



## *Elements of Motivation*

---

### **ACUERDO DE SERVICIO/ CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Por favor lea y firme al final indicando que ha leído y entendido completamente la información a continuación.**

**SERVICIOS DISPONIBLES:** Elements of Motivation ofrece una gama amplia de servicios de salud mental a corto plazo incluyendo terapia individual, terapia familiar, terapia de pareja, servicios grupales, rehabilitación psicosocial y capacitación en habilidades básicas para atender a muchos de los problemas de nuestros clientes. Su primera visita será una sesión inicial en la que usted y su terapeuta determinaran sus preocupaciones, y si están de acuerdo en que él/ella puede satisfacer sus necesidades terapéuticas, desarrollaran un plan de tratamiento. Si decide no seguir el plan de tratamiento proporcionado a usted por parte de su terapeuta, los servicios que se le prestan pueden ser cancelados.

El objetivo de Elements of Motivation es proveer la experiencia terapéutica más eficaz disponible. Si en algún momento siente que usted y su terapeuta actual no se llevan bien, discute este asunto con su terapeuta para determinar si es apropiado transferir a un(a) terapeuta más adecuado(a). Si usted y su terapeuta deciden que otros servicios serían más apropiados, lo ayudaremos a encontrar un proveedor que satisfice sus necesidades.

Contamos con terapeutas, consejeros, psicólogos, pasantes de terapia con licencia, y el apoyo de personal de rehabilitación que son calificados y con experiencia. Eficaz de la psicoterapia se basa en el entendimiento mutuo y la buena relación entre el cliente y terapeuta. Es nuestra intención expresar transparentemente las políticas y procedimientos utilizados en nuestra práctica, y nos complace discutir cualquier pregunta o preocupación que pueda tener.

El bienestar es más que la ausencia de enfermedad; es un estado de bienestar óptimo. Va más allá de la curación de enfermedades para lograr la salud. A través de la integración continua de nuestro físico, emociones, ser mental, y espiritualidad, cada persona tiene la oportunidad de crear y preservar un vida plena y feliz. Nuestros servicios están diseñados para proveer a nuestros clientes una solución integrada para su mente, cuerpo, espíritu, y vida para mejorar la vida y resolver problemas.

**CITAS:** Generalmente las citas son aproximadamente entre 50 a 120 minutos de duración semanalmente. Sesiones más frecuentes o intensos servicios ambulatorios están disponibles si su terapeuta determina que son apropiados. Si necesita cancelar su cita le pedimos que llame a nuestra oficina con al menos 24 horas de anticipación, cuando sea posible. Esto liberará el tiempo de su cita para otro cliente.

**RIESGOS Y BENEFICIOS:** Los servicios de terapia, psicoterapia, y servicios de apoyo son beneficiosos, pero como con cualquier tratamiento, existen riesgos inherentes. Tendrás discusiones sobre problemas personales lo que puedan traer a la superficie emociones incómodas como ira, culpa, y tristeza. Los beneficios de psicoterapia pueden sobrepasan de lejos cualquier incomodidad que se produzca durante el proceso. Algunos de los posibles beneficios son mejores relaciones personales, reducidos sentimientos de angustia emocional, y resolución de problemas específicos. Por supuesto no podemos garantizar estos beneficios. Sin embargo, es nuestro deseo trabajar con usted para alcanzar sus metas personales de terapia y/o psicoterapia.



---

**RELACION PROFESIONAL ENTRE CLIENTE Y TERAPEUTA:** usted y su terapeuta tienen una relación profesional existente exclusivamente para el tratamiento terapéutico. Esta relación funciona con más eficacia cuando sigue siendo estrictamente profesional e involucra sólo el aspecto terapéutico. El/La terapeuta puede atender mejor sus necesidades cuando se centran únicamente en la terapia y evitan cualquier tipo de interacción social o socios de negocios. Los regalos no son apropiados, ni ningún tipo de intercambio de servicio por servicio.

**PAGO/FRACTURACION DE SEGURO MEDICO:** El pago de las tarifas, incluyendo los copagos requeridos, es esperado en el momento que se prestan los servicios. Solicitamos el pago antes que comience la sesión. Si utiliza los beneficios del seguro médico, Elements of Motivation presentará reclamos al seguro médico por usted, y honraremos cualquier acuerdo contractual con seguros médicos que tienen restricciones específicas de reembolso y requisitos de reclamo. Si no utiliza un plan de seguro médico/PPO/HMO y desea presentar su propio reclamo, solicitamos pago completo en el momento del servicio, y le proporcionaremos una cuenta de los servicios prestados. Los arreglos de pago mensual están disponibles, si es necesario, para los clientes que han establecido un registro de pago por tres meses. Usted es responsable de cualquier tarifa no cubierta por seguro.

**EMERGENCIAS:** En caso de que se encuentre en una emergencia personal que requiera atención, comuníquese con nuestra oficina con respecto a la naturaleza y urgencia de las circunstancias. Haremos todo lo posible para hacer una cita lo más antes posible u ofrecerle otras opciones. Debido a que los/las terapeutas pueden tener citas consecutivamente, no siempre es posible devolver una llamada inmediatamente. Sin embargo, haremos todo lo posible para responder a su emergencia en manera oportuna. Si se encuentra en una situación de emergencia potencialmente mortal, llame al 911 o pídale a alguien que lo/la lleve a la sala de emergencias más cercana para obtener ayuda. Cuando su terapeuta esté fuera de la ciudad, le informaremos y le daremos el nombre del/de la terapeuta de guardia.

**INCAPACIDAD O MUERTE:** Entiendo que, en caso del fallecimiento o incapacitación de mi terapeuta, será necesario asignar mi caso a otro/a terapeuta y para que el/la terapeuta tenga posesión de mis registros de tratamiento. Con mi firma en este formulario, por el presente consiento a otro profesional de salud mental con licencia seleccionado por el/la terapeuta abajo firmante para tomar posesión de mis registros y proporcionarme copias a mi solicitud, y/o para entregar esos registros a otro terapeuta de mi elección.

**CONFIDENCIALIDAD:** Elements of Motivation sigue todos los estándares éticos prescritos por el estado y ley federal. La ley y los estándares éticos nos exigen que llevemos registros de sus servicios. Estos registros son confidenciales con las excepciones que se indican a continuación y en el Aviso de Prácticas de Privacidad que se le proporcionaron.

Las conversaciones entre un terapeuta y un cliente son confidenciales. No se divulgará información sin el consentimiento por escrito del cliente a menos que lo exija la ley. Posibles excepciones a la confidencialidad incluyen, entre otras, las siguientes situaciones: abuso infantil; abuso de la ancianos o discapacitados; abuso de pacientes en establecimientos de salud mental; explotación sexual; infección y posible transmisión de SIDA/VIH; enjuiciamientos criminales; casos de custodia de menores; casos en que la salud mental de los implicados está en cuestión; situaciones en las que el/la terapeuta tiene el deber de revelar o al juicio del/de la terapeuta, es necesario advertir o revelar; disputas de tarifas entre el/la terapeuta y cliente; una demanda de negligencia presentada por el cliente contra el/la terapeuta; o la



---

presentación de una queja a la junta de licencias o certificación. Si tiene alguna pregunta sobre confidencialidad, debe informar al/a la terapeuta cuando usted y el/ella discute este asunto más a fondo. Al firmar este formulario de información y consentimiento da consentimiento al/ ala terapeuta abajo firmante para compartir información confidencial con todas las personas por mandato de la ley, y con la agencia que lo/la refirió, y el seguro médico responsable de proporcionar sus servicios de atención de salud mental y el pago de esos servicios, y también liberará y mantendrá indemne al/ a la terapeuta abajo firmante de cualquier desviación de su derecho de confidencialidad que pueda resultar.

Al realizar servicios terapéuticos en lugares distintos a la oficina (p.ej. hogares de clientes, instalaciones médicas/ de rehabilitación, et al), existe la posibilidad de limitaciones a la confidencialidad. Estas limitaciones ocurren debido a aspectos del entorno que están fuera del ámbito del/la terapeuta o del control del cliente y puede incluir, entre otros:

- Familiares/ personales médicos / otras personas que ingresen o pasen por el área donde se llevan a cabo los servicios terapéuticos
- Personas cercanas (por ejemplo, vecinos, familiares, compañeros de cuarto, personales médicos, et al) que escuchen diálogos y conceptos que surgen o se presentan durante sesión a través de ventanas, puertas abiertas, etc.

Tanto el/la terapeuta como el cliente trabajarán para explorar y utilizar la ubicación más privada disponible para llevar a cabo servicios terapéuticos de acuerdo con las leyes estatales y federales, sin embargo, a pesar de estas consideraciones, hay situaciones en las que la confidencialidad no se puede garantizar.

**DEBER DE ADVERTENCIA / DEBER DE PROTEGER:** Si mi terapeuta cree que yo (o mi hijo(a) si es el cliente) estoy en algún peligro físico o emocional para mí o para otro ser humano, por la presente doy mi consentimiento específicamente a mi terapeuta para que se comunique con cualquier persona que esté en posición de prevenir daño a mí o a otra persona, incluyendo, pero no limitado, a la persona en peligro. Yo también doy mi consentimiento para que mi terapeuta se comunique con la(s) siguiente(s) persona(s) además de cualquier médico o cumplimiento de la ley que se considere apropiado:

Nombre \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

**TELESALUD:** Telesalud implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir los/las terapeutas de Elements of Motivation para conectarse con las personas mediante videos interactivos y comunicaciones de audio en vivo. La telesalud incluye la práctica de la prestación de atención de salud psicológica, diagnóstico, consulta, tratamiento, derivación a recursos, educación y transferencia de servicios médicos y datos clínicos.

Entiendo que tengo derechos con respecto a la telesalud:

1. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información personal también se aplican a telesalud.



- 
2. Entiendo que tengo derecho a negar o retirar mi consentimiento para el uso de telesalud durante cualquier momento, sin afectar mi derecho a una atención futura o tratamiento.
  3. Entiendo que existen riesgos y consecuencias de la telesalud, que incluyen, pero no limitado a la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables por parte del/la terapeuta, de que: la transmisión de mi información personal podría verse interrumpida o distorsionada por razones de fallas técnicas, la transmisión de mi información personal podría ser interrumpida por personas no autorizadas, y/o el almacenamiento electrónico de mi información personal podría ser perdido o accedido por personas no autorizadas sin querer. Elements of Motivation utiliza un software de transmisión de audio/video seguro y encriptado compatible con HIPAA para llevar a cabo telesalud a través de ZOOM for Healthcare o Doxy.me.
  4. Los/ las terapeutas siguen las regulaciones del estado de Nevada para la telesalud, así como también sus juntas reguladoras y de éticas respectivas. También han recibido capacitación para llevar a cabo servicios de telesalud
  5. Al firmar este documento, acepto que ciertas situaciones, incluidas las emergencias y crisis, son inapropiados para los servicios de psicoterapia basados en audio/video/computadora. Si yo estoy en crisis o en una emergencia, debo llamar inmediatamente al 911 o buscar ayuda de un hospital o centro de atención médica orientado a crisis en mi área inmediata.

**Pago de servicios de telesalud:** Elements of Motivation facturará al seguro médico servicios de telesalud cuando se haya determinado que estos servicios están cubiertos por el plan del individuo. Se aplicarán los copagos y/o deducibles estándar. En el caso de que el seguro no cubra la telesalud o cuando no haya cobertura de seguro médico, es posible que desee pagar de su bolsillo. Podemos proporcionarle una declaración de servicio para que la envíe a su compañía de seguro médico.



### CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Al firmar este consentimiento informado para servicios como cliente o guardián/ guardiana de dicho cliente menor, yo reconozco que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con los términos y condiciones contenidos en este formulario con respecto a los servicios tradicionales y telesalud.

Se me ha brindado la oportunidad adecuada para abordar cualquier pregunta o solicitar una aclaración para cualquier cosa que no me quede clara. He leído este documento detenidamente y entiendo los riesgos y beneficios relacionados con el uso de servicios tradicionales y de telesalud y he me han contestado mis preguntas sobre el procedimiento. Acepto voluntariamente recibir evaluación de salud mental, tratamiento y servicios para mí (o mi hijo(a) si dicho niño(a) es el cliente), y yo entiendo que puedo interrumpir dicho tratamiento o servicios en cualquier momento.

NOTA: Si está dando su consentimiento para el tratamiento de un menor de edad, si se ha introducido una orden judicial con respecto a la tutela de dicho niño(a) o que afecte sus derechos con respecto a consentimiento para la atención y el tratamiento de la salud mental del niño(a), Elements of Motivation no prestará servicios a su hijo/a hasta que el/la terapeuta haya recibido y revisado una copia de la orden judicial reciente aplicable.

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente / padre / tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente / padre / tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente menor

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del cliente: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo la divulgación de la información médica necesaria para el reembolso del seguro.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente / padre / tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por la presente autorizo el pago de beneficios médicos al proveedor de servicios.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente / padre / tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Elements of Motivation

### CONSENTIMIENTO PARA USAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Con mi consentimiento, Elements of Motivation puede usar y divulgar información de salud protegida (PHI) sobre mí para realizar tratamientos, pagos y operaciones de atención médica (TPO). Consulte al Aviso de Prácticas de Privacidad de Elements of Motivation para obtener una descripción más completa de tales usos y divulgaciones. Tengo derecho a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Elements of Motivation reserva el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Se puede obtener un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado enviando una solicitud por escrito a Elements of Motivation a 7040 Laredo St. Ste K. Las Vegas, NV 89117.

Con mi consentimiento, Elements of Motivation puede llamar a mi teléfono celular o ubicación designada y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude a la práctica en llevar a cabo TPO, como recordatorios de citas, artículos de seguros y cualquier llamada relacionada con mi cuidado clínico. Con mi consentimiento, Elements of Motivation puede enviarme por correo a mi casa u otras ubicaciones designadas cualquier elemento que ayude a llevar a cabo TPO, como recordatorio de cita tarjetas y estados de cuenta del paciente, siempre que estén marcados como personales y confidenciales.

Con mi consentimiento, Elements of Motivation puede enviarme por correo electrónico tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones de pacientes. Tengo derecho a solicitar que Elements of Motivation restrinjan cómo usa o divulga mi PHI para llevar a cabo TPO. Sin embargo, los estatutos estatales exigen que la práctica acepte mis restricciones solicitadas, a menos que sean permitidas por la ley en circunstancias atenuantes.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que Elements of Motivation use y divulgue mi PHI para llevar a cabo de TPO. Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto cuando la práctica ya haya hizo divulgaciones en base a mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, Elements of Motivation puede negar brindarme tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente / padre / tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente / padre / tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de personal

\_\_\_\_\_  
Firma del personal

\_\_\_\_\_  
Fecha



## *Elements of Motivation*

---

### **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADO Y DIVULGADO Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISE ESTE AVISO DETENIDAMENTE.**

Sus registros médicos contienen información personal sobre usted y su salud. Esta información, que pueda identificarlo y que se relaciona con su salud física o mental pasada, presente o futura o condiciones y los servicios de atención relacionados, se conoce como información de salud protegida (PHI). Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su PHI en acuerdo con la ley aplicable. También describe sus derechos con respecto a cómo puede obtener acceso y controlar su PHI.

La ley nos exige mantener la privacidad de la PHI y notificarle de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI. Estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Cualquier nuevo Aviso de Prácticas de Privacidad se aplicará a todas PHI que mantenemos en ese momento. Le proporcionaremos una copia revisada del Aviso de Prácticas de Privacidad por medio de publicando una copia en nuestro sitio web, enviándole una copia por correo cuando la solicite, o proporcionándole uno en su próxima cita.

#### **CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA:**

**Para tratamiento.** Su PHI puede ser utilizada y divulgada por quienes están involucrados en su tratamiento con el propósito de proporcionar, coordinar o administrar su tratamiento de atención médica y relacionados servicios. Esto incluye la consulta con supervisores clínicos u otros miembros del equipo de tratamiento. Podemos divulgar su PHI a cualquier otro consultor solo con su autorización.

**Para pago.** Podemos usar o divulgar su PHI para poder recibir el pago por los servicios proporcionados a usted. Esto solo se hará con su autorización. Ejemplos de actividades relacionadas a pagos son: tomar una determinación de elegibilidad o cobertura para los beneficios del seguro, procesar reclamaciones con su compañía de seguro médico, revisar los servicios para demostrar que necesita una determinada atención y/o tratamiento o llevar a cabo actividades de su departamento de revisión. Si se hace necesario utilizar agencias de cobro y otros subcontratistas que se dedican a obtener el pago de la atención médica por falta de pago de los servicios, solo divulgaremos la cantidad mínima de PHI necesaria para fines de cobrar el pago.

**Para operaciones de atención médica.** Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su PHI para mantener nuestras actividades comerciales, incluidas, entre otras, actividades de evaluación de la calidad, actividades de revisión de empleados, recordándole de citas, para proporcionar información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, licencias, y realización organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos compartir su PHI con terceros que realizan diversas actividades comerciales (por ejemplo, facturación o servicios de mecanografía) siempre que tengamos un contrato escrito con el tercero que requiera que este obligado a proteger la privacidad de su PHI. Con fines de capacitación o enseñanza, la PHI se divulgará solo con su autorización.



---

**A continuación, se muestra una lista de las categorías de usos y divulgaciones permitidas por HIPAA sin autorización.**

Abuso y negligencia	Procedimientos judiciales y administrativos
Emergencias	Aplicación de la ley
Seguridad Nacional	Seguridad Pública (Deber de Advertir)

**Sin autorización.** La ley aplicable y los estándares éticos nos permiten divulgar información sobre usted sin su autorización solo en un número limitado de otras situaciones. Los tipos de usos y divulgaciones que pueden realizarse sin su autorización son aquellos que son:

- Requerido por ley, como el reporte obligatorio de abuso o negligencia infantil o auditorías o investigaciones de agencias gubernamentales (como la junta de licencias de trabajo social o departamento de salud)
- Requerido por orden judicial
- Necesario para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o el público. Si se divulga información para prevenir o reducir una amenaza grave, se divulgará a una persona o personas razonablemente capaces de prevenir o reducir la amenaza, incluido el objetivo de la amenaza.

**Permiso verbal.** Podemos usar o divulgar su información a miembros de la familia que están directamente involucrado en su tratamiento con su permiso verbal.

**Con Autorización.** Los usos y divulgaciones no permitidos específicamente por la ley aplicable serán hecho solo con su autorización por escrito, que puede ser revocada.

**SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI**

Tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI personal mantenida por nuestra oficina. Para ejercitar cualquiera de estos derechos, envíe su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad al 702-331-4874

- **Derecho de acceso para inspeccionar y copiar.** Tienes el derecho, que puede estar restringido solo en circunstancias excepcionales, para inspeccionar y copiar la PHI que pueda usarse para hacer decisiones sobre su atención. Su derecho a inspeccionar y copiar la PHI estará restringido solo en aquellas situaciones en las que hay pruebas contundentes de que el acceso causaría daños graves a usted. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo por las copias.
- **Derecho a enmendar.** Si cree que la PHI que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que modifiquemos la información, aunque no estamos obligados a aceptar la enmienda.
- **Derecho a un informe de divulgaciones.** Tienes derecho a solicitar una contabilidad de algunas de las divulgaciones que hacemos de su PHI. Podemos cobrarle una tarifa razonable si solicita más de un informe en cualquier período de 12 meses.
- **Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en el uso o divulgación de su PHI para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar su solicitud a menos que la solicitud sea para restringir divulgación de PHI a un plan de salud con el fin de realizar pagos y operaciones de atención médica, y la PHI se refiere





---

a un artículo o servicio de atención médica que pagó fuera de bolsillo. En ese caso, estamos obligados a cumplir con su solicitud de restricción.

- **Derecho a solicitar comunicación confidencial.** Tiene derecho a solicitar que nos comunicamos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado.
- **Notificación de incumplimiento.** Si hay una violación de la información médica protegida que le concierne, es posible que se nos solicite que le notifiquemos de este incumplimiento, incluido lo que sucedió y qué puede hacer para protegerse.
- **Derecho a una copia de este aviso.** Tiene derecho a recibir una copia de este aviso.

### **QUEJAS**

Si cree que hemos violado sus derechos de privacidad, tiene derecho a presentar una queja escrita con nuestra Oficial de Privacidad, Diana Saunders, al 702-331-4874 o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos en 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o por llamando al (202) 619-0257. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

**La fecha de vigencia de este Aviso es el 8 de mayo de 2020.**



**RECIBO Y RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE  
PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Por la presente reconozco que he recibido y se me ha dado la oportunidad de leer una copia de Aviso de Prácticas de Privacidad de Elements of Motivation. Entiendo que, si tengo alguna pregunta con respecto al Aviso o mis derechos de privacidad, puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad al 702-331-4874.

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente / padre / tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente / padre / tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

O representante personal \* \_\_\_\_\_

\*Si firma como representante personal de una persona, describa su autoridad para actuar en nombre de esta persona (poder notarial, sustituto de atención médica, etc.).

El paciente / cliente se niega a reconocer el recibo:

\_\_\_\_\_  
Nombre de personal

\_\_\_\_\_  
Firma del personal

\_\_\_\_\_  
Fecha