**Centro de Consejería de Salud Mental y Entrenamiento Womencare.**

**Hoya de Reconocimiento de Obligaciones Financieras y Consentimiento informado Para Recibir Servicios**

**Quienes somos:**

*El Centro de Consejería de Salud Mental y Entrenamiento Womencare, brinda servicios de terapia a personas de todas las edades, géneros e identidades a través de actividades que incluyen la Psicoterapia individual, de grupo, de pareja y familiar, a largo y a corto plazo. Creemos que el cambio ocurre como parte de un proceso colaborativo entre el cliente y el terapeuta, y a través de este cambio podemos restaurar el sentido de la vida y desarrollar relaciones saludables para mejorar los vínculos con ortos y también con nosotros mismos.*

*Sería un placer trabajar con usted.*

**Consentimiento Fundamental para Tratamiento:**

Centro de Consejería de Salud Mental y Entrenamiento Womencare, brinda servicios de evaluación y psicoterapia. Entendemos que la decisión de asistir a terapia puede ser difícil. La terapia incluye el procesamiento de experiencias de vida que pueden evocar sentimientos positivos o negativos. No hay forma de estimar la duración o cuantificar los resultados, ya que el proceso terapéutico es dinámico y único para los problemas, necesidades y tipos de tratamiento que son más efectivos para cada individuo. La terapia requiere compromiso, esfuerzo y participación constante de su parte para asegurar los mejores resultados.

Womencare generalmente desarrolla un plan de tratamiento que se modifica según las necesidades y el progreso de los servicios prestados. No se puede estimar la frecuencia ni la cantidad de sesiones que serán necesarias para desarrollar el bienestar, hay consideraciones a todos niveles del ambiente de un cliente al realizar la evaluación y el tratamiento. Las sesiones regulares son necesarias para una terapia efectiva. Si se indica un nivel de atención más alto, su terapeuta trabajará con usted para lograr el nivel de atención más adecuado y le ofrecerá los recursos con un nivel de servicio adecuado a sus necesidades.

Si en algún momento no está satisfecho con el progreso, el proceso o el resultado de su tratamiento, hable con su terapeuta para que juntos puedan intentar resolver cualquier dificultad y/o llegar a un plan de tratamiento que se adapte mejor a sus necesidades.

Al firmar en la parte inferior de este documento, usted acepta participar en servicios/terapia de salud mental.

**Salud Teleterapia:**

Por medio de la presente acepta usted participar en tratamiento de salud mental por teleterapia. Entiendo que la visita teleterapia se realizará a través de un enlace de video bidireccional. El o la terapeuta podrá ver mi imagen en la pantalla y escuchar mi voz. Seré capaz de escuchar y ver al terapeuta. A través de la presente, usted comprende y acepta los siguientes términos con respecto a la salud teleterapia:

1) Tiene derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar su derecho a los servicios o los beneficios del programa futuros al cual podrá de otro modo tener derecho.

2) Existen riesgos y consecuencia al recibir tratamiento sobre teleterapia, que incluyen, entre otros, interrupción de la transmisión por fallas tecnológicas, interrupción y/o violación de la confidencialidad por parte de personas no autorizadas y/o capacidad limitada para responder a emergencias.

3) No habrá grabación de ningún tipo de las sesiones en línea por ninguna de las partes. Toda la información divulgada dentro de las sesiones y los registros escritos relacionados con esas sesiones son confidenciales y no pueden divulgarse a nadie sin antes tener autorización por escrito, excepto cuando la divulgación esté permitida y/o exigida por la ley.

4) Las leyes de privacidad que protegen la confidencialidad de mi información médica privilegiada también se aplican a la salud teleterapia, a menos que aplique una excepción a la confidencialidad.

5) Si tiene pensamientos suicidas u homicidas, experimenta activamente síntomas psicóticos o experimenta una crisis de salud mental que no se puede resolver de forma remota, se puede determinar que los servicios de salud teleterapia no son apropiados y se requiere un mayor nivel de atención.

6) Durante una sesión de salud teleterapia, usted y su terapeuta podrían encontrar dificultades técnicas que resulten en interrupciones del servicio. Si esto ocurre, finalice y reinicie la sesión. Si no puede volver a conectarse dentro de los diez minutos, llame a su terapeuta al 847-475-7003, o a otro número de teléfono que le haya dado su terapeuta, ya que es posible volver a programar su sesión.

**Visitas en persona:**

Debido a la naturaleza cambiante de la información sobre los riesgos asociados con el COVID-19, Womencare, su terapeuta y usted continuarán discutiendo y colaborando sobre cómo se prestará los servicios y si se continuaran las visitas en persona, por teleterapia o si prefiere un horario híbrido de teleterapia y visitas en persona. Womencare puede cambiar las siguientes precauciones si se publican órdenes locales, estatales o federales adicionales. Usted comprende y acepta lo siguiente con respecto a las visitas en persona:

1) Si usted u otro miembro de su hogar se siente enfermo, tiene fiebre o ha estado expuesto o diagnosticado con COVID-19 en los días previos a su cita programada en persona, usted llamará y cancelará o solicitará la sesión por medio de teleterapia.

2) Actualmente, Womencare no cuenta con una sala de espera lo suficientemente amplia para poder reducir el riesgo de exposición al virus. Usted y su terapeuta harán los arreglos necesarios para que pueda ingresar al consultorio a la hora de su cita.

3) Usará una máscara al entrar y salir de las oficinas de Womencare. Usted y su terapeuta acordarán si es necesario usar una mascarilla durante la cita.

**Protocolos de emergencia:**

Si se encuentra en una emergencia, aceptará proporcionarle a su terapeuta sus datos de ubicación y la dirección exacta donde se encuentre. Su terapeuta requiere que se le permita comunicarse con un contacto de emergencia durante el evento de emergencia que ponga en peligro su vida o a la vida de los demás. Esta persona será contactada para ir a su ubicación o llevarlo al hospital en caso de emergencia, ninguna otra información será divulgada a su contacto de emergencia.

CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Confidencialidad:**

La confidencialidad de la comunicación entre usted y su terapeuta es muy importante y está protegida por las prácticas éticas del terapeuta y por las leyes estatales y federales. Womencare hará todo lo posible para mantener la información sobre su evaluación, diagnóstico y tratamiento estrictamente confidencial.

Usted debe revisar y firmar el documento autorizando a Womencare a divulgar información oral, escrita o electrónica sobre usted a cualquier otra persona o agencia en ausencia de circunstancias excepcionales.

Todos los registros o comunicaciones relacionados con la terapia son confidenciales y se mantendrán confidenciales excepto según lo exija la ley, incluidas HIPAA y la Ley de Confidencialidad de Discapacidades del Desarrollo y Salud Mental de Illinois. Estas leyes y reglamentos de confidencialidad tienen excepciones que permiten, bajo ciertas circunstancias, que un terapeuta divulgue información que sea necesaria para el resguardo en situaciones de daños inminentes, emergencia, abuso de niños y ancianos, y/o situaciones similares. Si se ve involucrado en ciertos tipos de procedimientos judiciales en los que ha nombrado a su salud mental en sus reclamos o defensas, sus registros e información pueden estar sujetos a divulgación.

**Sesiones/Política de cancelación:**

Las sesiones de terapia generalmente duran entre 45 y 55 minutos, aunque la duración exacta puede variar. Por favor llegue a tiempo. Si llega tarde, la hora de su cita no se extenderá.

Cualquier cancelación o reprogramación de una cita, por favor de comunicarse con su terapeuta por teléfono o correo electrónico al menos 24 horas antes de la cita original. Si no cancela con al menos 24 horas de anticipación, deberá pagar personalmente la tarifa total de la sesión perdida. Es importante saber que su terapeuta ha reservado la hora de cita para usted y se le cobrara la cita si no se comunica con tiempo de anticipación.

**Nota: Las compañías de seguros nunca pagan las tarifas por las sesiones perdidas y, en consecuencia, usted será responsable del pago total de las citas perdidas.**

**Tarifa:**

Womencare se compromete a proveer un tratamiento de calidad para sus necesidades. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. Su comprensión clara de las políticas y prácticas financieras es importante para la relación profesional. Hable directamente con Womencare si tiene alguna pregunta al respecto.

Si es un cliente de pago privado o no está asegurado, su tarifa por el servicio es de $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por la sesión de 45 a 55 minutos;

Si está cubierto por una compañía de seguro de la cual su terapeuta es un proveedor dentro de la red de servicios, Womencare debe cumplir y aceptar el pago de conformidad con el contrato que tanto ellos como usted tienen con la compañía de seguro. Las tarifas de su compañía de seguro dentro de la red de servicios no pueden ser negociadas y son fijadas por contrato. Usted es responsable, por ley, de los copagos o deducibles asociados con la cobertura de su seguro por los servicios que cubre su póliza.

Hay ciertos servicios que brinda Womencare que no están cubiertos por algunas compañías de seguros, incluidos, entre otros, redacción de informes, lecturas de documentos, redacción de resúmenes, consultas con otros profesionales, gastos relacionados con cualquier proceso legal (incluidos los honorarios de abogados). Si se incurre en alguno de estos servicios o gastos no cubiertos, la tarifa por el servicio es de $35 / 15 - 30 minutos.

Tenga en cuenta que la comunicación telefónica fuera de las sesiones de terapia de teleterapia no está cubierta bajo el concepto de teleterapia de su plan de seguro: Si tiene una conversación telefónica con Womencare que se extiende más allá de los 15 minutos, usted será personalmente responsable de pagar una tarifa igual a la de su consultorio/ tarifa por hora de teleterapia prorrateada por la duración de la llamada.

Si cree que puede tener problemas para pagar su factura a tiempo, discuta esto con su terapeuta para que se pueda acordar una solución.

**Pagos y Seguro:**

**Pago privado/ Sin seguro:**

Si por cualquier razón no está utilizando un seguro para pagar por su terapia, se espera que pague la tarifa completa de cada sesión al inicio de esta. Womencare acepta pagos en efectivo, cheque, VISA o Mastercard y Zelle.

**Dentro de la red de servicios de su seguro:**

Si su terapeuta es un proveedor dentro de la red de su seguro, para su conveniencia Womencare facturará a su compañía de seguros directamente. Debe mantener informados inmediatamente a su terapeuta y a Womencare sobre cualquier cambio en su seguro. Usted será responsable de cualquier copago o deducible asociado con su póliza en el momento de la sesión, así como de cualquier servicio no cubierto identificado anteriormente. En última instancia, usted será el responsable del costo de los servicios prestados que no sean reembolsados ​​por los proveedores de seguros.

**Fuera de la red de servicios de su seguro:**

Si su terapeuta es un proveedor fuera de la red de su red de seguros, debe pagar la tarifa de pago privada completa y Womencare le proporcionará una factura o estado de cuenta adecuado para presentar a su compañía de seguros para de este modo garantizar cualquier reembolso fuera de la red.

No mantener los pagos al día puede resultar en la terminación de los servicios.

Marque y ponga sus iniciales en una de las dos opciones a continuación.

□\_\_\_\_\_ Autorizo ​​a Womencare a actuar como mi agente, ayudándome a obtener el pago de mi proveedor de atención médica como proveedor dentro de la red tal y como se ha descrito anteriormente. También autorizo ​​la divulgación de la información necesaria a la compañía de seguros para tramitar este pago. Si mi compañía de seguro médico cambia, es mi responsabilidad informar a Womencare de inmediato. De lo contrario, seré responsable del pago del saldo de mi cuenta. Autorizo ​​los pagos del seguro directamente a Womencare.

□\_\_\_\_\_No autorizo ​​a Womencare a comunicarse con mi proveedor de atención médica para el pago por parte de terceros. Entiendo que, si tengo seguro y he decidido no procesar ningún reclamo a través de mi compañía de seguros por cualquier motivo, estoy personalmente obligado a pagar las tarifas de pago privado/no aseguradas y renuncio a cualquier derecho a una tarifa de reembolso según lo dispuesto en mi póliza de seguro. Si en algún momento elijo solicitar el reembolso de mis servicios a través de cualquier póliza de seguro, notificaré a Womencare y modificaré esta sección para proporcionar el reembolso de cualquier cita futura y renunciaré a mis derechos con relación a citas y costos previos.

**Teléfono y Procedimientos de Emergencia:**

Debido al horario de trabajo de su terapeuta, a menudo su terapeuta no está disponible inmediatamente por teléfono. Pueda que su terapeuta esté en la oficina, pero generalmente está en sesión y no puede contestar el teléfono de inmediato. Si su terapeuta no está o no estará disponible durante un período prolongado, su terapeuta proporcionará la información de contacto de un terapeuta suplente en su mensaje de correo de voz o le proporcionará directamente el nombre de un colega para contactar, si es necesario.

Womencare no puede garantizar servicios de crisis durante las 24 horas del día. En caso de una emergencia o una situación que ponga en peligro la vida de usted o de los demás, vaya a la sala de emergencias local más cercana a usted o llame a uno de los siguientes números:

**Línea Nacional de Prevención del Suicidio: 800-273-8255**

**Línea Directa de Crisis de Violación de Chicago: 888-293-2080**

**Línea de vida trans: 877-565-8860**

**Línea negra: 800-604-5841**

**Comunicación:**

Autorizo ​​a Womencare a comunicarse conmigo de las siguientes maneras:

(Por favor marque y escriba sus iniciales)

□\_\_\_\_\_Llamar / □\_\_\_\_\_ Dejar un mensaje - Teléfono celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□\_\_\_\_\_Llamar / □\_\_\_\_\_ Dejar un mensaje - Teléfono de casa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□\_\_\_\_\_Llamar / □\_\_\_\_\_ Dejar un mensaje - Teléfono de la oficina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Correo electrónico y mensajes de texto:**

Tenga en cuenta que el uso regular de correo electrónico o mensajes de texto no cumple con HIPAA y no cumple con los estándares éticos de los terapeutas en el estado de Illinois. En ausencia de su orden específica para usar estos modos de comunicación, Womencare y su terapeuta solo los utilizarán en casos de emergencia. Si elige comunicarse por correo electrónico o mensaje de texto, no se garantiza la privacidad. Si bien es poco probable que alguien vea o adquiera copias de dicha comunicación, estas no están protegidas debido a su naturaleza.

Autorizo ​​a Womencare a comunicarse conmigo de las siguientes maneras:

(Por favor marque y escriba sus iniciales)

□\_\_\_\_\_Comuníquese por correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□\_\_\_\_\_Comunicarse por mensaje de texto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Terminación de la terapia:**

La duración de su tratamiento y el final de su terapia dependen de los detalles de su plan de tratamiento y el progreso que logre. Su terapeuta discutirá con usted un plan para la terminación a medida que se acerque a la finalización de sus objetivos de tratamiento. La rescisión también puede ocurrir por otros motivos, incluidos, entre otros, que usted o su terapeuta se muden fuera del estado.

Puede suspender la terapia en cualquier momento. Si usted o su terapeuta determinan que no se está beneficiando del tratamiento, usted o su terapeuta pueden optar por iniciar una discusión sobre sus alternativas de tratamiento y/o notificarle su intención de terminar. Si es posible, al momento de la terminación, su terapeuta intentará brindarle recursos de referencia.

Womencare requiere al menos dos sesiones para terminar apropiadamente con la terapia. Sin embargo, la terminación de la terapia puede ser más largo o corto y sucederá en colaboración con su terapeuta.

**Acuerdo de divorcio/separación:**

Cuando Womencare brinda servicios a personas, niños o adultos, de familias que atraviesan una separación o divorcio, el propósito es ayudar al paciente a quien Womencare está ayudando a lidiar con los desafíos inherentes a estas circunstancias difíciles, y no convertirse en un testigo en los procedimientos. Su terapeuta no participará ni brindará su opinión en ningún arreglo de custodia, programa de visitas u otros asuntos de la corte de familia.

**HIPAA:** (Marque y escriba sus iniciales)

HIPAA: Entiendo y se me ha entregado una copia del Aviso de Privacidad según lo exige la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico. Pediré una explicación y aclaración de cualquier parte del aviso que no entienda.

**Consentimiento para el tratamiento de menores de 18 años (si corresponde):**

Esta sección debe ser completada por la(él) madre(padre) o tutor legal de cada menor que asista a las sesiones de terapia.

Certifico que soy el padre o tutor legal y tengo la autoridad legal para dar mi consentimiento para los servicios de salud mental para el paciente mencionado anteriormente y acepto las responsabilidades financieras por cualquier servicio proporcionado por Womencare.

Por la presente, doy mi autorización y consentimiento para que el paciente reciba tratamiento ambulatorio de Womencare.

Tenga en cuenta que los menores de 12 años en adelante tienen muchos derechos de privacidad similares a los de los adultos; sin embargo, en caso de que el menor tenga mala toma de decisiones que sean peligrosas o en un riesgo inminente de daño, enfermedad o muerte, el padre o representante será notificado inmediatamente.

**Por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento del paciente identificado anteriormente sujeto a los términos descritos anteriormente:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del paciente/padre/tutor legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente/padre/tutor legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Garantía**

Yo, como garante/persona que asume la responsabilidad financiera, entiendo que seré incondicionalmente responsable del pago de cualquier servicio, costo y gasto no cubierto proporcionado al paciente identificado con anterioridad a cambio de brindar servicios a dicho paciente. Se entiende que, como garante del pago, acepto que antes de la interrupción de mi responsabilidad incondicional de pagar los cargos contemplados en este documento, notificaré por escrito a Womencare con no menos de 90 días de mi intención de interrumpir los servicios.

Nombre del garante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del garante (si corresponde): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_