



Bilingual Mental Health Evaluations of Georgia, Inc.

5855 Jimmy Carter Blvd., Suite 200, Norcross, GA, 30071
Office: (404) 644-2257 / Fax: (470) 228-5216

INFORMACIÓN, AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA UNA EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL

Bienvenido a Bilingual Mental Health Evaluations of Georgia, Inc. Nos complace que haya elegido nuestras instalaciones para su evaluación de salud mental y esperamos poder ayudarle. Este documento está diseñado para informarle sobre lo que puede esperar de su examinador(a), las políticas relativas a la confidencialidad y las emergencias, y varios otros detalles sobre el proceso de una evaluación de salud mental en Bilingual Mental Health Evaluations of Georgia, Inc. Aunque proporcionar este documento es parte de nuestra obligación ética con nuestra profesión, más importante aún, es parte de nuestro compromiso con usted de mantenerlo completamente informado sobre cada aspecto de su experiencia de evaluación. Por favor sepa que su relación con su examinador(a) o su asistente es una relación de colaboración, y agradecemos cualquier pregunta, comentario o sugerencia con respecto al curso de su evaluación de salud mental en cualquier momento.

Información sobre los/las terapeutas/examinadores, puntos de vista teóricos y participación del cliente: La información relativa a la formación académica y a la experiencia de su examinador(a) se puede encontrar en nuestro sitio web, bajo el nombre de su examinador(a). Por favor, siéntase libre de consultar esa información en www.bilingualevaluations.com. Nuestras evaluaciones son completadas por uno de nuestros clínicos licenciados, con la ayuda de un coordinador de admisión o de un(a) asistente de evaluación. Para que la evaluación de salud mental sea lo más satisfactoria posible, es esencial que usted desempeñe un papel activo. Esto significa trabajar en las cosas de las que usted y su examinador hablan tanto durante como entre las sesiones. También significa evitar cualquier sustancia que altere la mente, como el alcohol o los medicamentos sin receta, al menos ocho horas antes de las sesiones de evaluación de salud mental.

Una evaluación de salud mental para su caso no es terapia. Como resultado de la evaluación, es posible que le hagamos algunas recomendaciones. Si necesita apoyo adicional y no podemos proporcionárselo, su examinador le indicará otros recursos que pueden serle de ayuda. Le animamos a comunicarnos si considera necesario cambiar de centro o de examinador en cualquier momento. Si en algún momento no puede acudir a sus citas o no tenemos noticias suyas durante un mes tras su última sesión, tendremos que cerrar su expediente. Sin embargo, reabrir su expediente y reanudar su evaluación siempre es una opción.

Confidencialidad y registros: Sus comunicaciones con su examinador se convertirán en parte de un expediente clínico de una evaluación de salud mental, denominado Información de Salud Protegida (PHI). Su PHI se guardará en un archivador cerrado con llave en nuestra oficina segura.

Su examinador(a) siempre mantendrá la confidencialidad de todo lo que usted le diga, con las siguientes excepciones: (1) si usted le indica a su examinador(a) que se lo comunique a otra persona y usted firma un formulario de "Consentimiento/Autorización de Divulgación de Información"; (2) si su examinador determina que usted representa un peligro para sí mismo o para los demás; (3) si usted comunica información sobre el maltrato de un niño, una persona mayor o una persona discapacitada que pueda requerir protección; o (4) si un juez ordena a su examinador que divulgue información. En este último caso, la licencia de su examinador(a) le otorga la capacidad de mantener lo que se denomina legalmente "comunicación privilegiada". La comunicación privilegiada es su derecho, como cliente, a mantener una relación confidencial con su examinador. Si, por alguna razón inusual, un juez ordenara la divulgación de su información privada, dicha orden puede ser recurrida. No podemos garantizar que el recurso prospere, pero haremos todo lo que esté en nuestra mano para mantener la confidencialidad de su declaración.

Relación profesional: Su relación con su examinador(a) debe ser diferente de la mayoría de las demás relaciones. También debe limitarse a la relación entre el examinador(a) y el cliente. Si usted y su examinador(a) interactuaran de cualquier otra forma, tendrían una "relación dual", que podría resultar perjudicial para usted a largo plazo y que, por tanto, no es ética en la profesión de la salud mental. Las relaciones duales pueden generar conflictos entre los intereses del examinador(a) y los del cliente, por lo que los intereses del cliente (los suyos) podrían no ser lo primero. Para ofrecer a todos nuestros clientes la mejor atención, el juicio de su examinador(a) debe ser desinteresado y centrarse exclusivamente en sus necesidades. Por ello, la relación con su examinador(a) debe seguir siendo de carácter profesional.

Declaración sobre ética, bienestar y seguridad del cliente: Bilingual Mental Health Evaluations of Georgia, Inc. le asegura que nuestros servicios serán prestados de manera profesional, de acuerdo con los estándares éticos de la American Counseling Association o la American Psychiatric Association. Si en algún momento siente que su examinador(a) no está actuando de manera ética o profesional, le pedimos que, por favor, se lo haga saber de inmediato. Si entre los dos no logran resolver su inquietud, póngase en contacto con nuestro director clínico, Dr. Jose María Artadi, M.D., llamando al 404-630-1361 o al 404-751-7336.

Su examinador(a), con su participación, trabajará para lograr los mejores resultados posibles para usted, hacer recomendaciones y se refiere a los recursos adecuados.

Para la seguridad de todos nuestros clientes, de los familiares y niños que los acompañan, así como de nuestros terapeutas y personal, el Bilingual Mental Health Evaluations of Georgia, Inc. mantiene una política de tolerancia cero con respecto a las armas. No se permite ningún tipo de arma en las instalaciones, incluyendo pistolas, explosivos, munición, cuchillos, espadas, cuchillas de afeitar, spray de pimienta, garrote, o cualquier cosa que pueda ser perjudicial para usted o para otros. Bilingual Mental Health Evaluations of Georgia, Inc. se reserva el derecho de ponerse en contacto con las fuerzas del orden y/o de finalizar el tratamiento con cualquier cliente que infrinja nuestra política sobre armas.

Declaración de TeleMental Health (Telesalud mental): En nuestra sociedad tecnológica siempre cambiante, hay varias maneras en que podríamos comunicarnos y/o seguirnos electrónicamente. Es de suma importancia para nosotros mantener la confidencialidad, respetar sus límites y asegurarnos de que su relación con su examinador siga siendo terapéutica y profesional.

La TeleSalud Mental se define de la siguiente manera: "TeleSalud Mental significa el modo de prestación de servicios a través de medios asistidos por tecnología, tales como, pero no limitados a, un teléfono, video, internet, un teléfono inteligente, tableta, sistema de escritorio de PC u otros medios electrónicos utilizando la tecnología de encriptación adecuada para la información electrónica de salud. TeleMental Health facilita la autogestión y el apoyo a los clientes e incluye interacciones síncronas y transferencias asíncronas de almacenamiento y reenvío." (Código de Georgia 135-11-.01)

La telemedicina es un concepto relativamente nuevo, a pesar de que muchos terapeutas llevan años utilizando medios tecnológicos. Las violaciones de la confidencialidad en la última década han puesto de manifiesto que la información médica personal (PHI), en lo que respecta a la tecnología, requiere un nivel adicional de protección. Además, hay que tener en cuenta otros factores en relación con la prestación de servicios de salud mental a distancia para ofrecerle el máximo nivel de atención. Por lo tanto, nuestros terapeutas han completado una formación especializada en TeleSalud Mental. También hemos desarrollado diversas políticas y medidas de protección para garantizar la confidencialidad de su PHI. Estas medidas se describen a continuación.

Explicación de las distintas formas de medios asistidos por tecnología

Teléfono fijo: Tenga en cuenta que incluso los teléfonos fijos pueden no ser totalmente seguros y confidenciales. Existe la posibilidad de que alguien escuche o incluso intercepte sus conversaciones con tecnología especializada. Las personas que tengan acceso a su teléfono o a su factura telefónica pueden determinar con quién ha hablado, quién inició la llamada y cuánto duró la conversación. Si tiene un teléfono fijo y nos ha proporcionado ese número, podemos ponernos en contacto con usted a través de esta línea desde nuestro teléfono fijo en la oficina o desde un teléfono móvil, normalmente sólo para concertar una cita si es necesario. Si esta no es una forma aceptable de ponernos en contacto con usted, hágaselo saber a su examinador(a). Las conversaciones telefónicas (que no sean para concertar una cita) se facturan según la tarifa horaria del examinador.

Teléfonos móviles: Además de los teléfonos fijos, los móviles pueden no ser completamente seguros ni confidenciales. También existe la posibilidad de que alguien escuche o intercepte sus conversaciones. Tenga en cuenta que las personas que tengan acceso a su teléfono móvil o a su factura de teléfono móvil pueden ver con quién ha hablado, quién inició la llamada, cuánto duró la conversación y dónde se encontraba cada una de las partes cuando se produjo la llamada. Sin embargo, somos conscientes de que la mayoría de la gente tiene y utiliza un teléfono móvil. También podemos utilizar un teléfono móvil para ponernos en contacto con usted, normalmente sólo para concertar una cita si es necesario.

Mensajes de texto: Los mensajes de texto no son un medio seguro de comunicación y pueden comprometer la confidencialidad. Sin embargo, reconocemos que muchas personas prefieren los mensajes de texto porque constituyen una forma rápida de transmitir información. No obstante, tenga en cuenta que sólo utilizamos este medio de comunicación para confirmar citas. Por favor, no incluya ningún contenido terapéutico en un mensaje de texto para preservar su confidencialidad. También debe saber que estamos obligados a conservar una copia o un resumen de todos los textos relacionados con la terapia como parte de su historial clínico.

Correo electrónico: El correo electrónico no es un medio de comunicación seguro y puede comprometer su confidencialidad. Sin embargo, somos conscientes de que muchas personas prefieren el correo electrónico porque es una forma rápida de transmitir información. No obstante, tenga en cuenta que nuestra política es no utilizar este método de comunicación con nuestros clientes de terapia a menos que usted nos autorice a hacerlo.

Aunque sólo utilizaremos el correo electrónico para fines específicos, emplearemos una plataforma de correo electrónico segura alojada en [Google Workspace](#) para su mayor protección. Hemos elegido esta tecnología porque está encriptada conforme a la norma federal, cumple con la HIPAA y la empresa ha firmado un Acuerdo de Asociado Empresarial (BAA) de la HIPAA. El BAA significa que la empresa está dispuesta a dar fe del cumplimiento de la HIPAA y a asumir la responsabilidad de mantener la seguridad de su PHI. También le animamos a utilizar este tipo de software para su protección. De lo contrario, cuando responda a uno de los correos electrónicos de su examinador(a), todo lo que escriba además de lo que él/ella le haya escrito (a menos que lo elimine) dejará de ser seguro. Nuestro servicio de correo electrónico cifrado está diseñado para enviar información de forma segura y no controla lo que ocurre en su extremo. También le sugerimos encarecidamente que sólo se comunique a través de un dispositivo que sepa que es seguro y tecnológicamente protegido (por ejemplo, uno que tenga instalado un cortafuegos, software antivirus, que esté protegido por contraseñas

Por favor, ponga sus iniciales para indicar que ha leído esta página _____

y que no acceda a Internet a través de una red inalámbrica pública). Si se encuentra en una situación de crisis, no nos lo comunique por correo electrónico, ya que podríamos no recibirlo a tiempo. En su lugar, consulta la sección titulada "Procedimientos de emergencia".

Redes Sociales - Facebook, TikTok, LinkedIn, Instagram, Etc.: Es nuestra política no aceptar solicitudes de "amigo" o "conexión" de ningún cliente actual o anterior en ninguno de los sitios de redes sociales personales de nuestros examinadores, como Facebook, Twitter, Instagram, etc., ya que puede comprometer su confidencialidad y desdibujar los límites de su relación.

Sin embargo, Bilingual Mental Health Evaluations of Georgia, Inc. mantiene una página profesional en Facebook, una cuenta en Instagram y un perfil en LinkedIn. Usted es bienvenido a "seguirnos" en cualquiera de estas páginas profesionales, donde publicamos información sobre asesoramiento. Sin embargo, por favor, hágalo sólo si se siente cómodo con el público en general y es consciente de que su nombre está unido a Bilingual Mental Health Evaluations of Georgia, Inc. Por favor, absténgase de ponerse en contacto con nosotros a través de los sistemas de mensajería de redes sociales, como Facebook Messenger o Twitter. Estos métodos no tienen suficiente seguridad y no los vigilamos de cerca. No nos gustaría perdernos un mensaje importante suyo.

Videoconferencia (VC): La videoconferencia es una opción para que su examinador lleve a cabo sesiones remotas con usted a través de Internet, en las que pueden hablar entre sí y verse en pantalla. Utilizamos Doxy.me o Google Meet. Estas plataformas de videoconferencia están encriptadas conforme a la normativa federal, cumplen con la HIPAA y han firmado un acuerdo de asociación empresarial (Business Associate Agreement, BAA) de la HIPAA. El BAA significa que Google Meet o Doxy.me están dispuestos a atestiguar el cumplimiento de la HIPAA y a asumir la responsabilidad de mantener la seguridad y la confidencialidad de su interacción con VC. Si usted y su examinador deciden utilizar esta tecnología, su examinador le proporcionará instrucciones detalladas sobre cómo iniciar sesión de forma segura. También le pedimos que inicie sesión en la plataforma al menos cinco minutos antes de la hora de su sesión para garantizar que usted y su examinador comiencen puntualmente. Además, usted es responsable de iniciar la conexión con su examinador en el momento de su cita. Le recomendamos encarecidamente que sólo se comunique a través de un ordenador o dispositivo que sepa que es seguro (por ejemplo, uno con firewall, software antivirus instalado, protección por contraseña y que no esté conectado a Internet a través de una red inalámbrica pública).

Transferencia electrónica de la PHI para determinadas transacciones con tarjeta de crédito: Utilizamos una empresa que procesa la información de su tarjeta de crédito. Esta empresa puede enviar al titular de la tarjeta de crédito un mensaje de texto o un recibo por correo electrónico indicando que usted utilizó esa tarjeta de crédito en nuestras instalaciones, la fecha en que la utilizó y el importe que se le cargó. Esta notificación suele configurarse de dos formas distintas: a petición suya al utilizar la tarjeta o de forma automática. Por favor, sepa que es su responsabilidad verificar si usted o el titular de la tarjeta de crédito tiene configurada la notificación automática de recibo para mantener su confidencialidad, si no desea que se le envíe un recibo por mensaje de texto o correo electrónico. Además, tenga en cuenta que la transacción también aparecerá en la factura de su tarjeta de crédito.

Sus responsabilidades en materia de confidencialidad y salud mental a distancia: Por favor, comuníquese sólo a través de dispositivos que usted sabe que son seguros, como se describió anteriormente. También es su responsabilidad elegir un lugar seguro para interactuar con los medios asistidos por tecnología y ser consciente de que su familia, amigos, empleadores, compañeros de trabajo, extraños y piratas informáticos podrían escuchar sus comunicaciones o acceder a la tecnología con la que interactúa. Además, usted se compromete a no grabar ninguna sesión de TeleMental Health.

En caso de fallo de la tecnología: Durante una sesión de TeleMental Health, usted y su examinador(a) podrían encontrarse con un fallo tecnológico. El plan de respaldo más fiable es ponerse en contacto por teléfono. Asegúrese de llevar un teléfono consigo y de que su examinador tenga ese número. Si usted y su examinador(a) se desconectan de una sesión de videoconferencia o de chat, finalice y reinicie la sesión. Si no consigue volver a conectarse en diez minutos, llame a su examinador. Si usted y su examinador están en una sesión telefónica y se desconectan, vuelva a llamar a su examinador o póngase en contacto con él para programar otra sesión. Si el problema se debe al servicio telefónico de su examinador(a) y no puede volver a conectarse, su examinador(a) no le cobrará por esa sesión.

Limitaciones de los servicios de salud mental a distancia: Principalmente, existe el riesgo de malentenderse cuando la comunicación carece de señales visuales o auditivas. Por ejemplo, si la calidad del vídeo es deficiente por algún motivo, es posible que su examinador no vea una lágrima en su ojo. O si la calidad del audio es deficiente, es posible que no oiga el chasquido de su voz que podría haber captado fácilmente si usted estuviera en nuestra consulta. También puede producirse una interrupción del servicio (por ejemplo, que se corte el teléfono o se caiga el vídeo). Esto puede resultar frustrante e interrumpir el flujo normal de la interacción personal.

Por favor, sepa que tenemos el máximo respeto y la más positiva consideración hacia usted y su bienestar. Nunca haríamos ni diríamos nada intencionadamente para herirle en modo alguno, y le animamos encarecidamente a que comunique a su examinador si algo de lo que ha hecho o dicho le ha molestado. Le invitamos a mantener abierta la comunicación con su examinador en todo momento para reducir cualquier posible perjuicio.

Requisito de cara a cara: Si usted y su examinador(a) acuerdan que los servicios de TeleMental Health son la forma principal que usted y su examinador(a) eligen para realizar las sesiones, requerimos una reunión cara a cara durante la evaluación. Preferimos que esta reunión inicial se lleve a cabo en nuestra oficina. Si no es posible, podemos utilizar la videoconferencia descrita anteriormente.

Por favor, ponga sus iniciales para indicar que ha leído esta página _____

Durante esta sesión inicial, su examinador(a) le pedirá que muestre un documento de identidad válido con fotografía y otra forma de verificación de identidad, como una tarjeta de crédito a su nombre.

Tiempo de respuesta de la comunicación: Nuestra práctica se considera un centro ambulatorio y estamos configurados para dar cabida a las personas que son razonablemente seguras y cuentan con recursos. No estamos disponibles 24/7. Devolveremos las llamadas telefónicas, los mensajes de texto y los correos electrónicos dentro de las 24 horas. Sin embargo, no devolvemos las llamadas de ninguna forma de comunicación los fines de semana o días festivos. Si tiene una emergencia de salud mental y necesita ayuda inmediata, por favor, siga las siguientes instrucciones.

En caso de emergencia: Si tiene una emergencia de salud mental, le recomendamos que no espere a que le devolvamos la llamada, sino que haga una o más de las siguientes cosas:

- Llamar a Behavioral Health Link/GCAL: 800-715-4225
- Llame al Instituto Ridgeview al 770.434.4567 o llame al Hospital Peachford al 770.454.5589
- Llame a Lifeline al (800) 273-8255 (Línea Nacional de Crisis)
- Llame al 911 o al 988
- Acuda a la sala de urgencias más cercana o a la de su elección.

Si usted y su examinador/a deciden incluir la TeleSalud Mental como parte de su evaluación, existen procedimientos adicionales específicos para los servicios de TeleSalud Mental que debemos tener en marcha. Son para su seguridad **en caso de emergencia** y son los siguientes:

- Usted comprende que, si **tiene pensamientos suicidas u homicidas, experimenta síntomas psicóticos o se encuentra en una crisis** que no podemos resolver a distancia, podemos determinar que usted necesita un nivel más alto de atención y que los servicios de Salud Telemental no son apropiados.
- Necesitamos una **persona de contacto en caso de emergencia (ECP)** con la que podamos comunicarnos en su nombre únicamente en caso de una emergencia que ponga en peligro su vida. Escriba a continuación el nombre y los datos de contacto de esta persona. Usted o nosotros verificaremos que su ECP está dispuesta y es capaz de acudir a su ubicación en caso de emergencia. Además, si usted, su ECP o nosotros lo consideramos necesario, la ECP se compromete a llevarle a un hospital. Su firma al final de este documento indica que entiende que sólo nos pondremos en contacto con esta persona en las circunstancias extremas arriba indicadas. Indique aquí su ECP:

Nombre _____ Phone: _____

- Usted se compromete a informar a su examinador de la dirección en la que se encuentra al comienzo de cada sesión de Salud Telemental.
- Acepta informar a su examinador del hospital más cercano a su ubicación principal al que prefiere acudir en caso de emergencia de salud mental. Indique aquí este hospital y el número de contacto:

Hospital: _____ Phone: _____

Estructura y costo de la evaluación: Ofrecemos principalmente sesiones presenciales de evaluación de salud mental. Sin embargo, en función de sus necesidades de evaluación, su examinador(a) puede ofrecer teléfono, texto, correo electrónico o videoconferencia (TeleMental Health). Podemos utilizar entre dos y cinco sesiones para completar una evaluación. El costo y la duración de las sesiones varían según el propósito de la evaluación. Podemos trabajar en los cambios de su informe dentro de un plazo de 30 días a partir de su recepción. Si se requiere documentación adicional después de ese plazo, se aplicará una tarifa adicional según el documento o informe que pueda necesitar para su caso. Puede abonar el total del costo en dos o tres pagos. Tiene que pagar el 50% del costo total de la evaluación en la primera sesión. Tendrá que realizar el pago completo antes de que le entreguemos cualquier informe. Aceptamos pagos en efectivo, Visa, MasterCard, Discover y American Express o transferencia bancaria por Zelle. Se le entregará un recibo detallado del pago.

Política de cancelación: En caso de no poder acudir a una cita presencial o a otra cita, deberá notificárselo a su examinador(a) con al menos 24 horas de antelación. En caso de que decida no continuar con su evaluación, el pago inicial que realizó no le será devuelto ni reembolsado, ya que ya nos tomamos el tiempo de comenzarla.

Adolescentes de entre 16 y 18 años y algunos estudiantes universitarios: En estas edades, en el estado de Georgia, la confidencialidad es un privilegio que pertenece al cliente. Somos conscientes de que, en la mayoría de los casos, los niños pueden seguir siendo legalmente dependientes, vivir en casa y que es probable que los padres paguen por la evaluación; sin embargo, así lo establece la ley. Por lo tanto, debemos contar con el consentimiento por escrito del cliente para comunicarnos con los padres sobre cuestiones relacionadas con los resultados de su evaluación. Nuestra filosofía es facilitar la comunicación entre los adolescentes y sus familias, e intentaremos incorporar las preocupaciones de los padres en la terapia. Cuando se considere clínicamente significativo, se solicitarán reuniones familiares. Si un cliente adolescente participa en comportamientos arriesgados o potencialmente peligrosos, actuamos según los mismos principios que se aplican a los clientes adultos, trabajando para la remediación terapéutica de los comportamientos en cuestión. La peligrosidad de los comportamientos es un punto de juicio clínico. En circunstancias en las que un adolescente se niega a cooperar con las recomendaciones del tratamiento para corregir el comportamiento, puede ser necesario romper la confidencialidad para su protección y, en raras ocasiones,

Por favor, ponga sus iniciales para indicar que ha leído esta página _____

dar por terminado el tratamiento. La información recibida de los padres a través de llamadas telefónicas, mensajes de voz y/o comunicaciones escritas no se mantendrá confidencial, ya que esto puede impedir el proceso terapéutico y la relación.

Niños y adolescentes menores de 15 años: A estas edades, los niños clientes se consideran menores dependientes, y la confidencialidad pertenece a los padres o tutores legales. Se debe explicar al niño que existe una diferencia entre privacidad y confidencialidad; por lo tanto, un niño puede esperar que sus comunicaciones se mantengan privadas a menos que (a juicio del terapeuta) sea necesario informar a los padres sobre un problema o circunstancia particular que suponga una amenaza o un riesgo directo para la seguridad del menor en cuestión. Algunos ejemplos podrían ser (entre otros): conductas de riesgo, como el abuso de sustancias, problemas médicos, dinámicas familiares u otras situaciones en las que los padres puedan ser necesarios como recurso terapéutico. Nuestra filosofía general es utilizar un modelo en el que los padres puedan actuar como consultores en la terapia de los niños menores de quince años.

Hijos de padres divorciados/separados: Aunque estas situaciones pueden ser difíciles y delicadas, hay ciertas pautas legales y éticas que seguimos:

Se debe obtener el consentimiento de ambos padres para el tratamiento, a menos que se documente la custodia legal. Requeriremos que se conserve una copia de este documento en nuestro expediente que refleje el control de los padres con custodia para tomar decisiones médicas en nombre del menor.

A menos que se establezca la custodia exclusiva, ambos padres tienen derecho a comunicarse conmigo en relación con cuestiones relacionadas con la evaluación o el tratamiento. Tenemos derecho a comunicarnos con cualquiera de los padres o con ambos en relación con cuestiones vinculadas al tratamiento, con base en nuestro criterio clínico. Se enviará una copia de toda la comunicación escrita a ambos padres.

Dado que el niño es el cliente, nuestro trabajo consiste en velar por su bienestar. Los conflictos matrimoniales no resueltos pueden requerir tratamiento en otro entorno terapéutico.

Limitación de Servicios: Entiendo que los servicios de Bilingual Mental Health Evaluations of Georgia, Inc. están limitados a servicios de consejería, incluyendo evaluación, consulta, terapia e intervención. Entiendo que los servicios de evaluación pueden incluir el uso de cuestionarios o pruebas, y los servicios de intervención pueden incluir asesoramiento y psicoterapia. Entiendo que mi examinador no garantiza la curación ni ofrece garantía de resultados ni de mejora de ninguna afección. Tampoco podemos garantizar el éxito de su proceso legal o migratorio, ya que existen diversas variables que las cortes u oficiales de migración consideran para su decisión final.

Asunción de riesgos: Comprendo que los beneficios potenciales de someterme a servicios de consejería pueden incluir la obtención de una opinión profesional y un conocimiento más profundo de mí mismo. Comprendo que los riesgos potenciales pueden incluir la validez predictiva limitada de los procedimientos de evaluación de la salud mental, el posible desacuerdo con las opiniones que se me ofrezcan y la posible angustia emocional relacionada con mi situación.

Servicio de Satisfacción/Investigación: Entiendo que Bilingual Mental Health Evaluations of Georgia, Inc. puede ocasionalmente colaborar con universidades y colegios para proveer entrenamiento a consejeros graduados o estudiantes de maestría sirviendo como sitio de pasantía. Todos los pasantes son supervisados por personal de nivel superior (Licenciado Certificado Profesional o Psiquiatra Licenciado). Si prefiere no trabajar con un estudiante graduado, por favor hable con su examinador o nuestro supervisor. El Bilingual Mental Health Evaluations of Georgia, Inc. también puede recopilar información sobre sus experiencias en el tratamiento para informar y potencialmente mejorar nuestra capacidad de proporcionar servicios de alta calidad. Como parte de este esfuerzo, podemos pedir a los clientes que realicen una breve evaluación, encuesta o cuestionario de forma voluntaria y anónima. Si tiene alguna pregunta, hable con su examinador(a) o con nuestro director clínico.

Declaración de comprensión: Entiendo la información anterior y/o he discutido cualquier pregunta relacionada con la información anterior a mi satisfacción. Al firmar este acuerdo, reconozco que he leído, entendido y aceptado los términos y condiciones aquí expuestos. También he tenido la oportunidad de hacer preguntas y discutir cualquier preocupación.

Mi firma significa que estoy proporcionando la información relacionada con mi caso y, **SI PROCEDE**, el nombre de mi hijo/pareja. Afirmo que toda la información que he facilitado es verdadera y correcta. Soy el/la único/a responsable de proporcionar la información contenida en este historial clínico.

Este es un historial de salud mental del cliente estrictamente confidencial. Queda estrictamente prohibida su divulgación o transferencia sin el consentimiento escrito del cliente o examinado(a), salvo en los casos permitidos por la ley.

El cliente entiende, como se ha descrito anteriormente, que no se puede garantizar totalmente la comunicación segura y privada a través de teléfonos móviles y correo electrónico. Es decisión del cliente comunicarse o no a través de estas tecnologías "no seguras". Si el cliente utiliza estas tecnologías "no seguras" para ponerse en contacto con el examinador, el examinador también se comunicará con el cliente a través de estas tecnologías "no seguras", a menos que el cliente indique lo contrario. Por favor, indique qué tipo de comunicación está permitida:

Por favor, ponga sus iniciales para indicar que ha leído esta página _____

Comunicación a través de teléfono fijo o móvil []

Comunicación a través de mensaje de voz []

Comunicación por fax []

Comunicación por correo electrónico []

Comunicación por mensaje de texto []

Comunicación por teleconferencia o videollamada []

Nuestro acuerdo para iniciar un proceso de evaluación: Por favor, imprima, feche y firme su nombre a continuación, indicando que ha leído y entendido el contenido de este documento, así como el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), que se le ha proporcionado. Su firma también indica que está de acuerdo con las políticas de su relación con su examinador(a), y que le autoriza a iniciar el proceso de evaluación con usted.

Esperamos sinceramente poder completar una evaluación detallada de su caso. Si tiene alguna duda sobre cualquier parte de este documento, pregunte a su examinador.

 Nombre del cliente (en letra de imprenta)

 Fecha

 Firma del cliente

SI PROCEDE:

 Nombre del padre, madre o tutor legal (en letra de imprenta)

 Fecha

 Firma del padre, madre o tutor legal

La firma del examinador(a) que figura a continuación indica que ha discutido este formulario con usted y ha respondido a cualquier pregunta que tenga sobre esta información.

 Firma del entrevistador(a)

 Fecha

Por favor, ponga sus iniciales para indicar que ha leído esta página _____