



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO **

El tratamiento que ofrece Alishia Kalos, PsyD, es de carácter voluntaria, excepto cuando así lo exija el tribunal, y usted puede finalizarlo en cualquier momento. Cuando el tratamiento es ordenado por el tribunal, es su responsabilidad compartir el pedido del tribunal con la Dra. Kalos, al inicio del tratamiento, para poder aclarar el propósito y los términos de la terapia, incluyendo cómo las comunicaciones y la información sobre la terapia debe ser compartida.

Confidencialidad

La confidencialidad es extremadamente importante. La información revelada durante el tratamiento se mantendrá estrictamente confidencial. Sin embargo, hay excepciones a esto que incluyen lo siguiente:

- Si Ud. revela su intención de infligirse daño físico a Ud. o a otra persona.
- Si Ud. revela que ha ocurrido abuso físico o sexual o negligencia grave de un menor de edad bajo el cuidado de la Dra. Alishia Kalos, PsyD.
- Si la Dr. Alishia Kalos, PsyD, recibe una orden judicial firmada y válida que solicita registros.
- Además, la Dra. Kalos puede solicitar su permiso (es decir, en forma de consentimiento verbal y/o escrito para divulgar y/u obtener información) para comunicarse y/o colaborar con otros terapeutas, psiquiatras, consejeros, proveedores médicos que le brindan servicios.

Que esperar:

La psicoterapia es difícil de describir en términos generales. Los enfoques y las técnicas varían según los problemas que Ud. haya identificado, quién es Ud. como persona y qué cualidades especiales aporta a la terapia, y los objetivos que ha establecido para la terapia y las formas de terapia que ofrece la Dra. Kalos. En algunos casos, se puede recomendar una evaluación médica/examen físico o evaluación de medicamentos, y se puede derivar a un psiquiatra u otro profesional médico con privilegios de prescripción.

El trabajo comienza con un período de evaluación inicial, que dura entre una a cinco sesiones, dependiendo de los problemas que presenta Ud. y la complejidad de su situación. Su colaboración en este proceso es importante para su éxito, incluida su participación activa para aclarar problemas y establecer objetivos de tratamiento. Al final de la evaluación, la Dra. Kalos, compartirá impresiones iniciales con usted y le brindará un plan de tratamiento preliminar. Al decidir si desea continuar con el tratamiento, debe considerar cuidadosamente esta información y su comodidad al trabajar con la Dra. Kalos. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre el Dr. Alishia Kalos, PsyD, el enfoque de o el plan de tratamiento, debe comunicárselos con la Dra. Kalos.

Riesgos y beneficios:

La terapia tiene beneficios y riesgos asociados con ella. Por el lado positivo, se ha demostrado que la terapia produce cambios duraderos y reduce la sensación general de angustia. Puede ser útil para resolver problemas específicos y puede conducir a mejores relaciones con otras personas importantes en su vida. Sin embargo, no hay garantías de éxito. Los riesgos incluyen sentimientos intermitentes de incomodidad (como tristeza, culpa, ansiedad o enojo) durante y después de algunas sesiones a medida que surgen problemas en la superficie. Se le puede pedir que recuerde aspectos difíciles y desagradables de su historia personal y familiar con el fin de



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y AVISO DE POLITICAS DE PRIVACIDAD

aflojar el control de estos eventos pasados en su vida ahora. Ocasionalmente, hay un ajuste pobre entre el participante y el terapeuta.

Pago:

El pago vence en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Si su cuenta tiene más de 90 días de atraso y no ha aceptado un plan de pago adecuado, el Dr. Alishia Kalos, PsyD, puede usar una agencia de cobro para recuperar el pago.

Cancelación:

Ocasionalmente, surgen circunstancias que requieren la cancelación de una cita. En este caso, la notificación debe realizarse al menos 24 horas antes de la hora de la cita. La Dra. Kalos, cobrará la tarifa completa por una cita perdida o cita cancelada con menos de 24 horas de aviso.

Política de Parejas/Terapia de Relación: No Hay Secretos:

Cuando una pareja ingresa a la consejería, se considera que es una unidad. Esto significa que la lealtad de la Dra. Kalos es para la "unidad" de la pareja, y no para ninguno de los socios como individuos. Esta perspectiva es particularmente importante para crear un espacio donde ambos socios puedan sentirse seguros. Por lo tanto, la Dra. Kalos se adhiere a una estricta política de "No Secretos". Esto significa que la Dra. Kalos no mantendrá secretos para ninguno de los socios. El objetivo de esta política es permitir que la Dra. Kalos continúe tratando a la pareja al evitar, en la medida de lo posible, que surja un conflicto de intereses cuando los intereses de un individuo pueden no ser consistentes con los intereses de la unidad que se está tratando. En ocasiones, durante el proceso de asesoramiento, se puede ver a las parejas individuales para una sesión de asesoramiento individual. En este caso, la sesión individual todavía se considera como parte de la relación de consejería para parejas. La información divulgada durante las sesiones individuales puede ser relevante o incluso esencial para el tratamiento adecuado de la pareja. Si una persona decide compartir dicha información durante una sesión individual, la Dra. Kalos ofrecerá a la persona todas las oportunidades para divulgar la información relevante y brindará orientación en este proceso. Si la persona se niega a divulgar esta información dentro de la sesión de la pareja, la Dra. Kalos puede determinar que es necesario interrumpir la relación de asesoramiento con la pareja. Si hay información que una persona desea abordar en un contexto de confidencialidad individual, la Dra. Kalos estará encantado de proporcionar referencias a otros terapeutas que pueden proporcionar una terapia individual simultánea. Esta política está destinada a mantener la integridad de la relación de consejería para parejas.

Acta del Tribunal de Parejas / Terapia de Relación / Citación de la Política de Registros:

Se entiende que el propósito de la terapia de pareja / relación es mejorar la angustia dentro de una relación. Por lo tanto, si ambos socios solicitan los servicios de la Dra. Kalos como psicóloga, se espera que no utilicen la información proporcionada durante el proceso de terapia contra la otra parte en un entorno judicial de ningún tipo, ya sea civil, criminal o de circuito. Del mismo modo, ninguna de las partes intentará, por ningún motivo, citar el testimonio de la Dra. Kalos o mis registros para que se presenten en una deposición o audiencia judicial de cualquier tipo por cualquier motivo, como un caso de divorcio. Divulgación de registros Ambos socios deben proporcionar su consentimiento para divulgar los registros de consejería de pareja / relación. Si uno de los socios no proporciona su consentimiento, los registros no se divulgarán.



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y AVISO DE POLITICAS DE PRIVACIDAD

Citación:

Entiendo que si la Dr. Alishia Kalos, PsyD, es citado para comparecer en el tribunal en nombre de cualquiera/todas las personas involucradas en el presente acuerdo, la Dr. Alishia Kalos, PsyD, cobrará hasta tres veces la tarifa completa de su practica por el tiempo en el tribunal, independientemente del resultado.

Registros profesionales:

Se requiere que la Dra. Kalos mantenga registros apropiados de los servicios psicológicos que brinda. Sus registros se mantienen en un lugar seguro. El Dr. Kalos mantiene breves registros que indican que estuvo aquí, sus razones para buscar terapia, los objetivos y el progreso que establecimos para el tratamiento, su diagnóstico, los temas que discutimos, su historial médico, social y de tratamiento, registros recibidos de otros proveedores, copias de registros enviados a otros y sus registros de facturación. Excepto en circunstancias inusuales que impliquen un peligro para usted, tiene derecho a una copia de su expediente. Debido a que estos son registros profesionales, pueden ser malinterpretados y / o molestos para los lectores no capacitados. Por esta razón, la Dra. Kalos recomienda que inicialmente las revise con ella o que las envíe a otro profesional de salud mental para discutir el contenido. Si el Dr. Kalos rechaza su solicitud de acceso a sus registros, tiene derecho a que la decisión sea revisada por otro profesional de salud mental, que el Dr. Kalos discutirá con usted cuando lo solicite. También tiene derecho a solicitar que se ponga a disposición de cualquier otro proveedor de atención médica una copia de su expediente si lo solicita por escrito.

Consentimiento para la psicoterapia:

Su firma a continuación indica que ha leído este Acuerdo y el Aviso de prácticas de privacidad y que está de acuerdo con sus términos.

Aviso de políticas de privacidad

ESTE AVISO IMPLICA SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD Y DESCRIBE CÓMO SE PUEDE DIVULGAR SU INFORMACIÓN Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISARLO DETENIDAMENTE.

I. Confidencialidad

Como regla general, yo, Dr. Kalos, no divulgaré información sobre usted, o el hecho de que es mi paciente, sin su consentimiento por escrito. Mi registro de salud mental formal describe los servicios que se le brindan y contiene las fechas de nuestras sesiones, su diagnóstico, estado funcional, síntomas, pronóstico y progreso, y cualquier informe de pruebas psicológicas. Los proveedores de atención médica están legalmente autorizados a usar o divulgar registros o información para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Sin embargo, no divulgo información de manera rutinaria en tales circunstancias, por lo que requeriré su permiso por adelantado, ya sea a través de su consentimiento al inicio de nuestra relación (al firmar el formulario de consentimiento general adjunto), o mediante su autorización por escrito en el momento en que surge la necesidad de divulgación. Puede revocar su permiso, por escrito, en cualquier momento, comunicándose conmigo.

II. "Límites de confidencialidad"

Posibles usos y divulgaciones de registros de salud mental sin consentimiento o autorización



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y AVISO DE POLITICAS DE PRIVACIDAD

Hay algunas excepciones importantes a esta regla de confidencialidad - algunas excepciones creadas voluntariamente por mi propia elección, [algunas debido a las políticas de esta oficina / agencia] y otras requeridas por la ley. Si desea recibir servicios de salud mental de mi parte, debe firmar el formulario adjunto indicando que comprende y acepta mis políticas sobre confidencialidad y sus límites. Discutiremos estos temas ahora, pero puede reabrir la conversación en cualquier momento durante nuestro trabajo juntos.

Puedo usar o divulgar registros u otra información sobre usted sin su consentimiento o autorización en las siguientes circunstancias, ya sea por política o por requerimiento legal:

- **Emergencia:** si está involucrado en una emergencia que pone en peligro su vida y no puedo pedir su permiso, compartiré información si creo que usted hubiera querido que lo hiciera, o si creo que sería útil para usted.
- **Reporte de abuso infantil:** si tengo motivos para sospechar que un niño es abusado o descuidado, la ley de Pensilvania me exige que informe el asunto de inmediato al Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania.
- **Reporte de abuso de adultos:** Si tengo motivos para sospechar que un adulto mayor o incapacitado es maltratado, descuidado o explotado, la ley de PA me exige que haga un informe de inmediato y proporcione información relevante al Departamento de Bienestar o Servicios Sociales de PA.
- **Supervisión de la salud:** la ley de Pensilvania requiere que los psicólogos con licencia [trabajadores sociales; consejeros] denuncian la mala conducta de un proveedor de atención médica de su propia profesión. Por política, también me reservo el derecho de denunciar la mala conducta de los proveedores de atención médica de otras profesiones. Por ley, si describe la conducta no profesional de otro proveedor de salud mental de cualquier profesión, debo explicarle cómo realizar dicho informe. Si usted es un proveedor de atención médica, la ley me exige que informe a su junta de licencias que está en tratamiento conmigo si creo que su afección pone en riesgo al público. Las Juntas de Licencias de Pensilvania tienen el poder, cuando sea necesario, de citar los registros pertinentes para investigar una queja de incompetencia o mala conducta de un proveedor.
- **Procedimientos judiciales:** si está involucrado en un tribunal anterior y se solicita información sobre su diagnóstico y tratamiento y los registros del mismo, dicha información es privilegiada según la ley estatal y no divulgaré información a menos que proporcione una autorización por escrito o un El juez emite una orden judicial. Si recibo una citación para registros o testimonio, se lo notificaré para que pueda presentar una moción para anular (bloquear) la citación. Sin embargo, mientras espero la decisión del juez, se me exige que coloque dichos registros en un sobre sellado y se los proporcione al Secretario del Tribunal. En los casos de la corte civil de PA, la información de la terapia no está protegida por el privilegio del paciente-terapeuta en los casos de abuso infantil, en los casos en los que su salud mental es un problema, o en cualquier caso en el que el juez considere que la información es "necesaria para la debida administración de justicia." En casos penales, PA no tiene un estatuto que otorgue privilegios entre terapeuta y paciente, aunque los registros a veces pueden protegerse de otra manera. Es posible que las protecciones de privilegio no se apliquen si hago una evaluación para un tercero o si la evaluación es ordenada por un tribunal. Se le informará con antelación si este es el caso.
- **Amenaza grave para la salud o la seguridad:** según la ley de Pensilvania, si estoy involucrado en mis deberes profesionales y usted me comunica una amenaza específica e inmediata de causar lesiones corporales graves o



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y AVISO DE POLITICAS DE PRIVACIDAD

la muerte, a una persona identificada o identificable, y creo si tiene la intención y la capacidad de llevar a cabo esa amenaza de forma inmediata o inminente, estoy legalmente obligado a tomar medidas para proteger a terceros. Estas precauciones pueden incluir 1) advertir a la víctima potencial, o al padre o tutor de la víctima potencial, si es menor de 18 años, 2) notificar a un oficial de policía o 3) solicitar su hospitalización. Según mi propia política, también puedo usar y divulgar información médica sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave e inmediata a su propia salud y seguridad. Si se convierte en parte de una audiencia de compromiso civil, se me puede solicitar que proporcione sus registros al magistrado, su abogado o tutor ad litem, un evaluador o un agente de la ley, ya sea que sea menor de edad o un adulto.

- **Compensación para trabajadores:** si presenta un reclamo de compensación para trabajadores, la ley me exige, cuando lo solicite, enviar su información de salud mental relevante a usted, su empleador, la aseguradora o un proveedor de rehabilitación certificado.
- **Registros de menores:** Pensilvania y Nueva Jersey tiene una serie de leyes que limitan la confidencialidad de los registros de menores. Por ejemplo, a los padres, independientemente de la custodia, no se les puede negar el acceso a los registros de sus hijos; y los evaluadores en casos de compromiso civil tienen acceso legal a los registros de terapia sin notificación o consentimiento de los padres o del niño. También pueden aplicarse otras circunstancias, y las discutiremos en detalle si brindo servicios a menores. [Para los adolescentes en psicoterapia, consulte también el Modelo de formulario de consentimiento para adolescentes, que debe ser firmado por el menor y el padre]

Otros usos y divulgaciones de información no cubiertos por este aviso o por las leyes que se aplican a mí se realizarán solo con su permiso por escrito. [Esta oración ahora se requiere bajo la “Regla final” de HIPAA.]

III. Derechos del paciente y deberes del proveedor:

- **Derecho a solicitar restricciones:** tiene derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica protegida. También tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que revele sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención. Si me pide que divulgue información a otra parte, puede solicitar que limite la información que divulgue. Sin embargo, no estoy obligado a aceptar una restricción que solicite. Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito y decirme: 1) qué información desea limitar; 2) si desea limitar mi uso, divulgación o ambos; y 3) a quién desea que se apliquen los límites.
- **Derecho a recibir comunicaciones confidenciales por medios alternativos y en ubicaciones alternativas:** tiene derecho a solicitar y recibir comunicaciones confidenciales por medios alternativos y en ubicaciones alternativas. (Por ejemplo, es posible que no desee que un familiar sepa que me está viendo. Si lo solicita, enviaré sus facturas a otra dirección. También puede solicitar que me comunique con usted solo en el trabajo o que no me vaya mensajes de correo de voz.) Para solicitar una comunicación alternativa, debe hacer su solicitud por escrito, especificando cómo o dónde desea ser contactado.



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y AVISO DE POLITICAS DE PRIVACIDAD

- **Derecho a un informe de las divulgaciones:** por lo general, tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de PHI para las cuales no ha proporcionado consentimiento ni autorización (como se describe en la sección III de este Aviso). En su solicitud por escrito, discutiré con usted los detalles del proceso contable.
- **Derecho a inspeccionar y copiar:** en la mayoría de los casos, tiene derecho a inspeccionar y copiar sus registros médicos y de facturación. Para ello, debe enviar su solicitud por escrito. Si solicita una copia de la información, es posible que le cobre un cargo por los costos de copia y envío. Puedo rechazar su solicitud de inspeccionar y copiar en algunas circunstancias. Puedo negarme a brindarle acceso a ciertas notas de psicoterapia o a información recopilada con anticipación razonable o uso en un procedimiento administrativo o penal civil.
- **Derecho a modificar:** si cree que la información médica protegida que tengo sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirme que modifique la información. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarme. Además, debe proporcionar un motivo que respalde su solicitud. Puedo negar su solicitud si me pide que modifique información que: 1) no fue creada por mí; Agregaré su solicitud al registro de información; 2) no es parte de la información médica que tengo; 3) no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; 4) es precisa y completa.
- **Derecho a una copia de este aviso:** tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Puede pedirme que le dé una copia de este aviso en cualquier momento. Cambios a este aviso: Me reservo el derecho de cambiar mis políticas y / o cambiar este aviso, y hacer que el aviso modificado sea efectivo para la información médica que ya tengo sobre usted, así como para cualquier información que reciba en el futuro. El aviso contendrá la fecha de vigencia. Se le entregará una copia nueva o se colocará en la sala de espera. Tendré copias del aviso actual disponibles a pedido.

Quejas: si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja. Para hacer esto, debe enviar su solicitud por escrito a mi oficina. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y AVISO DE POLITICAS DE PRIVACIDAD

Reconocimiento del participante de:

Recepción de aviso de prácticas de privacidad

Por favor firme, escriba su nombre y fecha este formulario de reconocimiento.

Se me ha proporcionado una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Dr. Kalos.

Hemos discutido estas políticas y entiendo que puedo hacer preguntas sobre ellas en cualquier momento en el futuro.

Doy mi consentimiento para aceptar estas políticas como condición para recibir servicios de salud mental.

He leído y entiendo la información anterior:

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

*** El acuerdo de consentimiento seguirá vigente hasta que la terapia haya finalizado o haya un lapso de tratamiento de más de seis meses.*

En caso de emergencia:

En caso de emergencia clínica, si no puede comunicarse con la Dra. Kalos, llame al 911 y/o preséntese en la sala de emergencias más cercana para su evaluación. También puede llamar al número gratuito de National Suicide Prevention Lifeline, disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, al 1-800-273-8255.

En caso de una emergencia, le da permiso a la Dr. Alishia Kalos, PsyD, para contactar a la siguiente persona:

Información de Contacto en caso de Emergencia:

Nombre de contacto de emergencia

Relación con el participante

Número(s) de contacto



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y AVISO DE POLITICAS DE PRIVACIDAD



Permita que la Dra. Kalos, envíe una carta de agradecimiento para agradecer al profesional que lo derivó (no se incluirá ninguna información clínica):

Título: _____ Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Sitio web: _____

Correo electrónico: _____

Por favor ingrese su firma de aprobación: _____