

Woodland Centers: consentimiento de servicios

Cliente núm.: _____

Nombre del cliente (en imprenta)

Fecha de nacimiento del cliente

Padre/madre/tutor legal (si corresponde [en imprenta])

Confirmando que se me ofreció lo siguiente, y comprendo que puedo solicitar una copia en cualquier momento, o buscar la información en el sitio web de Woodland Centers, www.woodlandcenters.com.

- Notificación sobre las normas de privacidad (Usos y divulgación de Información Médica Protegida, Normas de privacidad y Presentación de un reclamo)
- Derechos y responsabilidades del cliente
- Información de tarifas y pagos (se incluye el Cronograma de tarifa variable)
- Comunicación electrónica (se incluyen servicios de correo electrónico, mensajería y de asistencia sanitaria telefónica)

He leído y comprendo la siguiente información con respecto a mi decisión de contratar servicios de salud mental en Woodland Centers:

- **Servicios de telemedicina (psiquiatría, terapia, respuesta móvil ante la crisis y Programa de uso de sustancias):** Me pueden ofrecer servicios mediante los sistemas de telemedicina que implican brindar servicios de telemedicina mediante comunicación electrónica con un proveedor que se encuentra en una ubicación física diferente. Antes de programar servicios de telemedicina, tendré la oportunidad de analizar los riesgos y beneficios. Doy mi consentimiento para recibir estos servicios si son apropiados para mi tratamiento con el conocimiento de que puedo rechazar los servicios de atención médica sanitaria en cualquier momento. Este servicio puede depender de la aprobación de la aseguradora y del acceso a dispositivos móviles y ordenadores con acceso a Internet de alta velocidad. Entiendo que ninguna de las partes puede grabar los servicios de telemedicina, a menos que yo haya dado mi consentimiento y haya firmado un formulario de Autorización de Grabación de Vídeo.
- **Atención integrada:** si estoy en uno o más programas u obtengo servicios de uno o más proveedores de Woodland Centers o, si lo haré en el futuro, doy mi consentimiento para que todos los programas o proveedores de Woodland Centers relacionados con mi tratamiento compartan mi información médica protegida, lo que incluye el uso de sustancias, a fin de facilitar la coordinación de los servicios y la integración de la atención.
- **Practicantes:** reconozco y autorizo que un practicante de Woodland Centers que aún no obtuvo su certificación o acreditación puede atenderme a mí o a mi hijo. Los servicios se brindan bajo la supervisión clínica de un supervisor autorizado designado. El especialista que supervisa tendrá acceso a mi expediente y podrá estar presente en las sesiones para observar al practicante. Comprendo que los servicios se facturan con la misma tarifa del proveedor autorizado/supervisor.
- **Padre/madre/tutor legal de menores:** Se requiere el consentimiento de los padres para todos los servicios (entre estos, el Programa de uso de sustancias), a menos que se otorgue una aprobación previa en concordancia con los estatutos de Minnesota. Soy el padre/madre/tutor del cliente y tengo el derecho legal de organizar los servicios para el cliente. (TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: el otro progenitor con derechos legales tendrá acceso a la información del niño). Si hay un desacuerdo entre los progenitores con respecto a los servicios, se debe analizar en la primera sesión. Si no se llega a un acuerdo con respecto al tratamiento, Woodland Centers podría interrumpir los servicios. Nuestros servicios, facturados como servicios de salud mental, se centran en tratar los problemas mentales o de consumo de sustancias que se presentan y no se centran en evaluar la capacidad de crianza ni en documentar las disputas entre los padres. **Woodland Centers se reserva el derecho de solicitar documentación sobre acuerdos legales en cualquier momento.**
- **Comunicación por correo electrónico o mensajería:** Al proporcionar un número de celular o dirección de correo electrónico, doy mi consentimiento para recibir comunicaciones, entre estas, llamadas de mensajes de voz, mensajes de texto y correos electrónicos de parte de empleados de Woodland Centers. Es posible que se apliquen tarifas estándar por las llamadas o mensajes de texto.

Con mi firma, reconozco que autorizo a Woodland Centers para que me proporcione servicios de salud mental. Woodland Centers puede enviarle a mi empresa de seguros cualquier información que sea necesaria para determinar los pagos por los servicios. Puede incluir información de uso de sustancias. Le otorgo permiso a mi empresa de seguros para que le envíe los pagos directamente a Woodland Centers. Puedo solicitar una tarifa reducida si vivo en los condados de Big Stone, Chippewa, Kandiyohi, Lac qui Parle, Meeker, Renville o Swift. Entiendo que, para solicitar la tarifa reducida, debo enviarle a Woodland Centers información sobre la cantidad de miembros que hay en mi familia y la verificación de mis ingresos brutos dentro de los siguientes 30 días. Entiendo que soy responsable económicamente de mi factura.

Firma del cliente/tutor/padre/madre

Fecha del día de hoy