



Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ F. de Nac: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

## **Consentimiento informado del cliente para servicios clínicos**

### **Introducción**

El presente Acuerdo tiene por objeto proporcionar a \_\_\_\_\_ (en adelante, el "Cliente") y, si el Cliente es un menor de edad, a su(s) representante(s)/cuidador(es)/padre(s) \_\_\_\_\_ (en adelante, el "Cuidador") información importante sobre las prácticas, políticas y procedimientos de la YMCA del Condado de San Diego en nombre de Servicios Clínicos para Jóvenes y Familias (YFS) (en adelante, la "YMCA"), y aclarar los términos de la relación terapéutica profesional entre el Terapeuta y el Cliente. Cualquier pregunta o duda sobre el contenido de este Acuerdo debe discutirse con el Terapeuta antes de firmarlo. En el formulario de Aviso a los clientes del paquete de admisión figura el tipo y la situación de la licencia del terapeuta. Los tipos de clínicos con los que puede trabajar son terapeutas matrimoniales y familiares, trabajadores sociales, consejeros profesionales y/o estudiantes de psicología. Todos los asociados y becarios trabajan bajo la supervisión de un profesional de la salud mental titulado.

Su terapeuta está siendo supervisado por \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_. El supervisor y el terapeuta colaborarán estrechamente para ofrecer los mejores servicios posibles. A menudo, los clínicos participan en una clase de consulta clínica, participan activamente en proyectos de investigación clínica o analizan la calidad de la atención. Esto puede implicar la utilización de datos agregados para tesis, dissertaciones o desarrollo de programas. Ni los datos ni la investigación revelan la identidad del Cliente.

### **Consentimiento del menor para el tratamiento**

Un terapeuta suele necesitar el permiso de ambos padres o del tutor o tutores legales antes de proporcionar terapia a un niño. Si hay alguna duda sobre si la persona que da el permiso tiene derecho legal a hacerlo, el terapeuta puede pedir documentación legal, como una orden de custodia, antes de empezar la terapia. En California, los niños de 12 años o más pueden acceder a la terapia por su cuenta en virtud de la legislación de California. En Salud y Seguridad Code § 124260, el terapeuta no está obligado a obtener el consentimiento para el tratamiento para realizar una sesión/llamada de admisión con un menor que desee dar su consentimiento para su propio tratamiento.

Cuando un menor consiente su propio tratamiento, Health & Saf. Código § 124260 exige que el Terapeuta notifique a los padres/tutores de un menor que el menor dará su consentimiento para sus propios servicios de salud mental, *a menos que el Terapeuta determine que sería inapropiado hacerlo después de consultar al menor.*



Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ F. de Nac: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### **Riesgos y beneficios de la terapia**

La psicoterapia es un proceso de colaboración que ofrece un entorno de apoyo y seguridad para explorar sus pensamientos, sentimientos, comportamientos y relaciones. El objetivo de este proceso es fomentar el crecimiento personal, mejorar el bienestar emocional y reforzar los vínculos con los demás. Aunque algunas discusiones pueden resultar complicadas, abordar temas difíciles suele ser una parte esencial del proceso terapéutico y sus comentarios son cruciales para la experiencia. Es importante reconocer que no hay garantías de sentirse mejor inmediatamente. La terapia es un proceso gradual que lleva tiempo y no es una "solución rápida".

La participación en la terapia puede reportar una serie de beneficios al Cliente, entre los que se incluyen la reducción del estrés y la ansiedad, la disminución de los pensamientos negativos y los comportamientos de autosabotaje, la mejora de las relaciones interpersonales, el aumento de la comodidad en entornos sociales, laborales y familiares, el aumento de la capacidad para la intimidad y el aumento de la confianza en sí mismo. Dichos beneficios también pueden requerir un esfuerzo considerable por parte del Cliente, incluida la participación activa en el proceso terapéutico, la honestidad y la voluntad de explorar sentimientos, pensamientos y comportamientos. No hay garantía de que la terapia produzca alguno o todos los beneficios mencionados.

Participar en la terapia también puede implicar cierta incomodidad, como recordar y hablar de acontecimientos, sentimientos y experiencias desagradables. El proceso puede evocar sentimientos fuertes como la tristeza, la ira y el miedo. Puede haber ocasiones en las que el Terapeuta cuestione las percepciones y suposiciones del Cliente y ofrezca perspectivas diferentes. Los problemas presentados por el Cliente pueden dar lugar a resultados no deseados, incluidos cambios en las relaciones personales. El Cliente debe ser consciente de que cualquier decisión sobre la situación de sus relaciones personales es responsabilidad suya. El cliente debe abordar cualquier preocupación que tenga sobre su progreso en la terapia con el terapeuta.

### **Reclamaciones**

La Junta de Ciencias del Comportamiento (Estado de California) recibe y responde a las quejas relativas a los servicios prestados dentro del ámbito de la práctica de los Trabajadores Sociales Clínicos, Terapeutas Matrimoniales y Familiares, y Consejeros Clínicos Profesionales. Puede ponerse en contacto con la junta en línea en [www.bbs.ca.gov](http://www.bbs.ca.gov), o llamando al (916) 574-7830. Dentro de la organización YMCA Youth & Family Services, también puede hablar con el supervisor clínico del terapeuta prelicenciado o con el director del programa llamando al 619-281-8313.



Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ F. de Nac: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Llamando a este número o hablando con cualquiera de nuestros empleados y terapeutas, puede obtener información sobre el proceso formal de quejas y apelaciones de la YMCA, que describe un procedimiento específico con plazos para responder a su queja. Las preocupaciones relativas a la seguridad y la calidad de la atención pueden plantearse a la Comisión Conjunta. Para notificar un problema, visite [el sitio web de la Comisión Conjunta en](https://www.jointcommission.org/en-us/contact-us/report-a-patient-safety-event) <https://www.jointcommission.org/en-us/contact-us/report-a-patient-safety-event>.

### **Confidencialidad**

La información revelada por el Cliente es generalmente confidencial y no se divulgará a terceros sin la autorización por escrito del Cliente, excepto cuando lo exija o permita la ley. Las excepciones a la confidencialidad incluyen, entre otras, la denuncia de malos tratos a niños, ancianos y adultos dependientes, cuando un Cliente realiza una amenaza grave de violencia hacia una víctima razonablemente identificable, o cuando un Cliente es peligroso para sí mismo o para la persona o propiedad de otro. Ver, compartir o descargar pornografía de menores (de 0 a 17 años) es denunciable a los Servicios de Protección de Menores.

En caso de emergencia médica durante el curso del tratamiento, es importante entender que el terapeuta/personal puede tener que tomar medidas inmediatas y necesarias para hacer frente a la emergencia. Esto podría incluir, entre otras cosas, la búsqueda de asistencia médica de urgencia, la hospitalización u otras intervenciones que el terapeuta o el personal consideren apropiadas.

Debido a la naturaleza del programa, doy mi consentimiento para que \_\_\_\_\_ (nombre del programa) utilice un enfoque de equipo de tratamiento. Esto significa que la información del caso puede ser compartida entre el personal del programa YMCA para asegurar que los servicios se coordinan adecuadamente. La información compartida puede incluir detalles del programa, formularios de admisión de asesoramiento y otros documentos cumplimentados. Según la HIPAA, los proveedores pueden compartir información para planificar el tratamiento y los cuidados. El equipo de tratamiento también puede incluir personas del Departamento de Salud Mental y del Comportamiento y otras partes relevantes implicadas en su atención. Su terapeuta actual o el que regrese tendrá acceso a su historial de tratamiento completo, incluida la documentación de cualquier terapia anterior que haya recibido en esta agencia.

Es posible que se realicen visitas a las instalaciones durante su tratamiento con fines de auditoría, investigación, evaluación, concesión de licencias o acreditación. No obstante, todas las personas que participan en estos actos están sujetas a las mismas normas de confidencialidad y HIPAA que nuestros médicos.



Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ F. de Nac: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

La consulta profesional es un componente importante de la práctica de la psicoterapia. Los terapeutas participan regularmente en consultas y supervisiones clínicas, éticas y jurídicas.

En el caso de los terapeutas con licencia previa, la información se comparte con el supervisor del terapeuta y/o su grupo de prácticas con fines de supervisión y formación. A veces, estos supervisores son proporcionados externamente por las universidades de los estudiantes.

Además, la información de pago y facturación se comparte con el personal administrativo de la YMCA y con Current Medical Billing con el fin de procesar el pago.

Con su consentimiento, las sesiones pueden ser grabadas por el terapeuta con fines educativos o de supervisión. Estas grabaciones solo se utilizarán para estos fines específicos y se borrarán inmediatamente después de que dejen de ser necesarias. Los clientes no pueden grabar las sesiones sin previa discusión y aprobación explícita de todos los implicados. Si cree que grabar durante una sesión puede serle útil, coméntelo con su terapeuta. Cualquier grabación de las sesiones requiere el acuerdo mutuo y la aprobación previa de todos los participantes.

La psicoterapia solo puede ser eficaz si existe una relación de confianza y confidencialidad entre el terapeuta y el cliente. Aunque los padres, cuidadores o representantes pueden esperar recibir información actualizada sobre los progresos del Cliente en la terapia, por lo general no tendrán acceso a las conversaciones detalladas entre el terapeuta y el Cliente. Sin embargo, los padres, cuidadores o representantes pueden esperar ser informados en caso de cualquier preocupación grave que el Terapeuta pueda tener en relación con la seguridad o el bienestar del Cliente, incluido el suicidio.

Si utiliza su seguro médico para ayudar a cubrir el coste de la terapia, las compañías de seguros exigen cierta información sobre su terapia. Las organizaciones de atención sanitaria gestionada suelen solicitar únicamente su diagnóstico, los honorarios, las fechas en que nos reunimos y, a veces, un plan de tratamiento. No obstante, pueden solicitar notas de sesión.

### **Privilegio del psicoterapeuta-cliente**

La información revelada por el Cliente, así como cualquier registro creado, está sujeta al privilegio psicoterapeuta-cliente. La prerrogativa del secreto profesional entre psicoterapeuta y cliente se deriva de la relación especial que existe entre el terapeuta y el cliente a los ojos de la ley. Es similar al privilegio abogado-cliente o al privilegio médico-paciente. Normalmente, el Cliente es el titular del privilegio psicoterapeuta-cliente. Si el Terapeuta recibiera una citación para registros, testimonio de deposición o testimonio en un tribunal de justicia, el Terapeuta hará valer el privilegio psicoterapeuta-cliente en nombre del Cliente hasta que el Cliente



Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ F. de Nac: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

o el Cuidador le indiquen, por escrito, que haga lo contrario. Cuando un cliente es un menor, el titular del privilegio psicoterapeuta-cliente es el menor, un tutor designado por el tribunal o el abogado del menor. Por lo general, los padres no tienen autoridad para renunciar a la confidencialidad entre el psicoterapeuta y el cliente en el caso de sus hijos menores, a menos que un tribunal les otorgue dicha autoridad.

Se anima al cliente o cuidador a discutir con su abogado el alcance del privilegio psicoterapeuta-cliente, las circunstancias bajo las cuales se puede renunciar al privilegio, quién tiene la autoridad para renunciar a él y cualquier preocupación relacionada.

#### **Para menores:**

El clínico evalúa las expectativas de la familia y del cuidador en cuanto a la implicación en el tratamiento. El clínico hablará del papel de la familia y del cuidador en la consecución de los objetivos de atención, tratamiento o servicio. La familia y los cuidadores participan en la elaboración del plan de cuidados, tratamiento o servicios de acuerdo con la ley y la normativa, a menos que dicha participación esté contraindicada. La participación de las familias está documentada.

#### **Registros y mantenimiento de registros**

El Terapeuta puede tomar notas durante la sesión y también elaborará otras notas y registros relativos al tratamiento del Cliente. Estas notas constituyen los registros clínicos y comerciales del Terapeuta, que por ley, el Terapeuta está obligado a mantener. Dichos registros son propiedad exclusiva de YMCA of San Diego County Youth & Family Services. Para más información, consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA. En caso de que el Cliente o el Cuidador soliciten una copia de los registros del Terapeuta, dicha solicitud deberá realizarse por escrito. Estas solicitudes se responderán de conformidad con la legislación de California. Si el Cliente es menor de edad, el Cuidador puede tener derecho a acceder a los registros relativos al Cliente. Sin embargo, este derecho está sujeto a ciertas excepciones establecidas en la legislación de California.

El Terapeuta conservará los expedientes de los Clientes adultos durante diez años después de la última sesión con el cliente. Los expedientes de los menores deben conservarse 10 años después de que cumplan 18 años. Transcurrido este plazo, los registros del Cliente se destruirán de forma que se preserve su confidencialidad.

#### **Recogida y uso de datos**

YMCA Community Support Services colabora con organizaciones locales, estatales y federales, así como con proveedores de fondos, para prestar servicios a los participantes. Estos socios exigen que el programa recopile, almacene, analice y



Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ F. de Nac: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

comunique información como datos demográficos, participación y resultados. Estos datos ayudan a saber quién utiliza los servicios y qué impacto tienen.

Seguimos las últimas políticas de gobernanza de datos para mantener segura su información. A veces se nos pide que compartamos datos individuales desidentificados (en los que se eliminan todos los detalles personales). Otras veces, compartimos datos agregados, que combinan información de muchas personas para mostrar tendencias o patrones generales. Siempre compartimos los datos al nivel menos detallado posible.

Cualquier información que pueda identificarle será eliminada o modificada antes de incluirla en informes o materiales de comunicación.

### **Litigios de clientes**

Los Terapeutas no participarán voluntariamente en ningún litigio o disputa de custodia en la que el Cliente, o el Cuidador, y otro individuo, o entidad, sean partes. Todas las cuestiones o inquietudes jurídicas pueden dirigirse al departamento jurídico de la YMCA. Por lo general, los terapeutas no facilitarán registros o testimonios a menos que se les obligue a hacerlo. Si el Terapeuta recibe una citación judicial para comparecer como testigo en una acción que implique al Cliente, el Terapeuta cumplirá con la ley de California.

### **Acuerdos de honorarios**

La tarifa del servicio es \_\_\_\_\_ por sesión de 50 minutos. Las sesiones de más de 50 minutos se cobran por un tiempo adicional prorratoeado. El terapeuta se reserva el derecho de ajustar periódicamente esta tarifa. Se notificará por adelantado al cliente o al cuidador cualquier ajuste de honorarios.

Si procede,

La cuota está cubierta por \_\_\_\_\_ (programa) mientras esté matriculado. En el momento en que el Cliente deje de recibir los servicios del programa indicado, el Cliente, o el/los Cuidador(es), será(n) responsable(s) de la tarifa de Asesoramiento, que es por sesión.

La cuota está cubierta por \_\_\_\_\_ (programa) mientras el Cliente participe en los servicios de postratamiento. En el momento en que expiren los servicios de postratamiento, el Cliente, o el/los Cuidador(es), deberá(n) hacerse cargo de la tarifa de Asesoramiento, que es por sesión.

El programa y/o el terapeuta es un proveedor contratado con \_\_\_\_\_ compañía de seguros, organización de atención administrada. Si el servicio no está cubierto por la compañía de seguros del Cliente, éste deberá abonar la tarifa de \_\_\_\_\_.



Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ F. de Nac: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### **Tasa de anulación**

La hora de su cita está reservada específicamente para usted. Una vez programada una sesión, usted es responsable del pago a menos que notifique su cancelación con al menos 24 horas de antelación o avise a su terapeuta lo antes posible. Si llega más de 15 minutos tarde, se le cobrará una tasa de cancelación de 60 \$. El seguro no puede facturar las sesiones perdidas y no cubrirá las ausencias o cancelaciones tardías. Si paga usted mismo o utiliza un seguro, es posible que se le cobre una tasa de cancelación de 60 \$.

En caso de que su ausencia esté fuera de su control y su terapeuta considere que se trata de una verdadera emergencia (en urgencias, hospitalizado, etc.) y si el tiempo lo permite, su terapeuta intentará reprogramar su sesión dentro de la misma semana y considerará la posibilidad de renunciar a la tarifa. Si puede hablar por teléfono o hacer una sesión de videoconferencia, puede ser una opción para evitar la tasa de cancelación.

YFS MBH Services no permite que un saldo se acumule, si su saldo se acumula por más de 2 sesiones, su terapeuta discutirá con seguridad la pausa del tratamiento, hasta que el saldo pueda ser pagado y no se incurra en una deuda adicional.

### **Política de asistencia**

En los casos en que un Cliente falte a tres sesiones sin notificarlo previamente al Terapeuta, éste iniciará un debate reflexivo para considerar el mejor curso de acción con respecto a la continuación de los servicios. Su bienestar y su participación en el proceso son de suma importancia, y queremos garantizar un enfoque de colaboración y apoyo.

El aviso de cancelación debe dejarse en el buzón de voz del terapeuta en \_\_\_\_\_ o puedo enviar un correo electrónico a mi terapeuta en \_\_\_\_\_@ymcasd.org.

Si el Terapeuta sospecha que el Cliente está bajo la influencia de drogas o alcohol, la sesión no podrá continuar ese día y se reprogramará. El Cliente será responsable del pago de los honorarios acordados.

### **Disponibilidad de terapeutas**

Los terapeutas están equipados con un sistema de buzón de voz confidencial que permite al cliente, o cuidador(es), dejar un mensaje en cualquier momento. El Terapeuta hará todo lo posible por devolver las llamadas en un plazo razonable, pero no puede garantizar que las llamadas se devuelvan inmediatamente. **El terapeuta no puede prestar un servicio de crisis las 24 horas del día. Si el**



Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ F. de Nac: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Cliente se siente inseguro o requiere asistencia médica o psiquiátrica inmediata, debe llamar al 911 o acudir a la sala de urgencias más cercana. Para emergencias de salud mental que no pongan en peligro la vida, los clientes pueden llamar a la Línea de Acceso y Crisis al 1-888-724-7240 o marcar el 988.**

**Comunicación por correo electrónico y teléfono móvil.**

Entiendo que el correo electrónico y los mensajes de texto son formas de comunicación no seguras y pueden ser interceptados por terceros no autorizados. La correspondencia por correo electrónico o SMS no garantiza la confidencialidad. Entiendo que mi terapeuta no llevará a cabo el asesoramiento a través de correo electrónico o texto. Si a mi terapeuta se le permite mantener correspondencia por correo electrónico o mensaje de texto, toda la correspondencia por correo electrónico y mensaje de texto debe ser estrictamente de programación. Para más información, consulte el formulario de consentimiento de telesalud.

De vez en cuando, el Terapeuta puede establecer contacto telefónico con el Cliente, o el/los Cuidador/es, con fines distintos a la programación de sesiones. El Cliente, o Cuidador(es), es responsable del pago de la tarifa acordada (a "prorrata" proporcional) por cualquier llamada telefónica superior a diez minutos. Además, de vez en cuando, el Terapeuta puede establecer contacto telefónico con terceros a petición del Cliente o del Cuidador y con la autorización previa por escrito del Cliente o del Cuidador.

En ocasiones, el Terapeuta puede tener una emergencia o una ausencia imprevista. En esos casos, puede esperar el contacto de un director de programa o de un supervisor clínico. Si no recibe noticias suyas, puede ponerse en contacto con nuestra oficina durante el horario laboral (de 8.00 a 5.00) llamando al 619-281-8313.



Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ F. de Nac: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### **Preferencias de comunicación:**

Autorizo a mi terapeuta a ponerse en contacto conmigo a través de los siguientes medios:

- Teléfono particular en (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ¿Puede dejar un mensaje?  Sí  No
- Teléfono móvil: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ¿Puede dejar un mensaje?  Sí  No
- Teléfono del trabajo en (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ¿Puede dejar un mensaje?  Sí  No
- Enviar correo a mi domicilio. Dirección del cliente: \_\_\_\_\_
- Envíeme un mensaje a \_\_\_\_\_
- Se aprueba la comunicación por correo electrónico. Mi correo electrónico es \_\_\_\_\_.

En ocasiones puede recibir una encuesta de satisfacción por correo electrónico para ayudarnos a evaluar la calidad de nuestros servicios.

### **Fin de la terapia**

El terapeuta se reserva el derecho de terminar la terapia a su discreción. Las razones para la terminación incluyen, pero no se limitan a, el pago tardío de los honorarios, el incumplimiento de las recomendaciones de tratamiento, los conflictos de intereses, la falta de participación en la terapia, las necesidades del cliente están fuera del ámbito de competencia o práctica del terapeuta, o no hay un progreso adecuado en la terapia. El Cliente, o el/los Cuidador(es), tiene(n) derecho a poner fin a la terapia a su discreción. Tras la decisión de cualquiera de las partes de terminar la terapia, el Terapeuta generalmente recomendará que el Cliente participe en al menos una, o posiblemente más, sesiones de terminación. Estas sesiones tienen por objeto facilitar una experiencia de despido positiva y dar a ambas partes la oportunidad de reflexionar sobre el trabajo realizado. El Terapeuta también puede intentar garantizar una transición fluida a otro terapeuta ofreciendo referencias al Cliente.

### **Reconocimiento y consentimiento**

Al firmar a continuación, el Cliente y el/los Cuidador(es) reconocen que han revisado y aceptan plenamente los términos y condiciones de este Acuerdo. El Cliente y el/los Cuidador(es) han discutido dichos términos y condiciones con el Terapeuta y han recibido respuesta a sus preguntas sobre los términos y condiciones a satisfacción del Cliente o del/de los Cuidador(es). El Cliente y/o el/los Cuidador(es) aceptan cumplir los términos y condiciones de este Acuerdo y consienten en participar en la psicoterapia con el Terapeuta. Además, el Cliente y/o el/los Cuidador(es) aceptan defender y eximir al Terapeuta y a la YMCA de cualquier reclamación, demanda o pleito por daños y perjuicios derivados de



Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ F. de Nac: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

cualquier lesión o complicación, excepto en caso de negligencia o dolo de la YMCA, que puedan resultar de dicho tratamiento.

He leído este documento y se me han explicado mis derechos básicos para mi participación en este programa. Entre ellas figuran:

1. Derecho a ser informado de los distintos pasos y actividades que implica recibir servicios.
2. Derecho a la confidencialidad en virtud de las leyes federales y estatales relativas a la recepción de servicios.
3. El derecho a un cuidado humano y a la protección frente a daños, abusos o negligencias.
4. Derecho a decidir con conocimiento de causa si acepta o rechaza el tratamiento.

Estoy de acuerdo en cumplir con este acuerdo y doy mi consentimiento para participar en las siguientes sesiones de psicoterapia en los Programas de Salud Mental y del Comportamiento de YFS (Marque todas las que correspondan):

- Individual
- Pareja
- Familia
- Grupo

---

Nombre del cliente (en letra de imprenta)	Firma	Fecha
---	-------	-------

---

Nombre del cliente (en letra de imprenta)	Firma	Fecha
---	-------	-------



Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ F. de Nac: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### **Si es menor de edad:**

#### **Si es menor de edad con consentimiento propio (12 años o más)**

**Firma del cliente** **Edad del cliente** **Fecha**

El padre/madre/cuidador fue notificado del tratamiento del menor autoconsentido

**Firma de Terapeuta:**

Nombre de Terapeuta Firma Fecha