

Bienvenido a Integrity Social Work Services

Gracias por elegir ser parte del programa de Consejería en el hogar proporcionado por Integrity Social Work Services. Nuestro enfoque se concentra en mejorar la salud mental y el bienestar emocional de los adultos mayores y las familias que los cuidan, todo en la comodidad y privacidad de su propia casa. Esta carta explica qué esperar de las visitas de nuestros Consejeros.

Sesiones regulares son la clave

El Consejero hará todo lo posible para trabajar dentro de su propio horario actual de citas y compromisos para establecer un buen horario para las sesiones de asesoramiento. Nuestro objetivo es que, trabajando dentro de las expectativas razonables, las sesiones de asesoramiento se establecerán sobre una base semanal. La consistencia en las sesiones proporciona la base más segura para lograr los mejores resultados. Las sesiones de asesoramiento consisten 60 minutos de duración.

Cancelaciones

Si es necesario cancelar una cita de asesoría, por favor hable con el Consejero para informarle acerca de la situación. Se hará todo lo posible para volver a programar una cita cancelada cuando sea posible.

Por favor no dude en llamar a nuestra oficina al 800-277-4680 si tiene alguna pregunta. Cualquier miembro de nuestro personal de oficina estará encantados de ayudar con cualquier preocupación que pueda surgir. Nuestro objetivo es ayudarle a renovar su placer en la vida y una mayor salud y bienestar emocional.

Consentimiento del paciente y Aviso de Prácticas de Privacidad

El Consejero ha repasado en detalle el Consentimiento para los Servicios y el Aviso de Prácticas de Privacidad para la agencia. Adjunto encontrará una copia de ambos formularios para sus registros.

Integrity Social Work Services

Los pacientes tienen derecho a recibir tratamiento sin discriminación por motivos de raza, edad, religión, sexo, origen nacional, situación socioeconómica, orientación sexual, identidad o expresión de género, discapacidad, condición de veterano o recursos de pago. Serás tratado con dignidad, compasión y respeto como individuo

Consentimiento de tratamiento

Gracias por elegir ser parte del programa de consejería de salud mental otorgado por Integrity Social Work Services ("ISWS"). Nuestro enfoque es mejorar la salud mental y el bienestar emocional de los adultos y los familiares que los cuidan, todo en la comodidad y privacidad de su casa. Esta carta explica qué esperar de las sesiones de nuestros Consejeros. También contiene un resumen de la información sobre la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), ley federal que protege la privacidad y derechos de los pacientes sobre el uso y la divulgación de su información médica protegida (PHI) con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Aunque estos documentos son largos y en ocasiones complejos, es muy importante que los entienda. Cuando firme este documento, también representará un acuerdo entre usted e Integrity Social Work Services. No dude en llamar a nuestra oficina al 800-277-4680 si tiene alguna pregunta.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La terapia es una relación entre personas que funciona en parte debido a la definición clara de los derechos y responsabilidades que tiene cada persona. Como paciente de psicoterapia, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades que es importante que comprenda. También existen limitaciones legales a esos derechos que usted debe saber. Su Consejero/Terapeuta también tiene responsabilidades correspondientes con usted. Estos derechos y responsabilidades se describen en las siguientes secciones.

La psicoterapia tiene riesgos y beneficios. Los riesgos incluyen experimentar sentimientos incómodos, como tristeza, culpa, ansiedad, ira, frustración, soledad e impotencia, porque el proceso de psicoterapia en ocasiones requiere discutir los aspectos desagradables de su vida. Sin embargo, se ha demostrado que la psicoterapia tiene beneficios para las personas que la toman. Con frecuencia ocasiona una reducción significativa de los sentimientos de angustia, una mayor satisfacción en las relaciones interpersonales, una mayor conciencia y percepción personal, mayores habilidades para manejar el estrés y la resolución de problemas específicos. Pero no hay garantías sobre lo que sucederá. La psicoterapia requiere de un esfuerzo muy activo de su parte. Para tener más éxito, tendrá que trabajar fuera de las sesiones sobre los temas que tratamos.

La primera sesión incluirá una evaluación integral de sus necesidades. Al final de la evaluación, el Consejero le ofrecerá algunas impresiones iniciales de lo que podría incluir su trabajo. Usted y el consejero iniciarán a discutir sus objetivos de tratamiento y crearán un plan de tratamiento inicial. Debe evaluar esta información y hacer su propia evaluación sobre si se siente cómodo trabajando con el Consejero. Si tiene preguntas acerca de los procedimientos, o sobre cualquier otro tema, debe analizarlas con su Consejero al

momento que surjan. Si sus dudas persisten, con gusto le ayudaremos a concertar una cita con otro profesional de la salud mental para obtener una segunda opinión.

Nota: Todos los Consejeros que trabajan para ISWS son profesionales certificados. Empleamos a trabajadores sociales clínicos certificados (LCSW), consejeros de salud mental certificados (LMHC) y maestros trabajadores sociales certificados (LMSW). Si su Consejero es un LMSW, solo está autorizado a trabajar como trabajador social clínico bajo supervisión. Todos nuestros Consejeros LMSW están bajo la supervisión de un LCSW con quien el LMSW comparte información sobre el diagnóstico y tratamiento de cada paciente. El supervisor es la persona profesionalmente responsable de los servicios proporcionados por el LMSW. Comuníquese con nuestra oficina si tiene alguna inquietud o pregunta.

CITAS

Por lo general, las citas tendrán una duración de 45 a 60 minutos, una vez por semana a la hora acordada. El tiempo programado para su cita se le asigna especialmente a usted. Si necesita cancelar o reprogramar una sesión, le pedimos que avise al Consejero con 24 horas de anticipación. Si es posible, el Consejero tratará de encontrar otra hora para reprogramar la cita.

SEGURO DE SALUD

Si tiene una póliza de seguro de salud, por lo general le otorgará alguna cobertura para el tratamiento de salud mental. Con su permiso, nuestro servicio de facturación lo ayudará en la medida de lo posible a presentar reclamos y obtener información sobre su cobertura, pero usted es responsable de conocer su cobertura y de informar a nuestra oficina si su cobertura cambia o será responsable de reclamos impagos. Usted también es responsable de los deducibles, coaseguros y copagos solicitados por su compañía de seguros.

Debido al incremento de los costos de la atención de salud, los beneficios de los seguros cada vez son más complejos. A veces es difícil determinar con exactitud la cobertura de salud mental disponible. Los planes de atención médica administrada, como los HMO y los PPO, a menudo requieren una autorización previa, sin la cual pueden negarse a proporcionar el reembolso por servicios de salud mental. Estos planes a menudo se limitan a enfoques de tratamiento a corto plazo diseñados para resolver problemas específicos que interfieren con el nivel habitual de funcionamiento de una persona. Es posible que se requiera solicitar aprobación para más sesiones de terapia después de un cierto número de sesiones. Si bien se puede lograr mucho en la terapia a corto plazo, algunos pacientes sienten que necesitan más servicios una vez que terminan los beneficios del seguro. Algunos planes de atención administrada no permitirán que se le otorguen servicios una vez que finalicen sus beneficios. Si este es el caso, haremos todo lo posible por encontrar otro proveedor que lo ayude a continuar con su psicoterapia.

También debe saber que la mayoría de las compañías de seguros requieren que nos autorice para proporcionarles un diagnóstico clínico. (Los diagnósticos son términos técnicos que describen la naturaleza de sus problemas y si estos son a corto o largo plazo). A veces, tenemos que proporcionar información

clínica adicional, como planes de tratamiento o resúmenes, o copias del registro completo (en raras ocasiones). Esta información pasará a formar parte de los archivos de la compañía de seguros y probablemente se almacenará en una computadora. Aunque todas las compañías de seguros afirman mantener dicha información de manera confidencial, no tenemos control sobre lo que hacen con su información una vez que está en sus manos. En algunos casos, pueden compartir la información con un banco de datos de información médica nacional. Le proporcionaremos una copia de cualquier informe presentado, si lo solicita. Al firmar este Acuerdo, acepta que ISWS puede proporcionar la información solicitada a su proveedor si planea pagar con un seguro.

REGISTROS PROFESIONALES

ISWS está obligado a mantener registros adecuados de los servicios que se prestan. Sus registros se mantienen en un lugar seguro en la oficina o, en el caso de registros médicos electrónicos, en archivos cifrados protegidos con contraseña en un almacenamiento de datos que cumple con HIPAA. El Consejero mantiene registros breves anotando que se llevó a cabo la sesión, los motivos para buscar terapia, los objetivos y el progreso establecidos para el tratamiento, su diagnóstico, los temas tratados, su historial médico, social y de tratamiento, registros recibidos de otros proveedores, copias de registros enviados a otros, y sus registros de facturación. Excepto en circunstancias inusuales que impliquen un peligro para usted, tiene derecho a tener una copia de su expediente. Debido a que estos son registros profesionales, pueden malinterpretarse y/o molestar a los lectores no capacitados. Por este motivo, le recomendamos que los revise inicialmente con el Consejero o que los envíe a otro profesional de la salud mental para discutir el contenido. Si rechazamos su solicitud de acceso a sus registros, tiene derecho a que la decisión sea revisada. También tiene derecho a solicitar que una copia de su expediente esté disponible para cualquier otro proveedor de atención médica si lo solicita por escrito.

CONFIDENCIALIDAD

Las políticas de ISWS sobre confidencialidad y de información sobre sus derechos de privacidad, se describen por completo en un documento separado titulado Aviso de Prácticas de Privacidad. Se le ha proporcionado o pronto se le proporcionará una copia de ese documento y ya ha abordado estos temas con el Consejero. Recuerde que puede reiniciar la conversación en cualquier momento durante su trabajo junto con el Consejero.

CONSENTIMIENTO PARA PSICOTERAPIA PROPORCIONADA A TRAVÉS DE SALUD MENTAL REMOTA

La salud mental remota es la práctica de brindar servicios clínicos de atención de salud mental a través de medios asistidos por tecnología u otros medios electrónicos entre un profesional médico y un paciente que se encuentran en dos ubicaciones diferentes. A continuación, se encuentran los derechos, responsabilidades y protocolos en relación con la salud mental remota:

1. Tiene derecho a suspender el consentimiento en cualquier momento sin afectar su derecho futuro a la atención o los beneficios del programa a los que tiene derecho.

2. Existen riesgos, beneficios y consecuencias asociados con la salud mental remota, incluyendo, entre otros, interrupción de la transmisión por fallas técnicas, interrupción y/o violación de la confidencialidad por parte de personas no autorizadas y/o capacidad limitada para responder a emergencias.
3. Ninguna de las partes grabará ninguna de las sesiones en línea. Toda la información divulgada dentro de las sesiones y los registros escritos relacionados con esas sesiones son confidenciales y no se pueden divulgar a nadie sin autorización por escrito, excepto cuando la ley permita o exija la divulgación.
4. Las leyes de privacidad que protegen la confidencialidad de la información de salud protegida (PHI) también se aplican a la salud mental remota, a menos que se aplique una excepción a la confidencialidad (por ejemplo, reporte obligatorio de abuso de niños, ancianos o adultos vulnerables; peligro para uno mismo o para otros; usted refiere que sus problemas de salud mental/emocional son un problema en un procedimiento legal).
5. Si tiene pensamientos suicidas u homicidas, presenta síntomas psicóticos de manera activa o presenta una crisis de salud mental que no se puede resolver de forma remota, se puede determinar que los servicios de salud mental remota no son apropiados y se requiere un mayor nivel de atención.
6. Durante una sesión de salud mental remota, podría haber dificultades técnicas que resulten en interrupciones del servicio. Si esto ocurre, finalice y reinicie la sesión. Si la sesión no se puede reiniciar en diez minutos, el consejero lo llamará para plantear la reprogramación.
7. Es posible que el consejero deba comunicarse con los contactos de emergencia y/o las autoridades correspondientes en caso de una emergencia.

PROTOCOLOS DE EMERGENCIA

Usted acepta proporcionar una persona de contacto para comunicarse con ella en su nombre solo en caso de una emergencia que ponga en peligro su vida. Se contactará a esta persona para que vaya a su ubicación o lo lleve al hospital en caso de una emergencia.

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Su firma a continuación indica que ha leído el presente Acuerdo y el Aviso de Prácticas de Privacidad y acepta sus términos.

COPY FOR YOUR RECORDS
(No Signature Required)

Nombre del paciente (escrito a mano)

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del representante legalmente autorizado

Firma del representante legalmente autorizado

Fecha

Staten Island
1110 South Avenue, Suite 404
Staten Island, NY 10314

Teléfono: 800-277-4680
Fax: 888-556-9797
www.integritysocialworkservices.com

Notificación de Prácticas de Privacidad HIPAA

ESTA NOTIFICACIÓN ABARCA SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD Y DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN SOBRE USTED PUEDE SER REVELADA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELA CON DETENIMIENTO.

I. Confidencialidad

Como norma, no revelaré información sobre usted, ni sobre el hecho de que usted es mi paciente, sin su consentimiento por escrito. Mi Registro de Salud Mental formal describe los servicios que le son prestados y contiene las fechas de nuestras sesiones, su diagnóstico, estatus funcional, síntomas, pronóstico y progreso, y cualquier reporte de una prueba psicológica. Los proveedores de atención médica tienen legalmente permitido usar o revelar registros o información a fines del tratamiento, pago, y operaciones de atención médica. Sin embargo, regularmente, yo no revelo información en esas circunstancias, por lo cual, solicitaré su permiso con anticipación, bien sea a través de su consentimiento al inicio de nuestra relación (mediante la firma del formulario de consentimiento general que se adjunta), o a través de su autorización por escrito al momento de surgir la necesidad para la revelación. Usted puede revocar su permiso, por escrito, en cualquier momento, contactándome.

II. “Límites de Confidencialidad”

Posibles Usos y Revelaciones de los Registros de Salud Mental sin Consentimiento o Autorización

Existen algunas excepciones importantes a esta norma de confidencialidad – algunas excepciones creadas voluntariamente por mi propia elección, [algunas sustentadas en las políticas de este consultorio/agencia], y algunas requeridas por la ley. Si desea recibir los servicios de salud mental de mi parte, debe firmar el formulario adjunto que indica su entendimiento y aceptación de mis políticas sobre la confidencialidad y sus límites. Discutiremos estos temas ahora, pero puede retomar la conversación en cualquier momento durante nuestro trabajo juntos.

Puedo utilizar o revelar los registros u otra información sobre usted sin su consentimiento o autorización en las siguientes circunstancias, por aplicación de la política, o porque es legalmente requerido:

Emergencia: Si está involucrado en una emergencia que pone en riesgo su vida y no puedo solicitar su permiso, compartiré la información si considero que usted habría querido que yo lo hiciera, o si considero que será de utilidad para usted.

Reporte de Abuso Infantil: Si tengo razones para sospechar que un niño es víctima de abuso o negligencia, estoy obligado por la ley del Estado de Nueva York a reportar el asunto inmediatamente al Departamento de Servicios Sociales.

Reporte de Abuso en Adultos: Si tengo razones para sospechar que un adulto de edad avanzada o discapacitado es víctima de abuso, negligencia, o explotación, estoy obligado por la ley a reportarlo de inmediato y a entregar la información relevante.

Vigilancia de Salud: La ley del Estado de Nueva York requiere que los psicólogos [trabajadores sociales; orientadores] con licencia reporten el mal comportamiento por parte de un proveedor de atención médica de su propia profesión. Con base en la política, también me reservo el derecho para reportar el mal comportamiento de los proveedores de atención médica de otras profesiones. En virtud de la ley, si usted describe una conducta poco profesional por parte de otro proveedor de salud mental de cualquier profesión, estoy obligado a explicarle cómo realizar ese reporte. Si usted mismo es un proveedor de atención médica, estoy obligado por ley a presentar el reporte ante la junta que emite la licencia, indicando que usted está en tratamiento conmigo, si considero que su condición representa un riesgo para el público.

Procedimientos ante el Tribunal: Si usted está involucrado en un procedimiento judicial y se presenta una solicitud de información sobre su diagnóstico y tratamiento y los registros correspondientes, esa información es privilegiada de conformidad con la ley del Estado de Nueva York, y yo no entregaré la información salvo que usted entregue la autorización por escrito, o un juez emita una orden judicial. Si recibo una citación para presentar registros o rendir testimonio, le notificaré para que usted pueda presentar una moción para anular (bloquear) la citación. Sin embargo, mientras se espera la decisión del juez, estoy obligado a colocar esos registros en un sobre sellado y entregarlos al Secretario del Tribunal.

Amenaza Grave a la Salud o a la Seguridad: De conformidad con la ley del Estado de Nueva York, si estoy cumpliendo con mis deberes profesionales y usted me comunica una amenaza específica e inmediata para causar una lesión corporal grave o la muerte, a una persona identificada o identificable, y considero que usted tiene la intención y la capacidad para ejecutar esa amenaza inmediata o inminentemente, estoy legalmente obligado a seguir los pasos para proteger a terceras personas. Estas precauciones pueden incluir 1) advertir a la(s) víctima(s) potencial(es), o a los padres o tutores de la(s) víctima(s) potencial(es), si son menores de 18 años, 2) notificar a los oficiales de policía, o 3) solicitar su hospitalización. En virtud de mi propia política, también puedo utilizar y revelar información médica sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza inmediata, grave, a su propia salud y seguridad.

Otros usos y revelaciones de información no cubiertos por esta notificación o por las leyes que me son aplicables se realizarán solamente con su permiso por escrito.

III. Derechos del Paciente y Deberes del Proveedor:

Derecho a Solicitar Restricciones – Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y revelaciones de su información de salud protegida. También tiene derecho a solicitar una limitación sobre la información médica que yo revele sobre usted a otra persona que está involucrada en su cuidado o el pago por su atención. Si me solicita revelar información a otra parte, usted puede solicitar que yo limite la información que será revelada. Sin embargo, no estoy obligado a aceptar la restricción que usted solicita. Para solicitar restricciones, debe presentar su solicitud por escrito, e informarme: 1) cuál información quiere limitar; 2) si quiere o no limitar mi uso, revelación, o ambos; y 3) a quiénes quiere que se apliquen las limitaciones.

Derecho a Recibir Comunicaciones Confidenciales por Medios Alternativos y en Ubicaciones Alternativas – Usted tiene derecho a solicitar y recibir comunicaciones confidenciales sobre la PHI por medios alternativos y en ubicaciones alternativas. (Por ejemplo, usted no quiere que un familiar sepa que me está consultando. Si lo solicita, enviaré sus facturas a otra dirección. También puede solicitar que le contacte solamente en el trabajo, o que no deje mensajes en el correo de voz). Para solicitar la comunicación alternativa, debe presentar su solicitud por escrito, especificando cómo o dónde desea ser contactado.

Derecho a la Relación Detallada de las Revelaciones – Por lo general, tiene derecho a recibir una relación detallada de las revelaciones de la PHI sobre la cual usted no ha brindado su consentimiento ni su autorización (como se describe en la sección III de esta Notificación). Con su solicitud por escrito, discutiré con usted los detalles del proceso de rendición de cuentas.

Derecho a Inspeccionar y Copiar – En la mayoría de los casos, usted tiene derecho para inspeccionar y copiar sus registros médicos y de facturación. Con esta finalidad, debe consignar su solicitud por escrito. Si solicita una copia de la información, puedo cobrar una tarifa por los costos de copiado y envío por correo. Puedo negar su solicitud para inspeccionar y copiar en algunas circunstancias. Puedo negarme a darle acceso a ciertas notas de psicoterapia o a la información compilada con anticipación razonable para, o utilizada en, un procedimiento civil, penal, o administrativo.

Derecho a Enmendar – Si usted considera que la información de salud protegida que yo tengo sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarme enmendar la información. Para solicitar una enmienda, debe entregarme su solicitud por escrito. Adicionalmente, debe plantear una razón que soporte su solicitud. Puedo denegar su solicitud si usted me pide enmendar información que: 1) no fue creada por mí; añadiré su solicitud a la información del registro; 2) no es parte de la información médica mantenida por mí; 3) no es parte de la información que usted tendría permitido inspeccionar y copiar; 4) es exacta y completa.

Derecho a una Copia de esta Notificación – Usted tiene derecho a una copia en papel de esta notificación. Puede pedirme una copia de esta notificación en cualquier momento. Cambios a esta notificación: Me reservo el derecho para cambiar mis políticas y/o para cambiar esta notificación, y para hacer que la notificación con los cambios surta efectos para la información médica que ya tengo sobre usted así como también cualquier información que reciba en el futuro. La notificación

contendrá la fecha de vigencia. Le entregaremos una nueva copia o se publicará en la sala de espera. Tendré copias de la notificación vigente disponibles para entregar cuando las soliciten.

Reclamaciones: Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede interponer una reclamación. Con esta finalidad, debe consignar su solicitud por escrito en mi consultorio. También puede enviar una reclamación por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Gracias por elegir Integrity Social Work Services para su atención de salud mental. Nos comprometemos a ofrecerle servicios de la más alta calidad. Le pedimos que lea y firme este formulario para confirmar su comprensión de nuestras pólizas financieras para cliente.

Responsabilidades Financieras del Cliente:

El cliente (o su tutor legal, si es menor de edad) es el último responsable del pago de los servicios recibidos.

- El cliente debe proporcionar información de seguro médico correcta y actualizada.
- Es responsabilidad del cliente cubrir los copagos, coaseguros, deducibles y cualquier servicio no incluido en su plan de seguro.
- Los pagos vencen dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la factura.
- Podrán aplicarse cargos por cheques devueltos o pagos atrasados.
- Si el seguro niega la cobertura por cualquier motivo, el cliente será responsable del pago total de la sesión.
- Autorizo el pago directo de mi seguro al proveedor (asignación de beneficios).

Al firmar a continuación, reconozco y acepto la responsabilidad financiera por cualquier cargo no cubierto por mi seguro médico por los servicios prestados por Integrity Social Work Services.

Firma

Fecha

Nombre Impreso

☐ Opcional - Autorización de Tarjeta para Autopago

Con gusto autorizo a Integrity Social Work Services a guardar de forma segura mi tarjeta de crédito y cargarla por cualquier saldo a cargo del cliente no cubierto por el seguro, incluyendo copagos, deducibles y coaseguros.

Tipo de Tarjeta: _____ Visa _____ Mastercard _____ AmEx _____ Discover

Nombre en Tarjeta: _____

Número de Tarjeta#: _____ Fecha de Expiración: ____/____/____

Firma de Autorización: _____ Fecha: _____

Esta autorización de pago automático puede revocarse en cualquier momento por escrito.

Responsabilidad del Cliente por la Divulgación de Cuidados de Hospicio, Hospitalización, Hogar de Ancianos, Centro de Rehabilitación o Cambio de Estado de Seguro Médico

Yo, el cliente firmante (o su representante legal), entiendo y acepto que es mi responsabilidad informar a mi consejero o a la oficina de **Integrity Social Work Services (ISWS)** al **800-277-4680**, antes de recibir **servicios de consejería**, si actualmente me encuentro en alguna de las siguientes situaciones:

- Recibiendo cuidados de hospicio
- Ingresado en un hospital
- Residiendo en un hogar de ancianos o centro de rehabilitación
- Si mi residencia se establece fuera del Estado de Nueva York
- Cambio de seguro médico

Reconozco que no revelar esta información resultará en mi **responsabilidad financiera total** por cualquier sesión de consejería que ocurra durante el período en que me encuentre en alguna de las situaciones mencionadas.

Al firmar a continuación, confirmo que he leído, comprendido y acepto los términos descritos anteriormente.

Nombre del Cliente (o Representante Legal): _____

Firma: _____ Fecha: _____