



Bienvenido A Elevated Insights Assessment, LLC. El presente documento contiene información importante acerca de los servicios profesionales, de cómo se puede utilizar y divulgar su información de salud mental y de cómo puede acceder a dicha información. Por favor lea cuidadosamente y realícenos cualquier pregunta que pueda tener.

DECLARACIÓN Y POLÍTICAS DE DIVULGACIÓN

REGULACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL EN COLORADO:

1. Elevated Insights Assessment, LLC (“EIA”) está ubicada en 899 Logan Street, Suite 307, Denver, CO 80203, 303-756-1197. Por favor, revise la lista de terapeutas de EIA a continuación, para que los conozca y para que sepa cuáles son sus especializaciones y cualificaciones o visite nuestra página web www.elevatedinsights.org.

La Dra. Kate Colón es codirectora de Elevated Insights. Kate tiene un Doctorado en Psicología Clínica de la Universidad de Denver (UD) en Psicología Clínica (2014), una Maestría en Psicología Internacional de la Catástrofe de la UD (2010) y una licenciatura en Literatura Inglesa de la Universidad de Montana (2003). Es una psicóloga clínica licenciada en el Estado de Colorado, con el número # 4327.

La Dra. Jennifer Paz es codirectora de Elevated Insights. Jennifer tiene un Doctorado en Psicología Clínica de la Universidad de Denver (UD) en Psicología Clínica (2015). Obtuvo una Maestría en Psicología Clínica en la UD (2013), una Maestría en Educación en la Universidad Régis (2007) y su Licenciatura en Psicología en la Universidad Estatal de Georgia (2003). Actualmente, Jennifer es una psicóloga clínica licenciada en el Estado de Colorado, con el número #4497.

La Dra. Jenna Scott tiene un Doctorado de la Universidad George Washington en Psicología Clínica (2014), una Maestría en Psicología Clínica de la Universidad George Washington (2011) y una Licenciatura en Psicología de la Universidad de Las Vegas Nevada. Jenna es una psicóloga clínica licenciada en el Estado de Colorado, con el número #4736.

2. Toda persona mayor de quince (15) años de edad debe firmar esta declaración de divulgación. Cualquier padre o representante con la autoridad para aceptar los servicios de salud mental para su hijo(s) debe firmar esta declaración de divulgación, en nombre de su hijo(a) menor de quince (15) años de edad. Esta declaración de divulgación contiene las políticas y procedimientos compatibles con EIA y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA por sus siglas en inglés). No se revelará ninguna información médica o psicoterapéutica ni cualquier otra información relacionada con su privacidad, sin su autorización, salvo que lo ordenen las leyes de Colorado y/o las regulaciones Federales (CRF 42, Sección 2 y Párrafo 25, Artículo 4, Sección 14 y Párrafo 25, Artículo 1, Párrafo 1, la ECR y la HIPAA, el CRF 45, Secciones 142, 160, 162 y 164).

3. El Departamento de Agencias Reguladoras de Colorado (“DARC”), Dirección General de Profesiones (“DGP”) tiene la responsabilidad de regular la práctica de los psicólogos licenciados, los trabajadores sociales licenciados, los consejeros profesionales licenciados, los terapeutas familiares y de pareja licenciados, los consejeros en adicciones certificados y licenciados y los individuos registrados que practican la psicoterapia. La agencia dentro de DARC que tiene responsabilidad específica es la Sección de Salud Mental, ubicada en 1560 Broadway, Suite #1350, Denver, Colorado 80202, (303) 894-2291 o (303) 894-7800; DORA_MentalHealthBoard@state.co.us. Se exhorta a los clientes (no es obligatorio) a que gestionen cualquier queja a través de los procesos internos de EIA.

4. Usted, como cliente, puede revocar su consentimiento a tratamiento y/o evaluación, o la divulgación de información confidencial en cualquier momento, siempre que sea por escrito y la entregue a su terapeuta.

5. Los niveles de regulación psicoterapéutica en Colorado incluyen licencias (requiere un mínimo de educación, experiencia y cualificaciones), certificaciones (requiere un mínimo de capacitación, experiencia y para algunos niveles, examen de cualificaciones) y psicoterapeutas registrados (no requiere educación o experiencia mínima ni examen de cualificaciones). Todos los niveles de regulación requieren la aprobación de un examen de jurisprudencia que se realiza en casa.

El Consejero en Adición Certificado I (CAC I) debe ser bachiller, haber completado las horas de capacitación requeridas y 1000 horas de experiencia supervisada. El Consejero en Adición Certificado II (CAC II) debe completar horas de capacitación requerida adicionales y 2000 horas de experiencia supervisada. El Consejero en Adición Certificado III (CAC III) debe tener una licenciatura en salud del comportamiento, completar horas de capacitación requerida adicionales y 2000 horas de experiencia supervisada. El Consejero en Adición con Licencia debe tener una maestría clínica y cumplir con los requisitos del CAC III. El Trabajador Social con Licencia debe tener una maestría en trabajo social. El candidato a psicólogo, a terapeuta familiar y de pareja, y a consejero profesional con licencia debe tener el grado de licencia necesario y estar en proceso de completar la supervisión requerida para la licencia. El trabajador social clínico con licencia, el consejero familiar y de pareja con licencia y el consejero profesional con licencia deben tener maestrías en su profesión y dos años de supervisión después de la maestría. El psicoterapeuta registrado se encuentra en la base de datos de Colorado y está autorizado por la ley para ejercer la psicoterapia en Colorado, pero no tiene licencia del Estado y no necesita cumplir con ningún estándar educativo o prueba para obtener su registro por parte del Estado. El psicoterapeuta registrado debe hacer el examen de jurisprudencia.

DERECHOS DEL CLIENTE E INFORMACIÓN IMPORTANTE:

Usted como cliente tiene derecho a recibir información de mi parte acerca de mis métodos de terapia y evaluación, las técnicas que utilizo, la duración de su terapia y/o evaluación, si puede determinarlos y mi estructura de tarifas. Por favor notifíqueme si quiere recibir esta información.

Tarifas:

1. Mi estructura de tarifas, servicios y política de tarifas se detalla a continuación (vea la hoja de tarifas adicional para conocer las tarifas de las evaluaciones):

- a. La primera sesión tiene un costo de \$175,00. El resto de sesiones se cobrará a \$150,00 por hora, salvo se notifique algo diferente.
- b. Es mi política cobrar todas las tarifas en el momento que se presta el servicio, salvo que tenga un acuerdo de pago y ambos aceptemos dicho acuerdo. Adicionalmente, le solicito que llene este formulario de "Autorización de tarjeta de crédito" para mantenerlo en su registro. Todas las cuentas que no se paguen en los próximos treinta (30) días después del servicio, se considerarán vencidas. Si su cuenta está vencida, por favor considere que puedo verme obligado a pasarla a la agencia de cobranza o intentar cobrarla mediante una acción civil. Si firma abajo, usted acepta que puedo buscar el pago de cuentas vencidas con la ayuda de una agencia de cobranza. Si esto ocurre, le daré a la agencia de cobranza o al tribunal su nombre, dirección, número telefónico y cualquier otra información del directorio, incluyendo datos del servicio o cualquier otra información solicitada por la agencia o el tribunal, que se considere necesaria para cobrar la cuenta vencida. No divulgaré más información de la necesaria para cobrar la cuenta vencida. Le notificaré acerca de mis intenciones de pasar su cuenta a la agencia de cobranza o al tribunal, enviándole dicha notificación a su última dirección conocida.
- c. EIA no cuenta con proveedores de seguros Medicaid dentro de su personal. Si usted tiene cobertura de seguro Medicaid para evaluaciones neuropsicológicas, que incluyan evaluación cognitiva, adaptativa y del espectro autista, EIA puede ofrecerle servicios de salud mental. Si tiene seguro primario y Medicaid, se facturará su seguro primario antes de Medicaid.

- d. Los servicios legales en los que se incurra por usted, se cobran a una tarifa mayor, incluyendo, entre otros, honorarios de abogados en que pueda incurrir para preparar o cumplir con los servicios legales requeridos, asuntos relacionados a testimonios como elaboración de informes, viaje, declaraciones, testimonio real, tiempo de interrogatorio y tiempo de espera del tribunal. La tarifa más alta es de \$450.00 por hora.

Restricciones de uso:

2. Usted tiene derecho a solicitar la restricción de ciertos usos y divulgaciones de su información de salud protegida, de acuerdo con el CRF 45 164.522(a). No obstante, EIA no está obligada a aceptar una solicitud de restricción. Por favor, revise el Aviso de Políticas de Privacidad de EIA para obtener mayor información.

Segunda opinión y cese:

3. Usted tiene el derecho de buscar una segunda opinión e otro terapeuta o cesar la evaluación y/o la terapia en cualquier momento.

Intimidad sexual:

4. En una relación profesional (como la psicoterapia o la evaluación), la intimidad sexual entre un terapeuta y un cliente **nunca** es apropiada. Si existe intimidad sexual, se debe reportar a la DARC a través del (303) 894-2291, Sección de Salud Mental, ubicada en 1560 Broadway, Suite 1350, Denver, Colorado 80202.

Confidencialidad:

5. En general, la información proporcionada por y para el cliente, durante la evaluación y/o sesiones de terapia, son legalmente confidenciales si el psicoterapeuta es un psicólogo con licencia, un trabajador social con licencia, un consejero profesional con licencia, un consejero familiar y de pareja con licencia, un consejero en adicción certificados y con licencia o un psicoterapeuta registrado. Si la información es legalmente confidencial, el psicoterapeuta no puede forzar la divulgación de la información sin el consentimiento del cliente o en ningún tribunal competente en el Estado de Colorado sin el consentimiento de la persona relacionada con el testimonio que se busca.

6. Existen excepciones a esta regla de confidencialidad legal. Estas excepciones están enumeradas en los estatutos de Colorado y en las LREC, Sección 12-43-218. Debe saber que las disposiciones relacionadas con la divulgación de comunicaciones confidenciales no aplican a ningún procedimiento delictivo o criminal, excepto por la LREC, Sección 13-90-107. Hay excepciones adicionales que le mostraré cuando surjan las circunstancias durante el tratamiento o en nuestra relación profesional. Por ejemplo, yo debo reportar el abuso infantil o situaciones negligentes. Asimismo, debo reportar el abuso o la explotación de adulto en riesgo o de tercera edad, o el riesgo inminente de abuso o explotación. Si considero que usted es un peligro para usted mismo o terceros, incluyendo aquellos identificables por su asociación con una ubicación o entidad específica, debo divulgar dicha información a las autoridades competentes o advertir a la persona, ubicación o entidad que haya amenazado. Si usted queda gravemente discapacitado, debo reportarlo a las autoridades competentes. También podría divulgar información confidencial en el curso de la supervisión o consulta, de acuerdo con mis políticas y procedimientos, en la investigación de una demanda o acción legal presentada contra mí, o si un tribunal competente me ordena que divulgue dicha información. También debe estar al tanto de que, si usted debe comunicar cualquier información que involucre una amenaza a sí mismo o a otros, podría tener que actuar inmediatamente para protegerlo a usted o a otros de un daño. Adicionalmente, puede haber otras excepciones a la confidencialidad, de acuerdo con los reglamentos de la HIPAA y otras leyes o regulaciones federales y/o del Estado de Colorado que sean aplicables.

Asimismo, a pesar de que la confidencialidad se extiende a comunicaciones por mensaje de texto, correo electrónico, teléfono y/u otros medios electrónicos, no puedo garantizarle que esas comunicaciones serán confidenciales y/o que un tercer no pueda tener acceso a ellas. Aunque pueda utilizar métodos de encriptación, firewall y sistemas de respaldo de última generación para proteger las comunicaciones, existe un riesgo de que nuestras comunicaciones electrónicas o telefónicas puedan estar comprometidas, ser inseguras y/o violadas por un tercero. Por favor revise y llene el Consentimiento de Divulgación de la Información de Salud Protegida a través de Trasmisiones Inseguras.

Política “Sin secretos”:

7. Cuando se trata de una familia o pareja, estas se consideran como el cliente. En ciertos momentos puede ser

necesario tener una sesión privada con un miembro de la familia o pareja. También puede haber ocasiones en que un miembro de la familia o pareja decida compartir información de manera diferente, que no incluya a otros miembros de la familia o pareja (ej.: por teléfono, correo electrónico o conversación privada). En general, lo que se dice en estas conversaciones es confidencial y no se divulgará a ningún tercer, salvo que su terapeuta deba hacerlo por ley. Sin embargo, en caso de que usted divulgue información que esté relacionada directamente con la evaluación y/o tratamiento de la familia o pareja, puede ser necesario que comparta información con otros miembros de la familia o pareja, con el fin de facilitar el proceso de evaluación. Su terapeuta utilizará su mejor criterio para indicar cuándo y que tanto debe divulgar. Si es adecuado, primero su terapeuta le dará la oportunidad al individuo para que informe a los demás. Esta política “sin secretos” buscar permitir que el terapeuta continúe evaluando y/o tratando a la familia o pareja, porque previene que surja un conflicto de intereses en la medida de lo posible, en el que los intereses del individuo puedan no ser consistentes con los intereses de la familia o pareja que se trata. Si cree que es necesario hablar acerca de asuntos que no quiere que se divulguen, debe consultar con un terapeuta diferente que lo pueda tratar individualmente.

Consentimiento de los padres:

8. Cuando los padres de un menor buscan los servicios de EIA, es nuestra política obtener el consentimiento de ambos padres y revisar cualquier acuerdo de custodia u orden judicial relacionada con la autoridad decisoria. Es política de EIA que los padres la informen de cualquier cambio o cambio potencial del acuerdo de custodia u orden judicial. Incumplir con este punto puede ocasionar la culminación de los servicios terapéuticos. En la mayoría de los casos, el niño/adolescente pasa tiempo con ambos padres. EIA ha descubierto que el tratamiento y la evaluación pueden ser contraproducentes si uno de los padres se resiste a optar por los servicios o si sus observaciones no se consideran. Podríamos perder información clínica importante si uno de los padres no colabora. En caso de que uno de los padres no de su consentimiento o revoque el consentimiento, EIA no proporcionará el tratamiento o lo detendrá hasta que ambos padres deseen continuar. Si ambos padres no son capaces de llegar a un acuerdo acerca del tratamiento con EIA, esta hará las recomendaciones adecuadas.

Existen dos excepciones para esta política. Primero: si los derechos de un padre han culminado o si la toma de decisiones con relación a procesos médicos la tiene solo uno de los padres. En este caso, EIA aceptará tratar al niño con el consentimiento del padre que tenga la custodia completa. Segundo: que un adolescente, de quince años de edad o mayor, consienta su propio tratamiento.

Eventos extraordinarios:

9. En caso de que quede discapacitado, muera o esté lejos por un largo tiempo (en lo sucesivo “evento extraordinario”) la siguiente persona designada, profesional de salud mental, tendrá acceso a mis registros como cliente. Si no puedo contactarlos antes de que ocurra el evento extraordinario, la persona designada los contactará. Por favor si no está cómodo con la siguiente lista de personas designadas y discutiremos cerca de las posibles alternativas.

NOMBRE: Dra. Kate Colón o Dra. Jennifer Paz
DIRECCIÓN: 899 Logan St. Suite 307, Denver, CO 80203
TELF.: 303-756-1197
CREDENCIALES: Psicóloga Clínica con Licencia

El objetivo de la persona designada es que continúe con su cuidado y tratamiento con la menor cantidad de interrupciones posibles. No le pediremos que use a la persona designada para servicios terapéuticos, pero esta le puede recomendar a otros o transferir su registro como cliente, si se lo solicitan.

Mantenimientos de los registros del cliente:

10. Como cliente, usted puede solicitar una copia de su registro en cualquier momento. De acuerdo con las Normas y Reglamentos del Consejo Estatal, EIA conservará su registro como cliente (que contiene la declaración de divulgación, información de contacto, razones para la terapia, notas, etc.) por un periodo de siete (7) años, después de que termine su terapia o de la fecha de nuestro último contacto, o siete (7) años después de su mayoría de edad, cual sea que ocurra de último. EIA no puede garantizar que su registro como cliente existirá después del periodo de siete años.

Registros electrónicos:

11. EIA puede conservar y archivar información electrónicamente en sus laptops o computadoras de escritorio y/o algunos dispositivos móviles. Con el fin de mantener la seguridad y proteger esta información, EIA puede utilizar firewalls, antivirus, cambiar contraseñas constantemente y métodos de encriptación para proteger sus computadoras y/o dispositivos móviles de violaciones. EIA también puede borrar los datos en sus dispositivos móviles remotamente si estos llegaran a extraviarse, dañarse o los robaran.

EIA puede utilizar sistemas de respaldo electrónicos como discos duros externos, dispositivos de memoria o métodos similares. Si se utilizan dichos métodos de respaldo, se tomarán precauciones razonables para garantizar la seguridad del equipo y se almacenarán. EIA utiliza un servicio con base en la nube para almacenar o respaldar la información. El sistema de respaldo en la nube que EIA utiliza es *Simple Practice* y los proveedores de servicio de correo electrónico son *Simple Practice* y *One Drive*. EIA puede conservar la seguridad de la información electrónica almacenada mediante encriptación y contraseñas. Adicionalmente, con el fin de mantener la seguridad de la información almacenada electrónicamente, EIA ha empleado las siguientes medidas de seguridad:

- Celebró un acuerdo de Asociado Comercial de la HIPAA con la compañía de almacenamiento en la nube y el proveedor de servicio de correo electrónico. Con este acuerdo, la compañía de almacenamiento en la nube y el proveedor de servicio de correo electrónico están obligados por ley federal a proteger la información almacenada electrónicamente del uso y divulgación no autorizados.
- Las computadoras que almacenan la información electrónicamente se mantienen en centros de datos protegidos, en donde se utilizan varias medidas de seguridad para resguardar las computadoras de violaciones o acceso de personas.
- La compañía de almacenamiento en la nube y el proveedor de servicio de correo electrónico utilizan varias medidas de seguridad para proteger estos respaldos del uso y divulgación no autorizados.

Podría ser necesario que otros individuos requieran acceso a la información almacenada electrónicamente, como los miembros del personal de la compañía de almacenamiento en la nube y el proveedor de servicio de correo electrónico, con el fin de mantener al sistema. Las leyes federales que protegen la información almacenada electrónicamente se extiende a estos miembros. Si tiene alguna pregunta acerca de las medidas de seguridad de los empleados de EIA, por favor pregunte.

COMO CLIENTE:

Usted como cliente acepta y entiende lo siguiente:

1. Entiendo que EIA puede contactarme para recordarme mis citas o informarme acerca de las alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud o servicios que puedan interesarme, de acuerdo con el Consentimiento de Divulgación de la Información de Salud Protegida a través de Trasmisiones Inseguras.
2. Entiendo que, si inicio comunicaciones electrónicas que no he consentido específicamente en el Consentimiento de Divulgación de la Información de Salud Protegida a través de Trasmisiones Inseguras de EIA, necesitaré modificar el formulario de consentimiento para que mi terapeuta pueda comunicarse conmigo a través de este método.
3. Entiendo que puede haber momentos en los que mi terapeuta necesite consultar con un colega u otro profesional, como un abogado o supervisor, acerca de los temas que surjan en mi evaluación y/o terapia. Mi confidencialidad sigue estando protegida por mi terapeuta y el profesional consultado. Solo se divulgará lo mínimo para realizar la consulta. Firmar esta declaración de divulgación, autoriza a mi terapeuta para que consulte lo que requiera para proporcionar sus servicios profesionales a mi como cliente. Entiendo que tendré que firmar una Autorización de Divulgación de Información diferente para cualquier discusión o divulgación de mi información de salud protegida con otro profesional diferente a un colega, supervisor o abogado relacionado con mi terapeuta.

4. Entiendo que, en general, EIA no proporciona teleterapia, como terapia por teléfono o video con chat. Asimismo, entiendo que las comunicaciones vía correo electrónico y mensaje de texto deben limitarse a propósitos administrativos y no utilizarse como una vía para la terapia. También entiendo que, si deseo una teleterapia, discutiré mi solicitud con mi terapeuta y que es su decisión si aceptar o no mi solicitud de teleterapia.

5. Entiendo que mi terapeuta no acepta amigos/conexión/seguimiento a través de ninguna red social como Facebook, LinkedIn, Twitter, Instagram. Cualquier solicitud de ese tipo será negada para mantener los límites profesionales. Entiendo que la EIA tiene, o puede tener, una página comercial en redes sociales y que no estoy obligado a darle “me gusta” o “seguir” esta página. Asimismo, entiendo que si le doy “me gusta” o “seguir” la página comercial en redes sociales de la EIA, otros verán que estoy relacionado con la página. Del mismo modo entiendo que también aplica a cualquier comentario que publique la página/muro de EIA. Entiendo que cualquier comentario que publique relacionado con el trabajo terapéutico entre mi terapeuta y yo, se borrará tan pronto como sea posible. Acepto que evitaré discutir, comentar y/o hacer preguntas terapéuticas a través de cualquier red social. También acepto que, si tengo un comentario y/o pregunta terapéutica, contactaré a mi terapeuta a través del modo consentido y **no** a través de las redes sociales.

6. Entiendo que, si tengo alguna pregunta con respecto a las redes sociales, sitios web o buscadores vinculados con mi relación terapéutica, contactaré a mi terapeuta de inmediato y realizaré estas preguntas.

7. Entiendo que mi terapeuta brinda evaluación y servicios terapéuticos **de emergencia solo con cita previa**. Si por **cualquier razón** estoy en medio de una **emergencia real** y no puedo contactar a mi terapeuta a través del número telefónico 303-756-1197, llamaré al **911**, iré a la sala de emergencias del hospital más cercano o llamaré a la Línea de Crisis de Colorado (844) 493-8255. EIA no brinda servicio después de sus horas laborales sin previa cita. **Si debo buscar tratamiento de cualquier agencia o centro de asistencia fuera de las horas laborales, entiendo que únicamente yo seré responsable por cualquier tarifa generada**. Entiendo que, si dejo un mensaje de voz a mi terapeuta en el número de teléfono proporcionado, mi terapeuta devolverá la llamada al final del siguiente día laboral, excepto en feriados y fines de semana.

8. Si mi terapeuta considera que mis problemas terapéuticos superan su capacidad o que están fuera de su alcance profesional, este está **obligado por ley** a referirme, cesar o consultar.

9. Entiendo que soy responsable legalmente por el pago de mi servicio de evaluación y/o terapéutico. Si por alguna razón, mi compañía de seguros, OASS, pagador externo, etc., no compensa a mi terapeuta, entiendo que soy el único responsable por el pago. También entiendo que al firmar este formulario autorizo a mi terapeuta para que se comuniquen con mi compañía de seguros, OASS, pagador externo, agencia de cobranza o cualquiera vinculado con la fuente de financiación de mi terapia, con respecto al pago. Asimismo, entiendo que mi compañía de seguros puede solicitar información a mi terapeuta acerca del servicio terapéutico que recibo, la cual puede incluir, entre otros, un código de diagnóstico o servicio, descripción de servicios o síntomas, planes/resúmenes de tratamiento y, en algunos casos, mi registro completo. Entiendo que una vez que mi compañía de seguros reciba la información, mi doctor o yo no tendremos control de las medidas de seguridad que la compañía de seguros tome o si esta la comparte. Del mismo modo entiendo que puedo solicitarle a mi terapeuta una copia del informe que EIA envíe a mi compañía de seguros en mi nombre. La falta de pago puede ocasionar el cese de los servicios terapéuticos.

Proveedores de Medicaid:

10. Los proveedores de facturación miembros de Health First Colorado aceptan el pago de Health First Colorado como pago completo por los beneficios. La ley de Colorado (LREC 25.5-4-301 (II)) establece que ningún miembro de Health First Colorado debe ser responsable por el costo, o el costo pendiente después del pago por parte de Health First Colorado, Medicare o una aseguradora privada, de beneficios médicos autorizados de acuerdo con el Párrafo XIX de la Ley de Seguro Social. Esta ley aplica, ya sea que Health First Colorado haya reembolsado al proveedor o no, que las quejas sean rechazadas o negadas por Health First Colorado debido a un error del proveedor, y si el proveedor está registrado en Health First Colorado o no. Esta ley aplica incluso si el miembro de Health First Colorado acepta pagar el servicio de cobertura en parcial o completamente. Esta ley también prohíbe que los proveedores cobren a los miembros de Health First Colorado por las herencias y/o beneficios de los miembros fallecidos de Health First Colorado. Como

miembro de Health First Colorado, usted no es responsable por el pago de cancelaciones tardías o inasistencias a una cita.

11. Entiendo que este formulario cumple con las regulaciones de la HIPAA y que no se divulgará ninguna información médica o terapéutica, o cualquier otra información relacionada con mi privacidad sin mi autorización, salvo que lo soliciten las leyes de Colorado, como se describe en este formulario y en el Aviso de Políticas y Prácticas de Privacidad. Con la firma de este formulario, acepto y reconozco que he recibido una copia del Aviso o que la rechacé en este momento. Entiendo que puedo solicitar una copia del Aviso en cualquier momento.

12. Entiendo que, si tengo alguna pregunta acerca de los métodos o técnicas de evaluación de mi terapeuta o acerca de la duración de la evaluación y/o terapia, y estructura de tarifas, o si quiero información adicional, puedo solicitarla en cualquier momento del proceso. Con la firma de esta declaración de divulgación también autorizo la inclusión de mis compañeros(as), esposos(as), parejas, representantes u otro familiar, así como enfermeras, trabajadores sociales u otro proveedor de servicio profesional vinculado con mi evaluación y/o terapia cuando sea necesario, ya sea por mí o mi terapeuta. Acepto que estas partes tendrás que **firmar un Acuerdo de Consentimiento de Participación de Terceros** o deberán firmar una declaración de divulgación aparte para poder participar en la terapia.

13. No hay garantía de que la evaluación y/o psicoterapia produzca resultados positivos y esperados. Aunque se harán todos los esfuerzos para proporcionar una experiencia positiva y reparadora, cada experiencia terapéutica es única y varía de persona a persona. Los resultados alcanzados en una relación terapéutica con otra persona no son una garantía de resultados similares para el cliente.

14. Debido a la naturaleza de la terapia y/o evaluación, entiendo que mi relación con el terapeuta tiene que ser diferente que la mayoría de mis relaciones. Con el fin de proteger mi la integridad del proceso de evaluación y/o asesoría, la relación terapéutica debe permanecer entre el terapeuta y el cliente únicamente. Esto significa que mi terapeuta no puede ser mi amigo, no puede tener ningún tipo de relación comercial conmigo, diferente a la relación de asesoría (ej.: no puede contratarme, prestarme o pedirme prestado, o intercambiar servicios a cambio de asesoría); no puede tener ningún tipo de relación romántica o sexual con un cliente antiguo o nuevo, o cualquier otra persona cercana al cliente; y no puede ser el consejero de sus familiares, amigos, familiares de sus amigos, conocidos o contactos laborales.

15. Entiendo que si cancelo mi cita dentro de las 24 horas previas o que si no me presento sin notificación (inasistencia), excepto por situaciones de emergencia, mi terapeuta tiene el derecho de cargar el monto completo de mi sesión a mi tarjeta de crédito o mi cuenta que están en los registros. Entiendo que Medicaid no pagará por cancelaciones tardías o inasistencias. Sin embargo, mi terapeuta se reserva el derecho de cesar los servicios de evaluación o terapia, si no asisto a mi cita o si cancelo con menos de 24 horas de antelación.

16. También acepto, con mi firma, que tengo quince (15) años de edad o más y que acepto los servicios de evaluación, tratamiento y/o terapéuticos aquí en EIA o que soy el representante y/o padre con custodia con el derecho de aceptar la evaluación y/o tratamiento para cualquier niño(s) que sea menor de quince (15) años de edad, por el cual estoy solicitado los servicios e evaluación y/o terapéuticos aquí en EIA.

17. Entiendo que si estoy aceptando los servicios de evaluación y/o tratamiento para mi hijo(s) menor(es), mi terapeuta me solicitará, antes de iniciar con los servicios de EIA, la orden judicial de acuerdo de custodia y/o el plan de paternidad que garantice mi autoridad para aceptar los servicios de salud mental para mi hijo menor y tomar decisiones terapéuticas en nombre de mi(s) hijo(s). Asimismo, entiendo y acepto siempre informar a mi terapeuta de cualquier procedimiento u orden judicial adicional que afecten mis derechos como padre, acuerdos de custodia y autoridad de decisión. Entiendo que, si no presento la orden judicial de acuerdo de custodia y/o el plan de paternidad, mi terapeuta no podrá proporcionar la evaluación y/o terapia a mi(s) hijo(s). De igual modo, entiendo que dar recomendaciones de custodia escapa de las manos de mi terapeuta. Se negará cualquier solicitud de recomendación de custodia. Un tribunal es capaz de designar profesional con experiencia para hacer dichas recomendaciones.

Consentimiento informado para evaluación/tratamiento psicológico

Políticas y procedimientos para servicios/evaluaciones psicológicas

Este consentimiento informado está diseñado para explicar las políticas y procedimientos para una evaluación o servicio psicológico con Elevated Insights Assessment, LLC. Existe un formulario de consentimiento diferente para tratamientos/asesoría. Por favor lea cuidadosamente este documento, ya que contiene información que es muy importante que usted sepa.

Adicionalmente, las normas de evaluación estandarizadas pueden no representar sus antecedentes culturales y/o lingüísticos. Por lo tanto, en ciertas ocasiones podría solicitarse una administración no estandarizada y una calificación de las pruebas que se utilizaron. Las calificaciones deben considerarse como un estimado de sus capacidades, ya que las normas no son representativas de sus antecedentes culturales y lingüísticos, y/o de la administración no estandarizada de las pruebas.

Servicios de evaluación:

El proceso de evaluación se realiza en cuatro etapas principales:

1. Entrevista de diagnóstico para obtener una historia, revisar preocupaciones, discutir las razones de la evaluación, determinar qué pruebas deben realizarse y revisar el consentimiento informado y los procedimientos de evaluación.
2. Normalmente, la evaluación se realiza en una o más sesiones de 2 a 4 horas; sin embargo, a veces se pueden hacer otros arreglos, de acuerdo a sus necesidades o las necesidades de su hijo, según se determine durante la entrevista de diagnóstico y las sesiones de evaluación subsiguientes.
3. Usualmente, la calificación, interpretación, revisión de trabajos clínicos previos, contacto de colaterales, recolección de antecedentes y redacción de informes por parte de su terapeuta puede variar entre 3 y 20 horas. Se le cobrará una tarifa por hora, por cualquier trabajo de esta naturaleza realizado antes de su evaluación, incluso si usted no completa la evaluación y/o tratamiento completo.
4. Revelaremos los resultados, comentarios, interpretación, impresiones diagnósticas y recomendación de tratamiento a usted o a sus padres.

Además de las etapas de la evaluación antes descrita, a veces se requieren otros servicios. A menudo es útil que el evaluador hable con otros profesionales que hayan trabajado o estén trabajando con usted o su hijo. Esto incluye a terapeutas, psicólogos, consejeros, maestros y terapeutas ocupacionales o del habla. Le solicitaremos consentimiento escrito adicional si es necesario. También se recomienda una observación escolar, para que el terapeuta tenga una mejor idea de cómo está funcionando su hijo en el entorno educativo.

Generaremos un informe integral escrito y le entregaremos copias como parte de los costos de la evaluación. Normalmente, el informe escrito se le entrega a usted al mismo tiempo que los resultados y la sesión de comentarios. Los resultados de la evaluación pueden no responder todas las preguntas acerca de su situación o la de su hijo. Por lo tanto, podríamos recomendar a otros proveedores de este servicio.

Beneficios y riesgo de la evaluación:

Los beneficios principales de una evaluación incluyen la aclaratoria diagnóstica, recomendaciones de tratamiento apropiadas para manejar los desafíos y maximizar las fortalezas, un informe escrito para facilitar los servicios en la comunidad o colegio, y una visión de la naturaleza de sus fortalezas y debilidades o las de su hijo. Aunque la mayoría de las personas tienen una experiencia positiva durante el proceso de evaluación, existen algunos riesgos. La persona que está siendo evaluada puede experimentar incomodidad (frustración, ansiedad, vergüenza, etc.). Además, es posible que la evaluación no responda todas sus preguntas y que pueda necesitar más evaluaciones en el futuro. Considerando que la evaluación y las recomendaciones de tratamiento se basan en las mejores prácticas, usted u otros pudieran no estar de acuerdo con las conclusiones de su terapeuta. Es su decisión seguir las recomendaciones o no.

Consentimiento para los servicios o evaluaciones/prueba psicológica

Yo, _____, acepto que el medico nombrado a continuación, preste servicios o realice pruebas psicológicas en:

mí

o

: _____

Entiendo que estos servicios pueden incluir contacto directo, entrevistas o evaluaciones. También puede incluir el tiempo que el evaluador requiere para leer los registros, consultas con otros terapeutas y profesionales, calificación, interpretación de resultados y cualquier otra actividad para sustentar estos servicios. La HIPAA requiere que le proporcionemos un Aviso de Prácticas de Privacidad (el Aviso) para el uso y divulgación de la ISP para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. El Aviso explica con más detalle qué es la HIPAA y su aplicación a su información de salud personal.

Entiendo que la tarifa por los primeros 60-90 minutos de entrevista de diagnóstico es de \$150,00 y se debe pagar al momento del servicio. Mi evaluador psicológico determinará mis necesidades de evaluación, con base en la entrevista de diagnóstico. Si acepto las recomendaciones de mi evaluador, entiendo que soy completamente responsable por el pago de los servicios adicionales, incluso si mi seguro de Medicaid pueda pagar a mi terapeuta o hacerme un reembolso de algunos de estos pagos.

Entiendo que esta evaluación debe realizarse con el propósito de:

1. _____

2. _____

También entiendo que el medico acepta lo siguiente:

1. Los procedimientos para seleccionar, dar y calificar la evaluación, interpretar y registrar los resultados, y mantener mi privacidad, se llevará a cabo de acuerdo con las reglas y lineamientos de la Asociación Estadounidense de Psicología, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA por sus siglas en inglés) y otras organizaciones profesionales.
2. Las evaluaciones que se elegirán serán las más adecuadas para los fines antes descritos (en términos psicológicos, se ha establecido su confianza y validez para estos fines e individuos). Estas evaluaciones se entregarán y calificarán de acuerdo con las instrucciones del manual de la evaluación, para que así se obtengan calificaciones válidas. Estas calificaciones se interpretarán de acuerdo con los hallazgos científicos y lineamientos de la literatura científica y profesional.
3. Cualquier resultado de evaluación que contenga mi ISP, se registrará en un archivador seguro, junto con el resto de archivos de mis clientes, así como también se registrarán electrónicamente en *Simple Practice y One Drive*.

Entiendo que una evaluación psicológica es un proceso interactivo entre el cliente y el evaluador. Se busca promover el entendimiento y la planificación del tratamiento. A menudo, el proceso puede ser doloroso emocionalmente, pero también gratificante. Tengo el derecho de elegir a mi evaluador psicológico o rechazar sus servicios. Si decido cesar con los servicios por cualquier razón, entiendo que Elevated Insights Assessment me proporcionará una lista de evaluadores calificados. Entiendo que debo preguntar por la razón del tratamiento si no lo tengo claro. A pesar de que el evaluador tenga toda la intención de ayudar, entiendo que no puede garantizar un ningún resultado específico.

Acepto ayudar tanto como pueda, proporcionando respuestas completas, haciendo un esfuerzo honesto y trabajando lo mejor que pueda para asegurarme de que los hallazgos sean precisos. Mi firma confirma que he leído lo anterior y que acepto estos términos; además, sirve como reconocimiento de que he recibido el Formulario de Aviso de la HIPAA antes mencionado.

Con la firma de este formulario, afirmo que estoy completamente informado de los servicios de evaluación y/o terapéuticos que estoy solicitando y que EIA está proporcionando; asimismo, doy mi consentimiento para recibir dichos servicios terapéuticos.

Mi firma confirma que he recibido por escrito de mi terapeuta principal la información acerca del procedimiento o que, si no puedo leer o no tengo lenguaje escrito, una explicación oral acompañada con una copia. Conozco mis derechos como cliente/paciente y si tengo preguntas, las haré a mi doctor.

Tuve la oportunidad de leer o de que me leyeran este formulario en mi idioma preferido (inglés o español), ya que estos son formularios legales que protegen mis derechos como cliente. Incluso si hablo inglés y soy competente en ese idioma o firmo la versión en inglés de este formulario, he tenido la oportunidad de revisar los formularios en el idioma en el que me siento más cómodo y competente.

Nombre/Firma del cliente

FECHA

Firma del padre/representante (por favor especifique la relación con el cliente)

FECHA

Firma del padre/representante (por favor especifique la relación con el cliente)

FECHA

Firma del terapeuta

FECHA