

Servicios de salud mental Consentimiento bajo conocimiento: Cliente y padre/madre de familia

Estimada familia:

El programa de Clínica Escolar (School Based Clinic) en la escuela de su hijo/a ofrece consejería terapéutica de salud mental, como uno de sus servicios. Empleamos a terapeutas con licencia profesional extendida por el Estado de Minnesota, terapeutas que están por sacar su licencia del Estado y estudiantes de los programas de especialización en salud mental también proporcionan servicios en la School Based Clinic.

La consejería y terapia son procesos en los que se evalúa y trata la salud mental. Hay una variedad de técnicas terapéuticas que pueden ser utilizadas para lidiar con el(los) problema(s) que traen a las personas a terapia. Estos servicios requieren su participación y cooperación. La situación actual y futura puede requerir que los servicios se proporcionen por medio de la telemedicina, que es la práctica del cuidado de la salud mental, servicio, diagnóstico, consulta, tratamiento y educación; utilizando sonido, vídeo interactivo o la comunicación de datos.

Este documento contiene información importante sobre las políticas y normas de nuestro servicio profesional. Por favor lea cuidadosamente y tome nota de cualquier pregunta que le surja para que la pueda platicar con el terapeuta de su hijo/a/e. Una vez que usted haya firmado este documento de consentimiento bajo conocimiento, este será el acuerdo entre usted, su hijo/a/e, el terapeuta y la School Based Clinic. Al firmar este documento también le da la autorización a la School Based Clinic para tener acceso a la lista de asistencia y calificaciones de su hijo/a/e para evaluar más a fondo cómo pueden estar beneficiando nuestros servicios a su hijo/a/e. En el transcurso de la terapia puede que el terapeuta le pida a usted y/o a su hijo/a/e que participe(n) en una sesión de evaluación del diagnóstico y para ayudar en el desarrollo de las metas del tratamiento y del plan. Este formulario de consentimiento bajo conocimiento también le da a School Based Clinic autorización para compartir la información del servicio para el estudio y análisis de la base de datos; con el objetivo de hacer la evaluación y análisis externo para poder evaluar la calidad de los servicios proporcionados.

La consejería y terapia tienen ambos, beneficios y riesgos. Los posibles riesgos pueden incluir sentirse incómodo/a/e, por ejemplo: sentir tristeza, ansiedad, enojo, frustración o recordar eventos pasados desagradables. En la telemedicina los riesgos, beneficios y consecuencias incluyen, pero no están limitados, a la interrupción en la transmisión por fallas técnicas, interrupción y/o fugas de información confidencial por personas no autorizadas y/o capacidad limitada para responder a emergencias. A su hijo/a/e se dará información para que se comunique si llegare a necesitar servicios de cuidado terapéutico fuera de las horas de funcionamiento de la clínica. Entre los beneficios potenciales se incluyen la reducción significativa de los sentimientos de aflicción, mejoría de las relaciones, mejores conocimientos para resolver y lidiar con la solución de problemas específicos. Nuestros terapeutas harán el mejor trabajo que puedan para asegurar que su hijo/a/e tiene una experiencia terapéutica positiva. Sin embargo, la terapia sigue siendo una ciencia inexacta y no se pueden garantizar los resultados. Hay alternativas a la consejería y terapia para abordar asuntos de salud mental. Estos incluyen consultar con su doctor de cabecera sobre opciones médicas o consultar con su líder espiritual en su comunidad para opciones espirituales. Usted también puede decidir que no quiere ningún tratamiento. Esta última opción incrementa el riesgo a que los asuntos de salud mental actuales, más adelante sean más difíciles de lidiar.

Sinceramente

Marie Capra
Supervisora Clínica, Consejería de Salud Mental
Minneapolis School Based Clinics

Información del cliente

Nombre del cliente (nombre y apellido – con letra de molde)

Fecha de nacimiento del cliente (día/mes/año)

Número de
identificación
estudiantil del cliente

Primera parte: Límites de la confidencialidad

Como regla general, el terapeuta mantiene en privado la información confidencial compartida en las sesiones de terapia, a menos que haya consentimiento por escrito firmado por usted o en algunos casos por su hijo/a/e para compartir cierta información. Sin embargo, hay algunas excepciones a esta regla que es importante que usted y su hijo/a/e entiendan, antes de compartir información personal en una sesión de terapia. En algunas situaciones, los terapeutas pueden estar obligados por la ley o las guías de la profesión a revelar información sin importar si tienen o no tienen su autorización cuando:

- El cliente le dice al terapeuta que el/ella/elle planea hacerse daño serio o quitarse la vida.
- El cliente le dice al terapeuta que planea causarle daño serio o causarle la muerte a alguien.
- El cliente está haciendo cosas que podrían resultar en causarse daños serios o a alguien más, aún cuando no tenga la intención de hacerse daño o hacerle daño a otra persona.
- El cliente le dice al terapeuta que actualmente está siendo abusado/a/e física, sexual o emocionalmente, o que dentro de los tres años anteriores ha sufrido alguno de estos tipos de abuso.
- El cliente se presenta a la cita bajo los efectos de drogas o alcohol.

Comunicación con el padre/madre/tutor(es)

Excepto las situaciones mencionadas arriba, los terapeutas no le dirán a los padres o tutores cosas específicas que los clientes comparten en las sesiones privadas de terapia a menos que el cliente de su consentimiento.

Segunda parte: Comunicación con otros adultos

A veces los terapeutas necesitan trabajar con los miembros del personal de la escuela para coordinar los servicios y proporcionar el cuidado con la mejor calidad para su hijo/a/e. Esto puede incluir compartir información limitada pero que es necesaria.

Por este medio autorizo a School Based Clinic para compartir y solicitar información necesaria con: (marque todas las que sean aplicables):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trabajadores sociales de la escuela | <input type="checkbox"/> Técnicos en asuntos de alcohol y drogas | <input type="checkbox"/> Los enlaces con las familias y comunidad, por el ausentismo escolar. |
| <input type="checkbox"/> Terapeutas de la escuela | <input type="checkbox"/> El personal de Check and Connect | <input type="checkbox"/> Psicólogos de la escuela |
| <input type="checkbox"/> Encargados de los servicios de educación | <input type="checkbox"/> Maestros | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
- especial.

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento por medio de una nota de cancelación por escrito entregándosela a _____. Cuando entregue o cancele mi autorización, esta es eficaz a partir de esa fecha. La presente autorización vence _____. Yo también entiendo que la presente autorización es voluntaria y que no se me negará el tratamiento si me niego a firmarla y que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Firma

Fecha

Tercera parte: Liberación de responsabilidades y consentimiento para grabación de sonido/vídeo

En un esfuerzo por mejorar nuestros servicios proporcionamos supervisión y capacitación por medio del uso grabaciones de video y sonido. Este método permite dar comentarios y supervisión directa a los terapeutas y a mejorar la calidad de los servicios que su hijo/a/e recibe. Los profesionales que participan en esta supervisión y capacitación pueden incluir a: supervisores, colegas y catedráticos de los estudios de especialización.

Todas las grabaciones de sonido y los vídeos son destruidos después de que ya no son necesarios para los objetivos indicados arriba.

Servicios de salud mental Consentimiento bajo conocimiento: Cliente y padre/madre de familia

Por este medio doy mi consentimiento para grabar el sonido y hacer un vídeo de las sesiones de terapia de mi hijo/a/e. Entiendo que estas grabaciones son utilizadas exclusivamente con el propósito de supervisar y capacitar y que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito por medio de una nota de cancelación entregándosela a: _____ Esta autorización vence el: _____. También entiendo que esta autorización es voluntaria, que no se me negará el tratamiento si me niego a firmarla y que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Firma del padre/madre/tutor/a

Fecha

____ Ponga las iniciales de su nombre y apellido si no quiere que se grabe el sonido o video de su hijo/a/e

Firma del cliente

Fecha

Cuarta parte: Declaraciones de acuerdo bajo conocimiento y reconocimiento por escrito del consentimiento para el tratamiento

Al firmar esta sección usted está de acuerdo con lo siguiente:

1. Que leí y hablé con el terapeuta sobre:
 - a. Cuáles son los procedimientos y qué pasará.
 - b. Cómo me pueden ayudar a mi y a mi hijo/a (los beneficios).
 - c. Cómo podrían impactarme negativamente a mi y a mi hijo/a/e.
 - d. Los efectos a largo plazo que la terapia puede tener.
 - e. Otras opciones de tratamiento.
 - f. Qué es lo que pasaría probablemente si digo “que no” a esta terapia para mi hijo/a/e.
 - g. Cómo puede que se sienta mi hijo/a/e inmediatamente después de las sesiones y qué recursos de apoyo hay disponibles entre las sesiones.
2. Estoy de acuerdo en que:
 - a. Yo y mi hijo/a/e haremos preguntas.
 - b. Nadie nos ha prometido resultados definitivos ni a mí ni a mi hijo/a/e.
 - c. Las metas serán revisadas, y revisadas cada 90 días si fuere necesario. Puede que el terapeuta de su hijo/a/e quiera discutir esas revisiones con usted.
3. Entiendo:
 - a. Que puedo cambiar de opinión para que mi hijo/a/e reciba terapia. Y si cambio de opinión, tengo que decírselo a mi terapeuta o al equipo lo más pronto posible.
 - b. Puede que cambie el terapeuta durante el término de la terapia. (Esto ocurre rara vez).
 - c. Puede que mis servicios de terapia me sean proporcionados por telemedicina.
 - d. Que hay riesgos y beneficios adicionales y consecuencias asociadas con la salud mental por telemedicina.
4. Estoy de acuerdo:
 - a. Doy permiso para que el terapeuta tenga acceso al expediente escolar de mi hijo/a/e.
 - b. A participar en una evaluación de diagnóstico y en la creación de metas y un plan de tratamiento para mi hijo/a/e si fuere necesario.
 - c. Doy mi permiso a la clínica para que ingresen los datos de información del servicio a mi hijo/a/e en la base de datos confidenciales de MN Kids con el objetivo de evaluar el programa.

Mi firma abajo indica que entiendo y estoy de acuerdo con todos los puntos escritos arriba.

Firma del cliente

Nombre completo con letra de molde

Fecha

Firma del padre/madre/tutor si el cliente
es menor de edad

Nombre completo con letra de molde

Fecha

Se obtuvo el consentimiento verbal: _____ Fecha: _____

Servicios de salud mental Consentimiento bajo conocimiento: Cliente y padre/madre de familia

Yo, el facultativo/profesional que proporciona los servicios clínicos, he discutido los asuntos que aparecen arriba con el cliente/y/o/padre/madre/tutor del menor de edad y les contesté sus preguntas. El cliente y/o su padre/madre/tutor dio su consentimiento bajo conocimiento para los servicios de salud mental indicados arriba.

Firma del facultativo/profesional

Nombre completo con letra de molde

Fecha

Quinta parte: Consentimiento para participar en la evaluación

Doy mi permiso para:

1. Ingresar información del servicio en el sistema confidencial de datos de MN Kids con el objetivo de evaluar el programa.
2. Proporcionar información del servicio a Washburn Center for Children con el objetivo de reportar las mediciones de los resultados al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (to Minnesota Department of Human Services).

Tengo entendido que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento entregándole una nota de cancelación por escrito a la administración de School Based Clinic. Cuando doy o cancelo mi autorización esta es eficaz de ese día en adelante. Esta autorización se vence en tres años. También tengo entendido que es voluntaria y que no se me negará el tratamiento si me niego a firmar y además que tengo derecho de recibir una copia de la presente autorización.

Mi firma abajo significa que entiendo y estoy de acuerdo con todos los puntos anteriores.

Firma del cliente

Nombre completo con letra de molde

Fecha

Firma del padre/madre/tutor si el cliente es menor de edad

Nombre completo con letra de molde

Fecha

Se obtuvo el consentimiento verbal: _____ Fecha: _____

Yo, el facultativo/profesional que proporciona los servicios clínicos, he discutido los asuntos que aparecen arriba con el cliente/y/o /padre/madre/tutor del menor de edad y les contesté sus preguntas. El cliente y/o su padre/madre/tutor dio su consentimiento bajo conocimiento para los servicios de salud mental descritos arriba.

Firma del facultativo/profesional

Nombre completo con letra de molde

Fecha

Información del cliente

Nombre completo del cliente – Por favor con letra de molde

Fecha de nacimiento del cliente (día/mes/año)

Número de
identificación
estudiantil del cliente

Sexta parte: Facturas/Políticas de pago

La consejería y terapia se proporcionarán, aunque el estudiante tenga o no tenga seguro médico. Las clínicas le mandarán la factura a las aseguradoras cuando sea posible para cubrir los costos de los servicios, los copagos y deducibles solo se le cobrarán a quienes tengan seguro médico privado. Después de recibir el pago de su aseguradora usted recibirá un correo electrónico con el enlace para pagar por una vía segura y privada en el sitio en la red electrónica en el portal (payspan).

Le agradecemos verdaderamente cualquier pago que usted pueda hacer. Nunca enviaremos su cuenta a una agencia externa de cobros y tampoco queremos que si usted no tiene la capacidad para pagar, que eso no impacte de alguna manera el cuidado que su hijo/a/e adolescente recibe de la School Based Clinic. Si usted tiene alguna pregunta, por favor siéntase en la libertad de comunicarse con la administración de School Based Clinic al 612-668-5305.

**Aseguradora/ (Payer ID): _____ Group ID: _____ Group Number: _____ Teléfono: _____

*Por este medio autorizo a las School Based Clinic del Departamento de Salud de la Municipalidad de Minneapolis a compartir con terceros todas las facturas médicas e información relacionada con mi diagnóstico, tratamiento y abuso de sustancias químicas si fuere aplicable, cuando dicha información sea solicitada para utilizar la revisión del pago o para los efectos de la determinación de cobertura. **Iniciales de su nombre y apellido:** _____*

Doy mi consentimiento para recibir facturas encriptas por medio de correo electrónico.

¿Su hijo/a tiene seguro médico? Si No

Si usted marcó que "No" su hija/o/e puede que llene los requisitos para servicio gratuito o bajo precio por medio de MNSURE

Por favor marque esta casilla para recibir más información o ayuda para obtener seguro médico para su hijo/a/e.

Me gustaría recibir ayuda para revisar el seguro médico de mi hijo/a/e.

Doy mi consentimiento para que Portico Healthnet se comunique conmigo con más información.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Correo electrónico _____ Teléfono: _____ Fecha: _____