

Salud del comportamiento: consentimiento del cliente/paciente

Compromiso con la diversidad, la igualdad, la inclusión y la justicia: La misión de CrescentCare de ofrecer servicios de salud y bienestar integrales a la comunidad, de propugnar el empoderamiento, de resguardar los derechos y la dignidad de las personas, y de tener un público bien informado no da lugar al racismo o la discriminación de cualquier tipo. Tenemos tolerancia cero hacia cualquier lenguaje o acción que sea racista o discriminatorio. Cualquier lenguaje o acción racista o discriminatorio se considera una violación de las "responsabilidades del cliente/paciente" que se detallan en el Manual para pacientes y clientes de CrescentCare. El comportamiento inapropiado tiene consecuencias que abordará el personal de CrescentCare. ¡Le agradecemos por acompañarnos en este compromiso con nuestra comunidad!

_____ **Consentimiento para los servicios de salud del comportamiento:** entiendo que, con la firma de este documento, doy mi consentimiento para el tratamiento de la salud del comportamiento en el marco del CrescentCare's Behavioral Health Program, que expira si retiro mi autorización por escrito o si recibo el alta del programa. Este tratamiento puede incluir, sin limitaciones, la valoración, la evaluación, la consejería, las pruebas psicológicas, los procedimientos de laboratorio, los medicamentos psicotrópicos y/o las visitas virtuales, que recibiré voluntariamente de acuerdo con la instrucción general y específica de CrescentCare, de mi proveedor o de su médico tratante o colaborador. Comprendo que la práctica de la medicina y la psicoterapia no corresponde a ciencias exactas y reconozco que no se han dado garantías con respecto a los resultados de mi atención médica en los centros de CrescentCare. También doy mi consentimiento, si corresponde, para seguir los requisitos que se indican en el Acuerdo de medicamentos controlados, documento del que me han ofrecido una copia. Puedo solicitar otra copia en cualquier momento o puedo encontrarla en el sitio web de CrescentCare.

_____ **Consentimiento para las obligaciones financieras y de facturación:** si un seguro médico privado, Medicare, Medicaid u otros programas gubernamentales o de seguro médico cubre mi tratamiento, autorizo a CrescentCare a facturarle a dicha compañía aseguradora por todos los cargos incurridos con respecto a mi diagnóstico, atención médica y tratamiento. Mi cobertura de seguro puede establecer que cierto monto de la factura quede bajo mi responsabilidad personal, como el deducible, el copago, el coseguro o los cargos que no cubre mi seguro médico, Medicare, Medicaid o cualquier otro programa para el que soy elegible. Comprendo que se me facturará cualquier cargo que no sea pagado por mi compañía aseguradora y que seré responsable del pago. La política de CrescentCare es brindar los servicios esenciales, independientemente de mi capacidad de pago. CrescentCare utiliza programas de tarifas móviles para los servicios que ofrece, que son compatibles con las tarifas o los cargos locales vigentes y que están diseñados para cubrir los costos razonables de funcionamiento de la organización. Cuando se me remite a un proveedor externo, debo hacer los arreglos de pago con ellos por separado. Si tengo alguna pregunta sobre las escalas móviles de tarifas o de facturación, puedo comunicarme con CrescentCare enviando un correo electrónico a billing@crescentcare.org y/o llamando al Departamento de Facturación al 504-323-2641.

_____ **Confidencialidad y límites:** CrescentCare se compromete a proteger mi privacidad. La información confidencial será revelada solo con mi consentimiento por escrito, en caso de que mi seguridad o la seguridad de un tercero se encuentren bajo amenaza inminente, o si existiera una orden judicial que demande la divulgación de mi información. La ley estatal requiere que la información solo pueda ser divulgada en las siguientes circunstancias específicas:

- Si me encuentro en grave peligro de dañarme a mí mismo o si estoy en grave riesgo de dañar a otra persona.
- Si se denuncia el abuso o abandono de un niño, una persona mayor o una persona discapacitada.
- En caso de que una orden judicial obligue la divulgación de mi historia clínica a un tribunal.
- En caso de denunciar a un terapeuta o psiquiatra ante su asociación de certificación profesional por mantener relaciones sexuales o intentar tener relaciones sexuales conmigo.

_____ **Conflicto de intereses y relaciones duales:** la relación con su proveedor es una relación profesional y los proveedores de CrescentCare no participarán en actividades conjuntas con usted fuera del tratamiento. Aunque pueda parecer descortés, para proteger su privacidad, su proveedor no se dirigirá a usted o lo saludará si se encuentra con usted fuera de CrescentCare, a menos que usted elija saludarlo primero. Podría ocurrir que no se sienta cómodo con su proveedor de salud del comportamiento. Si siente que puede y quiere analizar esto con su proveedor, nos complacerá recibir estos comentarios. Si prefiere hablar con alguien más sobre esto, comuníquese con un supervisor de salud del comportamiento o con algún otro miembro de confianza de su equipo de atención médica para que lo pongamos en contacto con un proveedor de salud del comportamiento con el que se sienta cómodo. También puede comunicarse con el Departamento de Conformidad llamando a la recepción o enviando un correo electrónico a compliance@crescentcare.org.

_____ **Riesgos y beneficios:** el tratamiento para la salud del comportamiento tiene beneficios y riesgos. Entre los riesgos, se puede incluir la sensación de incomodidad porque el proceso a menudo requiere analizar aspectos difíciles de la vida propia. Entre los beneficios, se incluyen la reducción significativa de los sentimientos de angustia, un aumento de la satisfacción en las relaciones, una mayor toma de conciencia y comprensión, y la mejora de las estrategias de afrontamiento y de las técnicas para la solución de problemas.

_____ **Enfoque del equipo:** los proveedores de salud del comportamiento de CrescentCare trabajan estrechamente con su profesional de atención primaria y con el equipo de administración de casos para asegurarse de que se coordine su atención médica. El objetivo de su equipo de CrescentCare es ofrecerle una red de apoyo personalizado donde usted y todos sus proveedores colaboren en el proceso de tratamiento para alcanzar los resultados deseados. Autorizo a los proveedores

y el personal de CrescentCare involucrados en mi atención médica a acceder a mi expediente médico y a analizar mis problemas médicos, incluido cualquier tratamiento de abuso de sustancias que pueda recibir en CrescentCare entre sí y con otras personas, según corresponda, para brindarme atención médica de calidad.

_____ **Política de asistencia a citas:** las sesiones con un terapeuta duran normalmente entre 45 y 50 minutos, a menos que se haya hablado lo contrario. La duración de las visitas a un psiquiatra varía y es generalmente de entre 30 y 60 minutos. Sea puntual. Su proveedor puede reprogramar su visita si se demora más de 15 minutos en llegar a la cita. Si no asiste a tres citas programadas consecutivas para una evaluación psiquiátrica o para terapia, puede que sea remitido a un proveedor externo. Una cita se considera “perdida” si no notifica a su proveedor que no puede asistir a la cita al menos un día hábil antes de la cita. La intención no es sancionarlo, sino poner a disposición estos servicios para otras personas que lo necesiten.

_____ **Plan de tratamiento/establecimiento de objetivos:** el tratamiento comienza generalmente con una valoración en su primera cita. El propósito de la valoración es comprender su salud física, emocional y mental, su autopercepción y cómo se desempeña en su comunidad. Usted y su proveedor crearán sus objetivos para el tratamiento, también llamado plan de tratamiento. Este es su plan de acción para el tratamiento; así es como usted y su proveedor pueden medir su progreso y establecer un cronograma de tratamiento aproximado. La terapia se debe considerar como un proceso de duración limitada. El objetivo es que usted desarrolle las habilidades y haga cambios que le permitan llevar una vida sana sin terapia.

_____ **Extinción y transiciones:** es normal sentirse reacio a terminar la terapia. Hablaremos sobre lo que lo ayudará a sentirse preparado para finalizar la terapia y mantener sus logros. Terminar terapia puede implicar un enfoque de “desvanecimiento” en el que se reduce gradualmente la frecuencia de las sesiones. Crearemos un plan de mantenimiento de la salud del comportamiento que lo ayudará a recordar el cuidado personal, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social que lo ayudará con los desafíos constantes que pueda enfrentar, e incluso puede ayudarlo a reconocer si regresar a terapia es algo beneficioso para usted. También puede optar por terminar la terapia por su cuenta antes de alcanzar sus objetivos. Su proveedor también puede hablar con usted si desea terminar el tratamiento antes de alcanzar todos sus objetivos. Podemos ayudarlo a planificar el apoyo que siente que necesita. Si no sabemos de usted por 3 meses, cerraremos su caso y usted puede comunicarse con nosotros si desea regresar al tratamiento. Puede que no seamos capaces de reanudar la terapia de inmediato, pero lo ayudaremos a ponerlo en contacto con la red de apoyo.

_____ **Participación en la red de apoyo:** alentamos la participación apropiada de las personas de su red de apoyo en su cuidado. Hable con su proveedor sobre cómo las personas de su red de apoyo pueden participar en su cuidado.

_____ **Telesalud:** si tiene una visita de telesalud, trate esta visita como si fuera una visita presencial. Es importante que esté en un espacio silencioso y privado, que sea puntual y que hable con su proveedor acerca de un plan de respaldo si tiene problemas técnicos.

_____ **Comunicación:** acepta recibir comunicaciones de CrescentCare ocasionalmente, incluidos correos postales, correos electrónicos, llamadas telefónicas o mensajes de textos relacionados con la facturación, la atención médica y el tratamiento, los recordatorios de citas y las encuestas sobre la calidad de la atención médica. Es su responsabilidad avisar a la agencia sobre cualquier método que no desee recibir.

_____ **Recepción de documentos:** recibirá el *Aviso de prácticas de privacidad (HIPAA) de CrescentCare* y el *Manual para pacientes y clientes de CrescentCare* cuando se inscriba en CrescentCare. Estos documentos contienen información detallada sobre los acuerdos financieros/de pago de los servicios, del uso del seguro médico, de la confidencialidad, de todos los servicios de CrescentCare disponibles, de sus derechos y obligaciones, de la seguridad en las instalaciones (consumo de drogas, armas, fumar, aislamiento/restricción, prevención de crisis, evacuación), de nuestra política de quejas, de cómo nos comunicamos para informarle sobre las citas, de las prácticas de pago y de nuestras ubicaciones/horas de atención. Puede obtener otra copia de estos documentos en el sitio web de CrescentCare o en cualquiera de nuestras ubicaciones.

Reconocimiento: mi firma a continuación constituye mi reconocimiento y aceptación de que he leído y entendido la información anterior, y de que se me ha dado la oportunidad de analizar este formulario y de hacer preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas satisfactoriamente y estoy convencido de que comprendo el contenido y el significado del formulario.

Certifico que he leído lo que antecede (o que me lo han leído) y que soy un paciente o que estoy debidamente autorizado por la ley para ejecutar lo precedente y aceptar los términos.

Firma del paciente o de la persona autorizada

Fecha

Si es una persona autorizada, indique su nombre y la relación con el paciente:

Nombre

Relación