

Woodland Centers- Consentimiento para los servicios

Cliente #: _____

Fecha de nacimiento del cliente: _____

Nombre del cliente (Por favor, escriba con letra clara)

Padre/tutor legal (Si aplica- por favor escriba con letra clara)

Confirmando que se me ha ofrecido lo siguiente, y entiendo que puedo solicitar una copia en cualquier momento, o encontrar la información en el sitio web de Woodland Centers en www.woodlandcenters.com,

- Aviso de prácticas de privacidad (usos y divulgaciones de información médica protegida, prácticas de privacidad y cómo presentar una queja)
- Derechos y responsabilidades del cliente
- Información sobre tarifas y pagos (incluida la tabla de tarifas)
- Comunicación electrónica (incluyendo correo electrónico, texto y servicios de telesalud)

He leído y comprendido la siguiente información en relación con mi decisión de participar en los servicios de salud mental/uso de sustancias en Woodland Centers:

- Servicios de telesalud: Es posible que se me ofrezcan servicios del programa de salud mental/uso de sustancias, a través de sistemas de Telesalud que implican la prestación de estos servicios por medio de la comunicación electrónica con un proveedor que se encuentra en una ubicación física diferente. Antes de programar los servicios de telesalud, tendré la oportunidad de discutir los riesgos y beneficios. Doy mi consentimiento a estos servicios si son apropiados para mi tratamiento, sabiendo que puedo rechazar los servicios de Telesalud en cualquier momento. Este servicio depende de la aprobación del seguro.
- Becarios clínicos/pasantes clínicos: Reconozco y doy mi consentimiento para que yo o mi hijo podamos ser tratados por un pasante clínico de Woodland Centers que esté buscando una licencia o credencial. Los servicios en este caso serán proporcionados bajo la supervisión clínica de un Supervisor designado con licencia. El clínico supervisor tendrá acceso a mis registros y podrá participar en las sesiones para observar al interno clínico. Entiendo que los servicios se facturan a la misma tarifa que la del proveedor/supervisor con licencia.
- Padre/tutor legal de menores: Soy el padre/tutor del cliente y tengo el derecho legal de organizar los servicios para él. (POR FAVOR: el otro padre con derechos legales tendrá acceso a la información del niño). Si hay un desacuerdo entre los padres con respecto a los servicios, esto debe ser discutido en la primera sesión. Si no se puede llegar a un acuerdo para el tratamiento, Woodland Centers puede interrumpir los servicios. Nuestros servicios facturados como servicios de salud mental se centran en el tratamiento de los problemas mentales o de uso de sustancias que se presentan y no se centran en la evaluación de la capacidad de crianza o la documentación de las disputas entre los padres. Woodland Centers se reserva el derecho de exigir la documentación de los acuerdos legales en cualquier momento.
- Comunicación por texto/correo electrónico: Al proporcionar un número de teléfono celular y/o una dirección de correo electrónico, doy mi consentimiento para recibir comunicaciones, incluyendo, pero no limitado a llamadas de mensajes de voz, mensajes de texto y correos electrónicos de los empleados de Woodland Centers. Pueden aplicarse las tarifas estándar para las llamadas o los mensajes de texto.

Al firmar, reconozco que estoy autorizando a Woodland Centers a proporcionar servicios de salud mental/uso de sustancias. Woodland Centers puede enviar a mi compañía de seguros cualquier información que sea necesaria para determinar el pago de los servicios. Esto puede incluir información sobre el uso de sustancias. Doy permiso a mi compañía de seguros para que envíe el pago directamente a Woodland Centers. Puedo solicitar una tarifa reducida si vivo en los condados de Big Stone, Chippewa, Kandiyohi, Lac qui Parle, Meeker, Renville o Swift. Entiendo que, para solicitar una cuota reducida, debo presentar a Woodland Centers información sobre el tamaño de mi familia y la verificación de mis ingresos brutos en un plazo de 30 días. Entiendo que soy financieramente responsable de mi factura.

Firma Cliente/Tutor/Padre

Fecha de hoy

Woodland Centers
Acuerdo de conexión de telesalud
Ubicación externa

Nombre del cliente _____

Número de cliente _____

Entiendo el propósito de los servicios de telesalud que he elegido recibir el servicio en un lugar apropiado que es confidencial. Estoy de acuerdo en recibir los servicios de telesalud a través de mi equipo personal, incluyendo dispositivos móviles y ordenadores.

- Entiendo que soy responsable de la confidencialidad de mi equipo y ubicación durante las sesiones de telesalud.
- Entiendo que debo tener un acceso a Internet fiable y de alta velocidad para participar en los servicios de telesalud.
- Proporcionaré mi propio equipo fiable para la sesión de telesalud que proporcione capacidades claras visual y auditiva para ser visto y oído durante todas las sesiones de telesalud.
- Entiendo que se me pedirá que descargue la aplicación apropiada en mi teléfono/ordenador/dispositivo electrónico, como la cuenta V-See.
- Entiendo que no puedo conducir un vehículo mientras participo en una sesión de telesalud.
- Entiendo que soy responsable de localizar un área privada mientras estoy en sesión.
- Entiendo que la conexión de telesalud sólo se utiliza durante la sesión programada con el proveedor.
- Entiendo que la sesión no será grabada por ninguna de las partes.
- Entiendo que puedo retirarme de este servicio en cualquier momento sin que ello afecte a mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.

He sido informado de todos los posibles riesgos, consecuencias y beneficios de la telesalud. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información y todas mis preguntas han sido respondidas. Entiendo la información escrita proporcionada anteriormente.

Firma del cliente o del tutor

Fecha

Firma del testigo

Fecha