



2308 Perimeter Park Drive Suite 100 Atlanta, GA 30341

AtlantaPsychological.com

770.457.5577 770.457.5599

Marque uno:

rev 6-23-2021

___ Allyson Crehan, PsyD ___ J. Todd George, PsyD ___ Andrew Gothard, PsyD
___ Carolyn Johnson, PhD ___ Yoshitaro Oba, PhD ___ Angela Stewart, PhD

Información del Cliente

Por favor imprime claramente:

Fecha _____

¿Quién lo refirió a nuestra oficina? (¿O como nos encontraste?) _____

Nombre de la persona que completa este formulario: _____

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento del Cliente: _____
(Primer nombre, Apellido)

Dirección del Cliente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Ciudad: _____

(Para Niños)

Nombre del Padre/Tutor: _____

Relación del tutor con el cliente: _____
(i.e., madre, padre, padre adoptivo, trabajadora social, etc.)

Marque con circulo la opción más apropiada:

Identidad de Género: Masculino - Hembra - Transgénero - Elige no revelar - Otro: _____

Orientación Sexual: Lesbiana, gay, u homosexual - Heterosexual - Bisexual - Desconocido

Elige no revelar - Otro: _____

Raza/Etnia: Indio Americano o Nativo de Alaska asiático - asiático - Negro o afroamericano -
Hispano o Latino - Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico - Blanco o caucásico -

Elige no revelar - Otro: _____

Estado Civil: Soltero - Casado - Divorciado - Juntado - Otro: _____

Estado del Cliente: Empleado a tiempo completo - Empleado a tiempo parcial - Estudiante - Desempleado/Otro

Información de Seguro y Pago

Número de Seguro Social del Cliente: _____

Fuente de Pago (Elija uno):

___ Seguro (solo un plan): el cliente solo tiene un plan de seguro (y estoy autorizando a este médico a facturar a este plan de seguro por los servicios recibidos).

___ Seguro (planes múltiples): el cliente tiene planes de seguro primario y secundario (y estoy autorizando a este médico a facturar a estos planes de seguro por los servicios recibidos).

___ Auto-pago: el cliente pagará los servicios en efectivo, cheque o tarjeta de crédito.

___ Pago de terceros: los servicios serán pagados por otra parte o agencia (es decir, DFCS, tribunal, etc.).

Información del seguro primario (si corresponde)

Nombre de compañía de Seguro: _____

Número de identificación de miembro Asegurado #: _____

Nombre de la persona asegurada: _____

Fecha de nacimiento de la persona asegurada: _____

Relación al Cliente: _____

(hijo, esposo/a, madre, padre, otro _____)

Información del seguro secundario (si corresponde)

Nombre de compañía de Seguro: _____

Número de identificación de miembro Asegurado #: _____

Nombre de la persona asegurada: _____

Fecha de nacimiento de la persona asegurada: _____

Relación al Cliente: _____

(hijo, esposo/a, madre, padre, otro _____)

Proveedor de atención primaria (PCP) o información del pediatra (requerido)

Nombre de Proveedor de atención primaria (PCP): _____
(Nombre del médico o pediatra)

PCP Numero de Teléfono: _____

PCP Numero de Fax: _____

PCP Correo Electrónico (si se sabe): _____

Acuerdo de Comunicaciones

**** Solo incluya información de contacto que usted apruebe que usemos para comunicarnos con usted (los mensajes de texto se limitan solo a recordatorios de citas y no se utilizarán para tratamiento u otros servicios).***

Correo Electrónico: _____

Marque el método preferido de contacto:

___ **Número de teléfono de casa #:** _____

Correo de voz Ok? (circule uno) SI o NO

___ **Numero de Celular #:** _____

Correo de voz Ok? (circule uno) SI o NO

Texto OK? (circule uno) SI o NO

___ **Numero de trabajo #:** _____

Correo de voz Ok? (circule uno) SI o NO

Al firmar y enviar este formulario, usted acepta el siguiente reconocimiento:

Mi médico u otros empleados de Atlanta Psychological Services pueden comunicarse conmigo utilizando la información de contacto electrónica que ingresé anteriormente.

Mi médico y los empleados de APS limitarán su divulgación de mi información médica e Información de salud protegida (PHI) cuando se comuniquen conmigo indirectamente (por teléfono o de otro modo).

Entiendo que soy responsable del dispositivo o plataforma que uso para comunicarme electrónicamente con los empleados de APS y mi médico. Sé que debo comunicarme solo en un dispositivo que sé que es seguro y tecnológicamente seguro (por ejemplo, tiene un firewall, un software antivirus instalado, está protegido con contraseña, no accede a Internet a través de una red inalámbrica pública, etc.).

Si se proporciona una dirección de correo electrónico arriba, usted le da permiso a los empleados de APS y a su médico para contactarlo a través de este medio.

Nuestra plataforma de correo electrónico está alojada por Google Suites con cifrado Paubox, que cumple con los estándares federales para proteger la información médica y es compatible con HIPAA. Se ha firmado un Acuerdo de Asociado Comercial (BAA) con ambas compañías, lo que significa que han atestiguado el cumplimiento de HIPAA y asumen la responsabilidad de mantener segura su información médica.

Si el correo electrónico está autorizado, lo alentamos a que también use el correo electrónico encriptado para su protección (hay varias opciones disponibles en www.TeleHealth.org). De lo contrario, cuando responda a uno de los correos electrónicos de su médico, todo lo que escriba además de lo que él / ella le haya escrito (a menos que lo elimine) ya no será seguro. Nuestro servicio de correo electrónico encriptado solo funciona para enviar información y no rige lo que sucede de su parte.

Para los informes de evaluación, proporcionar su dirección de correo electrónico le permite recibir el informe lo antes posible.

Entiendo que si yo (o mi hijo) estoy experimentando una situación de emergencia y necesito contactar a alguien de inmediato para ayudar, llamaré a cualquiera de los números de emergencia que figuran en el formulario de consentimiento para el tratamiento. **Si se encuentra en una crisis, no nos lo comuniqué por correo electrónico o por medios electrónicos, ya que es posible que no lo recibamos de manera oportuna.**

Entiendo que puedo revocar o modificar este acuerdo en cualquier momento.

Cualquier revocación o cambio no se aplicará a las comunicaciones ya completadas.

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

Por favor revise la siguiente información. Con su firma y envío de este formulario, usted acepta lo siguiente:

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 (y clientes con tutores legales): Yo doy consentimiento para que mi hijo (o persona para la quién soy legalmente responsable) 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 HIPAA. 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.

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 HIPAA.

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.

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:

- Yo autorizo que mi médico (o el médico de mi hijo) comparta información y he firmado un documento de "**Divulgación de información**".
- Mi médico es **ordenado por un juez** para divulgar información sobre mí (o de mi hijo).
- Mi médico determina que yo (o mi hijo) soy un **peligro para mí mismo o para los demás**, se puede romper la confidencialidad para garantizar que yo (o mi hijo) esté seguro.
- **Informes Obligatorios:** 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, el clínico tiene la obligación legal y ética de informar dicha preocupación a la División de Servicios para Familias

y Niños (DFCS) para la protección de ese individuo.

- **Para propósitos de facturación,** 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.

Psicoterapia y Consejería

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.

Relación Profesional: la psicoterapia es un servicio profesional, y la relación entre usted (o su hijo) y el médico debe seguir siendo profesional, ya que existe la posibilidad de daño si su médico interactúa con usted (o su hijo) en maneras que no son 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 éticas 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, su (o de su hijo) 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 (o su hijo). Por favor, tenga en cuenta que los cambios realizados en la terapia pueden afectar a otras personas en su vida (o la de su hijo).

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 usted (o su hijo) 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.

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.

Hable con el médico de su hijo al inicio del tratamiento y, según sea necesario, con cualquier pregunta o expectativa que pueda tener sobre la privacidad y la divulgación de información compartida en la terapia.

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.

Evaluaciones Psicológicas Y Exámenes

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.

Relación Profesional: la psicoterapia es un servicio profesional, y la relación entre usted (o su hijo) y el médico debe seguir siendo profesional, ya que existe la posibilidad de daño si su médico interactúa con usted (o su hijo) en maneras que no son 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 Evaluaciones Psicológicas: El objetivo de una evaluación psicológica es en general es responder a las preguntas con respecto a su (o de su hijo) 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

Acuerdo de Pago y Tarifas

Con mi firma a continuación, reconozco que soy responsable en última instancia del pago de todas las tarifas en caso de que un tercero no reciba el pago por cualquier motivo.

Formas Aceptables de Pago: Efectivo, cheques, y tarjetas de crédito. *

- 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.
- La oficina le proveerá un recibo después de pago si usted lo pide.
- Hay una tarifa de \$25 por cheques devueltos
- *Si elige usar una tarjeta de crédito, se le agregará una tarifa de conveniencia de 4%.

Seguro Médico: Esta oficina trabajará con usted para ayudar a determinar su (o de su hijo) elegibilidad de seguro, determinar la parte de la que usted será responsable antes de completar los servicios. Sin embargo, compañías de seguro tienen muchas reglas y requisitos específicos para ciertos planes y el costo de los servicios puede ser mayor o menor una vez que el servicio se factura al seguro.

Después de que el seguro recibe la factura por el servicio, la Explicación de beneficios (EOB) resultante de la compañía de seguros habitualmente describe los costos o las responsabilidades del paciente que se debieron por los servicios completados. Si yo (o mi hijo) tenemos seguro de salud, con mi firma a continuación doy permiso para que se facturen los cargos correspondientes a la compañía de seguros. Si elijo que mi seguro (o el de mi hijo) no se facture, lo discutiré con el proveedor

Tarifas de Psicoterapia/Consejería

- Todos los servicios de terapia se facturan a \$ 200/hora, incluyendo la visita inicial y la sesión posterior..

Hacer psicoterapia por teléfono no es lo ideal, y entiendo que la necesidad de hablar con mi terapeuta entre sesiones puede indicar que necesito apoyo adicional, pero entiendo que cualquier llamada telefónica que exceda los 10 minutos de duración se facturarán a \$10.00 por cada 6 minutos.

Tarifas de Exámenes Psicológicos y Evaluaciones

La Tarifa de una evaluación psicológica es:

- \$200 por hora*, que incluye:
 - El tiempo total del médico para entrevistas
 - Revisión de registros (si aplica),
 - Entrevista de contacto con terceros / colaterales (si aplica)
 - Pruebas, puntuación, interpretación o pruebas y
 - Preparación del informe escrito

**\$275 / hora para evaluaciones legales/judiciales o 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.**

Retroalimentación: Se le anima a hacer preguntas y buscar comentarios sobre su informe de evaluación psicológica. Esto se puede hacer de varias formas. 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 de consulta de 50-60 minutos \$200 (*\$275 si es relacionado con custodia)

Testimonio de Corte y Declaración: La tarifa por corte o testimonio de deposición es \$375 por 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 \$275/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.

Privilegio y Servicios Forenses

- Si está recibiendo una evaluación o terapia psicológica a pedido de un abogado o agencia (por ejemplo, un sistema judicial u otra agencia como DFCS), es costumbre otorgarle a ese individuo o agencia "privilegio" de referencia el informe final, las conclusiones de las notas de evaluación y / o terapia y hallazgos.
- Cuando otorga privilegios a alguien o una agencia, esto significa que solo esa persona o agencia podrá recibir el informe final / las notas y conclusiones de la terapia, y esta información será enviada directamente por su médico a la persona / agencia de referencia designada como privilegio de tenencia.
- Designar el privilegio sobre los resultados de la evaluación / tratamiento también significa que la persona o agencia debe dar permiso a su médico para divulgar los resultados a cualquier persona (incluido usted).
- Sus hallazgos de evaluación / tratamiento también podrían ser divulgados por el clínico si el clínico tiene la orden judicial de divulgar esta información.
- En las evaluaciones / terapias relacionadas con el tribunal, también acepta que todo lo que divulgue al clínico está sujeto a ser incluido en el informe de evaluación / terapia.

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.

Por favor escoja uno: (requerido)

___ Mi evaluación / terapia no está relacionada con la corte, y no estoy designando privilegios sobre los resultados a un individuo (es decir, abogado) o agencia (es decir, DFCS). Deseo recibir los resultados directamente del medico

___ Mi evaluación / terapia está relacionada con la corte, y entiendo que estoy dando "privilegio" sobre mis hallazgos de evaluación / terapia a la siguiente persona (es decir, el nombre del abogado) o agencia (es decir, DFCS):

Individual/Nombre de Agencia: _____
(A quién le da el privilegio del informe? (DFCS, nombre del abogado, etc.)

Divulgación de Terceros: ¿Le da permiso a este clínico para divulgar información en el futuro a alguien a quien el titular de privilegio mencionado anteriormente le permita al clínico enviar información? (circule uno) SI NO

Si tiene alguna pregunta sobre estos formularios, pídale a su médico que se la explique. Tu firma indica que entiendes estos formularios y que pedirás aclaraciones o explicaciones si hay algo que no entiendes.

Nombre del Cliente (Por favor Imprima)

Mi firma a continuación indica que yo:

- 1) Leí, estoy informado y comprendo la información anterior y que doy mi consentimiento informado para recibir servicios psicológicos en estas condiciones,
- 2) Leí y entiendo el formulario de Aviso de HIPAA Georgia.
- 3) Leí y entiendo el formulario de Política de redes sociales.

Para Adultos:

Firma del Cliente	Fecha

Para Niños:

Nombre del padre/tutor legal (Por favor Imprima)

Firma del padre/tutor legal	Fecha



PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

Firma del Psicólogo o Terapeuta	Fecha

CONSENTIMIENTO & AUTORIZACION PARA DILVULGAR INFORMACION

Yo, _____ autorizo a mi médico a divulgar y obtener de otra persona, información sobre mí, incluida información personal, información sobre salud mental y otra información relevante sobre salud mental protegida (PHI) en el curso de servicios psicológicos.

(Escribe el nombre de su médico de Atlanta Psychological Services) _____

(Escribe el nombre de la persona que recibirá o divulgar la información al médico)

(El método de comunicación puede incluir cualquier método apropiado [correo electrónico encriptado, verbal, correo de EE. UU., Fax] a menos que se especifique lo contrario con su médico.)

Estoy autorizando compartir información individual con el propósito de: evaluación psicológica psicoterapia

(otro) _____

Este consentimiento y autorización para compartir información pertenece a (**marque uno**):

YO o MI HIJO, _____ (fecha de nacimiento _____):

Yo entiendo que esto incluye información relacionada a (marque y ponga sus iniciales a los que aplican):

Todos registros e información (sin exclusiones)

Información de Salud Mental y/o información médica general

Tratamiento de Alcohol/Droga

Información relacionada con VIH

Autorizo la divulgación de cualquier información que haya obtenido mi médico de otros proveedores.

Afirmación de divulgar: Doy permiso a mi médico para divulgar únicamente la información que he seleccionado en esta forma para el individuo(s) o agencia(s) que he nombrado y solo para los fines designados. Yo entiendo que esta versión es válida hasta un año desde la fecha en que la firme y me puedo negar a firmar esta autorización o revocar esta autorización en cualquier momento. Cualquier revocación o negativa a firmar esta autorización no afectará mi capacidad de obtener tratamiento o pago o mi elegibilidad para los beneficios. La revocación entrará en vigor el día que se recibe por escrito. Como paciente tengo el derecho a acceder a mis archivos de tratamiento según lo permitido por la ley HIPAA. Las copias de los registros se pueden obtener con un plazo razonable y el pago de los costos de copiado. Además, entiendo que si la persona o entidad que recibe la información especificada anteriormente no es un centro de intercambio profesional de la salud, plan de salud o de atención de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad o un socio de negocios de estas entidades, la información descrita anteriormente puede ser re- revelada y ya no están protegidos por la normativa.

Fecha de expiración: _____

(*para adultos*) Firma del cliente: _____ Fecha: _____

(*para niños*) Firma del Padre/Tutor Responsable: _____ Fecha: _____

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION PARA TESTIMONIO JUDICIAL O DEPOSICION

Yo, _____, por lo presente autorizo a la anteriormente indicada clínica para rendir un testimonio experto (**circule uno**):

YO

o

MI HIJO, (*nombre de mi hijo*) _____, (*Fecha de nacimiento* _____)

en un tribunal de justicia, y/o durante cualquier deposición, descubrimiento, o otro juicio o audición relacionada, o cualquier necesidad administrativa o litigios. Este permiso de revelar cualquier tipo de información con respecto a mi evaluación o tratamiento incluye ninguna excepción, incluyendo pero no limitado a los resultados de pruebas psicológicas, información con respecto a la terapia, y/o datos sin procesar de las pruebas psicológicas.

Yo entiendo la necesidad y las implicaciones de esta autorización para la divulgación de información, esta autorización y solicitud para divulgar información se está haciendo de forma voluntaria por mi parte. Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya tomado acción basada en este consentimiento. Yo entiendo que a menos que yo revoque esta solicitud, sigue siendo eficaz hasta la fecha indicada a continuación. Además, entiendo que si revoco esta autorización en el futuro, mi medico podría ser requerido para testificar de mí y mi caso si es ordenado a hacerlo por cualquier tribunal de justicia.

Fecha de Expiración : _____

(para adultos) Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

(para niños) Firma del Padre/Tutor Responsable: _____ Fecha: _____

Consentimiento a Servicios electrónicos de Salud TeleMental

Su firma a continuación indica que comprende que su médico utilizará la telesalud de acuerdo con las definiciones a continuación, incluso si está viendo a su médico en el consultorio, ya que la telesalud se define para incluir el almacenamiento de su información de salud.

Nombre del Cliente (Por favor Imprima)

Para Adultos:

Firma del Cliente

Fecha

Para Niños:

Nombre del padre/tutor responsable (Por favor Imprima)

Firma del padre/tutor responsable

Fecha

Salud TeleMental es definido como lo siguiente:

"Salud TeleMental significa el modo de prestación de servicios a través de medios asistidos por tecnología, como, entre otros, un teléfono, video, internet, un teléfono inteligente, tableta, sistema de escritorio de PC u otros medios electrónicos que utilizan la tecnología de cifrado adecuada para la información electrónica de salud. TeleMental Health facilita la autogestión del cliente y el soporte para los clientes e incluye interacciones sincrónicas y transferencias asíncronas de almacenamiento y reenvío". (Código de Georgia 135-11-.01)

Salud TeleMental 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 durante la última década han hecho evidente que la Información de salud personal (PHI) en lo que respecta a la tecnología necesita un nivel adicional de protección.

Además, hay varios otros factores que deben considerarse con respecto a la prestación de servicios de Salud TeleMental para brindarle el más alto nivel de atención. Por lo tanto, nuestros médicos y personal han completado una capacitación especializada en Salud TeleMental. También hemos desarrollado varias políticas y medidas de protección para asegurar que su PHI permanezca confidencial. Estos se discuten a continuación.

Las diferentes formas de medios asistidos por tecnología

Teléfono Fijo: Es importante que sepa que incluso los teléfonos fijos no pueden 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 su factura telefónica pueden determinar con quién ha hablado, quién inició esa llamada y cuánto 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 propósito de programar una cita si es necesario. Si esta no es una forma aceptable de contactarlo, informe a su médico. Las conversaciones telefónicas (además de programar citas) se facturan a la tarifa por hora de su médico.

Teléfonos Celulares: Además de los teléfonos fijos, los teléfonos celulares pueden no ser completamente seguros o 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 la factura de su teléfono celular pueden ver con quién ha hablado, quién inició esa llamada, cuánto tiempo duró la conversación y dónde se encontraba cada parte cuando se produjo 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 comunicarnos con usted, generalmente solo con el propósito de programar una cita si es necesario. Si esto es un problema, informe a su médico y él / ella estará encantado de discutir otras opciones. Las conversaciones telefónicas (además de programar citas) se facturan a la tarifa por hora de su médico.

Mensajes de Texto: Mensajes de texto no es un medio seguro de comunicación y puede comprometer su confidencialidad. Además, a veces las personas malinterpretan el significado de un mensaje de texto y / o la emoción detrás de él. Por lo tanto, no utilizamos mensajes de texto en nuestros servicios de terapia o evaluación. Si le envía un mensaje de texto a su médico por accidente, debe saber que debe guardar una copia o un resumen de todos los textos como parte de su historia clínica que aborden cualquier cosa relacionada con la terapia, pero su médico no lo hará. responder a un mensaje de texto para su protección.

Para comunicaciones y recordatorios de programación de citas, se pueden usar mensajes de texto si usted lo aprueba por adelantado (no para comunicaciones clínicas).

Correo Electrónico: Utilizamos una plataforma de correo electrónico segura alojada por Google Suites para profesionales de salud con servicios de cifrado Paubox. Hemos elegido esta tecnología porque está encriptada según el estándar federal, compatible con HIPAA, y ha firmado un Acuerdo de Asociado Comercial (BAA) de HIPAA. BAA significa que las compañías están dispuestas a dar fe del cumplimiento de HIPAA y asumir la responsabilidad de mantener segura su PHI.

Si optamos por utilizar el correo electrónico como parte de los servicios que recibe de nosotros (para proporcionar / recibir información clínica y recibir informes de evaluación psicológica), lo alentamos a utilizar también el correo electrónico cifrado para su protección (hay varias opciones disponibles en www.TeleHealth.org). De lo contrario, cuando responda a uno de los correos electrónicos de su médico, todo lo que escriba además de lo que él / ella le haya escrito (a menos que lo elimine) ya no será seguro. Nuestro servicio de correo electrónico encriptado solo funciona para enviar información y no rige lo que sucede de su parte.

También le recomendamos encarecidamente que solo se comunique a través de un dispositivo que sepa que es seguro y tecnológicamente seguro (por ejemplo, tiene un firewall, un software antivirus instalado, está protegido con contraseña, no accede 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 de manera oportuna. En su lugar, consulte a continuación en "Procedimientos de emergencia".

El correo electrónico se factura a la tarifa por hora de su médico por el tiempo que pasa leyendo o respondiendo a ellos. Finalmente, 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 aborde cualquier cosa relacionada con la terapia.

Redes Sociales - Facebook, Twitter, LinkedIn, Instagram, 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 médico, como Facebook, Twitter, Instagram, Pinterest, etc., ya que puede comprometer su confidencialidad y difuminar Los límites de tu relación.

Sin embargo, Atlanta Psychological Services tiene páginas / cuentas profesionales de Facebook, LinkedIn, Twitter, Google My Business e Instagram. Puede "seguirnos" en cualquiera de estas páginas profesionales en las que publicamos información psicológica, información de asesoramiento y contenido terapéutico. Sin embargo, hágalo solo si se siente cómodo con que el público en general sepa que su nombre está adjunto a los Servicios Psicológicos de Atlanta. Abstenerse de ponerse en contacto con nosotros utilizando los sistemas de mensajería de redes sociales como Facebook Messenger o Twitter. Estos métodos tienen una seguridad insuficiente y no los observamos de cerca. No queremos perder un mensaje importante de usted.

Video Conferencia (VC): La video conferencia es una opción para que su médico realice sesiones remotas con usted a través de Internet donde pueden hablar entre ellos y verse en una pantalla. Utilizamos la plataforma Google Meet VC porque está encriptada de acuerdo con el estándar federal, es compatible con HIPAA y Google ha firmado un Acuerdo de Asociado Comercial (BAA) de HIPAA. BAA significa que Google está dispuesto a dar fe del cumplimiento de HIPAA y asume la responsabilidad de mantener su interacción de VC segura y confidencial. Si usted y su médico eligen utilizar esta tecnología, su médico le dará instrucciones detalladas sobre cómo iniciar sesión.

También le pedimos que inicie sesión en la plataforma al menos cinco a diez minutos antes de la hora de la sesión para asegurarse de que usted y su médico comiencen de inmediato. Además, usted es responsable de iniciar la conexión con su médico en el momento de su cita. Sugerimos que solo se comunique a través de una computadora o dispositivo que sepa que es seguro (por ejemplo, tiene un firewall, un software antivirus instalado, está protegido con contraseña, no accede a Internet a través de una red inalámbrica pública

Recomendaciones para sitios Webs o Aplicaciones (Apps): Durante el curso de su tratamiento o evaluación, su médico puede recomendarle que visite ciertos sitios web para obtener información pertinente o autoayuda. Él o ella 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 usted ha estado en estos sitios al ver el historial en su dispositivo. Por lo tanto, es su responsabilidad decidir si desea recibir esta información como complemento de su tratamiento, o si prefiere que su médico no haga estas recomendaciones. Informe a su médico marcando (o no marcando) la casilla correspondiente al final de este documento.

Almacenamiento de registros electrónicos: Sus comunicaciones con nosotros formarán parte de un registro clínico de tratamiento, y se denominará Información de salud protegida (PHI). Sus comunicaciones con nosotros formarán parte de un registro clínico de tratamiento, y se denominará Información de salud protegida (PHI). Su PHI puede almacenarse electrónicamente con Google Suites for Healthcare y Therapy Notes, que son compañías de almacenamiento seguro que han firmado un Acuerdo de Asociado Comercial (BAA) de HIPAA. BAA garantiza que mantendrán la confidencialidad de su PHI en un formato seguro compatible con HIPAA utilizando punto a punto con cifrado aprobado por el gobierno federal.

Transferencia electrónica de PHI para fines de facturación: Si su médico tiene credenciales y es un proveedor para su compañía de seguros, sepa que utilizamos un servicio de facturación (Therapy Notes), que tiene acceso a su PHI. Su PHI se transferirá de forma segura y electrónica desde las Notas de terapia a su compañía de seguros. Esta compañía de facturación ha firmado un Acuerdo de Asociado Comercial de HIPAA (BAA). BAA garantiza que mantendrán la confidencialidad de su PHI en un formato seguro compatible con HIPAA utilizando punto a punto con cifrado aprobado por el gobierno federal. Además, si se factura a su proveedor de seguros, generalmente recibirá correspondencia de su compañía de seguros, nuestra compañía de facturación o ambas.

Transferencia electrónica de PHI para ciertas transacciones con tarjeta de crédito: También utilizamos Therapy Notes como la compañía que procesa la información de su tarjeta de crédito. Además, tenga en cuenta que la transacción también aparecerá en la factura o extracto de su tarjeta de crédito.

Sus responsabilidades de confidencialidad y de salud telemental

Comuníquese solo a través de dispositivos que sepa que son seguros como se describe anteriormente. Si utiliza comunicaciones electrónicas, también es su responsabilidad elegir un lugar seguro para interactuar con los medios asistidos por tecnología y tener en cuenta que familiares, amigos, empleadores, compañeros de trabajo, extraños y piratas informáticos podrían escuchar sus comunicaciones o tener acceso a La tecnología con la que estás interactuando. **Además, acepta no grabar ninguna sesión de Salud TeleMental.**

Tiempo de Respuesta de Comunicación

Estoy obligado a asegurarme de que sepa que estamos ubicado en el sureste, y que cumplimos con la hora estándar del este. Nuestra práctica se considera un centro ambulatorio, y estamos preparados para acomodar a personas que sean razonablemente seguras e ingeniosas. No llevamos buscapersonas ni estamos disponibles en todo momento. Si en algún momento esto no se siente con un apoyo suficiente, informe a su médico, y él o ella puede discutir recursos adicionales o transferirá su caso a un médico o clínica con disponibilidad las 24 horas. Devolveremos las llamadas telefónicas y los correos electrónicos dentro de las 24 horas durante el horario comercial normal, y no podemos garantizar ninguna forma de respuesta los fines de semana o feriados. Si tiene una emergencia de salud mental y necesita asistencia inmediata, siga las instrucciones a continuación.

Procedimientos de emergencia específicos para los servicios de salud telemental

Si tiene una emergencia de salud mental y necesita asistencia inmediata, llame al 911, diríjase a la sala de emergencias más cercana o llame a uno de los números de teléfono que figuran en el formulario de Consentimiento para servicios anterior. Hay procedimientos adicionales que debemos tener establecidos específicos para los servicios de Salud TeleMental. Estos son para su seguridad en caso de una emergencia y son los siguientes:

- Usted comprende que, si tiene pensamientos de suicidio u homicidio, o experimenta síntomas psicóticos o está en una crisis que no podemos resolver de forma remota, podemos determinar que necesita un mayor nivel de atención y los servicios de TeleMental Health no son apropiados.
- Requerimos una Persona de contacto de emergencia a quien podamos contactar en su nombre solo en una emergencia que ponga en peligro la vida. Incluya el nombre de esta persona y la información de contacto a continuación. Usted o nosotros verificaremos que su persona de contacto esté dispuesta y pueda ir a su ubicación en

caso de una emergencia.

- Además, si usted, o su Persona de contacto de emergencia o nosotros determinamos que es necesario, la Persona de contacto de Emergencia acepta llevarlo a un hospital. Su firma al final de este documento indica que comprende que solo nos comunicaremos con esta persona en las circunstancias extremas indicadas anteriormente.
- Usted acepta informar a su médico de la dirección en la que se encuentra al comienzo de cada sesión de Salud TeleMental.
- Usted acepta informar a su médico del hospital de salud mental más cercano a su ubicación principal a la que prefiere *ir en caso de una emergencia de salud mental*.

(Los siguiente es todo necesarios para que su médico lleve a cabo los Servicios de Salud TeleMental)

Persona de Contacto de Emergencia (ECP): _____

Número de teléfono: _____

Hospital más cercano a usted: _____

Numero de teléfono de Hospital mas cercano: _____

En caso de problemas tecnológicos

Durante una sesión de Salud Telemental, usted y su médico podrían encontrar problemas tecnológicos. El plan de respaldo más confiable es contactarnos por teléfono. Asegúrese de tener un teléfono con usted y su médico tiene ese número de teléfono.

Si usted y su médico se desconectan de una videoconferencia o sesión de chat, finalice y reinicie la sesión. Si no puede volver a conectarse dentro de los diez minutos, llame a su médico.

Si usted y su médico están en una sesión telefónica y se desconectan, llame a su médico nuevamente o contáctelo para programar otra sesión.

Si el problema se debe al servicio telefónico de su médico, y ustedes dos no pueden volver a conectarse, él / ella no le cobrará por esa sesión.

Limitaciones de Servicios de Terapia TeleSalud

Los servicios de TeleSalud Mental no deben verse como un sustituto completo de la terapia realizada en nuestra oficina, a menos que existan circunstancias extremas que le impidan asistir a la terapia en persona. Es una forma alternativa de terapia o terapia complementaria, e implica limitaciones. Principalmente, existe el riesgo de malentendidos entre sí cuando la comunicación carece de señales visuales o auditivas. Por ejemplo, si la calidad del video no se encuentra por alguna razón, es posible que su médico no vea una lágrima en su ojo. O, si falta la calidad de audio, es posible que él o ella 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 interacción personal.

Tenga en cuenta que tenemos el mayor respeto y consideración positiva por usted y su bienestar. Nunca haríamos ni diríamos nada intencionalmente para lastimarlo de ninguna manera, y le recomendamos encarecidamente que informe a su médico si algo que él o ella ha hecho o dicho le ha molestado. Lo invitamos a mantener abierta la comunicación con su médico en todo momento para reducir cualquier posible daño.

Requisitos Presenciales

Si usted y su médico están de acuerdo en que los servicios de TeleSalud Mental son la forma **principal** en que usted y su médico eligen realizar sesiones, **requerimos una reunión cara a cara al inicio del 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 médico le pedirá que muestre una identificación con foto válida y otra forma de verificación de identidad, como una tarjeta de crédito a su nombre. **En este momento, también elegirá una contraseña,**

frase o número que usará para identificarse en todas las sesiones futuras. Este procedimiento evita que otra persona se haga pasar por ti.

En resumen, la tecnología cambia constantemente y existen implicaciones para todo lo anterior que es posible que no nos demos cuenta en este momento. No dude en hacer preguntas y sepa que estamos abiertos a cualquier sentimiento o pensamiento que tenga sobre estas y otras modalidades de comunicación y tratamiento.

Proporcione su nombre, fecha y firme su nombre a continuación, indicando que ha leído y comprendido el contenido de este formulario, que acepta estas políticas y nos autoriza a utilizar los métodos y la tecnología de TeleSalud Mental discutidos.