

Woodland Centers: consentimiento de servicios

Cliente núm.: _____

Nombre del cliente (en imprenta) _____

Fecha de nacimiento del cliente _____

Consentimiento informado para servicios de salud mental en Woodland Centers:

El propósito de este consentimiento para servicios es brindarle información sobre los servicios de salud mental, incluidos los riesgos y beneficios del tratamiento. Después de una evaluación exhaustiva de su situación y necesidades individuales, su proveedor le dará recomendaciones de servicios, que pueden incluir terapia individual, terapia de grupo o servicios psiquiátricos, incluida la gestión de medicamentos. Debe conversar con su proveedor sobre cualquier inquietud que tenga sobre su plan de tratamiento. No hay garantía de que experimentará resultados positivos de los servicios o intervenciones recomendados. Hay una serie de factores que pueden afectar sus resultados, incluida su participación y voluntad de participar en los servicios recomendados. Los servicios de salud mental tienen riesgos, que incluyen abordar experiencias emotivas o sentimientos dolorosos, ser desafiado o confrontado sobre un tema en particular y la dificultad de implementar cambios fuera de la terapia. Puede hablar de estos riesgos u otras cuestiones con su proveedor en cualquier momento. Es importante que revise periódicamente con su proveedor cómo van los servicios y que analice cualquier cambio o pregunta que tenga.

He leído y comprendo la siguiente información con respecto a mi decisión de contratar servicios de salud mental en Woodland Centers:

- **Servicios de telemedicina:** me pueden ofrecer servicios mediante telemedicina que implica brindar servicios de salud mental mediante comunicación electrónica bilateral con un proveedor que se encuentra en una ubicación física diferente. Antes de programar servicios de telemedicina, tendré la oportunidad de analizar los riesgos y beneficios. Doy mi consentimiento para el uso de telemedicina si es adecuado para mi tratamiento. Entiendo que puedo rechazar los servicios de telemedicina en cualquier momento y solicitar ser atendido en persona. Para recibir servicios a través de telemedicina, es necesario acceder a un dispositivo móvil o a una computadora con acceso a Internet de alta velocidad y los servicios pueden interrumpirse debido a problemas técnicos. Comprendo que no puedo grabar las sesiones de telemedicina. Woodland Centers no grabará las sesiones de telemedicina a menos que haya dado mi consentimiento y firmado un formulario de autorización para grabación de video.
- **Atención integrada:** si estoy en uno o más programas u obtengo servicios de uno o más proveedores de Woodland Centers o, si lo hago en el futuro, doy mi consentimiento para que todos los programas o proveedores de Woodland Centers relacionados con mi tratamiento compartan mi información médica protegida, lo que incluye los registros relacionados con el consumo de sustancias, a fin de facilitar la coordinación de los servicios y la integración de la atención.
- **Practicantes:** reconozco y autorizo que un practicante de Woodland Centers que aún no obtuvo su certificación o acreditación puede proporcionar servicios bajo la supervisión de un supervisor certificado designado. El proveedor certificado que supervise tendrá acceso a mi expediente y podrá estar presente en las sesiones para observar al practicante. Entiendo que los servicios prestados por un practicante se facturan a la tarifa estándar para dichos servicios bajo la supervisión del profesional certificado.
- **Padre, madre o tutor legal de menores de edad (menores de 15 años):** doy fe de que soy el padre, la madre o el tutor del cliente y tengo el derecho legal de organizar los servicios para el cliente menor de edad (incluye los servicios del programa por consumo de sustancias). Entiendo que otro padre, madre o tutor legal puede tener acceso a los registros del cliente menor de edad, incluso si ellos no organizaron los servicios. Cualquier desacuerdo entre los padres o tutores legales con respecto a los servicios para un cliente menor de edad debe discutirse en la primera sesión o tan pronto como surja el desacuerdo. Si el desacuerdo no se puede resolver, Woodland Centers puede suspender los servicios. Nuestros servicios se centran en tratar los problemas mentales o de consumo de sustancias que se presentan y no en evaluar la capacidad de crianza ni en documentar las disputas entre los padres. **Woodland Centers se reserva el derecho de solicitar documentación sobre los acuerdos legales de la custodia en cualquier momento.**
- **Menores a partir de 16 años:** Un menor de dieciséis años o más puede dar su consentimiento para servicios ambulatorios de salud mental o de programas por consumo de sustancias sin el consentimiento de los padres o tutores (§ 144.3431 del Estatuto de Minnesota). Cuando un menor da su consentimiento para recibir servicios, se requerirá una autorización para divulgar información médica protegida con el fin de compartir información con los padres/tutores. **(Se requiere el consentimiento de los padres o tutores para: los programas de apoyo comunitario para el tratamiento de día, para la estabilización de crisis y para la familia)**
- **Findhelp:** Findhelp es una plataforma de recursos para clientes que identifica las necesidades basadas en la detección de determinantes sociales de la salud (Social Determinants of Health, SDOH), incluido el transporte, la alimentación, la vivienda, etc. La información del cliente se ingresará en la plataforma Findhelp para conectarlo con los recursos locales adecuados en la comunidad. Si no deseo que se comparta información con Findhelp, debo notificarlo por escrito a mi coordinador de atención médica.
- **Comunicación por correo electrónico o mensajería:** al proporcionar un número de celular o dirección de correo electrónico, doy mi consentimiento para recibir comunicaciones, entre estas, llamadas de mensajes de voz, mensajes de texto y correos electrónicos de parte de empleados de Woodland Centers. Comprendo que se pueden aplicar las tarifas estándar para llamadas o mensajes de texto.

- **Emergencias:** Es posible que algunos proveedores y servicios no estén disponibles fuera del horario de atención o en caso de emergencia. Debe analizar con su proveedor un plan sobre cómo abordar las emergencias de salud mental, incluida la forma de acceder a los servicios en situaciones de crisis. Si usted u otra persona tiene una emergencia de salud mental, puede llamar a Mobile Crisis Response, llamar a la línea telefónica de atención para crisis suicidas marcando el 988 o acudir al Departamento de Emergencias más cercano.

Confirmando que se me ofreció lo siguiente, y comprendo que puedo solicitar una copia en cualquier momento, o buscar la información en el sitio web de Woodland Centers, www.woodlandcenters.com.

- Notificación sobre las normas de privacidad (Usos y divulgación de Información Médica Protegida, Normas de privacidad y Presentación de un reclamo)
- Derechos y responsabilidades del cliente
- Información de tarifas y pagos (se incluye el Cronograma de tarifa variable)
- Comunicación electrónica (se incluyen servicios de correo electrónico, mensajería y de asistencia sanitaria telefónica)

Con mi firma, reconozco que autorizo a Woodland Centers para que me proporcionen servicios de tratamiento de la salud mental. Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica para tratamiento, pago y operaciones, según se explica en la Notificación sobre las normas de privacidad. Woodland Centers puede enviarle a mi empresa de seguros cualquier información que sea necesaria para determinar los pagos por los servicios. Puede incluir información de uso de sustancias. Le otorgo permiso a mi empresa de seguros para que le envíe los pagos directamente a Woodland Centers. Comprendo que puedo solicitar una tarifa reducida por los servicios. Entiendo que, para solicitar la tarifa reducida, debo entregar a Woodland Centers información sobre la cantidad de miembros que hay en mi familia y la verificación de mis ingresos brutos dentro de los siguientes 30 días. Comprendo que soy financieramente responsable y que debo pagar todas las facturas por cualquier servicio que me proporcionen.

¿Quién firma este consentimiento? ____ Cliente ____ Padre/Madre ____ Tutor legal (documentación requerida)

Firma del cliente/tutor/padre/madre

Fecha del día de hoy