

LA CLÍNICA ALPHA OMEGA Y SERVICIOS DE CONSULTA

P: 301-767-1733 / F: 301-767-1743

7007 Bradley Blvd
Bethesda, MD 20817

3607-A Chain Bridge Rd
Fairfax, VA 22030

108 N. Payne St
Alexandria, VA 22314

5034 Dorsey Hall Dr, Ste 202
Ellicott City, MD 21042

ACUERDO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Sobre la Clínica Alpha Omega y Servicios de Consulta (AOCCS): AOCCS se dedica a proporcionar terapia psicológica y tratamiento que se alinea con las enseñanzas morales y el entendimiento de la persona humana en la Iglesia Católica Romana.
2. Terapia: Cuando se busca servicios psicológicos de un profesional de salud mental, se entra en un contrato terapéutico. Esta forma está diseñado para que sea explícita el contrato, para que podamos empezar a trabajar juntos de la manera más productiva posible. Nuestro objetivo es conocerle y sus circunstancias lo suficientemente bien como para poder ayudarle con sus preocupaciones.
3. Terapeutas: Los servicios profesionales en AOCCS son proporcionados por una variedad de personal clínico, licenciado y sin licencia. Los clínicos sin licencia son supervisados de cerca por una terapeuta licenciado.

Terapeuta: _____ La licenciatura: _____
Licencia: _____

Supervisor (*si es aplicable*): _____ La licenciatura: _____
Licencia: _____

Supervisor (*si es aplicable*): _____ La licenciatura: _____
Licencia: _____

4. Derechos: Al recibir todos los servicios de AOCCS, cada individuo tiene derecho a:
 - a. Acceso imparcial al tratamiento independientemente de raza, religión, género, etnia, edad o discapacidad. segundo.
 - b. Utilice su nombre preferido o legal.
 - c. Tener su dignidad personal reconocida y respetada en la provisión de tratamiento, incluyendo la comunicación de una manera que el individuo pueda entender.
 - d. Esté protegido de los daños (abuso, abandono y explotación) y apoyado en la comunicación con otras agencias que podrían ayudar con sus preocupaciones.
 - e. Recibir tratamiento individualizado incluyendo lo siguiente:
 - i. La prestación de servicios humanitarios, independientemente de los niveles de apoyo financiero.
 - ii. La prestación de servicios dentro del entorno menos restrictivo.
 - iii. La provisión y revisión periódica de un plan individualizado de tratamiento se centró en sus circunstancias particulares.
5. Confidencialidad: Las sesiones de terapia son confidenciales. La información revelada en las sesiones se considera confidencial y no se revelará a nadie fuera de AOCCS sin su permiso por escrito, excepto cuando la revelación es requerida por la ley y se considera que es en el mejor interés del cliente. Las siguientes son las excepciones y los límites a la confidencialidad:
 - a. Personas:

Iniciales _____

- i. Cuando el cliente presenta un grave peligro de dañarse a sí mismo.
- ii. Cuando el cliente presenta un grave peligro de violencia a otros o la propiedad de otros. En estos casos su terapeuta está obligado a tomar medidas para ayudar a garantizar la seguridad.
- iii. Cuando hay sospecha razonable de abuso de niños, ancianos o adultos dependientes, o negligencia.
- iv. Cuando haya dado su consentimiento por escrito, especificando a un tercero con el que se compartirá su archivo.
- v. De conformidad con una citación legal emitida.
- vi. Cuando un terapeuta se defiende a sí mismo contra una reclamación, o está sujeto a investigación, revisión o auditoría.
- vii. Si utiliza el reembolso de terceros, su terapeuta tendrá que proporcionar a su asegurador con un diagnóstico clínico, ya veces un plan de tratamiento o un resumen.
- viii. Menores: Cuando los menores (menores de 18 años de edad) son vistos en terapia, el padre o tutor legal tiene el privilegio legal con respecto a una liberación firmada de información.
- ix. Grupos: Se espera que los participantes en terapia de grupo honren y respeten la privacidad y la confidencialidad de los demás miembros del grupo.

b. Parejas / Familia:

- i. Los expedientes de casos o resúmenes de casos no pueden ser liberados sin el consentimiento de ambos cónyuges o socios a menos que se emita una citación legal.
- ii. Cuando uno de los clientes presenta un grave peligro de dañarse a sí mismo.
- iii. Cuando uno de los clientes presenta un serio peligro de violencia a otros o la propiedad de otros. En estos casos, su terapeuta está obligado a tomar medidas para ayudar a garantizar la seguridad.
- iv. Cuando hay sospecha razonable de abuso de menores, ancianos o adultos dependientes, o negligencia.
- v. Cuando ambos clientes hayan dado su consentimiento por escrito especificando a un tercero con el que se compartirá su archivo.
- vi. De acuerdo con una citación legal emitida.
- vii. Cuando un terapeuta se defiende a sí mismo contra una reclamación, o está sujeto a investigación, revisión o auditoría.
- viii. Si cualquiera de los clientes utiliza un reembolso de terceros, su terapeuta deberá proporcionar a su asegurador un diagnóstico clínico y, a veces, un plan de tratamiento o un resumen.

- c. Consulta: Su terapeuta también puede consultar con otros clínicos y profesionales de AOCCS. En tales casos, los involucrados en la consulta tienen la misma obligación ética y preservarán la confidencialidad de su caso.

6. Terapia basada en la fe Católica: Los clínicos de AOCCS están dedicados a proveer terapia psicológica y tratamiento consistente con la enseñanza moral y la visión de la persona humana en la Iglesia Católica Romana. Su terapeuta se va a:

- a. Integrar principios psicológicos con principios morales y espirituales católicos.
- segundo.
- b. Promueva su dignidad y valor como una persona entera.
- c. Ayudarle a reconciliar las creencias religiosas católicas con sus emociones, pensamientos, experiencias y comportamientos.
- d. No se ayuda o a participar en prácticas inmorales tal como las define el Magisterio de la Iglesia Católica.

Iniciales _____

- e. AOCCS da la bienvenida a clientes de diferentes orígenes de fe para recibir tratamiento en nuestras clínicas. Los clientes que opten por no integrar la espiritualidad católica con su tratamiento todavía se les ofrecerá terapia basada en principios psicológicos sólidos y principios morales católicos. Los clientes que no quieren que su tratamiento sea informado por los principios morales católicos serán referidos a un clínico fuera de AOCCS.

7. Emergencias:

- a. Si hay una emergencia que pone en peligro su vida, comuníquese con el personal de emergencia a través del 911, o vaya directamente a la sala de emergencias más cercana. segundo.
- b. Para emergencias que no amenazan su vida, por favor trate de contactar a su terapeuta directamente a través de su extensión de clínica y dejar un mensaje. El terapeuta le devolverá su llamada tan pronto como sea posible.

8. Archivos: Sus registros se mantienen de manera confidencial a los AOCCS durante el tratamiento y durante los 7 años (10 para los menores de edad) después de la terminación. El propósito de la documentación de los casos es apoyar el tratamiento terapéutico de la persona (s) nombrado en la tabla, y no será liberado para otros fines, distintos de excepción y los límites de la confidencialidad anteriormente descritos. Normalmente, solo su terapeuta (y el supervisor, si corresponde) accederán a su archivo. Mientras que el personal administrativo puede tener acceso a su archivo en el curso de los negocios, se les prohíbe la lectura de toda la información clínica. Si solicita una copia de estos registros por cualquier motivo, se puede evaluar un cargo por página de cada documento.

9. Normas de la Clínica y los Pagos:

- a. Pago por Servicios: Su pago de sesión será _____ (basada en la escala de tarifas de AOCCS). Las sesiones son típicamente 45 minutos. Los honorarios se deben a AOCCS en el momento de la cita.
- b. Cancelaciones: AOCCS requiere por lo menos 24 horas de aviso anticipado de cancelaciones para citas programadas. Su cuota de sesión completa se cobrará por las sesiones perdidas no canceladas con 24 horas de antelación. Para las llamadas de rutina para hacer, cambiar o cancelar citas, por favor comuníquese con su terapeuta en su extensión de Clínica o comuníquese con la oficina administrativa al 301-767-1733 ext. 0.
- c. Servicios adicionales: Los honorarios pueden ser evaluados y prorrateados en base a su tarifa por hora a discreción del médico para servicios adicionales (por ejemplo, presentaciones en la corte, informes de la corte o informes de terceros, sesiones de terapia telefónica y / o gastos de llamadas de larga distancia, etc.).
- d. Salgo no pagado: Las cuentas de clientes no deben acumular un saldo pendiente de pago. Después de dos sesiones de saldos no pagados, los servicios pueden ser retenidos hasta que la cuenta sea pagada en su totalidad.
 - a. Cheques rechazados: Si su cheque es devuelto por el banco, se le cobrará \$ 20 por cada cheque devuelto además de la cuota de sesión. Por favor discuta cualquier preocupación financiera con su terapeuta.
 - b. Seguro u otro reembolso contractual: Los servicios son proporcionados y cobrados directamente al cliente, no al seguro o a la organización contratada. AOCCS no acepta ningún tipo de seguro. Se espera que todos los clientes paguen sus honorarios a AOCCS según lo indicado arriba y son completamente responsables de obtener el reembolso para su seguro o organización contratada. Intentaremos ser tan útiles como podamos, pero AOCCS no está obligado a cooperar en el llenado de formularios u otras solicitudes de información que la compañía de seguros pueda requerir.

Iniciales _____

- c. Ingresos: En cada sesión, AOCCS proporcionará al cliente un recibo. Es la responsabilidad del cliente mantener estos recibos para sus propios expedientes o propósito del seguro.

10. La Clínica Alpha Omega y Servicios de Consulta (AOCCS) se compromete a honrar y respetar a cada cliente y proporcionar el mejor servicio posible. Si usted siente que ha sido tratado injustamente de alguna manera o tiene preguntas relacionadas con cualquier aspecto de AOCCS por favor llame a la Directora de Clínica, Kathleen Gallagher, al (301)767-1733 ext. 101.

Declaración de Entendimiento: Al firmar a continuación, señalo que he revisado y entendido la información anterior y que he tenido preguntas contestadas por mi terapeuta, y que estoy de acuerdo voluntariamente con sus términos. Entiendo que puedo retirarme del tratamiento en cualquier momento pero si decido hacerlo, hablaré de mi plan con mi terapeuta antes de actuar sobre él.

Si desea una copia de este formulario, solicite una de su médico y se le proporcionará una.

Nombre del Cliente (Por favor, imprimir)

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Padre/Guardián (si es un cliente menor de 18 años)

Fecha

Cliente adicional (si es terapia de familia or marital/pareja):

Nombre del Cliente (Por favor, imprimir)

Firma del Cliente

Fecha

Firma de la Terapeuta

Fecha

Iniciales _____