

Formularios de consentimiento clínico en la Guía para terapeutas en Avatar: guiones 2021

GUIÓN PARA CLIENTES NUEVOS

***Todas las versiones impresas de los formularios de consentimiento se encuentran en <https://www.smchealth.org/consents>**

Es necesario que el personal clínico asignado conteste todos los formularios de consentimiento.

INTRODUCCIÓN

Debido a que usted es un cliente nuevo de Servicios de Salud del Comportamiento y Recuperación (Behavioral Health and Recovery Services, BHRS), me gustaría revisar con usted y explicarle algunos de sus derechos. Hablaremos sobre algunos formularios de consentimiento para los que me gustaría obtener su consentimiento y reconocimiento. **¿Está de acuerdo?** Hay información adicional sobre los servicios de BHRS que podrían ser útiles para usted en <https://www.smchealth.org/new-client-information-english>.

Cuando terminemos de revisarlos, me gustaría enviarle por correo electrónico una copia de los consentimientos. **¿Cuál es su dirección de correo electrónico?**

(Nota para el terapeuta: **Incluya la dirección de correo electrónico en el formulario “Update Client Data” [Actualizar datos del cliente]** en Avatar. Cuando envíe la versión en PDF por correo electrónico al cliente, **escriba #sec# en la línea de asunto del correo electrónico para cifrarlo**. Consulte las plantillas de correo electrónico al final de este documento).

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO Y PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (obligatorio para todos los clientes nuevos)

BHRS solicita su consentimiento para recibir servicios de salud del comportamiento, lo que puede incluir manejo de casos y servicios de apoyo con medicamentos (solo si usted acepta los servicios de apoyo con medicamentos). **¿Acepta recibir servicios de BHRS?** Le proporcionaré un aviso detallado de nuestras prácticas de privacidad. Le pido que me indique si tiene alguna pregunta después de revisarlas. Por ley, debemos asegurarnos de que la información de salud del comportamiento que lo identifica se mantenga privada. Estamos obligados a proporcionarle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad respecto a su información de salud del comportamiento. BHRS respetará los términos del aviso. BHRS compartirá su información como lo exige la ley, y para el tratamiento, pago y nuestras operaciones de atención médica diarias (como revisión de calidad).

También puede revisar estos derechos en:

<https://www.smchealth.org/bhrs-doc/application-services-and-consent-treatment-96-15>

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TELESALUD (obligatorio para todos los clientes que participen en telesalud)

En ocasiones, es posible que BHRS le proporcione servicios a través del uso de equipos para videoconferencia. Cuando hacemos esto, usted podrá verme y escucharme (o a los otros proveedores con los que se reúna) y yo podré verlo y escucharlo, como si estuviéramos en la misma habitación. **¿Está de acuerdo con participar en servicios por video o por teléfono cuando sea adecuado?** La telesalud puede mejorar su acceso a la atención porque nos permite a usted y a mí (u otros proveedores con los que se reúna) estar en lugares diferentes. Usted no está obligado a participar por video si no se siente cómodo y se puede programar una sesión por teléfono en su lugar. Se utilizan medidas de seguridad para garantizar que la videoconferencia sea segura, y **ninguna parte de la cita se grabará sin su consentimiento**. Es posible que se determine que la cita de telesalud no proporciona la información suficiente para tomar decisiones clínicas adecuadas, por lo que podrían ser necesarias visitas adicionales en persona. Usted tiene el derecho a retirar su consentimiento para el uso de la telesalud durante mi atención en cualquier momento, sin que afecte su derecho a atención o tratamiento futuro. Las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telesalud.

Puede revisar este aviso en: <https://www.smchealth.org/bhrs-policies/telehealth-informed-consent-forms>

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO (ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS, AOB) (obligatorio para todos los clientes nuevos)

BHRS entregará información a sus compañías de seguro con el fin de obtener el reembolso de los servicios prestados por BHRS. La información entregada está limitada y por lo general solo incluye fechas y duración de visitas, su diagnóstico y el nombre de su terapeuta. Al firmar este formulario, usted nos permite cobrarle a su compañía de seguros (incluido Medicare, si usted cuenta con él). No se requiere ninguna acción de su parte. *Si un cliente dice “No necesito firmar esto*

Formularios de consentimiento clínico en la Guía para terapeutas en Avatar: guiones 2021

porque solo tengo Medi-Cal; no tengo seguro”, indíquele que es necesario para todos los clientes nuevos sin importar la cobertura. Solo cobraremos a los seguros que tengan.

También puede consultar este aviso en <https://www.smchealth.org/bhrs-policies/authorization-and-assignment-benefits>

AVISO INFORMATIVO DE INSTRUCCIÓN ANTICIPADA SOBRE ATENCIÓN MÉDICA (obligatorio para todos los clientes nuevos)

Le proporcionaré una hoja de datos informativa que trata de la instrucción anticipada sobre atención médica. Aunque no puedo ayudarle a contestar la instrucción anticipada sobre atención médica, me gustaría asegurarme de que tenga la información para poder obtener la instrucción anticipada sobre atención médica, si lo desea. **¿Tiene una instrucción anticipada sobre atención médica? ¿Le gustaría que le explicara qué es una instrucción anticipada sobre atención médica?** Una instrucción anticipada sobre atención médica es un documento legal que les permite a las personas indicar con anticipación sus deseos relacionados con la atención médica si no pueden tomar sus propias decisiones. Le permite tomar decisiones de tratamiento ahora, en caso de que necesite tratamiento médico en el futuro. Puede indicar a su médico, institución, proveedor, centro de tratamiento y juez qué tipos de tratamiento quiere y no quiere. Puede elegir a un amigo o a un familiar para que tome decisiones de atención médica si no puede tomarlas usted. Una instrucción anticipada sobre atención médica entra en vigor cuando el médico principal de una persona determina que esta no tiene la “capacidad” de tomar sus propias decisiones de atención médica. Esto significa que la persona no puede entender la naturaleza y las consecuencias de la atención médica propuesta o que tiene una lesión y no puede tomar decisiones.

Obtenga información sobre dónde encontrar los formularios de instrucción anticipada sobre atención médica y cómo obtener ayuda en <https://www.smchealth.org/bhrs-doc/advance-health-care-directives-04-07>

ACUERDO DE USO DE TELÉFONO CELULAR

Comparto con usted mi número de teléfono celular del trabajo para poder comunicarme con usted cuando esté en mi turno. Mi teléfono celular de trabajo solo está disponible durante mi horario laboral y está apagado cuando no estoy en mi turno. Si deja un mensaje de voz o de texto, responderé cuando vuelva al trabajo.

Usted puede llamar a mi teléfono celular para preguntar por la dirección de una cita programada, para confirmar o cancelar su cita. Por respeto a cada cliente, no responderé mi teléfono cuando esté con otro cliente. Si no respondo, le pido que deje un mensaje. Mantendré actualizados los saludos del buzón de voz de mi consultorio y de mi celular para que digan mis horarios de trabajo y el tiempo que estoy fuera. Los saludos incluirán la información sobre cómo puede recibir asistencia urgente si no estoy disponible.

Los mensajes de texto son solo para logística, como confirmación de citas. Su privacidad es muy importante para mí y, ya que los mensajes de texto no cumplen las normas de privacidad, no deben incluir información de salud privada. Puede enviarme un mensaje de texto si tiene una necesidad urgente, pero reserve los detalles clínicos para el buzón de voz o una conversación personal.

Números importantes:

- Mi número de teléfono celular _____.
- El número de mi consultorio _____.
- El número de la clínica _____.
- Servicios de Emergencia Psiquiátrica disponibles de San Mateo Medical Center (650) 573-2662.
- Mills-Peninsula Medical Center (650) 696-5915.
- Líneas directas ante crisis de suicidio las 24 horas, los 7 días de la semana 1 (800) 273-TALK (8255) o (650) 579-0350; para español: 1 (888) 628-9454.
- La línea de mensajes de texto ante crisis atiende a cualquiera, en cualquier tipo de crisis, dando acceso a apoyo gratuito las 24 horas, los 7 días de la semana. Envíe BAY al 741741 para comunicarse con un consejero para crisis.

Puede revisar el aviso en: <https://www.smchealth.org/bhrs-doc/cell-phone-usage-01-01>

Formularios de consentimiento clínico en la Guía para terapeutas en Avatar: guiones 2021

OBLIGATORIO PARA TODO EL PERSONAL REGISTRADO Y CON LICENCIA (obligatorio para todos los clientes nuevos con personal clínico)

Como profesional con licencia/registrado en el estado de California, debo proporcionarle información sobre mi licencia y cómo consultarla y presentar una queja ante mi Junta.

Mi número de licencia/registro y tipo es_____.

Mi (licencia o registro) es para servir como (LMFT/LCSW/RN) y la información de mi Junta se encuentra en:

https://www.smchealth.org/sites/main/files/file-attachments/verifyingcredentialsposter_0.pdf?1496158842

No tengo licencia o no estoy registrado en una junta en California, pero soy estudiante (o residente) en un programa de terapia. El nombre de mi supervisor e información de contacto es_____.

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION, ROI)

Para darle el mejor cuidado posible, BHRS compartirá información y se comunicará con sus otros proveedores de atención médica. También nos gustaría obtener su permiso para hablar con las personas de apoyo que son importantes en su vida, como miembros de la familia, trabajadores sociales, oficiales de libertad condicional, servicios sociales y otras agencias involucradas en su tratamiento.

¿Quiénes son las personas con las que compartiríamos información para mejorar su atención?

¿Está de acuerdo con que BHRS hable y comparta información con _____?

BHRS solo compartirá la mínima cantidad de información que sea necesaria en relación con su atención.

¿Tiene alguna limitación de la que me quiera hablar?

A menos que se revoque el consentimiento, esta autorización tendrá validez hasta la fecha que elijamos para que finalice el consentimiento (puede ser de 1 a 10 años), o hasta que reciba el alta de Servicios de Salud del Comportamiento y Recuperación del Condado de San Mateo, lo que suceda primero.

Puede revisar este aviso en:

<https://www.smchealth.org/bhrs-policies/confidentialityprivacy-protected-health-information-phi-03-01>

PLANTILLAS DE CORREO ELECTRÓNICO PARA EL PAQUETE DE ACEPTACIÓN DE CLIENTE CON FORMULARIOS DE CONSENTIMIENTO

Español

¡Bienvenido a los *Servicios de Salud del Comportamiento y de Recuperación* del condado de San Mateo!

<http://www.smchealth.org/new-client-information-spanish>

Los Servicios de Salud del Comportamiento y de Recuperación (*Behavioral Health and Recovery Services*, BHRS) ofrecen muchos servicios para niños, jóvenes, familias, adultos y adultos mayores en el condado de San Mateo para la prevención, la intervención temprana y el tratamiento de enfermedades mentales o el consumo de sustancias. Apoyamos las metas de cada persona para estar saludable y vivir una vida de calidad. Proporcionamos servicios en inglés, español, chino mandarín y tagalo. También podemos hacerlo en otros idiomas cuando es necesario. Nuestro personal representa a los diferentes grupos culturales o étnicos del condado de San Mateo.

Le invitamos a ingresar al siguiente enlace <http://www.smchealth.org/new-client-information-spanish> para ayudarle a entender sus derechos y los servicios específicos que los BHRS proporcionan, como:

Formularios de consentimiento clínico en la Guía para terapeutas en Avatar: guiones 2021

- una guía para los servicios de Medi-Cal
- un folleto sobre los derechos del consumidor y la resolución de problemas
- una lista de proveedores de los BHRS

Por favor, no responda a este correo electrónico.

Si necesita asistencia o desea copias impresas de cualquiera de estos documentos, comuníquese con su nuevo proveedor. Si no sabe cómo comunicarse con su nuevo proveedor, puede comunicarse con el centro telefónico de ACCESS al (800) 686-0101, TDD: (800) 943-2833.

Hay información adicional sobre los servicios y recursos de los BHRS en <http://www.smchealth.org/bhrs/mhresources>.

En caso de que usted o un miembro de su familia tenga una emergencia de salud mental

Llame al 9-1-1 o vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano si puede llegar ahí de forma segura.

Consulte las [pautas para llamar al 9-1-1 en caso de una emergencia de salud mental](#).

Los servicios psiquiátricos de emergencia están disponibles en:

San Mateo Medical Center
222 West 39th Ave, San Mateo CA, 94403
Teléfono: (650) 573-2662

Mills-Peninsula Medical Center
1501 Trousdale Drive, Burlingame CA 94010
Teléfono: (650) 696-5915