**A New Tomorrow**

**Behavioral Health Services**

**26 Wesmark Ct., Sumter, S.C. 29150**

**Phone: (803) 883-4981 Fax: (803) 883-5492**

**Tara L. Corbett MS, LPC, LPC-S And Associates**

**Quanetta S. Jefferson MA, LPC, NBCC**

**Sara Anderson MS, LPC**

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

# CONFIDENCIALIDAD

Con la excepción de algunas excepciones específicas describidas abajo, usted tiene el absoluto derecho de confidencialidad de su terapia. El terapista no puede y no va a divulgar a nadie lo que usted le haya dicho, o que usted está en terapia con ellos sin un previo permiso escrito. Su terapista siempre va actuar para proteger la privacidad de usted, incluyendo situaciones en que usted ha dado permiso escrito para compartir información suya. Usted puede dirigir a su terapista para compartir su información a cualquier persona que usted indique. Usted puede cambiar su mente y denegar ese permiso en cualquier momento. Usted puede pedir que cualquier persona atienda una sesión de terapia con usted. Usted también está protegido(a) por “Federal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)”.

Las siguientes son excepciones legales a su derecho de confidencialidad. Su terapista le va a informar cada vez que ellos tengan que implementar estas excepciones.

* 1. Si hay alguna razón justificada para creer que usted le hará daño a otra persona. Su terapista debe de intentar a informar a esa persona y avisarle de su intención a daño. Ellos deben contactar a la policía y pedir que protejan a la persona que usted intenta victimizar.
  2. Si hay alguna razón justificada para creer que usted está abusando o siendo negligente con un niño(a) o un adulto vulnerable. Adicionalmente si usted da información de otra persona que está cometiendo estos abusos, entonces se debe informar a “Child Protective Services” dentro de 48 horas y a “Adult Protective Services” inmediatamente.
  3. Si su terapista cree que usted está en un peligro inmediato de lastimarse, ellos pueden romper confidencialidad y llamar a la policía o el equipo de crisis del condado (“county”). Los terapistas no están obligados en hacer esto. Ellos van a considerar primero todas las otras opciones posibles con usted, antes de tomar este paso. Si en algún punto usted no está dispuesto(a) a tomar pasos para garantizar su seguridad, entonces ellos pueden ser obligados a contactar el equipo de crisis o las autoridades apropiadas.
  4. Si usted y su pareja decide en tener sesiones individuales como parte de su terapia de pareja, lo que se diga en esas sesiones individuales se considerará como parte de la terapia de pareja. Lo cual se podrá discutir durante las sesiones juntas.

# MANTENIMIENTO DE REGISTROS

Registros de cada sesión se guardan con la fecha de servicio, el tema cubierto, el progreso con la perspectiva del cliente, intervenciones e impresiones del terapista y el plan de tratamiento. Todos los registros son guardados con privacidad y no se comparten con otros sin el formulario de liberar información. El cual debe ser completado por el cliente, en acuerdo con los requerimientos de la ley HIPPA.

# DIAGNOSIS

Si un tercer grupo, como una compañía de seguros, está pagando por tu factura, normalmente es requerido darle una diagnosis al tercer grupo para poder procesar el pago. Las diagnosis son términos técnicos para describir la naturaleza de un problema y si son para un periodo largo o corto.

# OTROS DERECHOS

Usted tiene el derecho para preguntar sobre cualquier cosa que ocurra durante las terapias. Su terapista siempre estará dispuesto(a) a discutir su plan de tratamiento y las técnicas alternativas que son necesarias.

(Inicial) Yo doy my consentimiento a tener internos asistiendo con my tratamiento. Yo entiendo que un consejero profesional licenciador estará supervisando todas las interacciones y el tratamiento.

# TARIFA

Pagos para los servicios se deben durante el tiempo de cada sesión. Es el deber y la responsabilidad del cliente en asegurar que toda la información de su seguro este correcta y en el expediente de la oficina. Fracaso en proveer la información del seguro correcta puede resultar en el cliente ser facturado por la sesión. Si usted necesita hacer cambios a su seguro o su información de contacto, por favor asegúrese de notificar a la oficina. Todo deducible y/o copago van a ser colectados antes que el servicio sea provisto.

Nuestra oficina ofrece escalas móviles de tarifas para clientes que no tienen plan médico.

# CITAS MÉDICAS

Nosotros apreciamos que lleguen a tiempo a las citas. Por favor notifiquen a nosotros si usted va a llegar tarde. Si usted va a llegar más de 15 minutos tarde para la cita, la cita debe ser cancelada o movida.

Si usted necesita cancelar una cita, por favor trate de al menos dar un aviso previo en dentro de 24-horas. Fracaso en cancelar una cita va a resultar en un no-apareció. Si el cliente tiene dos o más no-apareció en citas, entonces se considerará cerrar su caso.

# TELESALUD (TELEHEALTH)

(Inicial) Nosotros ofrecemos servicios de telesalud. La plataforma que se utiliza sigue los reglamentos de la ley HIPAA. Por favor note que todos los derechos de confidencialidad serán aplicados. Si usted desea recibir estos servicios, por favor ponga su inicial aquí.

**Firmando este formulario, usted está de acuerdo en recibir mensaje de texto y/o mensajes de voz con el número de celular que fue proveído. Esto será en relación a recordatorios de cita y actualización del caso.**

**Yo he leído la información que queda arriba y entiendo que mis derechos en la naturaleza de consejería, y los límites de confidencialidad, y lo que es esperado de mí como cliente.**

Nombre de cliente (Letra en Molde): Firma del Cliente o Persona Responsable: Fecha: