Aurora Mental Health & Recovery

Asian Pacific Development Center
A subsidiary of Aurora Mental Health & Recovery

Aurora Mental Health & Recovery
Asian Pacific Development Center
Divulgación y Consentimiento para el Tratamiento

Nombre del Médico: _____ **Cartas Credenciales:** _____ **Supervisado por:** _____

Dirección de Negocios: 1290 Chambers Rd., Aurora, CO 80011 **Teléfono:** 303-617-2300

Representante del Cliente: Julia Lamb & Jen McBride **Teléfono:** 303-617-2343

Puede comunicarse con un representante del cliente si tiene alguna inquietud o queja sobre la forma en que ha sido tratado o sobre los servicios que ha recibido. La organización en este documento se refiere a AMHR y APDC. También puede comunicarse con:

Aurora Mental Health & Recovery or Asian Pacific Development Center 1290 Chambers Road Aurora, CO. 80011 (303) 617-2300	**Colorado Office of Behavioral Health** 3824 W Princeton Cr. Denver, CO 80236 (303) 866-7400	**Colorado Access** PO Box 17950 Denver, CO 80217-0950 720-744-5134 or 877-276-5184	**Office of Civil Rights** *Sobre las denuncias de discriminación* 999 18th St, South Terrace, Ste 417 Denver, CO 80202 (303) 844-7915

La práctica de personas con licencia y sin licencia en el campo de la psicoterapia está regulada por el Departamento de Agencias Reguladoras. Las preguntas, quejas y agravios se pueden dirigir a: *Boards of Psychology, Professional Counseling, Social Work, and Marriage and Family Therapy* (Juntas de Psicología, Consejería Profesional, Trabajo Social y Terapia Matrimonial y Familiar) en 1560 Broadway, Suite 1350, Denver, Colorado 80202, (303) 894-7800. Consulte "Derechos del Cliente" para obtener información adicional.

Consentimiento para el Tratamiento: Doy mi consentimiento y autorizo al equipo de atención médica de la organización, incluidos los proveedores en capacitación, a realizar evaluaciones y los tratamientos de atención de la salud mental que se consideren médicamente necesarios según su criterio profesional.

Confidencialidad: Entiendo que mis documentos se mantendrán en confianza de acuerdo con la política del Centro según lo definido por los Estatutos Revisados de Colorado (sección 12-43-218 del CRS), el código de Regulaciones Federales (42 CFR Parte 2) y el Aviso de Derechos de Privacidad de la organización. Hay excepciones a la regla de confidencialidad que le serán especificadas en caso de que surjan situaciones de este tipo durante la terapia. En general, las excepciones incluyen una "amenaza de daño grave a usted mismo o a otros" como en el caso de abuso de niños o ancianos, suicidio, discapacidad grave; bajo una orden judicial; o en respuesta a cualquier acción legal tomada por usted contra esta agencia.

Investigación y Seguimiento: Entiendo que cualquier información médica protegida que se divulgue con fines de investigación será mencionada en formularios de consentimiento separados. Entiendo que el Centro puede comunicarse conmigo después de la finalización del tratamiento para recopilar la información necesaria para el seguimiento y la evaluación del programa.

Destrucción de Documentos: Entiendo que los documentos clínicos pueden ser destruidos si no se brinda ningún tratamiento adicional dentro de los 7 años posteriores a la fecha de finalización de este episodio (o 7 años desde la fecha en que el cliente cumpla los dieciocho años, si el cliente es menor de edad).

Responsabilidad Financiera del Cliente:

- Todas las tarifas deben ser pagadas en el momento del servicio.
- Si califico para servicios basados en una escala de tarifas móviles y mi situación financiera cambia, me pondré en contacto con el personal de esta organización para hacer nuevos arreglos de pago.
- Entiendo que esta organización puede modificar las Tarifas Estándar en cualquier momento, lo que puede afectar mis tarifas.
- Estoy de acuerdo en pagar todos los costos, incluidos honorarios razonables de abogados, en caso de que la organización remita honorarios no pagados para el cobro.
- En caso de que haya cambios en la cobertura de mi seguro o en la situación financiera que afecten mis obligaciones financieras, notificaré al personal de esta organización y haré otros arreglos financieros para el pago de los servicios si es necesario.

Aurora Mental Health & Recovery

Asian Pacific Development Center
A subsidiary of Aurora Mental Health & Recovery

Asignación de Beneficios y Divulgación de Información:

- Acepto ser responsable de mi copago, deducibles u otros cargos por servicios no cubiertos o pagados por el seguro u otros terceros pagadores, excepto según lo prohibido por cualquier acuerdo entre mi compañía de seguros y esta organización o por la ley estatal o federal.
- Autorizo a la organización a presentar cualquier reclamo por el pago de cualquier parte de mi factura y asigno a esta organización todos los derechos y beneficios pagaderos por los servicios hasta que se realicen los pagos finales.
- Autorizo a esta organización a divulgar cualquier información necesaria, incluidos los documentos de salud mental /abuso de sustancias, para procesar reclamos según lo requiera mi seguro o terceros pagadores hasta que se realicen los pagos finales.

No cancelar las citas con al menos 24 horas de anticipación, o no presentarse a a una cita, puede resultar en una tarifa de hasta $30.

Por favor escriba sus iniciales:

_____Me han informado de los títulos, credenciales y licencias de mi consejero, verbalmente y en este formulario.

_____Reconozco que doy mi consentimiento para recibir tratamiento en esta organización. Los servicios de tratamiento brindados a través de audiovisuales y telefónicos (telesalud) son aquellos en los que interactuaría con un proveedor en un formato en vivo pero que no está físicamente presente conmigo. Entiendo y acepto que ninguna de las partes grabará el servicio sin el consentimiento de la otra parte. Le haré saber al personal si prefiero recibir los servicios en persona, AMHR (Aurora Salud Mental y Recuperación, por sus siglas in inglés) intentará satisfacer mi solicitud. Entiendo que puedo cambiar mi preferencia de recibir servicios de telesalud en cualquier momento y por cualquier motivo.

_____Acepto las condiciones de pago definidas anteriormente.

_____Si esta organización no es un proveedor dentro de la red con mi plan de seguro / pagador, se me ha informado de esto.

_____Reconozco que he recibido una copia de mis derechos como cliente.

_____Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Derechos de Privacidad del Centro.

_____Reconozco que he leído y recibido una copia de la información en ambos lados de esta página.

Certifico que la información anterior que he proporcionado es correcta a mi leal saber y entender.

_____	_____	_____	_____
Forma del Cliente/Padre/Madre/Tutor	Fecha	Nombre del personal (en letra de imprenta) y firma	Fecha

Brindamos servicios de acuerdo con las siguientes pautas:

- Tiene derecho a recibir información sobre los métodos de terapia, las técnicas utilizadas, la duración de la terapia, si se conoce, y la estructura de tarifas.
- En una relación profesional, la intimidad sexual nunca es apropiada y es ilegal en Colorado. Se debe reportar a la Junta que otorga licencias, registra o certifica al proveedor.
- Si participa en una terapia de grupo, es necesario que acepte proteger y respetar la privacidad de otros miembros del grupo. Debe comprometerse a no compartir información personal, incluidos los nombres de otros miembros del grupo, con personas fuera del grupo. Puede contar con que otros miembros del grupo muestren el mismo respeto por su confidencialidad.
- En cuanto a los requisitos reglamentarios aplicables a los profesionales de la salud mental: un Trabajador Social Clínico Licenciado (LCSW), un Terapeuta Matrimonial y Familiar Licenciado (LMFT) y un Consejero Profesional Licenciado (LPC) deben tener una maestría en su profesión y tener dos años de supervisión después de su maestría. Un Psicólogo Licenciado (PhD, PsyD) debe tener un doctorado en psicología y tener un año de supervisión después de su doctorado. Un

Trabajador Social Licenciado (LSW) debe tener una maestría en trabajo social. Un Candidato a Psicólogo, un Candidato a Terapeuta Matrimonial y Familiar y un Candidato a Consejero Profesional Licenciados deben tener el grado de licenciatura necesario y estar en el proceso de completar la supervisión requerida para obtener la licencia final. Un Técnico Certificado en Adicciones debe ser un graduado de la escuela secundaria, completar las pruebas requeridas y las horas de capacitación y 1000 horas de experiencia supervisada durante un mínimo de 6 meses. Un Especialista Certificado en Adicciones debe tener una licenciatura en salud conductual, completar pruebas adicionales y las horas de capacitación requeridas y 2,000 horas de experiencia supervisada durante un mínimo de doce meses. Un Consejero Licenciado en Adicciones (LAC) debe tener una maestría clínica, cumplir con los requisitos de Especialista Certificado en Adicciones y tener 3,000 horas de experiencia laboral. Un psicoterapeuta sin licencia está registrado en la Junta Estatal de Psicoterapeutas Sin Licencia, no tiene licencia ni certificación, y no se requiere título, capacitación o experiencia. Esta organización le informará si está trabajando con un terapeuta con una licencia de otro estado.