

Consent for Treatment- ES

Yo, por la presente, consiento voluntariamente este ingreso al Centro y los procedimientos y tratamientos de cuidado realizados por el Centro cuyo directos, empleados y representantes vean necesarios. Estos servicios pueden ser terminados por mí en cualquier momento mediante información escrita o verbal al Centro. Entiendo que cualquier evaluación, prueba, consulta/terapia o cualquier otro procedimiento es confidencial y no será facilitado por el Centro si mi consentimiento escrito.

Reconocimiento de Participación en la Evaluación

Reconozco que yo, y/o mi tutor legal (si corresponde), he participado activamente en la evaluación inicial de salud mental realizada por un proveedor licenciado o un proveedor supervisado por un profesional licenciado en Confianza Health. Esta evaluación incluyó una revisión de los motivos de consulta, antecedentes relevantes y observaciones clínicas. Entiendo que la información recopilada durante este proceso será utilizada para desarrollar un plan de tratamiento individualizado.

Propósito del Tratamiento

Entiendo que estoy dando mi consentimiento para recibir servicios de salud mental, los cuales pueden incluir:

- Evaluación psicológica y diagnóstico
- Terapia individual, grupal, de pareja o familiar
- Psicoeducación e intervenciones conductuales
- Intervención en crisis y referencias según sea necesario

Estos servicios son proporcionados por profesionales licenciados bajo la Junta de Examinadores de Salud Conductual de Arizona o por un proveedor que recibe supervisión de un profesional licenciado.

Naturaleza de la Psicoterapia

La psicoterapia es un proceso colaborativo que puede implicar la discusión de experiencias emocionales difíciles. Aunque muchos clientes experimentan alivio y crecimiento personal, entiendo que:

- No hay resultados garantizados.
- La terapia puede implicar incomodidad emocional.
- El progreso depende de mi participación activa.

Confidencialidad y sus Límites

Toda la información compartida en terapia es confidencial, **excepto** en las siguientes circunstancias:

- Amenazas de daño hacia uno mismo u otras personas
- Sospecha de abuso infantil, de adultos mayores o de adultos vulnerables
- Órdenes judiciales o citaciones legales
- Requisitos de facturación de seguros (diagnóstico, fechas de servicio)

Entiendo que la comunicación electrónica (correo electrónico, teléfono, video) puede implicar riesgos de divulgación no intencionada, a pesar de las medidas de seguridad razonables.

Consentimiento para Menores (si corresponde)

Si el paciente es menor de edad, confirmo que soy el tutor legal y autorizo el tratamiento de salud mental. Entiendo que:

- Los menores pueden participar en sesiones de terapia familiar.
- La confidencialidad con menores puede ser limitada según la edad y el criterio clínico.
- Puedo participar en la planificación del tratamiento y en la revisión del progreso.

Comunicación

Autorizo a Confianza Health (personal, voluntarios, practicantes y contratistas) a comunicarse conmigo por teléfono, correo electrónico u otros medios seguros con el propósito de programar citas, discutir el progreso del tratamiento y atender asuntos urgentes relacionados con mi atención de salud mental.

En caso de una emergencia de salud mental, autorizo a Confianza Health a contactarme a mí o a mis contactos de emergencia de manera oportuna.

Entiendo que la comunicación puede incluir mensajes de voz, correos electrónicos o mensajes de texto.

Observaciones

Entiendo que:

- Mi terapeuta puede ser un proveedor asociado que requiere supervisión.
- Mi terapeuta puede requerir que su supervisor observe las sesiones en persona, de manera virtual o auditiva, y tengo el derecho de rechazar dicha observación.
- Doy mi consentimiento para la observación supervisada, a menos que indique lo contrario.

Consentimiento y Reconocimiento

Reconozco que:

- He leído y entendido este formulario de consentimiento.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas.
- Doy mi consentimiento voluntario para recibir tratamiento.
- Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, entendiendo las posibles consecuencias.

Initial: * **x** _____

Signature: * **x** _____

Date:

Therapy expectation- ES

Consentimiento Informado para Terapia de Salud Mental

1. Propósito de la Terapia

La terapia de salud mental es un proceso colaborativo entre un cliente y un terapeuta licenciado, cuyo objetivo es mejorar el bienestar emocional, psicológico y conductual. La terapia puede incluir la discusión de problemas personales, la exploración de pensamientos y sentimientos, la identificación de patrones y el desarrollo de estrategias de afrontamiento. El objetivo es apoyar a los clientes en lograr una mayor autoconciencia, resiliencia emocional y crecimiento personal.

2. Qué Esperar

Las sesiones de terapia son confidenciales y se llevan a cabo en un ambiente seguro y libre de juicios. Durante las sesiones, los clientes pueden experimentar una variedad de emociones al explorar desafíos personales. El progreso puede ser gradual y variar según las circunstancias individuales. Se anima a los clientes a participar activamente y a comunicarse abiertamente con su terapeuta.

La terapia puede incluir:

- Terapia individual conversacional
- Técnicas cognitivo-conductuales
- Estrategias de atención plena (mindfulness) y reducción del estrés
- Establecimiento de metas y revisión del progreso

Cuando sea apropiado, la terapia también puede incluir enfoques familiares para abordar dinámicas relacionales y mejorar la comunicación entre los miembros de la familia. Las modalidades pueden incluir:

- Terapia Familiar Estructural – enfocada en la organización y los límites familiares
- Terapia Familiar Estratégica – dirigida a problemas específicos con estrategias orientadas a objetivos
- Terapia Sistémica – exploración de patrones y roles dentro del sistema familiar
- Terapia Focalizada en las Emociones (EFT) – fortalecimiento de los vínculos emocionales y el apego
- Terapia Narrativa – ayuda a las familias a replantear y reescribir sus historias compartidas

3. Frecuencia y Duración

Las sesiones generalmente se realizan una vez por semana, a menos que se acuerde lo contrario. Cada sesión dura aproximadamente 53 minutos. La frecuencia y duración pueden ajustarse según las necesidades del cliente y los objetivos terapéuticos.

4. Horario de Atención

Los servicios de terapia están disponibles en el siguiente horario (citas fuera de horario y fines de semana disponibles):

- Lunes a Viernes: 8:30 AM – 5:00 PM
- Sábado: Solo con cita previa
- Domingo: Cerrado

5. Información de Contacto

Oficina de Phoenix:

11225 N 28th Dr.

Suite C-206

Phoenix, AZ 85029

Oficina de Avondale:

919 N Dysart Rd.

Suite F

Avondale, AZ 85323

6. Confidencialidad

Toda la información compartida en terapia es confidencial y no será divulgada sin consentimiento por escrito, excepto en los casos en que la ley lo requiera (por ejemplo: riesgo de daño a sí mismo o a otros, abuso, órdenes judiciales).

7. Clientes Menores de Edad

Si el cliente es menor de edad (menor de 18 años), se requiere la participación de los padres o tutores. Esto puede incluir la participación en sesiones, colaboración en la planificación del tratamiento y comunicación con el terapeuta sobre el progreso y las necesidades del menor. El terapeuta trabajará para equilibrar la confidencialidad del menor con la participación apropiada de los padres.

8. Reconocimiento de Evaluación

Reconozco que he participado en una evaluación inicial de salud mental realizada por mi terapeuta. Entiendo que el propósito de esta evaluación fue evaluar mi estado emocional y psicológico actual, identificar áreas de preocupación y ayudar a guiar el desarrollo de un plan de tratamiento adecuado.

9. Derechos a los Servicios

Los pacientes tienen derecho a una variedad de proveedores calificados y servicios clínicamente apropiados y, de acuerdo con el estándar de “Voz y Elección” de Arizona, pueden solicitar servicios cubiertos, elegir dónde recibir dichos servicios dentro de su red y participar activamente en todas las decisiones de planificación de servicios.

Directorio Estatal de Proveedores de AHCCCS

Directorio en línea de AHCCCS – Busque proveedores de salud conductual y física en todo el estado:

<https://www.azahcccs.gov/Members/ProgramsAndCoveredServices/ProviderListings/>

10. Consentimiento

Entiendo la naturaleza y el propósito de la terapia como se describe anteriormente. Reconozco que tengo el derecho de hacer preguntas y retirarme de la terapia en cualquier momento. Doy mi consentimiento voluntario para participar en servicios de terapia de salud mental.

Initial: * x

Signature: * x

Date:

Telehealth Consents (ES)

Consentimiento Informado para Servicios de Salud Mental por Telemedicina

Propósito de los Servicios de Telemedicina

La telemedicina implica el uso de tecnología de comunicación electrónica para proporcionar servicios de salud mental de forma remota. Esto puede incluir videoconferencias, sesiones telefónicas, mensajería segura y el intercambio electrónico de información clínica. La telemedicina permite a los clientes recibir servicios sin estar físicamente presentes en la agencia.

Naturaleza de los Servicios de Telemedicina

Entiendo que los servicios de telemedicina se brindarán utilizando plataformas seguras y compatibles con HIPAA cuando estén disponibles. Estos servicios pueden ser similares a la terapia presencial; sin embargo, pueden existir limitaciones relacionadas con la tecnología, la privacidad o la capacidad de responder a emergencias.

Beneficios y Riesgos

Entiendo que los posibles beneficios de la telemedicina incluyen un mayor acceso a la atención, conveniencia y continuidad de los servicios. También entiendo que existen posibles riesgos, que incluyen, entre otros, interrupciones, dificultades técnicas, acceso no autorizado o malentendidos debido a la falta de interacción presencial. Reconozco que ninguna tecnología es completamente segura y que la confidencialidad no puede garantizarse de manera absoluta.

Confidencialidad y Privacidad

Entiendo que mi terapeuta tomará medidas razonables para proteger mi privacidad y confidencialidad durante las sesiones de telemedicina. Soy responsable de participar en las sesiones desde un lugar privado y de asegurar que mi entorno esté libre de distracciones y oyentes no autorizados. Los servicios de telemedicina están sujetos a los mismos requisitos legales y de confidencialidad que los servicios presenciales, incluidas las leyes de reporte obligatorio.

Situaciones de Emergencia y Crisis

Entiendo que la telemedicina no es apropiada para situaciones de emergencia. En caso de una crisis de salud mental o emergencia, acepto llamar al 911 o acudir a la sala de emergencias más cercana. Acepto proporcionar mi ubicación física actual al inicio de cada sesión de telemedicina para asegurar una respuesta de emergencia adecuada si fuera necesario.

Requisitos Tecnológicos y Responsabilidades

Entiendo que soy responsable de contar con una conexión a internet confiable, un dispositivo compatible y un entorno privado para las sesiones de telemedicina. Acepto notificar a mi proveedor de inmediato si los problemas técnicos interfieren con la sesión.

Consentimiento y Derecho a Retirar el Consentimiento

Entiendo que la participación en los servicios de telemedicina es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento sin que esto afecte mi derecho a recibir servicios futuros. Entiendo que puedo solicitar servicios presenciales si están disponibles.

Responsabilidad del Cliente en la Confidencialidad

Entiendo que mantener la confidencialidad durante los servicios de telemedicina requiere una responsabilidad compartida. Acepto hacer todo esfuerzo razonable para participar en las sesiones de telemedicina desde un lugar privado y seguro, y para evitar que personas no autorizadas escuchen, observen o participen en mis servicios. Reconozco que soy responsable de asegurar que mi entorno respalde la confidencialidad, incluyendo el uso de audífonos u otras medidas de privacidad cuando sea apropiado.

Entiendo que la agencia y el proveedor no son responsables por violaciones a la confidencialidad que ocurran debido a mi falta de mantener un entorno privado o por la presencia o participación de otras personas en mi ubicación durante los servicios de telemedicina sin el conocimiento o consentimiento del proveedor.

Reconocimiento y Consentimiento

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo este Consentimiento Informado para Telemedicina. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Doy mi consentimiento voluntario para recibir servicios de salud mental por telemedicina.

Person Signing the Document *

Signature: * 

Date:

Attendance, Cancellation Policy- ES

Confianza Health hace todo lo posible para brindar servicios a los clientes que sean oportunos, consistentes y apropiados. Aunque nuestra intención es proporcionar servicios que tengan en cuenta la inconsistencia ocasional, la impuntualidad crónica, las cancelaciones o el no presentarse a las citas con el personal de Behavioral Health darán lugar a acciones de la empresa que pueden llevar a la pérdida de los servicios del cliente.

Política de Asistencia y Cancelación

Compromiso con las Citas

El tratamiento de salud mental es más efectivo cuando las citas se asisten de manera constante. Al programar una cita, usted está reservando tiempo específicamente para su atención. Le solicitamos hacer todo lo posible por asistir a todas las sesiones programadas.

Cancelaciones y Reprogramaciones

Si necesita cancelar o reprogramar una cita, por favor notifique a nuestra oficina **con al menos 24 horas de anticipación**. Puede hacerlo mediante:

- Llamar directamente a la oficina
- Dejar un mensaje de voz (fuera del horario laboral)
- Utilizar el portal seguro del cliente (si está disponible)

Esto nos permite ofrecer ese espacio a otro cliente que lo necesite.

Cancelaciones Tardías y Ausencias (No-Show)

Una **cancelación tardía** se define como cancelar una cita **con menos de 24 horas de anticipación**. Una **ausencia (no-show)** ocurre cuando el cliente no asiste a una cita programada sin previo aviso.

- Las **cancelaciones** pueden generar un cargo de hasta **\$40**.
- Las **ausencias (no-show)** pueden generar un cargo de hasta el costo total de la sesión.

Estos cargos no son facturables al seguro y deben ser pagados por el cliente.

Los pacientes con **Medicaid o Medicare no serán cobrados por cargos de ausencia (no-show)**.

Cancelaciones tardías o ausencias repetidas pueden resultar en:

- Revisión de su plan de tratamiento

- Colocación en lista de espera
- Alta de los servicios

Llegadas Tardías

Si llega tarde a su sesión, la cita finalizará a la hora programada para respetar el tiempo del siguiente cliente. Si llega con más de **15 minutos de retraso**, la sesión puede considerarse como una ausencia (no-show) y estar sujeta al cargo correspondiente.

Emergencias y Excepciones

Entendemos que pueden surgir emergencias y circunstancias imprevistas. Si experimenta una emergencia médica, crisis familiar u otro evento inevitable, comuníquese con nosotros lo antes posible. Se podrán hacer excepciones a esta política a discreción del clínico.

Asistencia Constante

Los clientes que asisten regularmente a terapia tienden a obtener mejores resultados. Si falta a múltiples citas sin comunicación, su terapeuta puede comunicarse con usted para hablar sobre su participación en el tratamiento. En algunos casos, los servicios pueden ser pausados o suspendidos hasta que se restablezca una asistencia constante.

Initial: * x

Signature: *

Date:

Incident Agreement ES

Política de Conducta, Seguridad y Sustancias

En Confianza Health, nos comprometemos a proporcionar un entorno seguro y de apoyo para todos los participantes. Esto incluye la prevención de comportamientos que alteren la propiedad, al personal o a otros participantes.

El uso, posesión, distribución o presencia de parafernalia relacionada con sustancias ilegales o abuso de sustancias está estrictamente prohibido, ya sea dentro o fuera de las instalaciones del programa.

Manejo de Conducta y Desescalamiento

El personal de Confianza Health redirigirá verbalmente los comportamientos disruptivos identificados y explicará verbalmente las expectativas y consecuencias de dichos comportamientos. El personal utilizará todos los medios posibles para desescalar la situación antes de contactar al tutor legal.

El personal de Confianza Health **NO utilizará ningún tipo de fuerza o contacto físico con un menor bajo ninguna circunstancia.**

Proceso de Desescalamiento

- Se utilizarán técnicas de desescalamiento como primer intento de intervención.
- Si no tienen éxito, se requerirá que el tutor legal recoja al menor.
- Si no es posible contactar al tutor legal, el personal de Confianza Health se comunicará con la persona de contacto de emergencia.
- Si todos los contactos asociados no están disponibles, se notificará a los servicios de emergencia.

Reglas y Normas

- Los participantes no pueden usar, poseer ni estar bajo la influencia de drogas ilegales o sustancias controladas sin una receta válida.
- Los artículos relacionados con drogas, incluida la parafernalia, no están permitidos en ningún momento.
- Todos los participantes deben cumplir con revisiones de seguridad y políticas rutinarias, incluyendo pruebas de drogas si se consideran necesarias.
- No se tolerarán altercados físicos o verbales.
- Todos los participantes deben mantener una presentación e higiene adecuadas para participar en los servicios.
- Cualquier comportamiento que represente un riesgo para sí mismo o para otros está estrictamente prohibido.

Consecuencias por Incumplimiento

- **Primer incidente:** Suspensión inmediata del programa, pendiente de reunión con el padre/tutor y un plan de conducta formal.
- **Segundo incidente:** Terminación del programa. La reinscripción podrá ser considerada después de una revisión formal y documentación de cumplimiento.
- **Tercer incidente:** El participante será dado de baja del programa por un período de seis meses.

Ejemplos de Conducta Inapropiada

- Conducta agresiva o violenta
- Acoso o intimidación (verbal, física o cibernética)
- Robo o vandalismo
- Desobediencia repetida a las instrucciones del personal
- Lenguaje o gestos inapropiados
- Conducta disruptiva durante actividades grupales

Initial: * x

Signature: * x

Date:

Advanced Directives Acknowledgement (ES)

Propósito de Este Consentimiento

Este documento proporciona información sobre las **Directivas Anticipadas** y obtiene su consentimiento para recibir educación, orientación y apoyo por parte de nuestra agencia en la elaboración o actualización de una Directiva Anticipada.

¿Qué Son las Directivas Anticipadas?

Las Directivas Anticipadas son **documentos legales** que le permiten tomar decisiones sobre su atención médica futura en caso de que no pueda comunicar sus deseos.

Estas pueden incluir:

- **Testamento en Vida (Living Will)** – Especifica los tratamientos médicos que usted acepta o rechaza.
- **Poder Notarial para Atención Médica (Representante de Salud)** – Designa a una persona para tomar decisiones médicas en su nombre.
- **Directiva Anticipada de Salud Mental (si aplica)** – Describe sus preferencias de tratamiento en situaciones de crisis de salud mental.

Información que Recibirá

Como parte de este servicio, nuestro personal le proporcionará:

- Educación sobre el propósito y tipos de Directivas Anticipadas
- Información sobre sus **derechos conforme a la ley estatal**
- **Orientación sobre cómo completar los documentos**
- **Apoyo para identificar un representante de decisiones médicas (si usted lo desea)**
- **Información sobre cómo guardar y compartir su Directiva Anticipada**

Sus Derechos

Usted tiene derecho a:

- Aceptar o rechazar la información o asistencia en cualquier momento
- Completar una Directiva Anticipada o decidir no hacerlo
- Modificar o revocar su Directiva Anticipada en cualquier momento
- Hacer preguntas y recibir explicaciones claras
- Recibir copias de los documentos que complete

Consideraciones Importantes

- Completar una Directiva Anticipada es **completamente voluntario**
- Su atención **no será afectada si decide no completar una**
- **Nuestro personal no brinda asesoría legal**, pero puede orientar sobre el proceso general
- Se le recomienda hablar sobre sus decisiones con familiares, personas de confianza o un asesor legal

Confidencialidad

Toda la información y documentación relacionada con sus Directivas Anticipadas será manejada conforme a:

- Las regulaciones de HIPAA
- Las políticas de confidencialidad de la agencia

Su información solo será compartida con personas o proveedores autorizados por usted.

Rol y Limitaciones de la Agencia

Nuestra agencia puede:

- Proveer educación y orientación
- Asistir con el llenado de formularios
- Ayudar a coordinar la documentación dentro de su plan de cuidado

Nuestra agencia **no**:

- Actúa como autoridad legal o sustituto en la toma de decisiones
- Toma decisiones médicas en su nombre

Consentimiento para Servicios

Al firmar a continuación, usted reconoce que:

- Ha recibido información sobre las Directivas Anticipadas
- Entiende sus derechos
- Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas
- Da su consentimiento para recibir apoyo y orientación sobre este tema

Initial: * x

Signature: * **x** _____

Date: