

Psychological Health- Roanoke
Consentimiento Informado para Tratamiento

Confidencialidad

El personal clínico y de oficina de Psychological Health-Roanoke valora las relaciones entre paciente y terapeuta, y paciente y médico, y se esfuerza en mantener toda información confidencial. Nosotros solo divulgamos información a otros con su permiso escrito.

Aquí hay algunas excepciones importantes a esta confidencialidad de las cuales queremos que usted esté al tanto. Estas incluyen:

- Sospecha de abuso o negligencia de niño
- Sospecha de abuso o negligencia de adulto anciano o incapacitado
- Si se piensa que el paciente presenta un peligro inmediato a sí mismo o a otros
- Divulgaciones ordenadas por la corte en relación a acciones legales
- Mala conducta de un proveedor de cuidado de salud
- Compensación para el Trabajador (Workers Compensation)
- Si usted tiene licencia o certificado de una junta reguladora de salud o tiene licencia multi estatal, y su condición lo pone a Ud. o al público en riesgo

Otros Asuntos Relacionados a la Confidencialidad

- Ocasionalmente puede ser útil o necesario consultar sobre un paciente con otro profesional. Durante estas consultas el médico/terapeuta hace todo esfuerzo para evitar revelar la identidad del paciente. La persona con la que se consulta también, por supuesto, está legalmente obligada a mantener confidencialidad.
- Si se solicita reembolso del seguro, se nos requiere darle al seguro la información relevante, tal como diagnóstico y/o plan de tratamiento.
- Si el paciente es menor de dieciocho años de edad, favor de saber que mientras que el contenido específico de la terapia es confidencial, los padres tienen el derecho a recibir información general sobre el progreso del tratamiento y a tener acceso legal al registro.

Yo entiendo que mi terapeuta discutirá mi diagnóstico al igual que el método de tratamiento. El carácter del tratamiento me ha sido descrito al igual que los posibles efectos adicionales y las formas de tratamiento alternativas. Yo entiendo que puedo retirarme del tratamiento en cualquier momento, pero si decido hacer esto, discutiré mi plan con este médico/terapeuta antes de actuar sobre dicho plan.

El médico/terapeuta también ha discutido conmigo las políticas de programación de citas, los cargos que se cobrarán, y los materiales relacionados al seguro, y de ser aplicable, asuntos de preautorización y revisión de utilización.

Si Ud. necesita cambiar una cita, por favor dénos aviso con un mínimo de 24 horas de antelación. Nos reservamos el derecho a asesorarle cargos a los pacientes que no mantienen o fallan en asistir a citas comprometidas con nosotros y que fallan en darnos aviso con al menos 24 horas de antelación de su intención de no asistir. Las citas sucesivas solo serán programadas cuando cualquier balance pendiente de co-pago sea pagado.

He leído lo escrito arriba; entiendo plenamente el diagnóstico, el carácter del tratamiento, las alternativas a este tratamiento, los cargos, y las limitaciones de confidencialidad y doy consentimiento para tratamiento.

Acuso recibo del Aviso de las Políticas de Privacidad de Psychological Health-Roanoke. Yo entiendo que si tengo preguntas o quejas debo contactar al Oficial de Privacidad. Iniciales del Paciente: _____

Paciente: _____ Fecha: _____

Proveedor: _____ Fecha: _____