



Marque uno:

rev 1-7-20

J. Todd George, PsyD       Andrew Gothard, PsyD  
 Carolyn Johnson, PhD       Yoshitaro Oba, PhD  
 Jessenia Rodriguez, PsyD       Angela Stewart, PhD

## CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS PSICOLOGICOS; DECLARACION DE CONFIDENCIALIDAD; & ACUERDO DE PAGO

### Consentimiento para Recibir Servicios

#### Para clientes adultos:

Yo, \_\_\_\_\_, doy consentimiento para recibir psicoterapia, pruebas psicológicas, u otros servicios profesionales del médico antes mencionado en Atlanta Psychological Services.

#### Para clientes menores:

Yo, (nombre del padre o tutor) \_\_\_\_\_, doy consentimiento para que mi hijo (nombre del niño) \_\_\_\_\_ reciba psicoterapia, pruebas psicológicas, y/u otros servicios profesionales del médico antes mencionado en Atlanta Psychological Services.

**Confidencialidad & Registros:** Yo entiendo que las comunicaciones con mi (o mi hijo) pasaran a ser parte de una historia clínica del tratamiento, y se refiere a Información de Salud Protegida (PHI). Mi información de salud protegida (PHI) se mantiene segura en la oficina por procedimientos de HIPPA. Yo entiendo que toda la información revelada por mi (o mi hijo) en la terapia o durante una evaluación psicológica se mantiene en estricta confidencialidad. Yo entiendo que ninguna información referente a mi (o mi hijo) la terapia o evaluación se darán a conocer a los demás sin mi consentimiento, con la excepción de los siguientes: (1) Yo autorizo que mi médico (o el médico de mi hijo) comparta información y he firmado un documento de "Divulgación de información"; (2) Mi médico determina que yo (o mi hijo) soy un peligro para mí mismo o para los demás; (3) Mi médico recibe información que sugiere que un niño, un anciano o una persona con discapacidad ha sido abusado o está en riesgo considerable de ser abusado y puede requerir protección; o (4) Mi médico es ordenado por un juez para divulgar información sobre mí.

Yo estoy autorizando revelaciones necesarias que sean hechas de parte de mi (o de mi hijo) a la compañía de seguros relacionado con la facturación por los servicios proporcionados a mí. Yo entiendo que estoy autorizando la divulgación de cualquier información contenida en mi (o de mi hijo) registro médico a cualquier tercero pertinente, o de sus cesionarios, según lo solicitado por estas terceras partes como sea necesario para pagar cualquier reclamación en particular.

Cualquier información sobre mí o mi hijo que se almacena electrónicamente en cualquier medio será cifrada y por lo demás almacenada y mantenida con en el cumplimiento de los requisitos de HIPPA.

En caso de fallecimiento o discapacidad del médico, su registro clínico será mantenido por Atlanta Psychological Services. Si se solicitan o se desean registros, y la oficina puede proporcionarlos legal y éticamente, el Administrador de la Práctica pondrá esos registros a disposición.

**Evaluaciones Psicológicas:** Yo entiendo que si yo (o mi hijo) estoy recibiendo una evaluación psicológica, la disposición del informe será discutido conmigo y me pedirán que firme un formulario de divulgación de información si el informe se va a liberar a cualquier otro individuo o agencia.

**Evaluaciones Psicológicas Forenses – Privilegio:** Yo tengo entendido que en muchas circunstancias, el individuo (por ejemplo, el abogado) o agencia (por ejemplo, sistema de corte u otra agencia) que me refirieron a mi (o mi hijo) para esta evaluación puede mantener "privilegio" de mi información médica, lo que significa es que el informe y otra información acerca de mí (o mi hijo) serán dados solamente a la persona o agencia que tiene el "privilegio", y que el médico sólo proporcionará el informe o cualquier información sobre mí (o mi hijo) a cualquier otra persona (incluyendo a mí), si el médico tiene el permiso de esa persona o agencia, o por una orden judicial. Yo entiendo que para las evaluaciones forenses que implica cualquier caso judicial u otro asunto legal o administrativa, el tribunal podría ordenar que el informe de evaluación se proporcionado aunque yo no de consentimiento. Dependiendo de la fuente de referencia, yo entiendo que me puedan o no puedan permitir obtener una copia del informe directamente de esta oficina, según los requisitos legales relacionados con órdenes judiciales u otras evaluaciones que se encuentran relacionados. Yo entiendo que a menudo resultados de la evaluación deben ser obtenidos directamente de la agencia que me refirió a esta oficina en lugar de desde el médico que realizó la evaluación. Además, entiendo que cualquier cosa que yo (o mi hijo) damos a conocer al médico está sujeto a ser incluido en el informe de evaluación.

Ponga sus iniciales cuando sea apropiado:

\_\_\_\_\_ : Yo he leído y entiendo lo mencionado anteriormente, como se ha hablado entre el médico y yo

\_\_\_\_\_ : Yo entiendo que la siguiente persona o agencia se ha establecido como tener

“privilegio” sobre la información médica mía (o de mi hijo) → \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ : Yo doy permiso para divulgar información en el futuro a cualquier persona que el titular nombrado anteriormente de privilegio permite al médico para enviarle la información

Yo entiendo que al recibir una evaluación por cualquier tribunal u otro propósito relacionado legal o administrativa, yo estoy pagando por tiempo profesional del médico implicado, independientemente de los diagnósticos finales, conclusiones, opiniones o recomendaciones del médico y el impacto que esos diagnósticos, conclusiones, opiniones o recomendaciones tienen en mi caso.

**Psicoterapia:** Yo entiendo que la información que yo (o mi hijo) proporcione a los médicos en la terapia es legalmente denominada "comunicación privilegiada", lo que significa que es mi derecho (o el de mi hijo) como cliente tener una relación de confianza con un terapeuta. Sin embargo, entiendo que en circunstancias muy raras, un tribunal puede ordenar la divulgación de mi (o de mi hijo) información privada. Entiendo que si estoy recibiendo tratamiento de terapia de pareja o de familia, mi terapeuta no está de acuerdo en mantener secretos, y cualquier información revelada en cualquier contexto se pueden discutir con otros miembros de la familia.

**Terminación del tratamiento:** Si yo (o mi hijo) soy un cliente continuo, por ejemplo recibiendo terapia, entiendo que si me pierdo una cita programada y no vuelvo a programar dentro de los 60 días, mi médico entenderá eso como un aviso de que He cancelado voluntariamente los servicios y el archivo se cerrará. Sin embargo, puedo volver a abrir el archivo y reanudar los servicios llamando a la oficina y programando una cita con mi médico.

**Psicoterapia con niños:** Si voy a traer a mi hijo para psicoterapia, estoy de acuerdo en permitir que mi hijo tenga un cierto grado de privacidad en su relación con el terapeuta. Es mi esperanza de que voy a estar al tanto del progreso general de mi hijo en la terapia, pero entiendo que no se me informará de los detalles específicos de lo que se discute en la terapia. Sin embargo, yo espero que el terapeuta me informe de cualquier problema de salud o de seguridad grave de los cuales mi hijo puede estar en riesgo, con el entendimiento de que esta determinación se hará por el terapeuta.

**Estructura y Costo de Sesiones:** Efectivo, cheques personales, y tarjetas de crédito son aceptables para el pago. Si elige usar una tarjeta de crédito, se le agregará una tarifa de conveniencia de 4%. Hay una tarifa de \$25 por cheques devueltos. Esta oficina trabajará con usted para ayudar a determinar su elegibilidad de seguro, determinar la parte de la que usted será responsable, y el archivo para empresas y solicitar el reembolso. Compañías de seguro tienen muchas reglas y requisitos específicos para ciertos planes. Al menos que otros arreglos de pago se han hecho antes de la entrega de los servicios, el pago se debe, al tiempo que los servicios son entregados.

Al firmar abajo, reconozco que yo soy el último responsable del pago de todas las cuotas en caso de que el pago no es recibido por terceros por cualquier razón. Si tengo seguro, con mi firma abajo estoy dando permiso para que los cargos correspondientes sean facturados a la compañía de seguro. Si opto por no facturar a mi seguro, voy a discutir eso con el proveedor. A menos que otros arreglos se hacen por adelantado con mi médico, tales como pago por una compañía de seguros o pago por cualquier otra tercera parte, entiendo la siguiente estructura de tarifas y políticas:

- **Psicoterapia:** La cuota para la visita inicial es de \$ 175 para terapeutas de nivel doctoral, \$165 para terapeutas de nivel maestro. Las visitas posteriores son \$150 por sesión de 45-50 minutos para terapeutas de nivel doctoral, \$110 para terapeutas de nivel maestro. Hacer psicoterapia por teléfono no es lo ideal, y entiendo que hablar con mi terapeuta entre las sesiones puede indicar que necesito un apoyo extra, pero entiendo que cualquier llamada telefónica que superen los 10 minutos de duración se facturarán a \$3.00 por minuto.
- **Evaluaciones Psicológicas:**
  - El costo de las evaluaciones psicológicas es de \$175 por hora (\*), que incluye entrevistas, revisión de registros (si aplica), entrevista de contacto con terceros / colaterales (si aplica), pruebas, puntuación, interpretación o pruebas y preparación del informe escrito (\*\$ 200 / hora para evaluaciones relacionadas con la custodia).
  - Esto incluye la facturación adicional por cualquier tiempo sustancial profesional que sea querido desde el momento de la remisión inicial o de investigación (por ejemplo, llamadas de teléfono y / o e-mails relacionados con la coordinación de casos) antes de la primera cita en la oficina.
  - Informes de evaluaciones psicológicas no se completarán y / o serán liberados hasta que el pago de la evaluación sea realiza en su totalidad, independientemente de la fuente de pago. \*\*\* Si se anticipa que una compañía de seguros pagará por una evaluación, vamos a hacer todos los esfuerzos razonables y posibles para obtener el pago de esa compañía de seguros. Sin embargo, una pre-autorización para el pago de una compañía de seguros no es una garantía de pago. ***Si la compañía de seguros no paga por una evaluación por cualquier razón, el informe no se completará y/o entregará hasta que el pago del servicio para el cliente sea recibido.***
  - Se le anima a buscar información sobre su informe de evaluación psicológica. Esto puede hacerse en una de varias maneras:
    - Si tiene preguntas que pueden ser respondidas con una respuesta breve sea por correo electrónico o una conversación telefónica (menos de 10 minutos), esto será siempre de forma gratuita.
    - Si usted desea más amplia retroalimentación, por favor contacte la oficina para una cita (\$150 para una sesión de retroalimentación 45-50 minutos si tiene seguro y no va a cubrir esta sesión).
- **Testimonio de Corte y Declaración:** La tarifa por corte o testimonio de deposición es de \$275 /hora, lo que incluye todo el tiempo requerido fuera de la oficina (es decir, incluyendo el tiempo de conducción) y/o el tiempo programado que el clínico de otro modo no sería capaz de programar o ver clientela. La cuota para todos los tiempos de preparación necesaria antes de la fecha de testimonio es \$200/hora, incluyendo, por ejemplo, todo el tiempo necesario para revisar el archivo, la preparación con el abogado, y/o comunicaciones necesarias relacionadas con la preparación para el testimonio. Yo entiendo que si solicito testimonio de la corte, se me aconsejara en ese momento de las políticas adicionales, tales como la cantidad necesaria de retención, tiempo mínimo facturable que se aplica al retenedor, cancelaciones o reembolsos potenciales.
- Yo entiendo que las tarifas mencionadas están sujetas a subir.
- **Política de Cancelación:** Yo entiendo que si no me presento para una cita, o si cancelo una cita con menos de 24 horas de anticipación, seré responsable financieramente de esa sesión. Yo entiendo que las

compañías de seguros no reembolsan las sesiones perdidas. Además, entiendo que las cancelaciones repetidas o si no llego para las citas programadas pueden resultar en mi despido como cliente.

**En Caso de una Emergencia:** Los médicos en esta oficina no pueden ser contactos, ni estamos disponibles en todo momento. Si en algún momento esto no se siente como un apoyo suficiente, nos informa por favor, y podemos hablar de recursos adicionales o transferir su caso a un terapeuta o una clínica con una disponibilidad de 24 horas. En general, vamos a devolver las llamadas telefónicas dentro de 24-48 horas durante la semana de trabajo. Si usted tiene una emergencia de salud mental, le recomendamos que no espere para una llamada, más bien haga uno o más de lo siguiente:

- Llame Ridgeview Institute al 770-434-4567
- Llame Peachford Hospital al 770-454-2302
- Llame Georgia Crisis and Access Line al 1-800-715-4225
- Llame 911
- Vaya a la sala de emergencias más cercana.

**Relación Profesional:** Las evaluaciones psicológicas y psicoterapia son servicios profesionales que serán proporcionados a usted. Debido a la naturaleza de estos servicios, la relación con su médico debe seguir siendo profesional, ya que existe el potencial de daño si su médico llegara a interactuar con usted de otras maneras, no profesionales.

**Declaración de Ética, Bienestar y Seguridad del Cliente:** Los servicios que se le serán prestados de manera profesional en consonancia con las normas de ética de la Asociación Americana de Psicología. Si en cualquier momento usted siente que no estamos realizando de una manera ética o profesional, por favor puntualmente infórmenos de esto con su médico para que podamos trabajar para resolver su preocupación.

**Consideraciones de Psicoterapia:** Debido a la naturaleza misma de la psicoterapia, el terapeuta no puede garantizar resultados específicos con respecto a sus objetivos terapéuticos. Sin embargo, con la participación del usuario, vamos a trabajar para lograr los mejores resultados posibles para usted. Por favor, tenga en cuenta que los cambios realizados en la terapia pueden afectar a otras personas en su vida.

A veces las personas encuentran que se sienten algo peor, cuando comienzan la terapia antes de que comiencen a sentirse mejor. Esto puede ocurrir a medida que comienza el examen de ciertas áreas sensibles de su vida. Sin embargo, un tema por lo general no es sensible a menos que necesite atención. Por lo tanto, el descubrimiento de la incomodidad es en realidad un éxito.

**Consideraciones de Evaluaciones Psicológicas:** El objetivo de una evaluación psicológica es en general responder a las preguntas con respecto a su funcionamiento en una variedad de áreas, dependiendo de la referencia. Esto puede incluir diversos temas, tales como cognitivas, académicas, neuropsicología, emocionales, personalidad, crianza de hijos, psicosexual, de desarrollo y/o el funcionamiento social. La evaluación psicológica se realiza generalmente a través de entrevistas en profundidad, la recopilación de información colateral, revisión de los registros, la observación y la administración de las medidas de exámenes estandarizados y no estandarizados. Los resultados de la evaluación incluyen una descripción del funcionamiento y por lo general se interpretan y se integran en un informe psicológico, que repasa la historia, proporciona datos de prueba, y proporciona un análisis detallado de los resultados. Impresiones de diagnóstico se ofrecen en general, así como recomendaciones para la dirección. Sin embargo, los diagnósticos no siempre están claramente definidos y pueden ser provisionales como los síntomas continúan emergiendo. La evaluación psicológica es generalmente un proceso de bajo riesgo. Es, sin embargo, es posible que los clientes pueden sentir alguna molestia o ansiedad ante la perspectiva de hacerse la prueba y durante la propia evaluación. Además, existe la posibilidad que los resultados del médico, diagnósticos, opiniones y recomendaciones pueden no ser necesariamente lo que se espera o lo que deseaba, y no esté de acuerdo con las conclusiones extraídas. Esto es especialmente cierto para las evaluaciones forenses.

***Mi firma abajo indica que yo he:***

***1) Leído, he sido informado y entiendo la información mencionada anterior y doy consentimiento para que yo (o mi hijo) reciba servicios psicológicos sujeto a estas condiciones,***

- 2) *Yo entiendo que tengo derechos de privacidad bajo HIPAA, y se me ha brindado la oportunidad de revisar y obtener una copia del formulario de Privacidad de HIPAA,*
- 3) *Se me ha brindado la oportunidad de revisar y obtener una copia del formulario de Política de Redes Sociales.*

\_\_\_\_\_  
Nombre del Cliente (Por favor imprimir)

**Para Adultos:**

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Para Menores:**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre o Tutor Legal(Por favor imprimir)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

~~~~~  
**FOR OFFICE USE ONLY**

\_\_\_\_\_  
Firma del Medico

\_\_\_\_\_  
Fecha