

The Personal Wellness Center

6508 Deer Pointe Dr. Suite 4C, Salisbury, MD 21804

Teléfono: 410-742-6016

Consentimiento Informado para Tratamiento, Políticas Financieras y Acuerdos

Bienvenidos a **The Personal Wellness Center**. Este documento contiene información importante de nuestros servicios y políticas comerciales. Es importante que lea este documento antes de firmar. Una vez firmado, este representa un acuerdo entre nosotros dos. Si tiene alguna pregunta, por favor háganos saber.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Estoy de acuerdo voluntariamente de recibir una evaluación/tratamiento de salud mental/servicios de consejería por parte de los terapeutas del "The Personal Wellness Center." Yo entiendo y estoy de acuerdo en participar en mi plan de tratamiento y que puedo discontinuar el tratamiento y/o retirar el consentimiento para tal propósito en cualquier momento.

La terapia es una relación entre personas que trabajan separadamente debido a derechos y responsabilidades claramente definidos por cada persona. Como cliente en terapia, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades que son importante para usted y se describen en los párrafos siguientes.

La terapia tiene tanto beneficios como riesgos. Estos riesgos pueden incluir, experimentar sentimientos incómodos tales como, tristeza, culpabilidad, ansiedad, cólera, frustración, soledad e impotencia porque el proceso de la terapia a menudo requiere discutir los aspectos desagradables de su vida. Sin embargo, se ha demostrado que la terapia tiene beneficios para las personas que la inician. La terapia a menudo conduce a una reducción significativa de los sentimientos de angustia, encontrando mayor satisfacción en las relaciones interpersonales, mayor conciencia personal y la comprensión, aumento de las habilidades para manejar el estrés y encontrar la solución a problemas específicos. Pero no hay garantías sobre lo que sucederá. La terapia requiere un esfuerzo muy activo de su parte. Con el fin de tener más éxito, tendrá que trabajar fuera de las sesiones en las cosas que se discuten en terapia. Las citas generalmente tienen una duración de 45-50 minutos y una vez por semana, según lo acordado, pero en algunos casos podrían requerir más o menos frecuencia, según la necesidad. Usted es responsable de llegar a sus citas a la hora acordada; si usted llega tarde, usted podrá recibir terapia, pero esta culminará en el tiempo acordado.

TELEHEALTH

Cuando sea necesario cerrar nuestras dependencias para prevenir el contagio debido a la crisis de salud pública que estamos enfrentando y por las ordenes ejecutivas del estado de Maryland, nosotros ofrecemos servicios de teleconferencias. Al firmar este documento también acuerda de participar en el servicio de teleconferencia con su terapeuta.

CONFIDENCIALIDAD

Nosotros honramos y respetamos su confidencialidad. Con el permiso de usted, compartiremos información necesaria con su compañía de seguro de salud para fines de facturación, con los doctores que están a cargo de su cuidado, y si es necesario, con los miembros de la familia. Hay pocas instancias en donde nos vemos obligados por la ley o estándares éticos de compartir su información y que son: cuando hay intento de dañarse a sí mismo o a otros, abuso o negligencia, con la corte u otros procedimientos legales. Si en cualquier evento nos vemos en la necesidad de divulgar su información, nosotros le informaremos con anticipación y haremos todo lo posible para manejar la situación con el respeto necesario hacia usted, sus sentimientos y sus necesidades. Más información acerca de la confidencialidad puede ser encontrada en el formulario de Aviso de las Prácticas de Privacidad.

AUTORIZACIÓN PARA FACTURAR A LA COMPAÑÍA DE SEGURO

Al firmar este documento, yo doy autorización a The Personal Wellness Center para facturar mi compañía de seguro de salud por los servicios entregados.

POLITICAS DE CANCELACION

La hora de su cita es asignada solamente para usted. Le agradeceríamos si usted nos da al menos 24 horas de aviso si usted necesita cancelar o postponer su cita. Esto nos da suficiente tiempo para hacer otros arreglos y acomodar las necesidades de otros clientes. Entendemos que enfermedades, accidentes, y emergencias pueden ocurrir inesperadamente y no habrá otra opción que cancelar a último minuto. Sin embargo, cualquier otro tipo de cancelación con menos de 24 horas de aviso tendrá un cargo de \$75 por sesión el cual será remitido a usted. Apreciamos su consideración y entendimiento en esta materia.

Note: Las compañías de seguro de salud no cubren las citas perdidas. **Esta política de cancelación no aplica para los recipientes de Medicaid.**

TERMINACION O INTERRUPCION DE SERVICIOS

En el evento de que su terapeuta viera la necesidad de interrumpir los servicios, usted será notificado y le ayudaremos con el proceso de transferencia en el caso que estos sean interrumpidos o terminados. Su terapeuta le dará 2 a 3 opciones de recursos de salud mental disponibles en la comunidad que sean compatibles con sus necesidades para que pueda continuar con su tratamiento.

DEVOLUCIONES DE CHEQUES DEBIDO A INSUFICIENTES FONDOS

Al firmar este documento, entiendo que soy responsable por cualquier cheque devuelto debido a insuficientes fondos, orden de no pago, o cuentas cerradas y como resultado se hará un cargo \$35. Soy responsable por pagar a The Personal Wellness Center el monto por el cual el cheque fue retornado más el cargo de \$35 en dinero efectivo. **Esta política no aplica para los recipientes de Medicaid.**

POLITICAS FINANCIERAS

Al firmar este documento, entiendo que soy responsable por los cargos incurridos por los servicios suministrados en el evento de no tener una cobertura de seguro de salud. Todos los pagos son debidos a la hora de recibir los servicios. **Esto no aplica para los recipientes de Medicaid.**

Valores de Servicios: Los siguientes son nuestros valores de servicios: Evaluación Inicial \$190, Citas Subsiguientes \$130, Terapia de Grupo \$65 y Sesión Familiar \$130.

Copagos (copays): Todo copago debe ser pagado a la hora de recibir los servicios.

Nombre

Firma

Firma de uno de los padres o tutor si es menor de 18 años

Relación con el cliente

Fecha

Firma del Testigo

Date