



Therapy Solutions
1679 6th Ave W
Dickinson, ND 58601-2647
Phone: 701-483-1000 | Fax: 701-483-1001

Formulario de consentimiento informado

1. Gestión de Emergencias

- a. En caso de que se necesiten servicios de emergencia, Therapy Solutions no es un centro de crisis. Recomendamos el uso de los servicios de gestión de emergencias cuando sea necesario, especialmente durante el horario en que Therapy Solutions se encuentra cerrado. Los servicios de emergencia se pueden encontrar en:

- i. Badlands Human Service Center
- ii. Sala de Emergencias de CHI
- iii. Hospitales Sanford o CHI en Bismarck
- iv. 988 - Línea de ayuda para crisis por suicidio disponible las 24 horas
- v. 741741 - Línea de texto para crisis disponible las 24 horas

2. Todos los terapeutas de Salud Mental son reporteros obligatorios. Están obligados por la ley y por su código de ética a reportar cualquier abuso/negligencia o sospecha de abuso/negligencia.

3. Todos los terapeutas de Salud Mental tienen el deber de advertir si la seguridad representa o podría representar un riesgo.

- a. Excepción: si un menor de entre 14 y 17 años revela el consumo de alcohol o drogas a su terapeuta, la Norma Federal (42 CFR Parte 12) prohíbe al terapeuta revelar al tutor el conocimiento del consumo de sustancias.

4. Todas las sesiones son confidenciales. Todos los terapeutas están obligados por la ley y por su código de ética a garantizar la confidencialidad de sus clientes. Therapy Solutions garantiza la privacidad de todos sus clientes y mantiene todos los archivos e información, tanto electrónicos como físicos, protegidos de manera segura.

5. Tras la evaluación, todos los terapeutas de Salud Mental diagnosticarán a sus clientes según los síntomas que presenten. El diagnóstico puede cambiar durante el tratamiento. La duración del tratamiento varía según el diagnóstico, los síntomas y la necesidad o el deseo del cliente de recibir servicios.

- a. Todos los terapeutas de Salud Mental apoyan a sus clientes para que reciban la atención que mejor se adapte a sus necesidades; por lo tanto, los clientes tienen derecho a solicitar atención alternativa si es apropiado o necesario.

6. Los clientes pueden comunicarse con su terapeuta entre sesiones por teléfono o correo electrónico. Sin embargo, Therapy Solutions no garantiza respuestas inmediatas.

- a. No incluya información confidencial en los mensajes de correo electrónico para garantizar la confidencialidad.

- b. Cualquier trabajo que exceda los 15 minutos se facturará directamente al cliente como pago particular.

c. **Consulte el programa de tarifas a continuación:**

- Tiempo profesional (incluye, entre otros: llamadas, correos electrónicos, revisión de expedientes, llamadas telefónicas con abogados o con las fuerzas del orden): \$150.00 por hora
- Facturación en incrementos de 15 minutos: 15 minutos - \$40.00
- Comparecencias judiciales/testimonio: \$200.00 por hora (de portal a portal), limitado a 2 horas
- Preparación de documentos e informes escritos: \$150.00 por hora
- Tiempo de viaje: \$75.00 por hora
- Copias y expedientes: Procedimiento vigente
- Solicitudes urgentes (con menos de 1 día de aviso): Cargo adicional de \$50.00

7. Se cobrará a los clientes una tarifa de \$50 por cualquier ausencia o cancelación que no se notifique con al menos 8

horas de anticipación.

8. La Terapia Caminando y Conversando (Walk and Talk Therapy) es un servicio disponible. Si está interesado, solicite a su proveedor el formulario de consentimiento.
9. Si un cliente tiene contacto con su terapeuta fuera de la oficina, el terapeuta procurará mantener la confidencialidad absteniéndose de entablar conversación o contacto con el cliente, a menos que el propio cliente inicie dicho contacto.
10. Ningún miembro del personal de Therapy Solutions interactuará con los clientes a través de las redes sociales.
11. Los clientes no pueden grabar las sesiones sin el consentimiento del terapeuta.
12. Todos los consultorios de terapia cuentan con cámaras de seguridad que graban video sin audio. El video es confidencial y no será visto por nadie, a menos que exista alguna discrepancia relacionada con la conducta durante la sesión.
13. Doy mi consentimiento para participar en una grabación de audio con fines de documentación clínica. La grabación de audio cumple con la HIPAA. La grabación transcribirá nuestra sesión en una nota clínica. Se eliminará después de la sesión.

Mi firma indica que fui informado(a), que entiendo y que doy mi consentimiento respecto a la información indicada anteriormente.

Firma del cliente:

Fecha: