

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Consentimiento de adulto para tratamiento de salud mental

1. **Consentimiento para evaluar/tratar:** Yo voluntariamente accedo a participar en una evaluación de salud mental y/o tratamiento por personal clínico profesional de Family Service. Entiendo que al seguir la evaluación y/o tratamiento, información completa y precisa será proveída relativo a las siguientes áreas:
 - a. Los beneficios del tratamiento propuesto
 - b. Modos alternativos de tratamiento y servicios
 - c. La manera en que el tratamiento será administrado
 - d. Efectos secundarios esperados del tratamiento y/o los riesgos de los efectos secundarios de medicaciones (cuando sea aplicable)
 - e. Consecuencias probables al no recibir tratamiento

La evaluación o tratamiento será realizado por un psicoterapeuta, un psicólogo, un enfermero facultativo de psiquiátrica, un psiquiatra, un terapeuta licenciado o un individual supervisado por cualquiera de los profesionales listados. Tratamiento será realizado dentro de los límites de la Ley para psicología, psiquiátrico, enfermería, trabajo social, consejería profesional, o terapia de matrimonio y de familia.

2. **Beneficios al hacer la evaluación/tratamiento:** Evaluación y tratamiento pueden ser administrados con entrevistas psicológicas, evaluaciones o exámenes de psicología y psicoterapia, además de expectativas sobre la duración y frecuencia del tratamiento. Puede que sea beneficioso para mí, además del profesional referido, entender la naturaleza y la causa de cualquier dificultad afectando mis funciones diarias, para que recomendaciones y tratamientos apropiados sean ofrecidos. Usos de esta evaluación incluyen una diagnosis, una evaluación de recuperación o tratamiento, estimando un pronóstico, y planificación de educación y rehabilitación. Posibles beneficios de tratamiento incluyen mejor función cognitiva o académica/de trabajo, estado de salud, calidad de vida, y conocimiento de fuerzas y debilidades.
3. **Cargos:** Tarifas son basadas en la duración o tipo de evaluación o tratamiento, cuyas son determinadas por la naturaleza del servicio. Yo seré responsable por cualquiera de los cargos no cubiertos por mi seguro, incluyendo copagos y deducibles. Estoy consciente de las tarifas de esta agencia que también están disponibles para mi revisión bajo solicitud.
4. **Confidencialidad, daño e investigación:** Información de mi evaluación y/o tratamiento esta contenida en un registro confidencial en Family Service y doy mi consentimiento para la divulgación de tal información para uso por el personal de Family Service con el motivo de continuar mi cuidado. Por la ley de salud mental de Wisconsin, información proveída será mantenida confidencial con las siguientes excepciones: 1) si soy considerado como presentador de peligro a mí o a otros; 2) si surgen preocupaciones sobre la posibilidad de abuso o negligencia; o 3) si una orden de la corte es emitida para obtener registros.
5. **Póliza de descargo:** Hay circunstancias bajo las que yo pueda ser involuntariamente descargado. He leído y entiendo la póliza de descargo de la clínica.
6. **Derecho a retractar consentimiento:** Yo tengo el derecho a retractar mi consentimiento para evaluación y/o tratamiento en cualquier momento al proveer una petición escrita al clínico dando tratamiento.
7. **Expiración de consentimiento:** Este consentimiento para tratar se expirará 12 meses desde la fecha de firma, a menos de que se indique de otro modo específico.

8. **Si usted cree que ha sido tratado de manera diferente por su raza, color, origen nacional, religión, orientación sexual, discapacidad o edad, usted puede presentar una queja de discriminación con las siguientes agencias:**

Oficina de derechos civiles

Oficina de programas de justicia

U.S. Department of Justice

810 Seventh Street NW

Washington, DC 20531

Departamento de justicia de Wisconsin

Oficina de servicios para victimas de crímenes

P.O. Box 7951

Madison, WI 53707-7951

Departamento de justicia de Wisconsin

Oficina de cumplimiento de contrato

P.O. Box 7857

Madison, WI 53707-7857

He leído y entiendo lo de arriba, he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre esta información y accedo a una evaluación y tratamiento de salud mental para paciente externo a través de la clínica basado en una evaluación que determina pertinencia de tratamiento a paciente externo. También atesto que tengo el derecho a acceder tratamiento. Entiendo que tengo el derecho a hacer preguntas a mi proveedor de salud en cualquier momento sobre la información de arriba o sobre el tratamiento que estoy recibiendo.

Firma del cliente de 18 años o más o representante legal

Fecha

Al marcar esta casilla, por el presente, yo verifico que esta firma, producida electrónicamente, es la firma actual del cliente, padre o guardián legal quien tiene autoridad legal para proveer dicho consentimiento.

LOS DERECHOS y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

Como cliente en *Family Service* de Waukesha, usted tiene unos derechos específicos bajo el Estatuto de Wisconsin, Sección 51.61.

COMMUNICACIÓN Y PRIVACIDAD

Como cliente de *Family Service*, usted tiene el derecho a la confidencialidad. Sus documentos serán revelados sólo cuando sea autorizado por usted a través de su consentimiento firmado. Excepciones a la confidencialidad incluyen: si usted posee un peligro a usted mismo o a otros, casos sospechados de abuso o negligencia de un niño, y por orden legal de la corte.

TRATAMIENTO

Como cliente de *Family Service*, usted tiene el derecho a recibir tratamiento basado en su conocimiento de la naturaleza de sus necesidades.

- Los beneficios de tratamiento incluyen, pero no están limitados a, reducción de síntomas, resiliencia aumentada, mejoramiento en varias áreas significantes de vida.
- Tratamiento de salud mental puede inducir un nivel de incomodidad emocional, cualquier riesgo potencial será discutido por el proveedor.
- Usted tiene el derecho a recibir tratamiento apropiado, rápido y adecuado. (Family Service hace esfuerzos diligentes para proveer tratamiento rápido.)
- Usted tiene el derecho a rechazar cualquier tratamiento ofrecido. No es poco común para síntomas no tratados o problemas ponerse peor con el tiempo.
- Usted tiene el derecho a negar a aceptar su plan de tratamiento.
- Usted puede retirar su consentimiento al tratamiento en cualquier momento.
- Usted tiene el derecho a ser libre de decisiones irracionales o arbitrarias que pertenezcan a su tratamiento.
- Negar a ser filmado o grabado sin su consentimiento.
- Tener acceso a su historial de tratamiento por la póliza de agencia, incluyendo después de ser dado de alta.

QUEJAS

Usted tiene el derecho a entregar una queja si usted siente que sus derechos han sido violados. Las quejas deben ser entregadas por escritura y dirigidas a: Especialista de derechos del cliente en *Family Service* de Waukesha, 2727 N Grandview Blvd, Suite 203 Waukesha, WI 53188. Al final del proceso de queja o en cualquier momento durante el proceso, usted puede decidir llevar el asunto a la corte, o entregar una queja formal. El especialista de derechos del cliente le puede proveer con información adicional bajo solicitud.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO

Cada cliente de *Family Service* de Waukesha recibirá información específica, completa y precisa con relación al tratamiento que ellos reciban, en forma escrita y verbal. Vea el formulario de Consentimiento para evaluación y tratamiento de *Family Service* de Waukesha.

- Los siguientes modos de tratamiento están disponibles en Family Service de Waukesha—individual, pareja, familia o grupo.
- Si usted desea tener un modo de tratamiento diferente, ser trasladado a otro terapeuta, o si usted desea terminar los servicios y/o buscar tratamiento en otro lugar, usted tiene la libertad de hacerlo.
- Usted tiene la libertad de retirar su consentimiento al tratamiento y/o terminar su tratamiento en cualquier momento.

RESPONSABILIDADES PARENTALES:

- Padres de niños bajo 14 años deben permanecer en la clínica en lo que su niño participa en servicios de psicoterapia.
 - La respuesta de un niño en una sesión puede justificar participación, intervención, o asistencia parental.
- Los padres son responsables por la seguridad y supervisión de niños bajo de edad en la clínica.
- *Family Service* de Waukesha no provee cuidado de niños o supervisión de niños en la clínica excepto durante el tiempo en que los niños estén en el servicio proveído durante una sesión programada de psicoterapia.

MI FIRMA ABAJO INDICA QUE HE LEIDO Y ENTIENDO MIS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO DISCUTIDAS ANTERIORMENTE.

Firma del cliente (14 años o más)

Fecha

Firma de padre/guardián (si aplica)

Fecha



family service

counseling • support • compassion

2021/2022 Información demográfica para United Way

Con el fin de recibir ciertos fondos para crear mejores programas que apoyen a nuestra comunidad, se nos pide que proporcionemos a United Way información demográfica de todos los clientes a los que servimos.

La información se informa como información recopilada.

Su nombre y fecha de nacimiento nunca se utilizarán en los informes.

Gracias por su participación en nuestros esfuerzos para servir mejor a la comunidad.

Por favor complete la siguiente información. Coloque un ‘X’ junto a la respuesta adecuada.

Su género:	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Transgénero	<input type="checkbox"/> Otro
------------	-----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------

¿Cuál es el ingreso anual de su hogar?

\$0.00 - \$9,999	<input type="checkbox"/>
\$10,000 - \$14,999	<input type="checkbox"/>
\$15,000 - \$24,999	<input type="checkbox"/>
\$25,000 - \$36,999	<input type="checkbox"/>
37,000 – 49,999	<input type="checkbox"/>
\$50,000 - \$74,999	<input type="checkbox"/>
Más que \$75,000	<input type="checkbox"/>

¿Código postal de su residencia?

¿Es o ha sido alguna vez miembro de las Fuerzas Armadas?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

¿Cómo se describe usted?

Antecedentes raciales:	
Afroamericano/Negro	<input type="checkbox"/>
Asiático	<input type="checkbox"/>
Caucásico/Blanco	<input type="checkbox"/>
Oriental Medio	<input type="checkbox"/>
Multirracial	<input type="checkbox"/>
Indio	<input type="checkbox"/>
Hawaiano nativo/isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>
Origen étnico:	
Hispano/Latino	<input type="checkbox"/>
No hispanos/latinos	<input type="checkbox"/>

Su edad:

18-24	<input type="checkbox"/>
25-34	<input type="checkbox"/>
35-44	<input type="checkbox"/>
45-54	<input type="checkbox"/>
55-64	<input type="checkbox"/>
65-74	<input type="checkbox"/>
75-84	<input type="checkbox"/>
85-94	<input type="checkbox"/>
95+	<input type="checkbox"/>

¿Cuál es el idioma principal que se habla su Hogar?

<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro
---------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------

Formulario de tarifa de cliente y cobertura



Información del cliente

Fecha actual: _____

Nombre de pila: _____ Apellido: _____

Nombre de padre/guardián: _____ # Seguro social: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Género: Hombre Mujer Transgénero Prefiere no decir Otro _____

Dirección: _____ # Apartamento _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Marque la casilla si usted no quiere una confirmación por llamada telefónica. No

teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a Cohabitador/a

Nombre de empleador: _____ # teléfono: _____

Dirección: _____ # de sala: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Información de la parte responsable

Nombre con apellido: _____

Relación al cliente: _____

teléfono: _____ # teléfono del trabajo: _____

Información de cobertura

Nombre de la compañía primaria de cobertura: _____

Dirección: _____

de identificación de subscriptor: _____ # de grupo: _____

Número de teléfono: _____

Nombre del recipiente de póliza: (si diferente al cliente) _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación al cliente: _____ # teléfono: (si deferente al del cliente) _____

Nombre de la compañía secundaria de cobertura: _____

Dirección: _____

de identificación de subscriptor: _____ # de grupo: _____

Número de teléfono: _____

Nombre del recipiente de póliza: (si diferente al cliente) _____

Relación al cliente: _____ # teléfono: (si deferente al del cliente) _____

Información sobre tarifas

Sesiones de consejería son de 38-52 minutos. Contratos de cobertura pueden variar. Pago se debe en cada sesión.

Evaluación inicial: Terapeuta de nivel de maestría: \$145.00 ♦ Psicólogo con un doctorado: \$185.00
Sesión de psicoterapia: Terapeuta de nivel de maestría: \$130.00 ♦ Psicólogo con un doctorado: \$170.00
Prueba psicológica: \$230.00/hora
Observación en escuela: \$135.00/hora
Terapia en grupo: \$60.00/hora – Además, vea el horario de las tarifas del programa designado.

Un aviso de cancelación con 24 horas de anticipación es necesario.

Tarifa de cancelación tarde: \$25.00 Tarifa de ausencia: \$25.00
Tarifa para duplicar un documento: \$25.00 Tarifa de cartas: \$25.00

Family Service acepta pagos de cobertura privada de salud. Nuestros terapeutas son proveedores preferidos en varias redes de cuidado de salud. A causa de las diferencias en planes de cobertura, no podemos garantizar cobertura de servicios. Si no tiene conocimiento de sus beneficios, por favor contacte a su compañía de cobertura. Usted es responsable por pagar tarifas de deducibles o copagos como requerido por su plan de cobertura. Usted recibirá un resumen mensual de su cuenta.

AUTORIZACIÓN DE CLIENTE A LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Autorizo la liberación de cualquier información necesaria para determinar responsabilidad por los pagos y obtener reembolso en cualquier demanda.

Solicito que pagos de beneficios autorizados sean hechos de mi parte a Family Service. Yo asigno los beneficios pagables a los cuales tengo derecho, incluyendo Medicare, Asistencia Medica (Medicaid), cobertura de salud privada y otros planes de salud.

Esta designación seguirá en efecto hasta que yo lo revoque por escritura. Una fotocopia de esta designación será considerada igual de válida como la original. Entiendo que soy financieramente responsable por los copagos, deducibles y por todos los cargos, ya que sean pagados por dicha cobertura o no.

Estoy de acuerdo con las designaciones y la responsabilidad financiera por los servicios proveídos para mi de acuerdo con las tarifas habituales descritas de Family Service.

Firma del cliente

Al marcar esta casilla, por el presente, yo verifico que esta firma, producida electrónicamente, es la firma actual del cliente, padre o guardián legal quien tiene autoridad legal para proveer dicho consentimiento

Fecha

Firma del padre o guardián, si el cliente es menor de 18 años.

Fecha



Reconocimiento de recibo del aviso de prácticas privadas con relación a información de salud

Nombre del cliente: _____

Fecha de admisión: _____

Al firmar este formulario, usted reconoce que Family Service le ha dado una copia de su Aviso de prácticas privadas con relación a información de salud, lo cual explica cómo su información de salud se usará en varias situaciones. Todos los clientes recibiendo servicios en o después del 14 de abril de 2003 se le pedirá que firmen este formulario.

Por mi firma abajo, yo reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas privadas con relación a información de salud de Family Service y he tenido la oportunidad de discutir mis preocupaciones y preguntas.

Firma del cliente

Fecha

Firma del padre o guardián, si el cliente es menor de 18 años.

Fecha

Al marcar esta casilla, yo verifico que esta firma, electrónicamente producida, es la firma actual del cliente, padre o guardián legal quien tiene autoridad legal para proveer dicho consentimiento.



CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL POR TELESALUD O POR TELÉFONO

Al firmar este formulario, entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Telesalud es la entrega de servicios usando tecnologías interactivas (audio, video u otras comunicaciones electrónicas) entre un profesional y un cliente/paciente quienes no están en la misma localización.
2. Las tecnologías interactivas usadas en los servicios de Telesalud incorporan protocolos de seguridad de la red y del programa para proteger la confidencialidad de la información del cliente/paciente transmitida vía un canal electrónico.
3. Las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de los servicios de salud, salud mental y otros tipos de servicios también se aplican a las sesiones de telesalud y tele-intervención. Información obtenida durante una sesión o reunión de telesalud que me identifican a mí o a mi niño no serán compartidas con nadie fuera de *Family Service* sin mi consentimiento, excepto lo necesario para establecer mi cuidado, mantener historiales de tratamiento, desempeñar facturaciones, asegurando pagos y el desempeño de otras operaciones administrativas de cuidado de salud.
4. Hay excepciones mandatorias y permisivas a la confidencialidad, incluyendo, pero no limitado a, el reportaje de abuso a un niño, anciano, o adulto dependiente, amenazas de violencia expresadas hacia una víctima comprobable; y/o amenazas expresadas de suicidio o amenazas de otros tipos de autolesión.
5. Todos los sistemas electrónicos en uso incorporarán protocolos de seguridad de la red y el programa para proteger la privacidad y la seguridad de la información de salud, e incluirá medidas para salvaguardar los datos para asegurar su integridad contra corrupción intencional o accidental.
6. El intercambio de información no será directo y cualquier papeleo intercambiado probablemente será por métodos electrónicos o por entrega postal siguiente a las leyes de cumplimiento de HIPAA.
7. Entiendo que *Family Service* tomará todas las precauciones necesarias para proteger mi privacidad y confidencialidad, pero también entiendo que hay un riesgo leve de fisura de seguridad con cualquier método de comunicación basado por internet. Aun así, yo creo que los beneficios potenciales de telesalud son más importantes que este riesgo.

8. Yo entiendo, estoy de acuerdo y acepto la responsabilidad de proteger mi seguridad personal y la confidencialidad de mis sesiones de Telesalud al ubicarme en un ambiente seguro, privado, y cómodo para mis sesiones de Telesalud, libre de distracciones y suficientemente distanciado de otros quienes no están explícitamente invitados a mis sesiones de Telesalud.
9. Estoy de acuerdo que participaré en servicios de Telesalud sólo cuando esté usando una conexión de internet asegurada.
10. Entiendo que mi correo electrónico es requerido para servicios audiovisuales, y mantendré a *Family Service* informados de cualquier cambio a mi correo electrónico.
11. Entiendo que tengo el derecho de retener y retractar mi consentimiento al uso de Telesalud en cualquier momento. Retracción de mi consentimiento no afectará mi elegibilidad al recibir servicios futuros.
12. Este servicio es proveído por varias plataformas tecnológicas (incluyendo, pero no limitado a video, teléfono, y correo electrónico) y puede que no incluya comunicación directa de cara-a-cara. Yo reconozco que hay beneficios y limitaciones con este tipo de servicio.
13. Mi médico y yo reexaminaremos regularmente la propiedad de mi continuación de entrega de servicios por el uso de tecnologías con las cuales coincidimos hoy y que mi médico dará sugerencias de modificación o cambio al plan de entrega de servicio como sea necesario.
14. Reconozco que confirmaciones de citas, cambios a las citas u otras comunicaciones importantes con *Family Service* serán conducidas a través del teléfono. Estoy de acuerdo con el chequear mi correo de teléfono regularmente. También entiendo que todas las invitaciones para mis sesiones de Telesalud vendrán a través del correo electrónico que yo he proveído a *Family Service* y que las sesiones de Telesalud tomarán lugar usando una plataforma conforme con **HIPAA Cuidado de salud de Zoom** y/o una plataforma conforme con HIPAA de **Microsoft Teams**.
15. He leído y entiendo la información proveída anteriormente con relación a Telesalud, y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

Por la presente, doy consentimiento al uso de Telesalud por *Family Service*.

Nombre del cliente: _____

Nombre del padre/guardián: _____

Firma del cliente/padre/guardián: _____

Fecha: _____

Al marcar esta casilla, por el presente, yo verifico que esta firma, producida electrónicamente, es la firma actual del cliente, padre o guardián legal quien tiene autoridad legal para proveer dicho consentimiento.