



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, & CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA

Bienvenido/a a Bilingual Mental Health Evaluations of Georgia, Inc. Estamos muy agradecidos/as de que haya seleccionado nuestro centro para su terapia y deseamos poder ayudarle. Este documento está diseñado para informarle sobre lo que puede esperar de su psiquiatra o proveedor/a de salud mental, políticas con respecto a la confidencialidad y las emergencias, y varios otros detalles sobre su tratamiento aquí en Bilingual Mental Health Evaluations of Georgia, Inc. Aunque proporcionar este documento es parte de una obligación ética para nuestra profesión, lo que es más importante, es parte de nuestro compromiso con usted para mantenerlo/a completamente informado/a de cada parte de su experiencia terapéutica. Tenga en cuenta que su relación con su terapeuta/psiquiatra o es de colaboración, y agradecemos cualquier pregunta, comentario o sugerencia con respecto al curso de terapia en cualquier momento.

Información sobre los/as terapeutas, puntos de vista teóricos y participación del cliente: La información sobre los antecedentes educativos y la experiencia de su psiquiatra o consejero/a se puede encontrar en nuestra página web bajo su nombre. Por favor, siéntase libre de ver esa información en www.bilingualevaluations.com.

Creemos que a medida que las personas se vuelven más conscientes de aceptarse a sí mismas, son más capaces de encontrar paz y satisfacción en sus vidas. Sin embargo, la autoconciencia y la autoaceptación son metas que pueden tardar en lograrse. Algunos clientes necesitan solo unas pocas sesiones para lograr estos objetivos, mientras que otros pueden requerir meses o incluso años de terapia. Como cliente, usted tiene el control total y puede terminar su relación con su psiquiatra o consejero/a en cualquier momento.

Para que la terapia sea más exitosa, es importante que usted tome un papel activo. Esto significa trabajar en las cosas de las que usted y su psiquiatra o consejero/a hablan tanto durante como entre sesiones. Esto también significa evitar cualquier sustancia que altere la mente, como el alcohol o los medicamentos sin receta, al menos ocho horas antes de sus sesiones de terapia. En general, cuanto más de ti mismo/a estés dispuesto/a a invertir, mayor será el rendimiento.

Además, es nuestra política ver sólo a clientes que creemos que tienen la capacidad de resolver sus propios problemas con nuestra ayuda. Es nuestra intención empoderarlo/a en su proceso de crecimiento en la medida en que sea capaz de enfrentar los desafíos de la vida en el futuro sin su psiquiatra o consejero/a. Tampoco creemos en generar dependencia ni en prolongar la terapia si la intervención terapéutica no parece ayudar. Si este es el caso, su psiquiatra o consejero/a lo/a dirigirá a otros recursos que le serán de ayuda. Su desarrollo personal es nuestra prioridad número uno. Le recomendamos que nos avise si cree que es necesario transferirse a otro centro u otro terapeuta en cualquier momento. Nuestro objetivo es facilitar la mejora y el crecimiento, y estamos muy comprometidos/as a ayudarlo de cualquier manera que parezca producir el máximo beneficio. **Si en algún momento no puede asistir a sus citas o no tenemos noticias suyas durante un mes, tendremos que cerrar su historial. Sin embargo, reabrir su caso y reanudar el tratamiento siempre es una opción.**

Confidencialidad e Historial Clínico: Las comunicaciones con su terapeuta/psiquiatra o consejero/a se convertirán en parte de un historial clínico de tratamiento, y se conoce como Información de Salud Protegida (o PHI en inglés). Su PHI se guardará en un archivo almacenado en un gabinete cerrado con llave en nuestra oficina cerrada. Su psiquiatra o consejero/a siempre mantendrá todo lo que le diga a él/ella completamente confidencial, con las siguientes excepciones: (1) usted autoriza a su psiquiatra o consejero/a que comparta información a otra persona y usted firma un formulario de "Autorización para Compartir su Información"; (2) su psiquiatra o consejero/a determina que usted es un peligro para usted o para los demás; (3) usted reporta información sobre el abuso de un niño/a, una persona mayor o una persona discapacitada que puede requerir protección; o (4) un/a juez/a ordena a su psiquiatra o consejero/a que divulgue información. En este último caso, la licencia de su psiquiatra o consejero/a le proporciona la capacidad de mantener lo que legalmente se denomina "comunicación privilegiada". La comunicación privilegiada es su derecho como cliente a tener una relación confidencial con su psiquiatra o consejero/a.

Si, por alguna razón inusual, un juez ordenara la divulgación de su información privada, dicha orden puede ser apelada. No podemos garantizar que la apelación se mantenga, pero haremos todo lo que esté a nuestro alcance para mantener la confidencialidad de lo que usted dice.

(Sólo si aplica) - Tenga en cuenta que, en terapia de pareja, su psiquiatra o consejero/a no acepta guardar secretos entre ambos miembros de la pareja. La información revelada en cualquier contexto puede ser discutida con cualquiera de los miembros de la pareja.

Relación Profesional: La relación con su psiquiatra o consejero/a tiene que ser diferente de la mayoría de las relaciones. Puede diferir en cuánto tiempo dura, en los objetivos o los temas discutidos. Sólo debe limitarse a la relación profesional del psiquiatra o

consejero/a y del cliente. Si usted y su psiquiatra o consejero/a interactuaran de cualquier otra manera, entonces tendrían una "relación dual", que podría resultar perjudicial para usted a largo plazo y, por lo tanto, no es ética en la profesión de la salud mental. Las relaciones duales pueden establecer conflictos entre los intereses del psiquiatra o consejero/a y los intereses del cliente, y entonces los intereses del cliente podrían no ser puestos en primer lugar. Para ofrecer a todos nuestros clientes la mejor atención, el juicio de su psiquiatra o consejero/a debe ser desinteresado y puramente centrado en sus necesidades. Es por eso que la relación con su psiquiatra o consejero/a debe seguir siendo de naturaleza profesional.

Además, hay diferencias importantes entre la terapia y la amistad. Los amigos pueden ver su posición solo desde sus puntos de vista y experiencias personales. Es posible que los amigos quieran encontrar soluciones rápidas y fáciles a sus problemas para que puedan sentirse útiles. Estas soluciones a corto plazo pueden no ser lo mejor para usted a largo plazo. Los amigos no suelen seguir sus consejos para ver si fueron útiles. Es posible que necesiten que haga lo que le aconsejan. Un terapeuta le ofrece opciones y le ayuda a elegir lo que es mejor para usted. Un terapeuta le ayuda a aprender a resolver mejor los problemas y tomar mejores decisiones. Las respuestas de un psiquiatra o consejero/a a su situación se basan en teorías y métodos de cambio probados.

También debe saber que los terapeutas deben mantener confidencial la identidad de sus clientes. Por mucho que su psiquiatra o consejero/a desee, por su confidencialidad, él o ella no se dirigirá a usted en público a menos que hable con usted primero. Su psiquiatra o consejero/a también debe rechazar cualquier invitación para asistir a reuniones con su familia o amigos. Por último, cuando se complete su terapia, su psiquiatra o consejero/a no podrá ser un amigo para usted como sus otros amigos. En resumen, es el deber de su psiquiatra o consejero/a mantener siempre un papel profesional. Tenga en cuenta que estas pautas no pretenden ser descortés de ninguna manera, son estrictamente para su protección a largo plazo.

Declaración sobre ética, bienestar del cliente y seguridad: El Bilingual Mental Health Evaluations of Georgia, Inc., le asegura que nuestros servicios se prestarán de manera profesional de acuerdo con los estándares éticos de la Asociación Americana de Psiquiatría. Si en algún momento siente que su psiquiatra o consejero/a no está desempeñando su trabajo de manera ética o profesional, le pedimos que, por favor, se lo haga saber de inmediato. Si los dos no pueden resolver su inquietud, comuníquese con nuestro director clínico y del centro, el Dr. Jose Maria Artadi, M.D., al 404-630-1361.

Debido a la naturaleza misma de la psicoterapia, por mucho que nos gustaría garantizar resultados específicos con respecto a sus objetivos terapéuticos, no podemos hacerlo. Sin embargo, con su participación, su psiquiatra o consejero/a trabajará para lograr los mejores resultados posibles para usted. Tenga en cuenta también que los cambios realizados en la terapia pueden afectar a otras personas en su vida. Por ejemplo, un aumento en su asertividad puede no siempre ser bienvenido por los demás. Es nuestra intención ayudarlo a manejar los cambios en sus relaciones interpersonales a medida que surgen, pero es importante que sea consciente de esta posibilidad.

Además, a veces las personas sienten que se sienten algo peor al comenzar la terapia por primera vez, antes de empezar a sentirse mejor. Esto puede ocurrir cuando comienzas a discutir ciertas áreas sensibles de tu vida. Sin embargo, un tema generalmente no es sensible a menos que necesite atención. Por lo tanto, descubrir la incomodidad es en realidad un éxito. Una vez que usted y su psiquiatra o consejero/a puedan enfocarse en sus necesidades de tratamiento específicas y las modalidades particulares que funcionan mejor para usted, la ayuda generalmente está en camino.

Para la seguridad de todos nuestros clientes, sus familiares y niños acompañantes, y nuestros terapeutas y personal, el Bilingual Mental Health Evaluations of Georgia, Inc., mantiene una política de uso o posesión de armas de tolerancia cero. No se permite ningún arma de ningún tipo en las instalaciones, incluidos armas, explosivos, municiones, cuchillos, espadas, cuchillas de afeitar, gas pimienta, garrotes o cualquier cosa que pueda ser perjudicial para usted o para otros. El Bilingual Mental Health Evaluations of Georgia, Inc., se reserva el derecho de ponerse en contacto con los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley y/o terminar el tratamiento con cualquier cliente que viole nuestra política de armas.

Declaración de Telesalud Mental: En nuestra sociedad tecnológica en constante cambio, hay varias formas en que potencialmente podríamos comunicarnos y/o seguirnos electrónicamente. Es de suma importancia para nosotros que mantengamos su confidencialidad, respetemos sus límites y nos aseguremos de que su relación con su psiquiatra o consejero/a siga siendo terapéutica y profesional.

Telesalud Mental (Telemental Health) se define de la siguiente manera: "Telesalud Mental significa el modo de prestación de servicios a través de medios asistidos por tecnología, tales como, entre otros, un teléfono, video, Internet, un teléfono inteligente, tableta, sistema de escritorio de PC u otros medios electrónicos que utilizan tecnología de cifrado apropiada para la información electrónica de salud. TeleMental Health facilita la autogestión y el soporte de los clientes e incluye interacciones sincrónicas y transferencias asincrónicas de almacenamiento y reenvío." (Código de Georgia 135-11-.01)

La telesalud mental es un concepto relativamente nuevo a pesar del hecho de que muchos terapeutas han estado utilizando medios asistidos por tecnología durante años. Las violaciones de la confidencialidad en la última década han puesto de manifiesto que la información personal de salud (PHI) en el ámbito tecnológico requiere un nivel adicional de protección. Además, hay varios otros factores que deben considerarse con respecto a la prestación de servicios de telesalud mental para brindarle el más alto nivel de atención. Por lo tanto, nuestros terapeutas han completado una formación especializada en telesalud mental. También hemos desarrollado varias políticas y medidas de protección para garantizar que su PHI permanezca confidencial. Estos se discuten a continuación.

Por favor, confirme con sus iniciales que ha leído esta página _____

Explicación de las diferentes formas de medios asistidos por tecnología

Teléfono fijo: Es importante que sepa que incluso los teléfonos fijos pueden no ser completamente seguros y confidenciales. Existe la posibilidad de que alguien escuche o incluso intercepte sus conversaciones con tecnología especial. Las personas que tienen acceso a su teléfono o a su factura telefónica pueden determinar con quién ha hablado, quién inició esa llamada y cuánto tiempo duró la conversación. Si tiene un teléfono fijo y nos proporcionó ese número de teléfono, podemos comunicarnos con usted en esta línea desde nuestro propio teléfono fijo en nuestra oficina o desde un teléfono celular, generalmente solo con el fin de programar una cita si es necesario. Si esta no es una forma aceptable de contactarlo, por favor, hágase saber a su psiquiatra o consejero/a. Las conversaciones telefónicas (aparte de solo programar citas) se facturan a la tarifa por hora de su psiquiatra o proveedor/a de salud mental.

Teléfonos celulares: Además de los teléfonos fijos, los celulares 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 tienen acceso a su teléfono celular o a su factura de teléfono celular pueden ver con quién ha hablado, quién inició esa llamada, cuánto tiempo duró la conversación y dónde se encontraba cada parte cuando ocurrió esa llamada. Sin embargo, nos damos cuenta de que la mayoría de las personas tienen y utilizan un teléfono celular. También podemos usar un teléfono celular para contactarlo, generalmente solo con el propósito de programar una cita si es necesario. Además, su psiquiatra o consejero/a puede conservar su número de teléfono en su celular, pero aparecerá en la lista solo con sus iniciales y su número está protegido con contraseña. Si esto es un problema, por favor hágase saber a su psiquiatra o consejero/a, y él/ella estará encantado/a de discutir otras opciones. Las conversaciones telefónicas (aparte de sólo programar citas) se facturan a la tarifa por hora de su psiquiatra o consejero/a.

Mensajes de texto: Los mensajes de texto no son un medio seguro de comunicación y pueden comprometer su confidencialidad. Sin embargo, nos damos cuenta de que muchas personas prefieren enviar mensajes de texto porque es una forma rápida de transmitir información. **No obstante, tenga en cuenta que es nuestra política, utilizar este medio de comunicación es estrictamente para las confirmaciones de citas.** Por favor, no mencione ningún contenido terapéutico a través del texto para evitar comprometer su confidencialidad. También debe saber que estamos obligados a mantener una copia o resumen de todos los textos como parte de su registro clínico que aborden cualquier cosa relacionada con la terapia.

A pesar de que sólo utilizaremos mensajes de texto para citas, utilizamos un software de mensajería de texto especial para su protección adicional.

Correo electrónico: El correo electrónico no es un medio seguro de comunicación y puede comprometer su confidencialidad. Sin embargo, nos damos cuenta de que muchas personas prefieren el correo electrónico porque es una forma rápida de transmitir información. **No obstante, tenga en cuenta que es nuestra política no utilizar esta forma de comunicación con nuestros clientes de terapia.** Por favor, no muestre ningún contenido terapéutico por correo electrónico para evitar comprometer su confidencialidad. También debe saber que estamos obligados a mantener una copia o un resumen de todos los correos electrónicos, como parte de su registro clínico, que aborden cualquier asunto relacionado con la terapia.

Aunque sólo utilizaremos el correo electrónico para fines específicos, utilizaremos una plataforma de correo electrónico segura alojada en [Google Workspace](#) para su protección adicional. Hemos elegido esta tecnología porque está encriptada según el estándar federal, compatible con HIPAA, y la compañía ha firmado un Acuerdo de Asociado Comercial HIPAA (BAA). La BAA significa que la compañía está dispuesta a dar fe del cumplimiento de HIPAA y asumir la responsabilidad de mantener su PHI segura. Le recomendamos que también utilice este tipo de software para la protección de su parte. De lo contrario, cuando responda a uno de los correos electrónicos de su psiquiatra o consejero/a, todo lo que escriba además de lo que él/ella le ha escrito (a menos que lo elimine) ya no será seguro. Nuestro servicio de correo electrónico sólo funciona para enviar información y no rige lo que pueda suceder por su parte.

También le sugerimos encarecidamente que sólo se comunique a través de un dispositivo que sepa que es seguro y tecnológicamente protegido (por ejemplo, que tenga un firewall, software antivirus instalado, esté protegido por contraseña, no acceda a Internet a través de una red inalámbrica pública, etc.). Si se encuentra en una crisis, no nos lo comunique por correo electrónico porque es posible que no lo veamos en un asunto oportuno. En su lugar, consulte a continuación en "Procedimientos de emergencia".

Redes sociales - Facebook, Twitter, LinkedIn, Instagram, Pinterest, etc.: Es nuestra política no aceptar solicitudes de "amistad" o "conexión" de ningún cliente actual o anterior en ninguno de los sitios de redes sociales personales de nuestro psiquiatra o consejero/a, como Facebook, Twitter, Instagram, Pinterest, etc., ya que puede comprometer su confidencialidad y desdibujar los límites de su relación.

Sin embargo, el Bilingual Mental Health Evaluations of Georgia, Inc., tiene una página profesional de Facebook, Instagram y una cuenta profesional de LinkedIn. Le invitamos a "seguirnos" en cualquiera de estas páginas profesionales donde publicamos información de asesoramiento. Sin embargo, hágalo solo si se siente cómodo con que el público en general esté al tanto del hecho de que su nombre está adjunto a Bilingual Mental Health Evaluations of Georgia, Inc. Por favor, absténgase de ponerse en contacto con nosotros utilizando sistemas de mensajería de redes sociales como Facebook Messenger o Twitter. Estos métodos tienen una seguridad insuficiente y no los vigilamos de cerca. No queremos perdernos un mensaje importante de usted.

Por favor, confirme con sus iniciales que ha leído esta página _____

Videoconferencia (VC): La videoconferencia es una opción para que su psiquiatra o consejero/a realice sesiones remotas con usted a través de Internet, donde pueden hablar entre sí y verse en una pantalla. Utilizamos Doxy.me o Google Meet. Estas plataformas de VC están encriptadas según el estándar federal, son compatibles con HIPAA y han firmado un Acuerdo de Asociado Comercial HIPAA (BAA). El BAA significa que Google Meet o Doxy.me están dispuestos a dar fe del cumplimiento de HIPAA y asumen la responsabilidad de mantener su interacción de VC segura y confidencial. Si usted y su psiquiatra o consejero/a eligen utilizar esta tecnología, su psiquiatra o consejero/a le dará 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 asegurarse de que usted y su psiquiatra o consejero/a comiencen con prontitud. Además, usted es responsable de iniciar la conexión con su psiquiatra o consejero/a en el momento de su cita.

Le sugerimos encarecidamente que sólo se comunique a través de una computadora o dispositivo que sepa que es seguro (por ejemplo, tiene un firewall, software antivirus instalado, está protegido con contraseña, no acceda a Internet a través de una red inalámbrica pública, etc.).

Recomendaciones a sitios web o aplicaciones (Apps): Durante el curso de nuestro tratamiento, su psiquiatra o consejero/a puede recomendarle que visite ciertos sitios web para obtener información pertinente o autoayuda. También puede recomendar ciertas aplicaciones que podrían ser de ayuda para usted y mejorar su tratamiento. Tenga en cuenta que los sitios web y las aplicaciones pueden tener dispositivos de seguimiento que permiten que el software automatizado u otras entidades sepan que ha visitado estos sitios o aplicaciones. Incluso pueden utilizar su información para intentar venderle otros productos. Además, cualquier persona que tenga acceso al dispositivo que utilizó para visitar estos sitios y/o aplicaciones, puede ver que ha estado en estos sitios al ver el historial en su dispositivo. Por lo tanto, es su responsabilidad decidir si desea que esta información sea adjunta a su tratamiento o si prefiere que su psiquiatra o consejero/a no haga estas recomendaciones. Por favor, hágale saber a su psiquiatra o consejero/a marcando (o no marcando) la casilla correspondiente al final de este documento.

Transferencia electrónica de PHI para ciertas transacciones con tarjeta de crédito: Utilizamos una empresa que procesa la información de su tarjeta de crédito. Esta compañía puede enviar al titular de la tarjeta de crédito un mensaje de texto o un recibo por correo electrónico que indique que utilizó esa tarjeta de crédito en nuestras instalaciones, la fecha en que la usó y la cantidad que se cobró. Esta notificación generalmente se configura de dos maneras diferentes, ya sea a su solicitud en el momento en que se ejecuta la tarjeta o automáticamente. Tenga en cuenta que es su responsabilidad verificar si usted o el titular de la tarjeta de crédito tiene configurada la notificación de recibo automática para mantener su confidencialidad si no desea que se 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 para la confidencialidad y teleservicios de salud mental: Comunicarse sólo a través de dispositivos que sepa que son seguros, como se describe anteriormente. También es su responsabilidad elegir un lugar seguro para interactuar con los medios asistidos por la tecnología y estar al tanto de que la familia, amigos, empleadores, compañeros de trabajo, extraños y piratas informáticos podrían escuchar sus comunicaciones o tener acceso a la tecnología con la que está interactuando. Además, usted acepta no grabar ninguna sesión de teleservicios de salud mental.

En caso de fallo tecnológico: Durante una sesión de teleservicios de salud mental, usted y su psiquiatra o consejero/a podrían detectar un fallo tecnológico. El plan de respaldo más fiable es contactarse entre sí por teléfono. Asegúrese de tener un teléfono con usted y que su psiquiatra o consejero/a tenga ese número de teléfono.

Si usted y su psiquiatra o consejero/a se desconectan de una sesión de videoconferencia o chat, finalice y reinicie la sesión. Si no puede volver a conectarse en diez minutos, llame a su psiquiatra o consejero/a.

Si usted y su psiquiatra o consejero/a están en una sesión telefónica y se desconectan, llame a su psiquiatra o consejero/a o comuníquese con él o ella para programar otra sesión. Si el problema se debe al servicio telefónico de su psiquiatra o consejero/a y los dos no pueden volver a conectarse, él/ella no le cobrará por esa sesión.

Limitaciones de los teleservicios de salud mental: Los teleservicios de salud mental no deben verse como un sustituto completo de la terapia realizada en nuestra oficina, a menos que haya circunstancias extremas que le impidan asistir a la terapia en persona. Es una forma alternativa de terapia o terapia adjunta e implica limitaciones. Principalmente, existe el riesgo de malinterpretarse entre sí cuando la comunicación carece de señales visuales o auditivas. Por ejemplo, si la calidad del video es deficiente por alguna razón, es posible que su psiquiatra o consejero/a no vea una lágrima en su ojo. O si falta calidad de audio, es posible que no escuche la grieta en su voz que podría haber captado fácilmente si estuviera en nuestra oficina.

También puede haber una interrupción en el servicio (por ejemplo, el teléfono se corta o el video se cae). Esto puede ser frustrante e interrumpir el flujo normal de la interacción personal.

Por favor, sepa que tenemos el máximo respeto y consideración positiva hacia usted y su bienestar. Nunca haríamos ni diríamos nada intencionalmente para lastimarlo de ninguna manera, y le recomendamos encarecidamente que le informe a su psiquiatra o consejero/a si algo que él o ella ha hecho o dicho lo molestó. Te invitamos a mantener abierta la comunicación con tu psiquiatra o consejero/a en todo momento para reducir cualquier posible daño.

Requisito presencial: Si usted y su psiquiatra o consejero/a están de acuerdo en que los teleservicios de salud mental son la forma principal en que usted y su psiquiatra o consejero/a eligen realizar las sesiones, **requerimos una reunión cara a cara al inicio del**

Por favor, confirme con sus iniciales que ha leído esta página _____

tratamiento. Preferimos que esta reunión inicial tenga lugar en nuestra oficina. Si eso no es posible, podemos utilizar la videoconferencia como se describió anteriormente. Durante esta sesión inicial, su psiquiatra o consejero/a le pedirá que muestre una identificación válida con foto 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 acomodar a personas que son razonablemente seguras y con capacidad de tomar decisiones saludables. No estamos disponibles 24/7. Si en algún momento esto no se siente como un apoyo suficiente, informe a su psiquiatra o consejero/a, y él o ella puede discutir recursos adicionales o transferir su caso a un psiquiatra o consejero/a o clínica con disponibilidad las 24 horas. Devolveremos llamadas telefónicas, mensajes de texto y correos electrónicos en un plazo de 48 horas. Sin embargo, no devolvemos llamadas a ningún tipo de comunicación los fines de semana o festivos. Si tiene una emergencia de salud mental y necesita asistencia inmediata, siga las instrucciones a continuación.

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

- Llame a Behavioral Health Link/GCAL: 800-715-4225
- Llame al Instituto Ridgeview al 770.434.4567
- Llame a Peachford Hospital al 770.454.5589
- Llame a Lifeline al (800) 273-8255 (National Crisis Line)
- Llame al 911 o al 988.
- Vaya a la sala de emergencias de su elección.

Si usted y su psiquiatra o consejero/a deciden incluir teleservicios de salud mental como parte de su tratamiento, hay **procedimientos adicionales** que debemos implementar específicamente para los teleservicios de salud mental. Estos son **para su seguridad en caso de una emergencia** y son los siguientes:

- Usted entiende que está teniendo **pensamientos suicidas u homicidas, experimentando síntomas psicóticos o en una crisis que no podemos resolver de forma remota**, podemos determinar que necesita un nivel más alto de atención y los teleservicios de salud mental no son apropiados.
- Requerimos una **persona de contacto de emergencia (PCE)** con la que podamos comunicarnos en su nombre sólo en una emergencia potencialmente mortal. Por favor, escriba el nombre de esta persona y la información de contacto a continuación. Usted o nosotros verificaremos que su PCE esté dispuesto y pueda ir a su ubicación en caso de una emergencia. Además, si usted, su PCE o nosotros determinamos que es necesario, el PCE acepta llevarlo a un hospital. Su firma al final de este documento indica que entiende que solo nos pondremos en contacto con esta persona en las circunstancias extremas indicadas anteriormente. Por favor, enumere su PCE aquí:

Nombre: _____

- Usted acepta informar a su psiquiatra o consejero/a de la **dirección** donde se encuentra al comienzo de cada sesión de TeleMental Health.
- Usted acepta informar a su psiquiatra o consejero/a del **hospital más cercano** a su ubicación principal al que prefiere ir en caso de una emergencia de salud mental (en general, ubicado donde normalmente estará durante una sesión de teleservicios de salud mental). Por favor, enumere este hospital y el número de contacto aquí:

Hospital: _____

Estructura y costo de las sesiones: Ofrecemos principalmente sesiones de terapia presenciales o cara a cara. Sin embargo, según sus necesidades de tratamiento, su psiquiatra o consejero/a puede proporcionarle teléfono, mensaje de texto, correo electrónico o videoconferencia (teleservicios de salud mental). La estructura y el costo de las sesiones en persona y de teleservicios de salud mental son por sesión de 50 minutos. La tarifa de cada sesión se pagará al comienzo de la sesión. Cash, Visa, MasterCard, Discover o American Express o transferencia vía Zelle son aceptables para el pago, y le proporcionaremos un recibo detallado del pago. El recibo de pago también puede utilizarse como declaración para el seguro, si corresponde a usted.

Las llamadas telefónicas, los mensajes de texto y los correos electrónicos (además de programar citas) se facturan a la tarifa por hora de su psiquiatra o consejero/a por el tiempo que este dedica a leer y responder. Igual funciona si usted requiere alguna documentación adicional o reporte sobre su caso. Requerimos una tarjeta de crédito con anticipación para la terapia de TeleMental Health para facilitar la facturación. Por favor, firme el Formulario de Pago con Tarjeta de Crédito, que se le envió por separado e indica que podemos cargar su tarjeta sin que usted esté físicamente presente. Su tarjeta de crédito será cargada al comienzo de cada interacción de TeleMental Health. Una vez más, esto incluye cualquier interacción terapéutica que no sea programar citas.

Las compañías de seguros tienen muchas reglas y requisitos específicos para ciertos planes. No tomamos seguro. Es su responsabilidad averiguar las pólizas de su compañía de seguros y solicitar el reembolso del seguro. Como se mencionó anteriormente, estaremos encantados de proporcionarle una declaración para su compañía de seguros y de ayudarlo con cualquier pregunta que pueda tener en esta área.

Política de cancelación: En el caso de que no pueda asistir a una cita cara a cara o una cita de TeleMental Health, debe notificar a su psiquiatra o consejero/a con al menos 24 horas de anticipación. Si no se recibe dicha notificación anticipada, usted será

Por favor, confirme con sus iniciales que ha leído esta página _____

financieramente responsable de la sesión que se perdió. Tenga en cuenta que las compañías de seguros no reembolsan las sesiones perdidas.

Adolescentes de 16 a 18 años y algunos estudiantes universitarios: A 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 probablemente los padres están pagando por una evaluación o terapia de salud mental; no obstante, esta es la ley. Por lo tanto, debemos contar con el consentimiento por escrito del cliente para comunicarnos con los padres sobre cuestiones relacionadas con su tratamiento. Nuestra filosofía es facilitar la comunicación entre adolescentes y sus familias, e intentaremos incluir las preocupaciones de los padres en la terapia. Cuando se considere clínicamente significativo, se solicitarán reuniones familiares periódicas. Si un cliente adolescente incurre en conductas de asalto riesgo o potencialmente peligrosas, operamos bajo los mismos principios que se aplican a los clientes adultos, trabajando hacia la remediación terapéutica de la(s) conducta(s) en cuestión. La peligrosidad del comportamiento o comportamientos es un punto de juicio clínico. En circunstancias en las que un adolescente se niega a cooperar con las recomendaciones de tratamiento para corregir su comportamiento, puede ser necesario vulnerar la confidencialidad para su protección y, en raras ocasiones, terminar el tratamiento. La información recibida de los padres por teléfono, buzón de voz y/o comunicación escrita generalmente no se mantiene confidencial, ya que esto puede dificultar el proceso terapéutico y la relación.

Niños y adolescentes de 15 años o menos: A estas edades, los menores clientes se consideran menores dependientes, y la confidencialidad corresponde al(los) progenitor(es) legal(es) o tutores. Debe explicarse al niño que hay 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 psiquiatra o consejero/a), los padres deban ser informados de un problema o circunstancia concreta que suponga una amenaza o riesgo directo para la seguridad del menor en cuestión. Ejemplos pueden incluir (pero no se limitan a): 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 niños de quince años o menos.

Hijos de padres divorciados o separados: Aunque estas situaciones pueden ser difíciles y delicadas, hay ciertas directrices legales y éticas que sigo:

1. El consentimiento para una evaluación o tratamiento de salud mental debe obtenerse de ambos progenitores, salvo que se documente la custodia legal. Exigiré que se conserve una copia de este documento en mi expediente que refleje el control de los padres con custodia para tomar decisiones médicas en nombre del menor.
2. A menos que se establezca la custodia exclusiva, ambos padres tienen derecho a comunicarse conmigo sobre cuestiones de tratamiento. Tengo derecho a comunicarme con uno o ambos padres sobre cuestiones de tratamiento según mi juicio clínico. Toda la comunicación escrita será copiada a ambos padres.
3. Como el niño es el cliente, mi trabajo es actuar como defensor del bienestar del niño. Los conflictos matrimoniales no resueltos pueden requerir tratamiento en otro entorno terapéutico.

Limitaciones del servicio: Comprendo que los servicios de psiquiatría que ofrece el Bilingual Mental Health Evaluations of Georgia, Inc., se limitan a evaluación, consulta, terapia e intervención. Comprendo que los servicios de evaluación pueden incluir el uso de cuestionarios o tests y que los servicios de intervención pueden incluir consejería o psicoterapia. Comprendo que mi psiquiatra o profesional de salud mental no ofrece garantía de cura, garantía de resultados o mejoría de cualquier condición.

Asumo de riesgos: Entiendo que los beneficios potenciales de los servicios terapéuticos pueden incluir obtener una opinión profesional e incrementar una comprensión de mí mismo. Comprendo que los riesgos potenciales pueden incluir una limitada validez predictiva de los procedimientos de evaluación de salud mental, posibles desacuerdos con las opiniones que se me den, y posibles angustias emocionales como resultado de mi situación.

Servicio de Satisfacción/Consulta: El Bilingual Mental Health Evaluations of Georgia, Inc., también puede recopilar información sobre tus experiencias de tratamiento para informar y potencialmente mejorar nuestra capacidad para ofrecer 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 nuestro director clínico.

Finalización de la terapia: Cada etapa de la terapia tiene importantes repercusiones para la motivación, el crecimiento y la autoestima del cliente. La interrupción, aunque marca el final de la terapia, es una parte natural del desarrollo de la relación terapéutica. Un cliente que falte a más de dos sesiones sin notificar al orientador debe considerarse como alguien que inicia una terminación prematura. El personal de Bilingual Mental Health Evaluations of Georgia, Inc., intentará ponerse en contacto con usted; sin embargo, su caso será cancelado si no recibimos respuesta de usted en el plazo de un mes desde su última sesión. Si te encuentras mejor o planeas no volver a terapia, es importante que acudas a una última sesión, para que podamos hablar de los motivos que llevaron a la decisión, el curso de la terapia y cualquier derivación relevante. Un caso se considera terminado cuando ya no hay contacto sostenido regular tras un plan de tratamiento especificado. Sin embargo, reabrir tu historial y reanudar el tratamiento siempre es una opción.

Por favor, confirme con sus iniciales que ha leído esta página _____

Declaración de Entendimiento: Comprendo la información descrita anteriormente y/o se me ha aclarado cualquier duda al respecto con total satisfacción. Al firmar este documento, reconozco que estoy de acuerdo con los términos y condiciones indicados aquí, así como con haber tenido la oportunidad de preguntar y discutir mis dudas.

Este es un historial de salud mental de un cliente estrictamente confidencial. La redivulgación o transferencia sin el consentimiento por escrito del cliente o del examinado está estrictamente prohibida, salvo que lo permita la ley.

El cliente entiende, como se ha descrito antes, que la comunicación segura y privada no puede garantizarse plenamente a través de teléfonos móviles y correo electrónico. Es decisión del cliente si comunicarse a través de estas tecnologías "no seguras" o no. Si el cliente utiliza estas tecnologías "no seguras" para contactar con el consejero, este también se comunicará con el cliente a través de estas tecnologías "no seguras", salvo que el cliente indique lo contrario. Por favor, indique qué tipo de comunicación está permitida:

Comunicación por teléfono o móvil: Comunicación por mensaje de voz:
 Comunicación por fax: Comunicación por correo electrónico:
 Comunicación por mensaje de texto: Comunicación por teleconferencia:

Nuestro acuerdo para entrar en una relación terapéutica: Imprima, ponga fecha y firme su nombre a continuación, indicando que ha leído y entendido el contenido de este formulario de "Información, autorización y consentimiento para el tratamiento", **así como el Aviso de prácticas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)** que se le proporciona. Su firma también indica que está de acuerdo con las políticas de su relación con su psiquiatra o consejero/a y/o líder de grupo, y está autorizando a su psiquiatra o consejero/a y/o líder de grupo a comenzar el tratamiento con usted.

Esperamos sinceramente facilitarle su viaje hacia la curación y el crecimiento. Si tiene alguna pregunta sobre cualquier parte de este documento, pregúntele a su psiquiatra o consejero/a.

Nombre del cliente (por favor imprimir)

Fecha

Firma del cliente

Si corresponde:

Nombre de los padres o tutores legales (por favor, imprima)

Fecha

Firma de los padres o tutores legales

La firma del psiquiatra o consejero/a a continuación indica que él o ella ha discutido este formulario con usted y ha respondido cualquier pregunta que tenga con respecto a esta información.

Firma del terapeuta

Fecha

Por favor, confirme con sus iniciales que ha leído esta página _____