**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**CONFIDENCIALIDAD**

Entiendo que toda la información entre mi terapeuta y yo se mantiene estrictamente confidencial, y mi terapeuta no divulgará ninguna información sobre mi terapia a menos que lo permita la ley o:

1. Yo acepte por escrito permitir que mi informacion sea divulgada,

2. Que represente un peligro físico para mí mismo,

              3.La oficina reciva una orden directa de la corte,

4. Que yo represente un peligro para otros,

5. Exista sospecha de abuso / negligencia de niños y/o ancianos.

Entiendo que en los últimos 2 casos, el terapeuta está obligado por ley a informar a las posibles víctimas y autoridades legales para que se puedan tomar medidas de protección. Si participo en orientación grupal, acepto no discutir ningún detalle del grupo fuera de las sesiones de consejería.

**DIVULGACION DE INFORMACIÓN**

Además de las divulgaciones de información permitidas anteriormente, autorizo ​​la discusión de mi caso con la fuente de referencia y otros proveedores e instalaciones de atención médica para fines de diagnóstico y tratamiento. Además, autorizo ​​la divulgación de información para reclamaciones, certificación / gestión de casos / mejora de la calidad y otros fines relacionados con los beneficios de mi plan de salud. [Las entregas de información a proveedores, familiares, etc. requieren un formulario por separado.]

**TÉRMINOS FINANCIEROS**

Tras la verificación de la cobertura del plan de salud / seguro y los límites de la póliza, se le facturará a mi compañía de seguros y el proveedor pagará directamente a mi proveedor. Seré responsable de los deducibles y copagos aplicables. Acepto realizar estos pagos en cada cita. Entiendo que si no soy elegible en el momento en que se prestan los servicios, soy responsable del pago, incluso si la determinación se realiza después de prestar los servicios. Si no tengo cobertura de plan de salud / seguro, los arreglos de pago se realizarán antes de mi primera visita.

**APELACIONES Y AGRAVIOS**

Reconozco mi derecho a solicitar una reconsideración en el caso de que se niegue la certificación de la atención ambulatoria (número de visitas) (Apelación). Entiendo que solicitaría una Apelación a través de mi Proveedor y que no arriesgo nada al ejercer este derecho. También reconozco que puedo presentar un reclamo al proveedor o al administrador en cualquier momento para registrar una queja sobre cualquier aspecto de mi atención. Si no estoy satisfecho con la respuesta que recibo, puedo enviar el reclamo directamente a mi compañía de seguros.

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

Además autorizo ​​y solicito que los proveedores con licencia y calificados realicen mi (s) evaluación (es) y tratamiento ahora o durante el curso de mi cuidado del paciente. Entiendo que el propósito de estos procedimientos se me explicará a petición mía y sujeto a mi acuerdo. También entiendo que, si bien el curso de la terapia está diseñado para ser útil, a veces puede ser difícil e incómodo. También entiendo que mi psicoterapeuta, psicólogo o psiquiatra tratante es un profesional de salud mental con licencia, calificado y con credenciales.

**CITAS CANCELADAS / PERDIDAS**

Entiendo que si se pierdo o cancelo una cita con menos de 24 horas de anticipación, se me cobrará de acuerdo con la tarifa programada o de acuerdo con las reglas de mi plan de salud. Constante repeticion de citas perdidas o canceladas (dos o más) podrían resultar en la suspensión de los servicios de salud mental, de conformidad con el formulario de divulgación y la evidencia de cobertura. Si no me presento o cancel mas de dos veces, comprendo que tendré que esperar para una futura cita o ser puesto en la lista de espera y, dependiendo de mi plan de salud, es posible que deba pagar la sesión que se canceló o se perdió.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

    Imprimir nombre (Paciente o padre / tutor)                                                  Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma (paciente o padre / tutor)                                                Fecha

\_\_ Copia entregada al padre / tutor \_\_ Copia rechazada del padre / tutor