
CONSENTIMIENTO INFORMADO/ACUERDO DE SERVICIOS DE TERAPIA/PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por favor lea este documento con atención y avísele a Leah Schwarz, LSCSW, LCSW, RPT si tiene alguna pregunta antes de firmar este acuerdo. Después de firmar este acuerdo Leah Schwarz, LSCSW, LCSW, RPT le proporcionará una copia si la solicita. Una copia de este acuerdo firmado se almacenará en un sistema confidencial y seguro junto con el resto de su archivo clínico.

Acerca de Hope Esperanza Counseling, LLC : Hope Esperanza Counseling, LLC es una empresa de responsabilidad limitada en el estado de Kansas ubicada en 5201 Johnson Drive, Ste 305, Mission Kansas, 66205.

Beneficios / riesgos de la terapia: La psicoterapia es un proceso intensamente personal que puede traer a la superficie recuerdos desagradables. En este proceso, puede haber momentos en que sienta que está mejorando y luego, la próxima semana, puede sentir que ha dado algunos pasos hacia atrás. A veces el progreso puede ser muy lento. La psicoterapia requiere un esfuerzo muy activo de su parte. Para tener más éxito, tendrá que trabajar en las cosas que discutimos fuera de las sesiones para ver las mejoras que desea.

Sin embargo, la terapia tiene muchos beneficios. La terapia puede ayudarle a desarrollar habilidades de afrontamiento, hacer cambios de comportamiento, reducir los síntomas de trastornos de salud mental, mejorar la calidad de su vida, así como aprender a controlar el enojo, la ansiedad, etc. y también tiene muchas otras ventajas.

Confidencialidad: En casi todas las situaciones, su confidencialidad y privacidad están protegidas por la ley estatal y por las reglas éticas de nuestra profesión, a menos que pida por escrito que la información sea divulgada. Hay algunas excepciones, como las siguientes:

Límites a la confidencialidad:

- La ley de Kansas declara que se debe hacer un reporte cuando un profesional sospecha que un niño o un adulto dependiente ha sido víctima de abuso o negligencia (K.S.A. 38-2223 y K.S.A. 39-1430). Todos los casos de abuso/negligencia infantil o de un adulto dependiente deben ser reportados al Departamento de niños y familias.
- La ley de Kansas (K.S.A. 38-2223) le da permiso a los terapeutas para reportar amenazas de autolesiones de las cuales ellos se enteren durante el curso de la relación profesional con un cliente. Los terapeutas aceptan la responsabilidad del cuidado de clientes que necesitan tratamiento de salud mental, y tienen el deber de proteger a sus clientes contra las autolesiones.
- La ley de Kansas (K.S.A. 38-2223) le da permiso a los terapeutas para reportar amenazas de daño a otras personas de las cuales ellos se enteren durante el curso de la relación profesional con un cliente. Los terapeutas tienen el deber de advertir/proteger a la gente que podría estar en peligro por amenazas hechas por sus clientes.
- Si usted está o participara en procedimientos judiciales y los registros clínicos son citados y ordenados por un juez, se puede divulgar información confidencial.

CONSENTIMIENTO INFORMADO/ACUERDO DE SERVICIOS DE TERAPIA/PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Como una trabajadora social profesional, es posible que necesite consultar con un supervisor profesional y/o un compañero profesional sobre los servicios que le estoy brindando para asegurarme de que usted reciba los mejores servicios posibles. Los pares y supervisores profesionales también están sujetos a las leyes de confidencialidad.

Telesalud y su confidencialidad:

Puede solicitar participar en sesiones de terapia a través de telesalud/videoconferencia para aumentar el acceso a los servicios. Si usted y su terapeuta acuerdan participar en asesoramiento en línea, tiene los siguientes derechos:

1. Tengo derecho a retener o retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a atención o tratamiento en el futuro.
2. Entiendo que mi terapeuta utiliza tecnología compatible con HIPAA para transmitir y recibir video y audio y almacena todas las notas e información relacionadas con mi tratamiento de manera que cumpla con las leyes estatales y federales. Entiendo que es mi responsabilidad garantizar que mi ubicación física durante la videoconferencia esté libre de otras personas para garantizar mi confidencialidad. Además, entiendo que la grabación de mis sesiones está prohibida.
3. Entiendo que existen riesgos y consecuencias del asesoramiento / teleterapia en línea, incluida, entre otras, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables por parte del terapeuta, de que: la transmisión de mi información podría verse afectada o distorsionada por fallas técnicas. *Entiendo que, si las sesiones de teleterapia se desconectan, el terapeuta me llamará por teléfono para completar nuestra sesión.*
4. Entiendo que puedo beneficiarme de la orientación / teleterapia en línea, pero que los resultados no pueden garantizarse. Además, entiendo que la atención y los servicios en línea de asesoramiento / teleterapia pueden no ser tan completos como los servicios presenciales.
5. Acepto que el asesoramiento en línea / teleterapia no proporciona servicios de emergencia. Si estoy experimentando una situación de emergencia, entiendo que puedo llamar al 911; o proceder a la emergencia del hospital más cercano; o llamar a mi médico de atención primaria o psiquiatra. Si tengo pensamientos suicidas o estoy haciendo planes para hacerme daño, puedo llamar a la Línea de vida nacional de prevención del suicidio al 1.800.273.TALK (8255) para obtener asistencia gratuita las 24 horas.
6. Entiendo que las limitaciones a la confidencialidad con mi terapeuta incluyen la creencia razonable de que estoy en un peligro para mí o otros. Entiendo que, si mi terapeuta cree razonablemente que planeo lastimarme a mí mismo o a otra persona, mi terapeuta se comunicará con los servicios de emergencia locales para venir a mi ubicación y garantizar mi seguridad. Además, debido a que mi terapeuta y yo no estaremos físicamente en el mismo espacio durante su sesión, le informaré a mi terapeuta mi ubicación en caso de una emergencia.
7. Entiendo que si no he iniciado sesión en el enlace y no me he comunicado con mi terapeuta 15 minutos después de la hora de la cita, se considerará que no me presento y mi terapeuta cerrará la sesión.

CONSENTIMIENTO INFORMADO/ACUERDO DE SERVICIOS DE TERAPIA/PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Para hacer todo lo posible para mantener segura la confidencialidad de su información de salud privada, tenga en cuenta lo siguiente acerca de comunicación electrónica:

- **Correo Electrónico:** No se puede garantizar que el correo electrónico sea un medio seguro para transmitir o recibir su información de salud privada. El uso de correo electrónico debe ser nada más para cuestiones de programación de sesiones mientras lo sea posible. Puede enviarnos un correo electrónico sobre cualquier tema que desee, pero comprenda que al hacerlo acepta el riesgo y el límite de su confidencialidad. Si desea utilizar el correo electrónico como parte de su asesoramiento, hay un cargo por el tiempo dedicado a leer los correos electrónicos que vayan más allá de breves intercambios sobre asuntos de programación o cuestiones de pago. Consulte el Acuerdo de tarifas para más información.
- **Mensajes de Texto:** Lo ideal es que los mensajes de texto sean usados para notificaciones breves sobre la programación de sesiones o notificaciones de retrasos para las citas. Los teléfonos de los terapeutas están protegidos con contraseñas, pero pueden aparecer mensajes de texto cuando la pantalla esté bloqueada, lo que puede ser una violación de su confidencialidad. Si elige utilizar mensajes de texto para comunicar información confidencial, hágalo con pleno conocimiento y aceptación de que esto es un riesgo y límite de su confidencialidad. No participamos en discusiones terapéuticas con clientes a través de mensajes de texto.
- **Uso del teléfono celular:** Las comunicaciones por teléfono celular no pueden garantizarse como una forma confidencial de comunicación. Utilizamos tecnología de telefonía celular como también lo hacen la mayoría de nuestros clientes. Hacemos todo lo posible para garantizar que nuestras conversaciones telefónicas se mantengan confidenciales. Cuando tenemos una conversación por teléfono celular, usted reconoce y acepta el riesgo y los límites de su confidencialidad. Si no desea correr este riesgo, le recomendamos que solo use la comunicación telefónica para programar sus citas y espere estar en persona para discutir información confidencial. De acuerdo con la política anterior con respecto al uso del teléfono celular, tenga en cuenta que nuestros sistemas de correo de voz están alojados en celulares y en la Internet y no se puede garantizar confidencialidad, aunque tomamos todas las medidas para proteger su confidencialidad. Se recomienda que no deje información confidencial en el correo de voz, sino que utilice el correo de voz para solicitar una devolución de llamada y / o programar una cita en persona. El correo de voz está protegido por contraseña y seguro lo mejor que podemos. El correo de voz se verifica durante toda la semana a menos que estemos de vacaciones o fuera del país por cualquier motivo. Cuando sea posible, devolveremos todas las llamadas dentro de 3 días laborales. Cuando estemos fuera de la oficina por vacaciones o viajes de negocios y no podamos acceder al correo de voz o al correo electrónico, su terapeuta le notificará con anticipación y le explicará qué hacer en caso de emergencia.
- **Redes sociales:** para proteger su confidencialidad y de acuerdo con nuestra ética profesional, no podemos aceptar solicitudes de amistad o conexión de clientes en ninguna plataforma de redes sociales. Puede seguir cuentas de redes sociales que estén abiertas al público, pero no comente

CONSENTIMIENTO INFORMADO/ACUERDO DE SERVICIOS DE TERAPIA/PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ni se identifique de ninguna manera como mi cliente. Si lo hace, está aceptando el riesgo de incumplimiento de su confidencialidad.

- **Interacción en público:** en el caso de que nos crucemos en un entorno público, para proteger la confidencialidad de nuestra relación terapéutica, nuestra política es no acercarnos a usted o iniciar contacto con usted.

Servicio a menores: Hope Esperanza Counseling, LLC no trata a menores de edad sin el consentimiento de los padres o tutor legal. Solo estamos obligados a obtener el consentimiento de uno de los padres o tutor legal. Depende de la discreción de ese padre informar a los otros custodios legales de los detalles de los servicios. Tengo entendido que se pondrá en contacto con estos custodios legales antes de que comiencen los servicios. En situaciones de custodia legal compartida entre padres separados, es mi política solicitar una copia del plan de crianza y tener contacto con ambos padres, a menos que haya una razón válida para no hacerlo.

La confidencialidad y la privacidad son partes importantes para formar una relación terapéutica efectiva. Aunque los padres tienen acceso a los registros de sus hijos, es importante que los padres / tutores respeten que los niños y adolescentes necesitan un nivel de privacidad en la terapia. Si sentimos que su hijo/a está en peligro, le comunicaremos toda la información necesaria y también se le proporcionarán informes generales sobre el progreso de su hijo.

Grabaciones de las sesiones: Para proteger la confidencialidad, se prohíben las grabaciones de cualquier naturaleza (video y / o audio), a menos que se haya obtenido un permiso por escrito tanto del cliente y terapeuta y se haya incluido en la historia clínica del cliente. La grabación y / o distribución de la grabación de una sesión puede resultar en la terminación de los servicios.

Información de Seguro Médico: Si elige usar un seguro médico para pagar sus servicios de terapia, debe tener en cuenta que la mayoría de las compañías de seguros requieren que autorice a Leah Schwarz, LCSW, RPT a proporcionarles un diagnóstico clínico para obtener los beneficios para pagar los servicios. En cualquier momento, se le puede solicitar a Leah Schwarz, LCSW, RPT que brinde información clínica adicional; como tratamiento o resúmenes, o copias de todo el registro (en casos raros). Esta información pasará a formar parte de los archivos de la compañía de seguros y posiblemente se almacenará en una computadora. Todas las compañías de seguros afirman mantener dicha información de manera confidencial, sin embargo, no tenemos control sobre lo que hacen con la información una vez que la reciben. En algunos casos, pueden compartir la información con bases de datos nacionales de información médica. Es importante recordar que siempre tiene derecho a pagar los servicios usted mismo para evitar los posibles escenarios descritos anteriormente.

Tenga en cuenta que es su responsabilidad verificar los beneficios y el estado de su seguro, y será responsable de pagar los copagos o cargos que no reembolse su seguro.

A continuación, se describen las tarifas por los servicios que pueden enviarse a su seguro:

Cita de admisión: \$ 150

Sesión de 60 minutos: \$ 150

CONSENTIMIENTO INFORMADO/ACUERDO DE SERVICIOS DE TERAPIA/PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Sesión de 45 minutos: \$ 112.50

Sesión de 30 minutos: \$ 75

Adición de terapia de juego o EMDR a una sesión: \$ 12

Tarifas por servicios adicionales: Si solicita que su terapeuta brinde servicios que no sean de terapia (como asistir a reuniones o coordinarse con funcionarios escolares u otros profesionales o escribir cartas en su nombre), es posible que se le cobre por el tiempo dedicado a estos artículos como estos a menudo no están cubiertos por el seguro médico. Si se involucra en procedimientos legales que requieren la participación de su terapeuta, se esperará que pague por su tiempo profesional (incluso si otra parte lo llama a testificar). Debido a la dificultad de la participación legal, los cargos por tales servicios son más altos que los de los servicios de terapia regulares. Tenga en cuenta que Hope Esperanza Counseling, LLC no proporciona ni realiza evaluaciones de custodia, visitas u otros asuntos forenses.

FMLA (Ley de Ausencia Familiar y Médica)/cartas a doctores,

empleadores, escuelas

\$40

Informes para la corte

\$150/hora

Testimonios en la corte (incluye el tiempo de preparación)

\$200/hora

(Tenga en cuenta que estos cargos no están cubiertos por pólizas de seguro)

Nota sobre el testimonio en la corte: se requiere un mínimo de 2 horas (\$400) y se paga antes de la comparecencia en la corte. Si se proporciona un aviso de menos de 1 semana al terapeuta (es decir, se presenta una citación dentro de una semana de la fecha de la corte), se aplicará un cargo adicional de \$100. Si dentro de las 48 horas posteriores a la fecha de presentación del terapeuta, el tribunal se pospone o ya no es necesario que el terapeuta comparezca, todavía se aplicará la tarifa de \$400.

Asistencia: La asistencia regular es importante en el proceso terapéutico. Para respetar su tiempo y el mío, se requiere un aviso de cancelación de cualquier cita por mensaje de texto o correo electrónico con 24 horas de anticipación. A menos que sus servicios estén siendo pagados por Medicaid, cobraré la mitad de la tarifa de la sesión por cualquier cita que no se presente fuera de emergencias inevitables, clima o enfermedad (consulte el Acuerdo de Tarifas adjunto para obtener una explicación completa). Para todos los clientes, en caso de 2 ausencias sin notificar la terapeuta o la falta del 20% de las sesiones dentro de un período de 3 meses, me reservo el derecho de cerrar su archivo. Una ausencia se define como perder una cita sin avisar con 24 horas de anticipación, con la excepción de situaciones que se determinen como emergencias o enfermedades inevitables.

Si no reprograma después de una cita perdida y pasamos 60 días sin contacto, se cerrará su expediente.

En caso de mal tiempo, se le notificará lo antes posible en caso de que Hope Esperanza Counseling, LLC se cierre.

****Si llega tarde, la sesión será más corta ya que terminamos a la hora programada****

Política de vacaciones / Viajes: Cuando esté fuera de la oficina por vacaciones o viaje de negocios y no pueda acceder al correo de voz y / o correo electrónico, su terapeuta le notificará con anticipación y discutirá qué hacer en caso de una emergencia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO/ACUERDO DE SERVICIOS DE TERAPIA/PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Apoyo Urgente en caso de Emergencias y Atención Fuera del Horario Regular:

Hope Esperanza Counseling, LLC no es una agencia de servicios de emergencia. No proporcionamos servicios de emergencia. Si tiene una emergencia potencialmente mortal, debe llamar al 911 o ir a la sala de emergencias del hospital que elija.

Otros recursos incluyen:

Línea de Texto de Crisis - Mande el mensaje de texto CONNECT al 741741 en cualquier parte de los Estados Unidos.

Línea de Crisis de Salud Mental de Johnson County: 913-268-0156

Línea de Crisis de Wyandotte County: 913-788-4200

Línea Nacional de Prevención del Suicidio: 988

Su registro clínico: debe tener en cuenta que, conforme con HIPAA, mantenemos información sobre todos los clientes en una colección de registros profesionales. Esto constituye su historia clínica. Almacenamos su registro clínico en una ubicación de almacenamiento electrónico en la nube compatible con HIPAA. Hope Esperanza Counseling, LLC sigue las reglas legales para mantener su confidencialidad. Si desea tener una copia de su registro clínico: debe notificarlo con 7 días de anticipación y se le cobrará una tarifa administrativa de \$ 25 por preparar el registro para divulgación con previa solicitud por escrito.

Quejas: Si considera que hay una base para una queja formal o una queja sobre cualquier cosa relacionada con los servicios profesionales que brindamos, le solicitamos que primero nos comunique sus preocupaciones directamente para que seamos informados y tengamos la oportunidad de responder y resolver cualquier posible malentendido. Tiene derecho a presentar una queja sobre su terapeuta y puede hacerlo comunicándose con la junta en la siguiente dirección y número de teléfono:

Kansas Behavioral Sciences Regulatory Board
700 SW Harrison Street #420, Topeka,
KS 66603 785-296-3240

CONSENTIMIENTO INFORMADO/ACUERDO DE SERVICIOS DE TERAPIA/PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, _____, (Nombre del Cliente/Tutor Legal) entiendo y se me ha ofrecido una copia del Consentimiento Informado/Acuerdo de Servicios de Terapia/Prácticas de Privacidad que da una descripción detallada de los posibles usos y divulgaciones de mi información de salud protegida, así como mis derechos en estos asuntos. Entiendo que tengo derecho a revisar este documento antes de firmar este formulario de reconocimiento.

He tenido la oportunidad de revisar y hacer preguntas sobre toda y cualquier información antes de firmar este acuerdo.

Al firmar este acuerdo, estoy dando mi consentimiento para recibir tratamiento para mi o mis hijo/a(s) menores.

Firma del Cliente _____ Fecha: _____

Firma del Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Firma del Terapeuta: _____ Fecha: _____