



More MH Counseling  
Make More Happen

## **El consentimiento informado - Políticas y Procedimientos HIPPA Confidencialidad**

### **DARSE CUENTA:**

E-Firma: Toda la información se puede introducir de forma electrónica. E-Firma se considera legalmente vinculante. Yo, además, solicito que todos los campos de firma deben ser completado mediante la función de “Draw” con su firma habitual. Su firma representa un acuerdo de términos.

Para apoyo y un rendimiento adicional de correo electrónico: [MoreMHCounseling@gmail.com](mailto:MoreMHCounseling@gmail.com)

**Fecha:** \_\_\_\_\_

### **Información del cliente:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad - Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Introducción - Por favor leer el contenido de este Acuerdo con cuidado y en su totalidad.

Metas de esta orientación: Hay muchos goles en el asesoramiento que pueden incluir disminución de los síntomas de ansiedad y depresión, desarrollar relaciones sanas, el cambio de comportamiento, relaciones de procesamiento / problemas. Todos los objetivos son establecidos por el cliente. El consejero puede hacer sugerencias sobre los objetivos adecuados y maneras de alcanzarlos, pero que son personalmente responsable para todas sus decisiones y comportamientos que resultan de sus intentos para lograr sus objetivos.

Riesgos / beneficios: Más MH asesoramiento, LLC. puede ayudar a desarrollar habilidades de afrontamiento, realizar cambios de comportamiento, reducir los síntomas de trastornos de salud mental, mejorar la calidad de vida. Se puede ayudar a aprender a controlar la ira, aprender a vivir en el presente, y muchas otras ventajas. Consejería de Salud Mental es un proceso muy personal, que puede traer recuerdos o emociones desagradables a la superficie. No hay garantías de que el proceso funcione para usted. Los clientes a veces pueden hacer mejoras, sólo para ir hacia atrás después de un tiempo. El progreso puede ocurrir lentamente. También requiere un esfuerzo muy activa de su parte. Para ser más exitoso, usted tiene que trabajar en las cosas que se discuten fuera de las sesiones, que pueden incluir tareas.

Educación y Calificaciones: Amy Moreira, LMHC es una licencia Consejero de Salud Mental en el Estado de Massachusetts y Rhode Island. Hablo Inglés, portugués, y Español. Me he ganado una

Maestría en Psicología Clínica y un graduado La licenciatura en justicia criminal. Tengo competencias en diversas áreas y habilidades psicológicas en una variedad de entornos. Como profesional de salud mental, que se adhieren a las estatutas del estado de Massachusetts y Rhode Island y los principios éticos de la profesión.

### **POLÍTICA DE CANCELACIÓN**

Por favor, haga todo lo posible para estar disponible para el tratamiento en el momento de la cita programada. De notificación permite que otras citas que se hagan en el reemplazo. Los clientes que constantemente se pierda o reprogramar las citas sin notificación pueden haber terminado los servicios o restringido. Me reservo el derecho de poner fin a las sesiones de terapia y tratamiento si se sospecha de abuso de sustancias.

**24 horas de anticipación** se requiere para la cancelación de una cita. Si no se proporciona las 24 horas, se compromete a pagar el 50% de la tarifa de la sesión previa a otras sesiones. En el caso de una cita de lunes, la expectativa es cancelar el viernes antes de la cita perdida. Por favor deje un mensaje de voz. Si está ejecutando más de 15 minutos tarde, será discrecional si todavía se verá. El resultado puede ser que el tiempo de la sesión se reduce o puede ser responsable de pagar por el 50% de la sesión perdida.

Estoy de acuerdo con mi firma cumplir con la política de cancelación y aceptar cualquiera y todos los costos asociados con los servicios prestados por Más MH asesoramiento, LLC.

\_\_\_\_ Si una tarjeta de crédito se almacena en el archivo, estoy de acuerdo que mi cita cuota perdida puede ser cargado a mi tarjeta de crédito.

---

Firma

Fecha

### **POLÍTICA DE PAGO**

La siguiente información se proporciona para explicar la política de pago de Más MH Asesoramiento y para evitar cualquier malentendido o desacuerdo sobre el pago por servicios profesionales. La información específica cuota se contrajo en el Acuerdo de tratamiento en el que se aplica el contenido completo de este consentimiento informado y la revisión de políticas y procedimientos.

Es la política de esta oficina que el pago total se espera que en el momento se prestan los servicios.

- Todos los pacientes son pacientes auto-pago. Sin seguro de salud debe ser presentada, ya que su seguro no será facturada incluso si los servicios podrían estar cubiertos.
- Algunos seguros tienen fuera de la red opciones de seguros, que pueden proporcionarle un recibo para que usted pueda reclamar el reembolso. Será su responsabilidad para el reembolso.

- La facturación de su compañía de seguros requiere la divulgación de su diagnóstico de salud mental y más información sobre su salud mental, incluidos todos los registros.
- El pago en efectivo, tarjeta de crédito o cheque personal se espera que en el momento del servicio. La falta de pago de las citas en el momento del servicio puede resultar en la cancelación de la cita en la que se puede evaluar una cuota.
- En el caso de un cheque devuelto, sin pagar del banco, reconozco que un cargo por servicio de \$ 35,00 se incurrirá para cada incidencia

Yo asumo la responsabilidad financiera de acuerdo y hacer el pago en su totalidad a más MH asesoramiento, LLC por cualquier y todos los cargos por los servicios recibidos por mí y / o cualquiera de sus dependientes no autorizadas de acuerdo. Yo entiendo que el asesoramiento Más MH, LLC no participa en seguros / planes de cuidado administrado y que estoy totalmente y el único responsable de todos los cargos incurridos. Además, entiendo que Más MH asesoramiento, LLC se reserva el derecho a cobrar intereses y / o el ejercicio de las cuentas morosas a través de las agencias de cobro de terceros o abogados y que soy responsable de los honorarios y / o costos judiciales incurridos por Más MH asesoramiento durante el proceso de cobro .

Asumo la responsabilidad financiera para los servicios adicionales, tales como llamadas telefónicas, envío de cartas, cumplimentación de formularios y reuniones administrativas dentro o fuera de la oficina. Yo entiendo que las reclamaciones por estos servicios serán facturados a la tarifa habitual del terapeuta, no será facturada a mi compañía de seguros y siendo mi obligación de pago.

En el caso de que se presenta una demanda para cobrar mi deuda, renuncio expresamente privilegios relativos a la divulgación de toda la información necesaria para proceder con las actividades de recolección y reconocer que la historia cuenta detallada, que establece los servicios prestados, los honorarios cargados y los pagos recibidos deberán presentarse como una exhibición.

Acepto notificar Más MH asesoramiento, LLC de cualquier cambio en la dirección de facturación o por teléfono. Toda esta autorización es válida para todos los episodios de la atención prestada por, asesoramiento LLC MH. Me permito una copia de esta autorización y acuerdo para ser utilizado en lugar del original.

---

Firma

Fecha

### **Responsabilidades del Cliente**

Usted es financieramente responsable de todos los cargos cobrados. Sin saldo restante debe ser en cualquier momento. Por favor, consulte acuerdo financiero para la plena responsabilidad. Se espera que llegue a las citas sin estar bajo la influencia de drogas o alcohol.

Terapia de fin: La duración de la terapia y la eventual terminación depende de los detalles de su plan de tratamiento individual y el progreso a alcanzar. Su participación en la terapia es

voluntaria y usted tiene el derecho de terminar la terapia siempre que vaya a. Aliento al final de la terapia a ser discutido antes de su última sesión, de manera que podamos revisar lo que hemos hecho y ofrecer retroalimentación entre sí. Del mismo modo, en mi criterio, me reservo el derecho de terminar nuestro trabajo de terapia juntos y ofrecerle algunas referencias apropiadas, por razones que incluyen, pero no limitado a, falta de participación en la terapia, los conflictos de intereses, el pago prematura de las tasas, no mantener citas programadas, o mi creencia de que yo no sea la persona más adecuada para sus necesidades.

Parejas y Familias: Me tienen una “política No hay secretos” cuando se trabaja con parejas o familias. Esto significa que os animo a discutir cualquier pensamientos y sentimientos de forma directa durante nuestras sesiones y no en privado conmigo. Me reservo el derecho de revelar o fomentar la divulgación de secretos compartidos fuera de la sesión de la familia / pareja.

### **HIPAA Aviso de Privacidad**

La Ley de Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (“HIPAA”) es una ley federal que proporciona protecciones de privacidad nuevo y el paciente / derechos de los clientes con respecto al uso y divulgación de su información de salud protegida (PHI) utilizado para el propósito de tratamiento, pago y atención médica. HIPAA requiere que le proporcionará un aviso de prácticas de privacidad y los derechos del paciente (el aviso) para su uso y divulgación de la PHI para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. La Notificación explica HIPAA y su aplicación a su información médica personal. La ley requiere que obtengamos su firma reconociendo que le hemos proporcionado con esta información. Aunque estos documentos son largos y, a veces compleja, es muy importante que lea con cuidado. Usted puede discutir cualquier pregunta que tenga acerca de los procedimientos con su terapeuta. Al firmar el formulario de Reconocimiento, el Acuerdo de Servicios terapeuta-cliente representará un acuerdo formal entre usted y su terapeuta puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Que la revocación será vinculante para el terapeuta ha tomado acciones de seguridad sobre ella; si hay obligaciones impuestas al terapeuta por su compañía de seguros con el fin de procesar o justificar las declaraciones hechas bajo su política; o si usted no ha satisfecho las obligaciones financieras que haya incurrido.

Mantenimiento de registros: HIPAA requiere que todos los registros médicos y otra información médica personal utilizada o revelada por nosotros en cualquier forma, ya sea electrónica, en papel o por vía oral, se mantienen adecuadamente confidencial. HIPAA, le da al cliente, nuevos derechos significativos para comprender y controlar cómo se utiliza su información de salud. HIPAA establece sanciones para las entidades cubiertas que hacen mal uso de la información médica personal.

Cada vez que se reúna con su terapeuta, se hace un registro eléctrico que puede contener información personal. Esto puede incluir información sobre sus síntomas, diagnóstico, tratamiento, un plan de tratamiento en el futuro, y la información relacionada con la facturación. Si prefiere los registros en papel, podemos discutir esta opción con un costo adicional.

Para más información sobre la visita de la Ley de Privacidad HIPAA federal:

<https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/privacy/laws-regulations/index.html>

### **DERECHOS DEL PACIENTE**

Hasta el 14 de abril de 2003, HIPAA ofrece varios derechos con respecto a su historia clínica y divulgaciones de información de salud protegida (PHI). Estos derechos incluyen solicitando que su terapeuta enmendar su registro; solicitar restricciones sobre qué información de su historia clínica se da a conocer a los demás; solicitar una contabilidad de la mayoría de las divulgaciones de la PHI que no han dado su consentimiento a ni autorizados; la determinación de la ubicación a la que protegidos divulgaciones de información se envían; tener cualquier queja que tome acerca de las políticas y procedimientos registrados en sus registros del terapeuta; y el derecho a recibir una copia impresa de este Acuerdo y el Aviso de HIPAA. Discutir cualquier pregunta que pueda tener sobre estos documentos con su terapeuta.

## **CONFIDENCIALIDAD**

- La ley protege la privacidad de todas las comunicaciones entre un cliente y un psicoterapeuta. En la mayoría de los casos, su terapeuta sólo puede divulgar información sobre su tratamiento a los demás si usted firma un formulario de Autorización por escrito que cumpla con los requisitos legales de HIPAA.
- Consulta de los profesionales: Más MH La asesoría puede resultar útil consultar con otros profesionales de la salud y de la salud mental. Los otros profesionales también están obligados por ley a mantener la información confidencial.
- Corte: Si usted está involucrado en un proceso judicial y se realiza una solicitud de información relativa a los servicios profesionales prestados a usted por su terapeuta, dicha información está protegida por la ley de privilegio psicoterapeuta y cliente. Su terapeuta no puede proporcionar ninguna información sin su autorización por escrito, o una orden judicial. Si usted está involucrado en un litigio o contemplando, usted debe consultar con su abogado para determinar si un tribunal sería probable que pedir su terapeuta para divulgar la información.
- Si una agencia del gobierno está solicitando la información para las actividades de supervisión de la salud, su terapeuta puede ser obligado a proporcionarlo para ellos en ciertas circunstancias.
- Usted información puede ser usada en el envío por correo electrónico, mensajes de texto, teléfono, correo de voz, etc. Más MH asesoramiento puede ponerse en contacto con usted / de la licencia para proporcionar recordatorios de citas.
- contacto con el exterior. Si llegamos a ejecutar una en la otra en público, sólo te reconoceré si me reconoce por primera vez. Esto protege su confidencialidad.
- Medios de comunicación social. A modo de guía ética, me abstengo de conectar con los clientes, tanto del pasado como del presente, a través de Facebook, LinkedIn u otros sitios en línea.
- El tratamiento de un menor de edad: Durante el tratamiento de un menor de edad, se prefiere tener el consentimiento de todos los representantes legales de los menores de 12. En el caso de separación o divorcio, por favor proporcione la documentación y una firma del tutor legal del menor. Los mismos límites de la confidencialidad se aplican a los menores de edad.

## **REGISTROS PROFESIONALES**

las regulaciones de HIPAA, requiere su terapeuta para mantener información de salud protegida (PHI) sobre usted en dos conjuntos de registros profesionales. Usted Clínica registro incluye información acerca de sus razones para buscar la terapia, una descripción de las formas en que sus impactos problema de su vida, su diagnóstico, los objetivos que se establecen para el tratamiento, su progreso hacia esos objetivos, los antecedentes médicos y sociales, su tratamiento la historia, los registros de tratamiento anteriores que se recibieron de otros proveedores, informes de las consultas profesionales, sus registros de facturación y los informes que se han enviado a nadie. Usted puede examinar y / o recibir una copia de su historia clínica si lo solicita por escrito. Debido a que estos son los registros profesionales, que pueden ser mal interpretadas y / o potencialmente ser molesto para los lectores sin formación. Por esta razón, recomiendo que inicialmente se revisan juntos, o puede desviarlas a otro profesional de la salud mental para que pueda discutir el contenido. Me cobrar una cuota de recuperación y copia de \$ 15 para las primeras cinco páginas de un registro y 25 centavos por página a partir de entonces. Los registros deben mantenerse durante un mínimo de 7 años después de la fecha de terminación.

Además, el terapeuta también puede mantener un conjunto de notas de psicoterapia. Estas notas son para su / su propio uso y están diseñados para él / ella ayudará a proporcionarle el mejor tratamiento. Si bien el contenido de notas de psicoterapia varían de cliente a cliente, que pueden incluir el contenido de sus conversaciones con el terapeuta, su / su análisis de esas conversaciones, y cómo afectan a su terapia. También contienen información particularmente sensible que puede revelar al terapeuta que no se requiere para ser incluidos en su historia clínica. También incluyen información de otros previstos para el terapeuta de forma confidencial. Estas notas de psicoterapia se mantienen separados de su Registro Clínico y no están disponibles para usted; tampoco pueden ser enviados a cualquier otra persona, incluyendo las compañías de seguros, sin su escrito, firmado autorización. Las compañías de seguros no pueden exigir su autorización como condición ni penalizar de ninguna manera por su negativa a proporcionarla.

### **Excepciones a la confidencialidad**

Más MH asesoramiento, LLC puede divulgar su información personal sin su consentimiento o autorización en las siguientes circunstancias:

- Abuso infantil: niño acreditados o hijo dependiente o maltrato a personas mayores y el maltrato serán reportados al niño local y / o agencia de servicios de protección anciano.
- Supervisión de salud: Si hay una consulta o queja acerca de mi conducta profesional a la Junta de Consejeros de Salud Mental, Asesoría Más MH, LLC puede revelar información confidencial relevante para la protección, según sea necesario.
- Procedimientos judiciales o administrativos: Si usted está involucrado en un proceso judicial y se realiza una solicitud para obtener información sobre los servicios profesionales que usted y / o los registros de los mismos hayan proporcionado dicha información es privilegiada bajo la ley estatal, y no deben liberar este información sin su autorización por escrito, o una orden judicial.
- Amenaza grave a la salud o seguridad: Su información confidencial puede ser revelada a usted u otros protegerlo de una seria amenaza de daño por ti. Esto puede incluir la búsqueda de hospitalización o ponerse en contacto con los miembros de contacto / de la familia de emergencia para su protección.
- Compensación del Trabajador: Si usted presenta un reclamo de compensación del trabajador, y te estoy tratando de las cuestiones involucradas con dicha denuncia, entonces yo puedo ser requerido para liberar los registros que contienen información acerca de su condición y tratamiento psicológico.

- Si un cliente presenta una queja o demanda en contra Más MH asesoramiento, LLC. o Amy Moreira, LMHC, su información puede ser revelada con el fin de defender la organización.

Si surge una situación así, su terapeuta hará todo lo posible para discutir plenamente con usted antes de tomar cualquier acción y tratar de limitar la divulgación a sólo lo necesario. Si bien este resumen escrito de excepciones a la confidencialidad debe ser útil para informarle sobre posibles problemas, es importante que discuta cualquier pregunta o preocupación que pueda tener ahora o en el futuro con su terapeuta. Las leyes que rigen la confidencialidad pueden ser bastante complejas. En situaciones donde se requiere el asesoramiento específico, se puede necesitar asesoramiento jurídico formal.

### **CONTACTO CON MÁS CONSEJERIA MH, LLC.**

**Cell: (508) 499-8525**

Mi correo de voz está disponible 24/7. Puede haber ocasiones en que no contesto mi teléfono. No contesto llamadas telefónicas cuando estoy en una sesión con un cliente o no disponible. Dejar un correo de voz como puedo comprobar mis mensajes a menudo, y le devolveré la llamada tan pronto como pueda.

No puedo garantizar la confidencialidad de cualquier forma de comunicación a través de medios electrónicos incluyendo mensajes de texto, correos electrónicos, y correos de voz.

Emergencias: Si usted está experimentando una emergencia, el mejor curso de acción es por lo general para llamar al 911. En una situación de emergencia, que pueden beneficiarse más que llamar al 911 o accede a la sala de emergencias más cercano o, y luego seguir con mí por la mañana

### **RECONOCIMIENTO DE CONSENTIMIENTO**

*Por favor, no firme si no está de acuerdo con cualquiera de las anteriores*

Yo \_\_\_\_\_, el consentimiento para el tratamiento con MH asesoramiento, LLC. He / hemos leído y acepto todos los aspectos de este documento. He recibido una copia de la notificación de los documentos de Confidencialidad y Derechos de los Clientes de HIPPA. Yo entiendo que si tengo alguna pregunta relacionada con el Aviso de mis derechos de privacidad, puedo pedir asesoramiento MH, LLC. para más información.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **MENORES**

Todos los terapeutas tratan de trabajar con los padres (o cuidadores primarios) de los menores para coordinar el tratamiento del niño. Sin embargo, los padres de los clientes menores de 18

años de edad deben ser conscientes de que los adolescentes mayores (es decir, entre 16 y 17 años de edad) están permitidas en MA para dar el consentimiento independiente a la psicoterapia si son lo suficientemente maduros como para entender y hacer juicios sobre los riesgos y beneficios de tales tratamientos a sí mismos. En este caso, sus padres no necesariamente tienen acceso a sus registros. Debido a la participación de padres en el tratamiento es importante y porque la intimidad en la psicoterapia es a menudo crucial para el progreso de éxito, sobre todo entre los adolescentes, es la política de solicitar el acuerdo de todas las partes con respecto a lo que los padres pueden tener acceso a la información. Si los involucrados están de acuerdo, el terapeuta proporcionará a los padres la información general sobre el progreso del tratamiento del niño y su / su asistencia a las sesiones programadas. Cualquier otra comunicación requerirá el consentimiento o autorización del niño, a menos que el terapeuta siente que el niño está en peligro o es un peligro para alguien más. En este caso, el terapeuta notificará a los padres de la preocupación. Antes de dar cualquier información a los padres, el terapeuta discutirá el asunto con el niño, si es posible, y tratar de manejar cualquier objeciones s / él puede tener.

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE MENORES:**

Yo / nosotros autorizo que \_\_\_\_\_ puede ser tratado como un cliente de MH Más Consejería, LLC. He leído las Políticas y Procedimientos anteriores y estoy de acuerdo con el contenido de esta Acuerdo. Al firmar a continuación yo estoy diciendo que soy el tutor responsable.

Custodia compartida                      Custodia completa

Firma del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre / tutor Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_