

## **CONSENTIMIENTO Y ACUERDO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS PARA EL CLIENTE**

**Por favor, lea atentamente la siguiente información. Después de haber leído este acuerdo, por favor firme a continuación para aceptar los términos de este acuerdo.**

Bienvenido al Centro de Servicios de Psicología de la Universidad de Nova Southeastern. Este documento (El Acuerdo) contiene información importante acerca del Acto de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act HIPAA), una ley federal que provee protecciones de privacidad y derechos de los clientes en relación con el uso y divulgación de su información de salud protegida (Protected Health Information PHI) utilizado para el propósito del tratamiento, pago, y operaciones del cuidado de la salud. HIPAA requiere que el Centro de Servicios de Psicología de la Universidad de Nova Southeastern le proporcione una Notificación de Prácticas de Privacidad (La Notificación). La Notificación explica HIPAA y su aplicación a su información personal de salud con mayor detalle.

### **A. TERAPEUTA EN ENTRENAMIENTO**

Entiendo que el Centro de Servicios de Psicología de la Universidad de Nova Southeastern es un centro de formación para estudiantes de posgrado matriculados en el Centro de Estudios Psicológicos. Los terapeutas en entrenamiento están bajo la supervisión de psicólogos con licencia. Los estudiantes discuten sus casos con sus supervisores. El terapeuta en entrenamiento y el supervisor mantendrán confidencialidad de acuerdo con las regulaciones de privacidad federales y estatales. El nombre de mi supervisor es \_\_\_\_\_.

### **B. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

Como una persona con consentimiento legal, estoy de acuerdo en permitir a los estudiantes, profesores, y personal del Centro de Servicios de Psicología de la Universidad de Nova Southeastern proporcionar tratamiento a mí mismo, o mi hijo, según corresponda. Entiendo que tengo el derecho de suspender el tratamiento en cualquier momento sin incurrir en costos adicionales.

### **C. EMERGENCIAS**

El Centro de Servicios de Psicología de la Universidad de Nova Southeastern funciona solo con previa cita. Si usted tiene una emergencia debe llamar al 911, comunicarse con su médico de atención primaria, contactar a la línea móvil de crisis (954-463-0911), o ir a la sala de emergencias local.

### **D. CITAS**

Cuando una cita no se puede mantener, el centro y/o el terapeuta en formación deben ser notificados por lo menos con 24 horas de anticipación.

### **E. DERECHO A DESCONTINUAR EL TRATAMIENTO**

El Centro de Servicios de Psicología de la Universidad de Nova Southeastern tiene derecho a interrumpir el tratamiento por cualquier razón apropiada, incluyendo pero no limitado a, retrasos y cancelaciones reiteradas excesivamente. En tales casos, el cliente o el representante personal del cliente se comprometen a aceptar la responsabilidad total de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental. Se enviará una carta informando al cliente o su representante personal que el tratamiento ha sido descontinuado.

## **F. HONORARIOS**

Entiendo que se espera que yo pague por cada sesión en el momento en que se lleve a cabo. En relación con la misión del Centro de Servicios de Psicología de la Universidad de Nova Southeastern de servir a la comunidad y sujeto a los recursos disponibles, el centro puede atender en un programa de reducción de tarifas a personas que no pueden pagar la cuota usual y de costumbre para el servicio. Una forma de determinación de ingresos y la documentación requerida se debe proporcionar al centro para la consideración de un ajuste de tarifas.

Si su cuenta no ha sido cancelada por más de 60 días y las modalidades de pago no han sido acordadas, el Centro de Servicios de Psicología tiene la opción de utilizar medios legales para asegurar el pago. Esto puede implicar la contratación de una agencia de cobranza o proceder por medio de la corte de reclamos menores, que requerirían la divulgación de información que de otro modo hubiese sido confidencial.

## **G. LIMITES DE CONFIDENCIALIDAD**

Tanto las leyes federales y estatales protegen la privacidad de todas las comunicaciones entre un cliente y un psicoterapeuta o terapeuta. En muchas situaciones, el Centro de Servicios de Psicología sólo puede divulgar información sobre su tratamiento a los demás si usted firma una autorización por escrito que cumpla con ciertos requisitos legales impuestos por el estado y las regulaciones federales de privacidad. Por favor vea el aviso de las prácticas de privacidad, que explica HIPPA, y su aplicación a su información personal de salud con mayor detalle. Hay otras situaciones que requieren por escrito, previo consentimiento. Su firma en este acuerdo prevé el consentimiento para las actividades de la siguiente manera:

- El Centro de servicios de Psicología es un centro de formación, la información que usted nos suministra puede ser discutida en las sesiones de supervisión.
- Los terapeutas en entrenamiento y/o el personal del Centro de Servicios de Psicología pueden encontrar útil el consultar con otros proveedores de salud mental en el centro sobre algún caso. Los proveedores de servicios de salud mental del centro están legalmente obligados a mantener la información confidencial.
- Usted debe estar consciente que nosotros ejercemos con otros proveedores de salud mental y empleamos un personal administrativo. En la mayoría de los casos, tenemos que compartir la información protegida de salud con estas personas, tanto para propósitos clínicos y

administrativos, tales como la programación, presentación, y la facturación. Todos los proveedores de salud mental están sujetos a las mismas normas de confidencialidad. Todo el personal ha sido informado sobre la protección de su privacidad y han acordado no divulgar ninguna información fuera del centro sin la autorización de un miembro del personal profesional o de lo contrario legalmente apropiado.

- Revelaciones necesarias para cobrar las cuotas pendientes se mencionan en otras partes de este acuerdo.

Hay algunas situaciones en las que estamos permitidos u obligados a divulgar información sin su consentimiento o bien autorización, incluyendo pero no limitado a:

- Si usted está involucrado en un procedimiento judicial y se realiza una solicitud de información con respecto a su evaluación, diagnóstico o tratamiento, esta información está protegida por la ley de privilegio del psicoterapeuta-cliente. No podemos dar ninguna información sin:

1) Su autorización por escrito o la de su representante personal;

2) El recibo de una citación con la documentación de garantías satisfactorias de la notificación al cliente y un certificado que indique que no se presentó ninguna objeción, o todas las objeciones presentadas fueron resueltas por el tribunal, y las revelaciones son consistentes con la resolución, o

3) una orden judicial

- Si una agencia del gobierno está solicitando la información para las actividades de supervisión de la salud, puede que estemos requeridos a proveérsela.
- Si un cliente presenta una queja o demanda en contra de nosotros, podemos divulgar la información pertinente relativa a ese cliente con el fin de defendernos.

Hay algunas situaciones en las que podemos estar legalmente obligados a tomar acciones, que creemos sean necesarias para tratar de proteger a otros del daño y puede que tengamos que revelar alguna información sobre el tratamiento de un cliente, incluyendo pero no limitado a:

- Si tenemos motivos razonables para sospechar que un niño menor de 18 años es abusado, abandonado o descuidado, o si tenemos motivos razonables para creer que un adulto vulnerable es abusado, descuidado o explotado, la ley exige que presente un informe con la agencia del gobierno apropiada.
- Si creemos que un cliente presenta una probabilidad clara e inmediata de daño físico a otro, podemos estar obligados a tomar medidas protectoras. Estas acciones pueden incluir la notificación a la víctima potencial, ponerse en contacto con la policía, o buscar la hospitalización del cliente.

- Si creemos que un cliente presenta una probabilidad clara e inmediata de daño físico a sí mismo, podemos estar obligados a buscar la hospitalización de el cliente, o contactar a miembros de la familia u otras personas que puedan ayudar a proporcionar protección.
- ❖ Si surge una situación así, vamos a tratar de limitar nuestra divulgación de información a lo que es necesario. Las cuestiones de confidencialidad pueden ser complicadas, así que si usted tiene alguna pregunta acerca de ellas, por favor siéntase libre de hacerlo ahora o en el futuro, según sea necesario.

## **H. REGISTROS PROFESIONALES**

Nosotros mantenemos un registro clínico de cada cliente. Este podría incluir información acerca de sus razones para buscar tratamiento, una descripción de las formas en que el problema afecta su vida, su diagnóstico, los objetivos que nos propusimos para el tratamiento, su progreso hacia estas metas, la historia clínica y social, su historial de tratamiento, los registros de tratamientos anteriores que recibimos de otros proveedores, y los informes de las consultas profesionales. Como se detalla en El Anuncio, puede recibir una copia de su historia clínica que generemos, si usted lo solicita por escrito.

Debido a que estos son registros profesionales, estos pueden ser mal interpretados y / o molestar a los lectores no entrenados. Por esta razón, se recomienda que inicialmente sean revisados en presencia de su terapeuta, o que sean enviados a otro profesional de salud mental para que pueda usted discutir el contenido.

En la mayoría de los casos habrá un cargo para la copia. Si rechazamos su solicitud de acceso a sus expedientes clínicos, usted tiene el derecho de revisión, que será explicado en una carta enviada a usted y que discutiríamos con usted si lo solicita.

Asimismo, también podemos, en algunos casos, mantener un conjunto de notas llamado Notas de Psicoterapia ("Notas"). De conformidad con HIPAA, estos registros están específicamente definidos y llevan a una protección especial. Tienen un significado muy específico en virtud de la ley. Estas Notas son para el uso del supervisor y el terapeuta en entrenamiento, y están diseñadas para ayudarnos a proporcionarle una atención de calidad. El contenido de las notas varía de cliente a cliente, pero estas pueden incluir el contenido de las conversaciones, el análisis de esas conversaciones, y cómo estas afectan su terapia. Estas Notas se mantienen separadas del Registro Clínico. Usted puede recibir una copia de las Notas de Psicoterapia que generemos, si usted lo solicita por escrito. En la mayoría de los casos habrá un cargo para la copia. Si rechazamos su solicitud de acceso a sus Notas de Psicoterapia, usted tiene el derecho de revisión, que será explicado en una carta enviada a usted, y que vamos a discutir con previa solicitud.

## **I. DERECHOS DEL CLIENTE**

Además del derecho a obtener copias de su expediente, como se mencionó anteriormente, HIPPA les ofrece una serie de derechos, que brevemente incluyen el derecho a modificar la información de su expediente y solicitar restricciones en cuanto a cómo se pone en contacto. Por favor, revise la Notificación de Prácticas de Privacidad de la Universidad de Nova Southeastern con cuidado.

## **J. OFICINA DEL MEDICO FORENSE**

En el caso de mi muerte, yo libero y eximo de responsabilidad a la Universidad de Nova Southeastern como el custodio de mi historia clínica de cualquier y toda responsabilidad derivada de, o como resultado, de la liberación de mi registro a la Oficina del Médico Forense de conformidad con la ley estatal.

## **K. MENORES Y PADRES**

**Los menores emancipados** no necesitan consentimiento de los padres para el cuidado de la salud mental. Su información de salud protegida (PHI) es confidencial y no debe ser divulgada a nadie, ni siquiera los padres o tutores, sin el consentimiento del cliente.

**Los menores no emancipados** en general deben tener el consentimiento de su representante personal para el cuidado de la salud mental cuando no se trata de una emergencia. Los representantes personales incluyen a los padres naturales o adoptivos, tutores legales o tutores, o una persona que actúa como el padre del menor. El representante personal puede tener acceso a los registros de los hijos menores en estos casos, a menos que hayan convenido previamente en un estado de confianza entre el niño y el terapeuta. Es decir, si el terapeuta le pide a un representante personal que se retire de modo que el profesional médico pueda hablar confidencialmente con el cliente menor de edad, el representante esta, en efecto, aceptando una relación confidencial entre el niño y el proveedor, y puede saber de que se trato la conversación solo si el niño lo autoriza.

El terapeuta se espera que utilice su criterio profesional en estas situaciones y considere el mejor interés del cliente al momento de decidir si desea compartir información confidencial con un representante personal.

Hay otros casos en los que los menores no necesitan el consentimiento del representante personal para el cuidado de la salud mental, y en esos casos, la información de salud protegida (PHI) en relación a la atención de salud mental sólo podrá ser compartida con el representante personal con la autorización del cliente menor de edad. Estos casos incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:

- Servicios de salud mental de diagnóstico y servicios de evaluación (13 años y mayores). Estos servicios no incluyen medicamentos y otros tratamientos somáticos, los estímulos aversivos, o

la privación sustancial. Estos servicios no deberán exceder dos visitas durante cualquier período de una semana (1).

- Tratamiento ambulatorio de intervención de crisis y servicios de consejería (13 años o más). Estos servicios no incluyen medicamentos y otros tratamientos somáticos, estímulos aversivos, o privación sustancial. Estos servicios no deberán exceder dos visitas durante cualquier período de una semana (1).
- Tratamiento ambulatorio de abuso de sustancias / servicios de consejería (13 años o más). Estos servicios no incluyen medicamentos y otros tratamientos somáticos, los estímulos aversivos, o la privación sustancial.

SU FIRMA INDICA QUE HA LEIDO ESTE CONTRATO Y ESTA DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS.

---

Firma del cliente o representante personal

---

Fecha

---

Nombre del cliente o representante personal

---

Fecha de Nacimiento del Cliente

---

Descripción de la Autoridad del Representante personal