y los padres legales piden información acerca del/la niño/a.

Tengo entendido que el Centro de Richstone úse un equipo psicológico para proveer servicios familiares que requiere que cierta información será compartida con las personas encargadas de proveer estos servicios directos. Entiendo que el equipo va a compartir solamente lo que será necesario para proveer lo mejor en servicios familiares.

NOMBRE DE CLIENTE: _____ Nu. de Caso: _____

FIRMA DE CLIENTE: _____ Fecha: _____
(o de los padres legales/guardián si el cliente es un menor de edad)

FIRMA DEL(A) CONSEJERO(A): _____ Fecha: _____
(persona quien reviso esta hoja con el cliente)

FECHA REVISADA CON EL(LA) CLIENTE: _____ INICIALES DEL(A) CLIENTE: _____

FIRMA DEL(A) TERAPISTA ASIGNADO(A):

Derechos Del Cliente

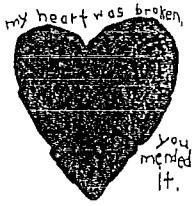
Como cliente del Centro Familiar de Richstone tiene los derechos de:

- Pedir y recibir toda la información de la capacidad profesional del terapeuta, incluyendo licencia, educación, entrenamiento, experiencia, membresía profesional, especialización y limitaciones.
- Tener documentos por escrito de los pagos, manera de pagar, número de sesiones, substituciones (en caso de vacaciones o emergencias), y pólizas de cancelación antes de empezar la terapia.
- Recibir tratamiento respetable y que le sirva de ayuda para usted.
- Un lugar que sea seguro y libre de abuso sexual, físico y emocional.
- Hacer preguntas acerca de su terapia.
- Rehusar a contestar preguntas o revelar información que usted no quiera dar.
- Pedir y recibir información de la terapeuta acerca de su progreso.
- Saber los límites de confidencia y las circunstancias en la cual su terapeuta esta legalmente requerida a revelar información a otras personas.
- Saber si hay un(a) supervisor(a), consultor(a), estudiante, u otras con quienes su terapeuta hablara sobre su caso.
- Negar im. tratamiento particular, o terminar el tratamiento sin obligación o ningún acoso.
- Rehusar grabación electronica.
- Pedir y en la mayoría de los casos, recibir un resumen de su caso, incluyendo el diagnostico, el progreso y el tipo de tratamiento.
- Reportar cualquier comportamiento ilegal de la terapeuta.
- Recibir una segunda opinión acerca de la terapia o de ls metodos de terapia.
- Recibir una copia y/o transferir su archivo a un terapeuta o agencia.

*Nota: Empezando terapia implica algunos beneficios y riesgos. Uno de los beneficios es que los problemas que esta teniendo se aliviarian por el aumento y mejoria con tas tecnicas de lidiar y con los cambios en su manera de pensar y comportarse. Es importante saber y notar los cambios propios durante la terapia y que las personas en su vida no comprenderan dichos cambios. Se puede platicar mas acerca de este temas con su terapeuta.

Firma del Cliente

Fecha
Revisada 1/10/02



RICHSTONE FAMILY CENTER
CENTRO FAMILIAR RICHSTONE

Procedimiento de Agravio/Queja

El/la/los participante(s) de Richstone Family Center (RFC) pueden dar sus quejas o reportar sus agravios directamente a su proveedor de servicio. Si esta manera no es efectiva y la queja o reporte de agravio han quedado sin resolver, el/la/los participantes de RFC deben reportar todos los hechos de agravio a el supervisor inmediato de el proveedor de servicio, o a la Directora Clínica. El reporte de agravio o la queja seran investigados(as) inmediatamente. La investigacion sera conducida con sensibilidad a la privacidad y a los intereses confidenciales de las personas involucradas. La informacion se mantendra confidencial consistente con la necesidad de investigar y llegar a las decisiones de RFC. El/la/los participante(s) sera(n) notificado(s) dentro de siete dias habiles tras la finalizacion de la investigacion.

Si tiene(n) alguna pregunta, por favor pongase en contacto con la Directora Clinica, Clinical Director, Juliette Stidd, MFT, por escrito a 13634 Cordary Avenue, Hawthorne, CA 90250.

.....
Nombre de el/la/los Participante(s)

.....
Firma de el/la/los Participante(s)

.....
Fecha

.....
Firma de el/la Terapista

.....
Fecha

THE RICHSTONE FAMILY CENTER
Información Financiera

SECCION A

Cliente/Apellido: _____

Persona Responsable: _____

Usted tiene algun familiar recibiendo terapia/o clase de padres en el Centro Familiar de Richstone?
Si No

SECCION B

La siguiente información deberá reflejar el ingreso mensual de la persona responsable para el pago de los servicios:

_____ Ingresos de sueldo	\$ _____	al mes
_____ Apoyo financiero para los niños	\$ _____	al mes
_____ Apoyo financiero del esposo	\$ _____	al mes
_____ Aseguranza para trabajadores incapacitados	\$ _____	al mes
_____ Beneficios militares	\$ _____	al mes
_____ Beneficios del Seguro Social	\$ _____	al mes
_____ Ingresos de retiro	\$ _____	al mes
_____ Asistencia pública	\$ _____	al mes
_____ Otro	\$ _____	al mes

Especifique: _____

_____ TOTAL: \$ _____ al mes

TOTAL: \$ _____ al año (= mes x12)

SECCION C

Yo verifico que la información mencionada es correcta y valida. Yo entiendo que la información financiera será evaluada una vez al año y corregida. Yo entiendo que esta información sera usada para calcular los costos para este servicio.

Persona Responsable

Fecha

- Incluir una copia(s) del cheque de pago mas reciente o de los impuestos de la persona responsable.
- Proveer verificación de algun ingreso no reportado (check voucher, estado de cuenta del banco, cartas de notificación de beneficios, etc.)

rev: 3/5/02



RICHSTONE FAMILY CENTER

Contrato de Pago y Participación

Entiendo que mi pago, según lo acordado, será de \$ _____ por sesión y que debo pagar esta cantidad cada vez que asista a las sesiones. Entiendo que si llegase a atrasarme con los pagos de cuatro sesiones consecutivas, debo crear un plan de pago con la agencia. Si es que me niego a participar en un plan de pago o no respeto el plan establecido, se iniciará un proceso para terminar los servicios con la agencia, el cual tendrá una duración de cuatro semanas. Una vez que termine este período, si sigue interesado/a en continuar con los servicios, se le proveerá referencias de otras agencias a las cuales puede contactar para continuar con los servicios.

Yo, _____ concuerdo con asistir a todas las sesiones de terapia establecidas a menos que surja una necesidad indispensable o una emergencia que impide que acuda a mis sesiones. En dicho caso, me comprometo a llamar a mi terapeuta y cancelar la sesión por lo menos 24 horas antes de mi cita.

Si mi situación económica cambia, entiendo que el contrato de pago será ajustado según corresponda. Si surge algún problema y no sigo en condiciones de pagar la cantidad establecida, entiendo que debo comunicarme con mi terapeuta inmediatamente.

Nombre en letra imprenta de la parte responsable

Firma de la parte responsable

Fecha

Supervisor clínico

Fecha

NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN DE SU SALUD PUEDE SER UTILIZADA, DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN.
POR FAVOR REVISE ESTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE.

Estoy obligado por ley a mantener la privacidad y seguridad de su Información de Salud Protegida ("ISP") y entregarle esta notificación de las prácticas de privacidad ("Notificación"). Estoy obligado a cumplir con los términos de esta Notificación. También debo notificarle en caso de incumplimiento de alguna estipulación relacionada a la seguridad de su Información de Salud Protegida. Me reservo el derecho a cambiar los términos de esta Notificación cuando sea necesario, y esos cambios aplicarán a toda la información que mantengo sobre usted. Usted podrá solicitar copias de la nueva Notificación o podrá tener acceso a copias a través de mi página web o en mi oficina. Únicamente con su autorización escrita ("Autorización") y para los propósitos especificados a continuación, usaré y divulgaré su ISP. Usted tiene derecho a revocar dicha Autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito.

Los usos (Práctica Interna) y las divulgaciones (Práctica Externa) de su ISP no requieren su permiso escrito cuando están relacionadas con su tratamiento, pagos de los servicios u operaciones del cuidado de su salud. Las siguientes categorías describen las diferentes situaciones en las que yo puedo usar y divulgar su ISP sin su Autorización:

1. Para su tratamiento. Puedo usar y divulgar su ISP para su tratamiento, que puede incluir divulgar su ISP a otros profesionales involucrados con el cuidado de su salud. Por ejemplo, si está siendo atendido por un médico o un psiquiatra, puedo divulgar su ISP para coordinar los diferentes servicios que usted recibe. A pesar de que mi preferencia es obtener su Autorización para hacerlo.

2. Para obtener el pago de su tratamiento. Puedo usar y divulgar su ISP para requerir y recaudar el pago de su tratamiento y servicios brindados a usted por mi. Por ejemplo, podría enviar su ISP a su compañía de seguros para recibir el pago por los servicios para el cuidado de su salud que le he brindado. A pesar de que mi preferencia es obtener su permiso por escrito para hacerlo.

3. Para operaciones del cuidado de su salud. Puedo usar y divulgar su ISP con el fin de realizar operaciones para el cuidado de su salud pertinentes a mi práctica profesional, esto incluye el comunicarme con usted cuando sea necesario. Por ejemplo, podría usar o divulgar su ISP a mi abogado para obtener asesoramiento sobre el cumplimiento de las leyes pertinentes a mi profesión.

Ciertas divulgaciones o usos requieren su Autorización, y en estos casos necesito su Autorización para el uso o la divulgación de su ISP.

1. Notas de psicoterapia. Conservo "notas de psicoterapia" según la definición dada a este término en 45 CFR § 164.501, y cualquier uso o divulgación de dichas notas requiere su Autorización, a menos que el uso o la divulgación de la ISP sea utilizada para los siguientes propósitos:

a. Para mi uso para asistirle en su tratamiento.

b. Para mi uso en la capacitación o la supervisión de otros profesionales de salud mental para ayudarles a mejorar sus habilidades en consejería o terapia grupal, de pareja, familiar o individual.

c. Para mi uso en procedimientos legales para defenderme en procedimientos legales iniciados por usted en contra mío.

d. Para el uso de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos para la investigación de mi cumplimiento con HIPAA.

e. Si divulgar o usar su ISP es requerido por la ley. El uso o la divulgación de su ISP estará limitado por dicha ley.

f. Si la ley lo requiere para ciertas actividades de supervisión de la gestión del negocio pertinentes al creador de las notas de psicoterapia.

g. Si divulgar o usar su ISP es requerido por un médico forense para realizar actividades requeridas por la ley o para una investigación autorizada por la ley.

h. Requeridas para impedir cualquier amenaza seria a la salud o seguridad de los demás.

2. Actividades de marketing. Como psicoterapeuta, no usaré ni divulgaré su ISP para propósitos de marketing.

3. Venta de su ISP. Como psicoterapeuta, no venderé su ISP en el transcurso de las actividades habituales de mi negocio.

Ciertos usos y divulgaciones de su ISP no requieren su Autorización. Sujeto a limitaciones de la ley, puedo usar y divulgar su ISP sin su Autorización por las siguientes razones:

1. Cuando la ley estatal o federal exige la divulgación de su información, y el uso o divulgación cumple y se limita a los requisitos de dicha ley.

2. Para actividades de salud pública, que incluyen revelar su ISP a las autoridades apropiadas si hay sospechas de abuso infantil o negligencia, abuso de adultos mayores de edad o adultos dependientes, y para prevenir o impedir una amenaza seria a la salud o seguridad de cualquier persona.

3. Para actividades de supervisión de la gestión del negocio, incluyendo auditorías e investigaciones.

4. Para procedimientos judiciales o administrativos, incluyendo el responder a una orden o citación judicial o administrativa. Mi preferencia es obtener su permiso por escrito antes de hacerlo.

5. Para obedecer con el cumplimiento de la ley, incluyendo el reportar cualquier delito o crimen que suceda en mis instalaciones.

6. Para investigaciones por médicos forenses o médicos examinadores, cuando dichas personas necesiten llevar a cabo tareas autorizadas por la ley.

7. Para investigaciones científicas, incluyendo el estudio y comparación de la salud mental de pacientes que recibieron una forma de terapia versus aquellos que recibieron otra forma de terapia para la misma condición.

8. Para funciones especializadas del gobierno, incluyendo el asegurar la ejecución adecuada de misiones militares, proteger al presidente de los Estados Unidos, realizar actividades de inteligencia o contrainteligencia o, ayudar a asegurar la seguridad de quienes trabajan dentro o están alojados en instituciones correccionales.

9. Para propósitos relacionados a la compensación al trabajador. Mi preferencia es obtener su permiso por escrito, sin embargo, si es necesario revelaré o divulgaré su ISP, en cumplimiento con las leyes relacionadas a la compensación al trabajador.

10. Para recordatorios de citas y beneficios o servicios relacionados con su salud. Puedo usar y divulgar su ISP para comunicarme con usted para recordarle o darle una cita. También puedo usar y divulgar su ISP para informarle acerca de alternativas de tratamientos u otros servicios de atención médica o beneficios que podrían interesarle.

Ciertas instancias requieren que usted tenga la oportunidad de objetar la divulgación o revelación de su ISP

1. Divulgación de su ISP a familiares, amigos u otros. Si usted está de acuerdo y no tiene inconveniente puedo divulgar o relevar su ISP a sus familiares, amigos y otras personas que estén involucradas en el cuidado de su salud o en el reclamo de algún pago relacionado a la atención de su salud. En caso de una emergencia, existe la opción de obtener su consentimiento de manera retroactiva.

SUS DERECHOS RELACIONADOS CON SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Estos son los derechos que usted tiene relacionados a su ISP:

1. El derecho a requerir límites a los usos y las divulgaciones de su ISP. Usted tiene el derecho de requerir restricciones a los usos y las divulgaciones de su ISP relacionadas con las operaciones del cuidado de su salud, su tratamiento y los pagos de los servicios. No estoy en obligación de aceptar su solicitud de restricción y puedo decir que "no" si es que considero que el restringir la divulgación de su ISP afectará el cuidado de su salud.

2. El derecho a solicitar restricciones a los usos y divulgaciones de su ISP para servicios que usted ha pagado en su totalidad de su bolsillo. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones a los usos y las divulgaciones de su ISP a compañías de seguro para pagos u operaciones del cuidado de su salud solo si su ISP pertenece a una atención o servicio médico que ha pagado en su totalidad de su bolsillo.

3. El derecho a elegir la forma de envío de su ISP. Usted tiene derecho a solicitar que yo me comunique con usted de cierta manera (por ejemplo, comunicarme con usted por el teléfono de

su casa o de su oficina) o que le envíe la información por correo a una dirección específica. Yo aceptaré sus solicitudes siempre y cuando sean razonables.

4. El derecho a ver y obtener copias de su ISP. Usted tiene el derecho a obtener copias de las "notas de psicoterapia", tiene derecho a obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y cualquier información adicional que tenga sobre usted. Le proporcionaré una copia de toda su información, o también le puedo ofrecer un resumen de la misma. Para procesar su solicitud, debo de recibir una solicitud por escrito. Usted recibirá las copias de toda su información o un resumen de su información dentro de 30 días a partir del día en que reciba su solicitud. Yo podré cobrarle una tarifa razonable por esta solicitud.

5. El derecho a recibir una lista de las divulgaciones que he hecho de su ISP. Usted tiene el derecho a recibir una lista de ciertas instancias en las que he divulgado su ISP relacionadas con su tratamiento, pagos por los servicios, operaciones del cuidado de su salud, y divulgaciones de su ISP que usted ha autorizado. Usted recibirá un informe de las divulgaciones que he hecho dentro de 60 días a partir del día en que reciba su solicitud. La lista que le entregaré incluirá las divulgaciones que he hecho durante los últimos 6 años a no ser que usted solicite un menor tiempo. Usted recibirá la lista sin costo alguno, sin embargo, si usted solicita una lista más de una vez dentro del mismo año le cobraré una tarifa razonable por esta solicitud adicional.

6. El derecho a modificar o actualizar su ISP. Usted tiene el derecho a requerir que la ISP que yo mantengo acerca de usted sea modificada, enmendada o corregida si usted cree que hay un error en su ISP, o que falta información importante. Yo podría negarme a cumplir con su solicitud, sin embargo, le daría una explicación por escrito dentro de 60 días a partir del día en que reciba su solicitud para modificar o actualizar su ISP.

7. El derecho a obtener una copia impresa o electrónica de esta Notificación. Usted tiene derecho a obtener una copia impresa o electrónica de esta Notificación. Usted también tiene el derecho de recibir una copia por correo electrónico, por más que también haya pedido una copia impresa.

COMO PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE MIS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Si usted cree que sus derechos han sido violados, puede interponer una queja a la directora clínica, Juliette Stidd, quién es la oficial encargada de la agencia, a la dirección y número de teléfono que aparecen a continuación:

Dirección: 13634 Cordary Ave, Hawthorne, CA 90250

Número de teléfono: (310) 970-1921 extensión 140

También puede presentar una queja a la Oficina de los Derechos Civiles del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos:

1. Enviando una carta a la dirección que aparece abajo:
 - a. 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201
2. Llamando al 1-877-696-6775
3. Visitando la página de Internet www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints. No habrán represalias por someter una queja sobre mis prácticas de privacidad.

FECHA DE EFECTIVIDAD

Esta Notificación es efectiva a partir del 2019.

RECONOCIMIENTO ESCRITO DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar este documento, usted reconoce y acepta que usted ha recibido una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad del Richstone Family Center. La Notificación de las Prácticas de Privacidad describe como su información de salud puede ser utilizada y divulgada. Le recomendamos revisar este documento cuidadosamente.

La Notificación de las Prácticas de Privacidad está sujeta a cambios. Si se modifica o actualiza la Notificación de las Prácticas de Privacidad, usted puede obtener una copia de la nueva Notificación del Richstone Family Center comunicándose por teléfono con la directora clínica, Juliette Stidd al número (310) 970-1921 extensión 140.

Si tiene alguna pregunta sobre la Notificación de las Prácticas de Privacidad, por favor comuníquese con la directora clínica a la dirección o número de teléfono presentado a continuación:

Dirección: 13634 Cordary Ave, Hawthorne, CA 90250

Número de teléfono: (310) 970-1921 extensión 140

Yo reconozco y acepto que he recibido una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad del Richstone Family Center.

Firma: _____ Fecha: _____
(Paciente/padre o madre/tutor/guardián)

Firma: _____ Fecha: _____
(Terapeuta)

THE RICHSTONE FAMILY CENTER

Autorización Para Ceder Información Archivada

Yo _____ doy autorización para que _____ Nombre del Proveedor
ceda información a _____ Nombre y Dirección del Solicitante
sobre el archivo o tratamiento de _____ Nombre del Cliente cuya fecha de
nacimiento es el _____

Esta autorización es requerida para los siguientes propósitos:

La información en este archivo esta protegida por la Sección del Código 5328 de la Institución del Bienestar de California.

- Diagnóstico Clínico
- Evaluación Diagnostica
- Progreso Clínico
- Resumen del tratamiento
- Resumen de resultados
- Otra informacion: _____

Una autorización adicional deberá obtenerse para cualquier transferimiento de información acerca de dado archivo.

Esta autorización tomará efecto el _____ y puede ser revocada por el
consentidor en cualquier momento, excepto cuando la acción ya haya sido tomada. Si la
duración de esta autorización no es revocada, su efecto continuará hasta el _____
Fecha

La duración de este documento no debe exceder los seis meses a partir de la fecha que
entre en efecto.

Yo puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento con la
excepción de aquella información que haya sido cedida antes de la revocacion.
Este documento permite al proveedor que el archivo sea abierto para proveer el contenido
solicitado a la(s) agencia(s) mencionada(s) en la primer parte de este documento.

Yo entiendo que con esta autorización yo revoco mi derecho, presente o futuro, para entablar
cualquier acción legal encontra de el proveedor por cualquier daño causado, directa o
indirectamente, en cuanto a la cesión del contenido del archivo.

Firma del cliente/padre o madre

Fecha

Firma del terapeuta

Fecha

Firma del(a) supervisor(a)

Fecha