

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:
Fecha de Nacimiento: <i>MES/DIA/AÑO</i>		Nombre preferido:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono Principal #: <i>Tipo:</i> ☐ Celular ☐ Residencial ☐ Trabajo		Teléfono Secundario #: <i>Tipo:</i> ☐ Celular ☐ Residencial ☐ Trabajo
Correo electrónico:		Sexo: ☐ Femenina ☐ Masculino ☐ No escoger revelar

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:	Relación:
Teléfono #:	Dirección:

INFORMACIÓN DEL SEGURO (POR FAVOR ENTREGUE SU TARJETA DE SEGURO AL RECEPCIONISTA)

¿Tienes seguro médico? ☐ No ☐ Sí	Seleccione todas las que correspondan: ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Privado ☐ Otro
Relación con el titular de la póliza: ☐ Yo mismo ☐ Esposo/a ☐ Hijo ☐ Otro _____	¿Tiene un médico de atención primaria? ☐ No ☐ Sí, nombre: _____
Número de tarjeta de seguro (si no puede presentar la tarjeta): _____	
Compañía de Seguro: _____	Grupo: _____

ADDITIONAL INFORMATION

Estado civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Pareja ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a legalmente ☐ Viudo/a Idioma principal: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Dari ☐ Pashto ☐ Otro _____ Raza (s) - Marque todas las que correspondan: ☐ Indio americano/nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Indio asiático ☐ Negro/afroamericano ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guameño o chamorro ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Nativo de Hawái ☐ Otro isleño del Pacífico ☐ Samoano ☐ Vietnamita ☐ Blanco ☐ Otro _____ Etnia: ☐ Hispano/a o Latino/a ☐ Chicano ☐ Cubano ☐ Mexicano ☐ Mexicano - Americano ☐ Español ☐ Puertorriqueño ☐ No Hispano	¿Cuál es su situación de vida actual? ☐ Hogar propio (propio o familiar) ☐ Alquilar una casa o apartamento, no basado en ingresos (para sí mismo o familia)\ ☐ Vale de elección de vivienda para alquiler (Sección 8) ☐ Renta: basada en ingresos (no vale Housing Choice Voucher/Sección 8; no apoya los servicios de administración de casos) ☐ Alquiler: complejo de viviendas públicas ☐ Vivienda de apoyo permanente (vivienda para personas de bajos ingresos con servicios de apoyo o de gestión de casos) ☐ Otros programas de vivienda diseñados para ayudar a las personas sin hogar (por ejemplo, programas de realojamiento rápido) ☐ Vive temporalmente con familiares/amigos (debido a preocupaciones de seguridad, razones económicas o riesgo de quedarse sin hogar) ☐ Programa de vivienda de transición (por ejemplo, vivienda de transición para veteranos, casa de recuperación, Healing Place, vivienda de reingreso, etc.) ☐ Albergue (refugio para personas sin hogar, refugio familiar) ☐ Calle (afuera, refugio improvisado, campamento, automóvil) ☐ Otro (especifique): _____
Tipo de empleo del paciente: ☐ A tiempo completo ☐ A tiempo parcial ☐ Trabajador por cuenta propia ☐ Discapacitado ☐ Jubilado ☐ Desempleado ☐ Dependiente	
Nombre del empleador del paciente: _____	
¿Eres un estudiante? ☐ Si ☐ No	
¿Es usted un veterano de los EE. UU.? ☐ Si ☐ No	¿Es usted trabajador agrícola? ☐ Sí ☐ No
Déjenos saber quién lo recomendó: _____	

Por la presente certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera.

Firma
Nombre
Fecha

*** Tenga en cuenta: Daily Planet Behavioral Health Clinic no proporciona evaluaciones de salud mental por única vez para la corte, beneficios por discapacidad u otros fines. Si solo necesita este servicio, podemos derivarlo a otra agencia que pueda hacerlo por usted.***



Consentimiento para Tratamiento, Reconocimiento de Prácticas de Privacidad

Daily Planet Health Services (DPHS) se compromete a brindar atención de alta calidad centrada en el paciente. De acuerdo con las regulaciones de atención médica y para asegurar que usted esté completamente informado, le pedimos que revise y firme este formulario antes de recibir servicios. Este documento proporciona información importante sobre sus derechos y responsabilidades con respecto al tratamiento médico y sobre cómo su información de salud puede ser utilizada y compartida. Por favor, lea cuidadosamente y hable con un miembro del personal si tiene alguna pregunta antes de firmar.

Consentimiento para Tratamiento

- Autorizo el tratamiento médico por parte del proveedor, el personal clínico y los empleados técnicos asignados a mi cuidado.
- Autorizo a mis proveedores a solicitar cualquier servicio auxiliar, como pruebas de laboratorio o radiología, o cualquier otro servicio o tratamiento que se considere necesario para mi cuidado y seguridad.
- Entiendo que tengo el derecho y la oportunidad de discutir planes de tratamiento alternativos con mi proveedor y preguntar y haber respondido a mi satisfacción cualquier pregunta o inquietud antes de que se proporcione el tratamiento.
- En el caso de que un trabajador de la salud esté expuesto a mi sangre o fluido corporal de una manera que pueda transmitir el VIH, el virus de la hepatitis B o el virus de la hepatitis C, doy mi consentimiento para analizar mi sangre y / o fluidos corporales para detectar estas infecciones y El informe de los resultados de mi prueba al trabajador de la salud que ha estado expuesto, como lo exige la ley de Virginia
- Entiendo que Daily Planet Health Services utiliza un mecanismo de prescripción electrónica para la transmisión electrónica de prescripciones y que cualquier medicamento que mi proveedor me recete puede comunicarse electrónicamente a través de cualquier farmacia local o de pedidos por correo que haya designado.
- Entiendo que los proveedores de Daily Planet Health Services pueden acceder a la información de recetas contenida en el programa Virginia Prescription Monitoring.
- Autorizo la divulgación de mi historial de recetas a mi proveedor de Daily Planet Health Services de cualquier farmacia o agencia de monitoreo de medicamentos.
- Doy mi consentimiento para que mis registros se compartan a través del Intercambio de Información de Salud (Health Information Exchange). Esto significa que sus proveedores y equipo médico pueden compartir de manera segura su información de salud con otros proveedores para ayudar a coordinar su atención. Notifique a un miembro del personal de Daily Planet si decide dejar de compartir su información.
- Entiendo que existen formularios de consentimiento adicionales para los servicios de salud del comportamiento y dentales cuando se registra para esos servicios.

Reconocimiento escrito de HIPAA

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad explica cómo podemos usar y divulgar su atención médica y su información de facturación. Según lo dispuesto en nuestro Aviso de prácticas de privacidad, los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia revisada en nuestro sitio web en: www.dailyplanetva.org

- Se me ha dado la oportunidad de leer el Aviso de prácticas de privacidad y hay una copia disponible a mi solicitud.
- Entiendo que puedo hacer preguntas si no entiendo la información contenida en el Aviso de prácticas de privacidad.
- Con mi consentimiento, Daily Planet Health Services puede:
 - Llamar a mi casa u otra ubicación designada, enviar texto u otra comunicación electrónica que figura en los formularios de registro y deje un mensaje detallado en referencia a **recordatorios de citas, seguros o artículos de facturación.**
 - Llamar a mi casa u otra ubicación designada, enviar texto u otra comunicación electrónica que figura en los formularios de registro y deje un mensaje detallado en referencia a **atención clínica, incluyendo resultados de laboratorio o medicamentos.**

Entiendo que tengo la opción de autorizar a Daily Planet Health Services para que hable con sus familiares u otras personas sobre los resultados, hallazgos y decisiones de atención. Autorizo a Daily Planet Health Services a comunicarse con las personas que se enumeran a continuación. Entiendo que puedo revocar o modificar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito.

Nombre	Relación	Número de contacto

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, entiendo y acepto los elementos anteriores.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento:

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha de Firma

Es política de Daily Planet Health Services (DPHS) apoyar y proteger los derechos humanos, civiles, constitucionales y estatutarios fundamentales de cada persona que recibe sus servicios de atención médica. DPHS cumple con todas las leyes federales de derechos civiles aplicables, incluida la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional (incluido el dominio limitado del inglés y el idioma principal), edad, discapacidad o sexo. Cada paciente será informado de sus derechos en el idioma que entienda y podrá recibir una copia escrita de los Derechos y Responsabilidades del Paciente si así lo solicita. Puede solicitar una copia impresa en cualquier momento u obtener una copia revisada en nuestro sitio web: www.dailyplanetva.org.

Derechos Fundamentales del Paciente

A ser tratado con dignidad y respeto, y con el máximo cuidado profesional, sin distinción de raza, color, religión, origen nacional, sexo, fuente de pago, edad, estatus socioeconómico o discapacidad.

Derechos de tratamiento

1. A recibir atención y tratamiento por parte de personal calificado y competente.
2. Participar en el desarrollo y revisión de un plan individual de tratamiento o servicio.
3. A ser informado de las razones de cualquier cambio propuesto en el personal profesional responsable de los servicios o tratamientos.
4. Estar libre de procedimientos experimentales de investigación.
5. A rechazar o terminar el tratamiento y a ser informado de las consecuencias de estas acciones.
6. A ser informado sobre los diagnósticos, los servicios, el tratamiento y el pronóstico en términos que puedan ser entendidos.
7. Participar en la formulación de los planes de descarga y seguimiento de los cuidados.

Derechos de confidencialidad

Esperar que todas las comunicaciones y registros relacionados con los servicios y el tratamiento del paciente se traten como confidenciales según las leyes estatales y federales y que no se divulguen a nadie a menos que:

1. El paciente da su consentimiento por escrito
2. La divulgación está permitida o requerida por la ley.
3. El paciente se presenta como un peligro para sí mismo o para los demás.
4. Se sospecha de abuso o negligencia de niños o ancianos y se denuncia según la ley estatal.

Derechos de comunicación

1. Servicios de asistencia lingüística para personas con dominio limitado del inglés, incluidos intérpretes calificados y documentos traducidos electrónicos y escritos.
2. Ayudas y servicios auxiliares para personas con discapacidades, incluidos intérpretes calificados de lenguaje de señas estadounidense, interpretación remota por video e información en formatos alternativos

(como letra grande y formatos electrónicos accesibles).

Otros derechos

1. Para iniciar una queja o reclamo contra el DPHS o su personal.
2. Ser informado de los honorarios de los que el cliente es responsable y la base de los honorarios.
3. A que se les proporcionen adaptaciones razonables para las personas calificadas con discapacidades

Responsabilidades del paciente

Cada paciente tiene la responsabilidad de:

1. Tratar al personal y a otros consumidores de DPHS con respeto y consideración.
2. Asista a todas las citas. Llegue 15 minutos antes para que podamos brindarle la mejor atención posible.
3. Haga todo lo posible a notificar al personal 24 horas antes de la hora de la cita si no puede asistir una cita.
4. Participar en el desarrollo de un plan de tratamiento o servicio con el proveedor o el equipo de tratamiento.
5. Informar al personal de cualquier intención de no seguir el tratamiento o el plan de servicio, o de la decisión de terminar los servicios en DPHS.
6. Para reportar cualquier queja o reclamo, siguiendo los procedimientos del registro, o proporcionados a pedido.

Hay pautas muy claras dentro de las Pautas y Expectativas del DPHS que abordan la violencia, el uso de alcohol y drogas y la posesión de armas.

1. La violencia o la amenaza de violencia no serán toleradas, ni siquiera en el acto de legítima defensa.
2. No se permite el consumo de alcohol y/o drogas ilícitas. Si sospechamos que usted está bajo la influencia del alcohol o las drogas, es posible que se le pida que salga de la agencia.
3. No se permite la posesión de armas de ningún tipo. No se permiten armas o armas potenciales en la propiedad.

Firma

Nombre

Fecha



Aviso de Elegibilidad, Requisitos y Reconocimiento de Responsabilidad Financiera del Programa de Descuento de Tarifas Escalonadas

Misión e Información del Programa

Daily Planet Health Services (DPHS) ofrece servicios de salud accesibles y de calidad, independientemente de la capacidad de pago. Se utiliza una Escala de Descuento de Tarifas Escalonadas, basada en las Guías Federales de Pobreza, para determinar los cargos de los pacientes que viven en o por debajo del 200% del nivel de pobreza. La elegibilidad se determina por el tamaño de la familia/hogar y el ingreso anual.

- Una familia/hogar se define como un grupo de dos o más personas relacionadas por matrimonio (incluidas uniones civiles o convivencia intencional), nacimiento o adopción (todas estas personas se consideran dependientes del adulto). Por ejemplo, todos los que están incluidos en las declaraciones de impuestos se consideran miembros de una sola familia/hogar.

Responsabilidad Financiera

- Acepto que soy financieramente responsable de todos los servicios prestados en mi nombre por los cuales pueda existir un cargo. Acepto la responsabilidad personal por el pago de tarifas, copagos, coseguros, deducibles y todos los demás procedimientos o tratamientos no cubiertos por mi plan de seguro. Reconozco que es mi responsabilidad proporcionar a DPHS información actualizada de mi seguro. Autorizo a DPHS a verificar mi seguro y presentar reclamos a mi compañía aseguradora. Entiendo que no todos los servicios provistos en DPHS pueden estar cubiertos por mi plan de seguro. En caso de que mi plan de seguro no sea válido o la cobertura no esté activa en el momento en que se presten los servicios, o que mi proveedor no figure como proveedor participante en mi plan de seguro, seré el único responsable del monto de los servicios prestados. Acepto informar a la oficina sobre cualquier cambio en mi cobertura de seguro.
- Entiendo que, si mis ingresos están por debajo del 200 % de las Guías Federales de Pobreza, soy elegible para solicitar el Programa de Descuento por Escala de Pago de DPHS, el cual puede reducir mi responsabilidad financiera según el tamaño de mi familia y mis ingresos. Este descuento puede aplicarse a copagos, coseguros y deducibles del seguro, así como a pagos de pacientes sin seguro. Para calificar, debo proporcionar comprobante de ingresos de un mes **dentro de los 30 días posteriores al registro**. Si no se recibe el comprobante dentro de este plazo, puedo ser responsable del costo total de los servicios. Acepto notificar a DPHS sobre cualquier cambio en mis ingresos o en el tamaño de mi familia al momento de recibir los servicios.
- Entiendo que, ya sea que tenga seguro o sea paciente sin seguro, soy financieramente responsable de cualquier costo asociado con mi saldo como paciente, incluidos los costos de cobranza. Reconozco que DPHS acepta pagos en efectivo, tarjeta de débito o crédito, cheque o giro postal.
- Si no puedo pagar las tarifas requeridas al momento del servicio, los cargos se facturarán a mi cuenta. **De acuerdo con el requisito de documentación de ingresos dentro de los 30 días**, la falta de comprobante de ingresos puede resultar en que se apliquen cargos completos. Si no dispongo del pago, puedo ser reprogramado(a) y se me puede solicitar que lleve la documentación y el pago a una visita futura. Cuando se reciba la documentación, cualquier descuento aplicable se aplicará de manera retroactiva a los servicios prestados **dentro de los 30 días anteriores**. Entiendo la importancia de notificar a Daily Planet Health Services sobre cualquier cambio en mis ingresos o dependientes al momento de recibir los servicios.

Entiendo la política de comprobante de ingresos y de pago de tarifas de Daily Planet Health Services y acepto proporcionar la información de ingresos requerida dentro de los 30 días a partir de la fecha indicada a continuación para calificar para tarifas descontadas por servicios. Entiendo que esta solicitud será revisada en cada visita y que el comprobante de ingresos para calificar para el Programa de Descuento de Tarifas Escalonadas se requiere anualmente y según cambien los ingresos. Por la presente certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera.

Firma

Nombre

Fecha



Aviso de Elegibilidad, Requisitos y Reconocimiento de Responsabilidad Financiera del Programa de Descuento de Tarifas Escalonadas

Solicitud del Programa de Descuento de Tarifas Escalonadas

Requisitos de Comprobante de Ingresos: Por favor, traiga copias actuales de uno de los siguientes documentos dentro de los 30 días como comprobante de ingresos (marque lo que corresponda):

Puedo proporcionar documentación de ingresos:

- ☐ Talonario de pago de empleo actual – un mes
- ☐ Copia de W-2 reciente o declaración de impuestos más reciente
- ☐ Registro de la Comisión de Empleo de Virginia (VEC) (período más reciente de 3 meses)
- ☐ Comprobante de Asistencia Pública (por ejemplo, TANF, Cupones de Alimentos) AVISO DE ACCIÓN
- ☐ Comprobante de pagos de SSI, SSDI y/o Seguro Social (por ejemplo, carta de adjudicación)
- ☐ Estado de cuenta de pensión o jubilación
- ☐ Copia de pago de compensación por desempleo
- ☐ Copia de carta de determinación/estado de cuenta de Beneficios de Veteranos
- ☐ Copia de adjudicación/pago de manutención de hijos
- ☐ Copia de adjudicación/pago de pensión alimenticia
- ☐ Estado de cuenta bancario actual con información de depósito directo
- ☐ Carta del empleador – Declaración de ingresos en membrete de la empresa

No puedo proporcionar documentación de ingresos:

Si está experimentando falta de vivienda: si corresponde, debe proporcionar comprobante de falta de vivienda.

- ☐ Documento de falta de vivienda de una agencia de servicios para personas sin hogar o trabajador de alcance comunitario – debe estar en membrete de la agencia y fechado dentro de los 30 días de la cita.
- ☐ Si está sin hogar y sin ingresos, se requiere documentación verificada por un administrador de casos de la agencia o un trabajador de alcance comunitario.

No puedo proporcionar comprobante de mis ingresos y necesito elegibilidad temporal:

- ☐ Me pagan en efectivo.
- ☐ No recibo cheques de pago.
- ☐ No recibo talones de pago.
- ☐ No puedo obtener una carta de mi empleador. (explicar): _____

Ingreso Total de la Familia/Hogar: \$ _____ ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Cada dos semanas ☐ Semanal

Número total de personas en la familia/hogar (incluyéndose usted mismo) _____

- ☐ **No deseo solicitar el descuento de tarifas escalonadas. Entiendo que se me cobrará el costo total de los servicios y que no seré elegible para descuentos de farmacia 340B y otros beneficios.**

Certifico que no tengo otra manera de documentar mis ingresos al momento del servicio y que toda la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que esta elegibilidad es temporal y se espera que se renueve mensualmente. Entiendo que esto se utilizará para determinar la elegibilidad para el Programa de Descuento de Tarifas Escalonadas y puede ser verificado por DPHS. Si intencionalmente tergiverso mis ingresos, puede que tenga que devolver los beneficios recibidos y puedo ser procesado bajo la ley estatal.

Firma

Nombre

Fecha

Certificación del Personal de DPHS:

Certifico que pregunté al solicitante/beneficiario sobre todos los ingresos del hogar. La información fue proporcionada únicamente por el solicitante y refleja su autoinforme. No alteré esta información. Entiendo que falsificar o ayudar en falsificar puede resultar en terminación y acción legal.

Firma del personal

Nombre del personal

Fecha



El Programa de Salud Mental de Daily Planet Health Services: Consentimiento de Servicios

Daily Planet Health Services ofrece servicios de salud mental como terapia individual y en grupos además de servicios de medicamentos para abordar los problemas de salud mental y problemas de abuso de drogas. Para que usted pueda recibir el máximo beneficio de estos servicios, tal vez vamos a pedirle que venga a ambos, a terapia y a las citas acerca de medicamentos. En algunas ocasiones, la terapia o medicamentos posiblemente no sean necesarios. Los servicios son proveídos por enfermeras las cuales practican como doctores, doctores, psiquiatras, psicólogos, consejeros licenciados profesionales, trabajadores sociales clínicos con licencia, consejeros certificados sobre abuso de drogas, estudiantes en clínicas del nivel de postgrado y profesionales de salud mental los cuales son elegibles para licencia.

Acceso a servicios

El acceso inicial a los servicios de salud mental es a través de una evaluación con un terapeuta que puede programarse con anticipación o proporcionarse sin cita previa. **Si tiene una experiencia de crisis en cualquier momento, favor de llamar al 911.** También se puede comunicar con alguna agencia de salud mental del condado o la ciudad o puede ir a la sala de emergencia de un hospital. En caso de ausencias imprevistas de su proveedor de salud mental, vamos a hacer todo lo posible por notificarle sobre la ausencia del proveedor. No proporcionamos evaluaciones de salud mental ordenadas por la corte; si está buscando una evaluación con nosotros, la expectativa es que recibirá nuestros servicios de salud mental.

Facturación y Autorización de Terceros

Daily Planet Health Services es responsable de la facturación y el cobro del pago de los servicios y seguirá las prácticas comerciales aceptadas con respecto a los servicios de salud del comportamiento. Si se le ha asignado un copago, usted es responsable del pago en el momento de los servicios y también es responsable de obtener la autorización de su compañía de seguros si es necesario. En el caso de que haya un cambio con su seguro, usted será responsable de los cargos incurridos si no están cubiertos. Cuando se utiliza un tercero para el pago de servicios, usted está autorizando a Daily Planet Health Services a compartir su diagnóstico para facturación y a divulgar cualquier información necesaria para completar el proceso de facturación, así como solicitar sesiones adicionales cuando sea necesario.

Citas, Póliza de Cancelación, y Cierre de Caso

Cada sesión de psicoterapia (esto incluye algunos grupos) será de 30 a 90 minutos y para la administración de medicamentos serán de 15 a 30 minutos; las sesiones más largas se cobrarán en conformidad. Como reservamos el tiempo de terapia específicamente para cada paciente, cumplimos con una política de cancelación. Si acude a citas de terapia 10 minutos tarde o más, su cita puede ser reprogramada. Las visitas psiquiátricas se programan con anticipación una vez que haya completado una evaluación de admisión. Si no puede asistir a su cita programada, debe notificar al personal de su cancelación con no menos de un día de anticipación de su cita. Esto nos permitirá contactar a los pacientes de nuestra lista de espera y ofrecerles una cita. No llamar para cancelar dentro de 24 horas antes de su cita, constituye una



"falta". Si no se presenta a dos citas consecutivas para terapia o administración de medicamentos, su terapeuta y / o proveedor psiquiátrico puede finalizar sus servicios.

Pagos por trabajo de oficina y Audiencias de la Corte

Se cobrará una tarifa por los servicios de cualquier solicitud de copias de su registro médico. Las copias deben solicitarse a través de su proveedor y / o nuestro personal administrativo y médicos. Daily Planet Health Services tiene 30 días para responder una vez que se realiza la solicitud. Se le notificará por adelantado la tarifa que se le cobrará y será determinada individualmente. Se requiere una cita adicional para pagar la tarifa. El personal de Daily Planet Health Services no asiste a las audiencias de la corte ni proporciona testimonio legal. El personal de Salud Mental del DPHS no completa el papeleo de discapacidad tampoco.

Archivo Médico Electrónico

Daily Planet Health Services usa un récord médico electrónico, Electronic Clinical Works (eCW por sus siglas en inglés), para guardar su archivo médico. Usted pueda tener acceso a partes de su archivo y comunicarse con sus profesionales por medio del Portal del Paciente de eCW, incluyendo la posibilidad de reprogramar citas. Mensajes que usted mande por eCW se convierten en parte de su archivo.

Confidencialidad

Cumplimos con las normas de confidencialidad más estrictas; sin embargo, en el caso de que consideremos que usted representa un peligro para usted mismo o para los demás; o que no puede cuidarse a sí mismo como resultado de su estado de salud mental; se notificará a las personas apropiadas y compartiremos información con ellos en la medida en que sea necesario para mantenerlo a salvo. Si hay razones para creer que un niño o un adulto vulnerable está siendo descuidado o maltratado, la ley exige que su proveedor informe a la agencia estatal correspondiente.

Además de servicios de consejería individual y familiar, podemos recomendar la participación en un grupo. La confidencialidad fuera de la sala de grupo es un valor para nosotros y comunicamos esto a todos los participantes, pero no podemos garantizar por completo la confidencialidad de todas las cosas compartidas en el grupo.

Si está involucrado en un procedimiento judicial y se nos solicita información sobre su tratamiento, la información no va a ser compartida sin su consentimiento. Sin embargo, si se recibe una Orden Judicial de un tribunal que solicita información sobre su tratamiento Daily Planet Health Services tiene la obligación de responder a menos que se presente una moción para "anular" (bloquear) la citación. Si no se aprueba la moción, los registros se colocan en un sobre sellado y se envían al Secretario del tribunal.

Cualquier información personal suya no será discutida con nadie excepto con el personal autorizado de Daily Planet Health Services o a menos que esa persona esté autorizada por las leyes estatales o federales, o que se firme un formulario de consentimiento para intercambiar información.



En algunas ocasiones su terapeuta pueda necesitar comunicarse con su contacto de emergencia y / o autoridades apropiadas en el caso de una emergencia.

Consentimiento para menores de edad

Individuos menores de la edad de 18 deben tener la aprobación de sus padres o guardián para participar en los servicios de salud mental en DPHS. La ley federal 42 CFR, parte 2 detalla que alguna información de las sesiones de consejería acerca del uso de drogas pueda ser protegida y no compartida con los padres o guardianes si el/la cliente tiene más de 14 años y no desea dar consentimiento para compartir la información.

Teléfonos Celulares

Por favor sea respetuoso y apague su teléfono celular mientras espera ser visto y durante la sesión de tratamiento. Entendemos que ocurren emergencias; pero responder teléfonos / textos durante la sesión de tratamiento no es aceptable.

Servicios de salud virtual

Se le podría ofrecer la opción de recibir servicios usando la tecnología de videollamadas. Hay algunos beneficios y riesgos de esto en comparación con las sesiones en persona. La confidencialidad y todas las responsabilidades clínicas detalladas arriba aplican en los servicios de salud virtual, y las sesiones no van a ser grabadas a menos que usted lo autoriza antes. Para hacer videollamadas, usted necesita acceso a una cámara o teléfono celular 'inteligente' para la sesión. También se puede tal vez utilizar una oficina designado para pacientes en una de las locaciones la clínica. Es importante que usted este en un lugar callado, privado y libre de distracciones (incluyendo teléfonos celulares u otros aparatos) durante la sesión. Si usted no usa un lugar privado durante la sesión de salud virtual y alguien escucha la información personal o sensitiva que usted diga, es considerado una divulgación voluntaria y no es responsabilidad de Daily Planet Health Services. Si hay algún problema recurrente acerca de confidencialidad o acceso a un espacio sin distracciones, o por cualquier otra razón, su terapeuta se reserva el derecho de tomar la decisión de que los servicios de salud virtual no son apropiados y que las sesiones deberán ser en persona. También es importante usar una conexión de internet segura en vez de publica / Wi-Fi gratis. **Usted tiene que estar físicamente presente en el estado de Virginia durante su sesión para recibir los servicios de salud virtual.**

Precauciones

La psicoterapia puede utilizar muchos tipos de terapia los cuales podrían incluir la terapia cognitiva y / o EMDR (Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares, por sus siglas en inglés). Estas estrategias de tratamiento han sido reconocidas por investigaciones para tratar una variedad de condiciones, como (pero no limitados a) depresión, ansiedad, ataques de pánico, desordenes de dolor, abuso sexual/físico, duelo, y la reducción de estrés.



Recuerdos angustiosos y no resueltos pueden surgir a través del uso de intervenciones clínicas como terapia cognitiva y/ o EMDR tanto como con otras estrategias de tratamiento. Algunos clientes puedan experimentar reacciones durante las sesiones de tratamiento que ni ellos ni el clínico que lo administre pueden haber anticipado, incluido (sin limitarse), a un alto nivel de emoción y / o sensaciones físicas. Después de la sesión de terapia, el procesamiento de incidentes puede continuar, y otros sueños, memorias, recuerdos recurrentes, o sentimientos pueden surgir.

Consentimiento y Acuerdo del Contrato por los Servicios de Salud Mental

Las primeras sesiones son una evaluación inicial para decidir sobre la relación terapéutica entre usted y el/la terapeuta de salud mental, la enfermera autorizada, o el psiquiatra. Ambos el terapeuta y usted decidirán si la relación terapéutica es justificada y decidirán un plan de tratamiento. Como resultado de estas evaluaciones, nos reservamos el derecho de referirlo a otros recursos comunitarios de salud mental que se consideren necesarios.

Todas las autorizaciones y reconocimientos firmados en el paquete de registración del Daily Planet Health Services incluyendo el Aviso de Practicas de Privacidad relacionado con seguro médico y derecho a tratamiento, aplica también a los servicios de salud mental.

Su firma por abajo significa que usted esta de acuerdo con lo siguiente:

Antes de comenzar los servicios de salud mental, yo he completamente considerado todo lo aquí escrito y he tenido la oportunidad de hacer preguntas para aclarar. Yo sé que si deseo una copia de este consentimiento/contrato la oficina puede regalarme una. Yo he obtenido cualquier opinión adicional y/o consejo profesional que yo necesitaría y que fuera apropiado antes de tener tratamiento de salud mental. Al firmar abajo, estoy dando mi consentimiento de recibir tratamiento de salud mental de Daily Planet Health Services. Mi firma aquí en el Reconocimiento y Consentimiento de servicios está libre de presión o influencia de cualquier persona o entidad.

Nombre (letra de molde): _____

Firma del cliente: _____ **Fecha:** _____

Guardián legal (si es necesario): _____ **Fecha:** _____

Testigo (si es necesario): _____ **Fecha:** _____

INICIALES _____