

Aurora Mental Health Center (AuMHC)
Divulgación y Consentimiento de Tratamiento

Nombre del Clínico: _____ **Credenciales:** _____

Supervisado Por: _____

Dirección: _____ **Teléfono:** 303-617-_____

Representante de clientes: Ryan Rhodes, LPC

Teléfono: 303-617-2343

Usted puede comunicarse con el representante del cliente si tiene dudas o quejas sobre la manera en que ha sido tratado o de los servicios que ha recibido. Usted puede comunicarse con:

<p>Aurora Mental Health Center 11059 E. Bethany Dr., Suite 200 Aurora, CO. 80014 (303) 617-2300</p>	<p>Colorado Office of Behavioral Health 3824 W Princeton Cr. Denver, CO 80236 (303) 866-7400</p>	<p>Colorado Access PO Box 17950 Denver, CO 80217-0950 720-744-5134 or 877-276-5184</p>	<p>Office of Civil Rights <i>Concerning discrimination complaints</i> 999 18th St, South Terrace, Ste 417 Denver, CO 80202 (303) 844-7915</p>
--	---	---	---

La práctica de personas con o sin licencia en el área de psicología están reguladas por el Departamento de Regulación de Agencias. Preguntas, quejas, y denuncias pueden ser dirigidas al Consejo de Psicología, Consejeros Profesionales, Trabajadores Sociales y Terapeutas de Matrimonios y Familias localizado en 1560 Broadway, Suite 1350, Denver, Colorado 80202, (303) 894-7800. Por favor lea “Derechos del Paciente” para obtener más información.

Acuerdo de tratamiento: Yo solicito servicios del Centro y autorizo al equipo de AuMHC, que incluye proveedores en entrenamiento, que efectúen evaluaciones y tratamiento de salud mental basado en sus recomendaciones profesionales con respecto a mis necesidades médicas.

Confidencialidad: Entiendo que mis archivos serán guardados en confidencia de acuerdo con la póliza del Centro definida por los Servicios de Salud Mental de Colorado en conformidad con los Estatutos Revisados de Colorado (CRS 27-65-101 et.seq. & Standard CF.1 et.seq.) y la División de Alcohol y Abuso de Drogas en conformidad con el código de Regulaciones Federales (42 C.F.R. Part 2). Existen excepciones a la regla de confidencialidad que pueden ser explicadas y serán identificadas si tales situaciones surgen durante terapia. En general, las excepciones incluyen “amenaza seria de daño a si mismo u otros” como en el caso de abuso infantil, suicidio, discapacidad grave, bajo orden de una corte de ley; o en respuesta a una acción legal tomada por usted en contra de esta agencia.

Investigación y Seguimiento: Entiendo que la información de salud protegida que sera divulgada con fines de investigación será cubierta en otro documento de consentimiento. Entiendo que AuMHC puede comunicarse conmigo después de que termine el tratamiento para adquirir información para seguimiento y evaluación del programa.

Destrucción de Archivos: Entiendo que los archivos clínicos de este episodio de tratamiento pueden ser destruidos si no se me da más tratamiento después de 7 años de la fecha de terminación de este episodio (o 7 años de la fecha que el cliente cumpla la edad de dieciocho, si el cliente es menor de edad.)

Responsabilidad Financiera del Cliente:

- Usted es responsable por el copago en el momento del servicio.
- Si usted califica para recibir servicios en una escala reducida y su situación financiera cambia después, debe contactar a un miembro de AuMHC para hacer un nuevo arreglo de pagos.
- AuMHC puede cambiar los precios de sus servicios en cualquier momento, y eso impactaría el costo del tratamiento.
- Usted es responsable del copago de todos los costos asociados con los servicios recibidos, incluyendo tarifas de abogados si es que AuMHC no recibe el pago facturado y lo refiere a un cobrador de deudas
- Le debe informar a AuMHC inmediatamente si hay algún cambio en su seguro médico, cobertura de servicios del seguro, ó situación económica que impactaría sus responsabilidades financieras.

- Si hay cambios en su seguro médico, le debe avisar a AuMHC y coordinar con ellos como pagar por los servicios que sean necesarios.

Asignación de Beneficios y Divulgación de Información:

- Usted es responsable del copago en el momento del servicio y al recibir una factura por cualquier deducible /coseguro tal como se determina en el contrato con su seguro médico. Muchas compañías de seguros tienen estipulaciones adicionales que pueden afectar su cobertura. Usted es responsable por cualquier monto no cubierto por su seguro excepto cuando hay contratos pre establecidos entre su seguro y AuMHC donde lo prohíben, o por las leyes federales y/o estatales.
- Autorizo que AuMHC archive reclamos de pago por cualquier porción de mi factura y se asigne para recibir todos los derechos y beneficios de pago hasta que se cancele el monto debido.
- Autorizo que AuMHC divulgue cualquier información que sea necesaria a mi seguro médico pagadores de tercera parte hasta que el balance sea pagado en completo. Esta información incluye (pero no está limitada) mis records de salud mental y/o abuso de sustancias.

Si no puede asistir a una cita debe avisarnos con 24 horas de anticipación o podría tener que pagar hasta \$30.

Por favor escriba sus iniciales:

- ___ He sido informado sobre la educación, título, credenciales, y licencia/s de mi proveedor de salud mental verbalmente y en este documento.
- ___ Entiendo que estoy dando mi consentimiento para recibir tratamiento en AuMHC.
- ___ Reconozco que he recibido una copia de mis Derechos de Paciente.
- ___ Reconozco que he recibido una copia del los Derechos de Privacidad de AuMHC.
- ___ Reconozco que he recibido una copia de la información en ambos lados de esta página.
- ___ Estoy de acuerdo con los terminos de pago definidos en este documento.

Certifico que la información que he proveído es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Cliente/Padre/Madre/Guardián Fecha Firma del Proveedor Fecha

Damos servicios en acuerdo con las siguientes pautas:

- Usted tiene el derecho de recibir información de los métodos de terapia, las técnicas usadas, de la duración de la terapia y si es sabido de la estructura de pago.
- En una relación profesional, la intimidad sexual nunca es apropiada y es ilegal en Colorado. Debe ser reportada a la Junta que le da licencia, registro o certificado al licenciado, registrante o poseedor del certificado.
- Si usted participa en terapia grupal, es necesario que usted esté de acuerdo en proteger y respetar la privacidad de los otros miembros del grupo. Usted debe estar de acuerdo en no compartir información personal, incluyendo los nombres de los otros miembros del grupo, con personas fuera del grupo. Usted puede tener la expectativa que los otros miembros del grupo demuestren el mismo respeto de su privacidad.
- En cuanto a los requisitos reglamentarios aplicables a los profesionales de salud mental: un Trabajador Social Clínico Licenciado, un Terapeuta de Familias y Matrimonios Licenciado, un Consejero Profesional Licenciado debe tener una maestría en su profesión y dos años de supervisión pos-grado. Un Psicólogo Licenciado debe tener un doctorado en psicología y debe tener un año de supervisión pos-grado. Un Trabajador Social Licenciado debe tener una maestría en trabajo social. Un Candidato de Psicología, un Candidato de Terapeuta de Familias y Matrimonios, y un Candidato de Consejería Profesional Licenciado debe tener la licenciatura necesaria y estar en el proceso de completar su requerida supervisión para licenciatura. Un Consejero de Adicción Certificado I (CAC I) debe haberse graduado de la escuela secundaria, y completar las horas requeridas de capacitación y 1000 horas de experiencia supervisada. Un CAC II debe de completar las horas adicionales de capacitación y 2,000 horas de experiencia supervisada. Un CAC III debe tener un bachiller en comportamiento de salud y completar las horas adicionales requeridas de capacitación y 2,000 horas de experiencia supervisada. Un Consejero de Adicción Licenciado debe tener una maestría clínica y llenar todos los requisitos de CAC III. Un Psicoterapeuta Registrado con el Consejo Estatal de Psicoterapeutas Registrados, no tiene licencia ni certificado, y no tiene título, capacitación o experiencia requerida.