TMR MENTAL HEALTH CARE PC

835 MAIN ST HACKENSACK NJ 07601
66-03 FRESH POND RD FLR 1 RIDGEWOOD NY 11385

WWW.TMRMENTALHEALTHCARE.COM

Consentimiento Informado

ACUERDO DE SERVICIOS ENTRE EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL Y EL CLIENTE

Bienvenido a nuestra práctica privada. TMR, que significa Treat Me Right (TMR) Mental Health Care PC. Este documento contiene información importante sobre los servicios profesionales y las políticas comerciales. También incluye un resumen sobre la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés), una ley federal que proporciona protecciones de privacidad y derechos del paciente respecto al uso y divulgación de su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Aunque estos documentos son extensos y a veces complejos, es muy importante que los entienda. Cuando firme este documento, también representará un acuerdo entre nosotros. Podemos discutir cualquier pregunta que tenga al momento de firmar o en cualquier otro momento en el futuro.

SERVICIOS PSICOTERAPEUTOS

La terapia es una relación entre personas que funciona en parte debido a los derechos y responsabilidades claramente definidos que cada persona tiene. Como cliente en psicoterapia, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades que son importantes para que los entienda. También existen limitaciones legales a esos derechos de las que debería estar al tanto. TMR, como su proveedor de atención de salud mental, tiene responsabilidades correspondientes hacia usted. Estos derechos y responsabilidades se describen en las siguientes secciones.

La psicoterapia tiene tanto beneficios como riesgos. Los riesgos pueden incluir experimentar sentimientos incómodos, como tristeza, culpa, ansiedad, ira, frustración, soledad e impotencia, porque el proceso de la psicoterapia a menudo requiere hablar sobre los aspectos desagradables de su vida. Sin embargo, se ha demostrado que la psicoterapia tiene beneficios para las personas que la realizan. La terapia a menudo

conduce a una reducción significativa en los sentimientos de angustia, una mayor satisfacción en las relaciones interpersonales, una mayor conciencia personal y comprensión, habilidades mejoradas para manejar el estrés y soluciones a problemas específicos. Pero no hay garantías sobre lo que sucederá. La psicoterapia requiere un esfuerzo muy activo de su parte. Para tener éxito, tendrá que trabajar en los temas discutidos fuera de las sesiones.

Las primeras 2 a 4 sesiones incluirán una evaluación integral de sus necesidades. Al final de la evaluación, su proveedor de atención de salud mental podrá ofrecerle algunas impresiones iniciales sobre lo que podría incluir nuestro trabajo. En ese momento, se discutirán sus objetivos de tratamiento y se creará un plan de tratamiento inicial. Usted debe evaluar esta información y hacer su propia valoración sobre si se siente cómodo trabajando con nuestra práctica. Si tiene preguntas sobre nuestros procedimientos, debemos discutirlos siempre que surjan. Si sus dudas persisten, estaremos encantados de ayudarle a organizar una reunión con otro profesional de salud mental para obtener una segunda opinión.

CITAS

Las citas generalmente tendrán una duración de 30 a 60 minutos, una vez por semana en un horario que acordemos, aunque algunas sesiones pueden ser más o menos frecuentes según sea necesario. El tiempo programado para su cita está asignado exclusivamente a usted. Si necesita cancelar o reprogramar una sesión, le pedimos que nos avise con al menos 24 horas de anticipación. Si falta a una sesión sin cancelarla, o la cancela con menos de 24 horas de aviso, nuestra política es cobrar los siguientes montos: \$100 para prescriptores como los doctores: Patria Gerardo, Kirt Lewis, Akosua Karikari y Caroline Wiltshire; \$95 para Trabajadores Sociales Clínicos Licenciados (LCSW), Consejeros Profesionales Licenciados (LPC), Doctores en Psicología (PsyD), y Terapeutas Matrimoniales y Familiares Licenciados (LMFT); y \$50 para psicoterapeutas bajo supervisión con credenciales LSW / LAC / Psicoterapeutas en Formación (internos). [A menos que ambos acordemos que no pudo asistir debido a circunstancias fuera de su control].

Tenga en cuenta que esta política también se aplica a las citas de evaluación inicial (intake) perdidas, las cuales tendrán un cargo de \$100.

Es importante tener en cuenta que las compañías de seguros no ofrecen reembolsos por sesiones canceladas; por lo tanto, usted será responsable de la parte del costo descrita anteriormente. Si es posible, intentaremos encontrar otro horario para reprogramar la cita. Además, es su responsabilidad llegar a tiempo a su sesión; si llega tarde, su cita aún deberá terminar en el horario previsto.

Reconozco que estos términos han sido revisados y acordados antes del inicio de la

prestación de servicios. Acepto estos términos para mi hijo menor si estoy firmando en nombre de un menor de edad.

VISITAS EN PERSONA Y SARS-CoV-2 ("COVID-19")

Si asiste a terapia en persona, usted entiende lo siguiente:

Solo puede asistir si no presenta síntomas.

Si está experimentando síntomas, puede cambiar a una cita por telesalud o cancelar. Si necesita cancelar, no se le cobrará una tarifa por cancelación tardía. Debe seguir todos los protocolos de seguridad establecidos por la práctica, que incluyen:

Seguir el procedimiento de registro;

Lavarse o desinfectarse las manos al ingresar a la práctica;

Respetar las medidas de distanciamiento social adecuadas;

Usar una mascarilla, si es requerido;

Informar a su proveedor si tiene un alto riesgo de exposición al COVID-19, como a través de la escuela, el trabajo o el transporte;

Informar a su proveedor si usted o alguien en su hogar da positivo por COVID-19.

Su proveedor podría estar obligado a informar a las autoridades de salud pública si usted ha estado en la oficina y ha dado positivo por una infección. En tal caso, su proveedor puede realizar el informe sin su permiso, pero sólo compartirá la información necesaria. Su proveedor nunca compartirá detalles sobre su visita. Debido a que la pandemia de COVID-19 continúa, su capacidad para reunirse en persona podría cambiar con un aviso mínimo o sin previo aviso. Al firmar este consentimiento, usted entiende que podría estar expuesto al COVID-19 si asiste a sesiones en persona. Si un miembro de la práctica da positivo por COVID-19, se le notificará.

POLÍTICAS DE CONFIDENCIALIDAD Y PRIVILEGIO

Para muchas personas, la decisión de ver a un terapeuta es extremadamente privada. Las personas llegan a TMR con la expectativa de que la información que compartirán con los clínicos de TMR permanecerá en privado. Esta expectativa es razonable y, de hecho, en la mayoría de los casos, un psicoterapeuta o consejero tiene la obligación legal de mantener la confidencialidad y la privacidad de la información de los clientes. Sin embargo, existen algunas excepciones.

A continuación, se presenta un breve resumen de las limitaciones que enfrenta un

proveedor de atención de salud con respecto a mantener la privacidad de la información de los clientes.

Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA")

El Título I de HIPAA fue aprobado en 1996. El Título I protege la cobertura de seguro médico para trabajadores y sus familias que cambian o pierden sus empleos. El Título II de HIPAA requiere que el Departamento de Salud y Servicios Humanos establezca estándares nacionales para transacciones electrónicas de atención médica e identificadores nacionales para proveedores, planes de salud y empleadores. El Título II también aborda la seguridad y privacidad de los datos de salud, que es la sección de la ley relevante para nuestro propósito. El Título II de HIPAA exige que los proveedores médicos protejan la privacidad de la información médica de los pacientes, controlando la manera en que se utiliza y divulga la "información de salud protegida" del paciente. Según HIPAA, los pacientes deben recibir ciertos derechos con respecto a su información, como el derecho a acceder y copiar, el derecho a solicitar enmiendas a la información contenida en su expediente, y el derecho a solicitar un registro de divulgaciones. Los proveedores médicos deben contar con políticas y procedimientos adecuados para proteger aún más la privacidad de la información de los pacientes. Según HIPAA, la información médica puede compartirse con otros proveedores de atención médica únicamente con fines de tratamiento. Sin embargo, HIPAA no permite que los profesionales de salud mental compartan notas personales de psicoterapia de los pacientes, ni siquiera con fines de tratamiento, sin la autorización del paciente.

Existen excepciones bajo HIPAA que permiten a los proveedores médicos divulgar información de salud protegida en las siguientes situaciones:

1. **Sospecha de Abuso o Negligencia:** Si el proveedor médico cree que el paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, se puede divulgar información protegida. El informe debe realizarse a una persona autorizada por la ley para recibir reportes de abuso o negligencia infantil.
2. **Amenaza Grave o Inminente:** Si el proveedor cree que la divulgación es necesaria para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público, se puede divulgar información protegida a la autoridad correspondiente.
3. **Cumplimiento de la Ley:** Si la divulgación es necesaria para que las autoridades policiales identifiquen o detengan a un individuo.

Reconozco que estos términos han sido revisados y aceptados antes del inicio de la

prestación de servicios.

INFORMACIÓN DEL SEGURO (Sus responsabilidades incluyen):

Verificar las limitaciones, deducibles y exclusiones de su plan antes de su primera cita. Es importante que entienda la cobertura de sus beneficios. Para preguntas sobre la cobertura de beneficios, por favor llame al número de teléfono de servicio al cliente o de miembro que se encuentra en la parte posterior de su tarjeta de seguro. Usted recibirá una Explicación de Beneficios (EOB) de su compañía de seguros, detallando los cargos, los montos de los que usted es responsable y los montos pagados a TMR.

Pagar su tarifa por los servicios al momento de ser prestados. En cumplimiento con los contratos de seguros de salud, TMR requiere que todos los copagos se recolecten en el momento del servicio. Esto incluye pagos hacia el coseguro y los deducibles. En algunos casos, el monto del coseguro/deducible recaudado será una estimación, y se realizará un ajuste una vez que se reciba una respuesta de su compañía de seguros con respecto a la reclamación. Esto puede resultar en un crédito a su cuenta o en cargos adicionales.

Proporcionémos una copia de sus tarjetas de seguro y actualícenos si ocurre algún cambio en su cobertura. Por favor, notifíquenos también sobre cualquier cambio de dirección u otra información de contacto. **Si la información de seguro que nos proporciona se determina posteriormente como incorrecta, lo que resulta en el rechazo de su reclamación, usted será responsable de pagar el monto rechazado por su aseguradora. Si se niega a pagar su deuda, TMR se reserva el derecho de utilizar un abogado o una agencia de cobros para garantizar el pago. Se aplicarán cargos por mora y costos asociados con la contratación de un abogado o agencia de cobros a los pagos no recibidos dentro de los 30 días posteriores a la prestación del servicio.**

Autorizo a TMR a divulgar cualquier información médica a mi compañía de seguros que se considere necesaria para procesar una reclamación de seguro. Autorizo a mi compañía de seguros a asignar los beneficios a TMR. Si recibo algún pago directamente de mi compañía de seguros, aceptó remitir dicho pago a TMR inmediatamente tras su recepción. Entiendo que soy responsable del pago por los servicios prestados por TMR, independientemente del reembolso de estos servicios por parte de la compañía de seguros, y que cualquier inexactitud en la información de este formulario puede resultar en la falta de pago por parte de mi aseguradora. Acepto notificar a TMR de inmediato si hay cambios en mi estado de salud o en la cobertura de mi plan de salud en el futuro.

ACUERDO FINANCIERO

TMR intenta hacer que la psicoterapia sea accesible aceptando pagos de proveedores de seguros y utilizando una escala de tarifas ajustable para los clientes que no tienen seguro. Las tarifas se discutirán durante sus primeros contactos con nuestro personal. Podemos facturar al seguro, pero la cobertura varía según cada plan de seguro. Le recomendamos que verifique con su aseguradora de antemano para confirmar su cobertura de salud mental o conductual. La mayoría de los proveedores en TMR están dentro de la red de la mayoría de los paneles de seguros. Nuestros proveedores de facturación en el personal están "dentro de la red" con varios paneles de seguros. Tenga la tranquilidad de que nunca recibirá facturas "sorpresa" de TMR. La facturación se realizará de la mejor manera posible para mantener sus costos de bolsillo asequibles, y nosotros nos encargamos de todo el trabajo administrativo. Cualquier copago, deducible, coseguro o costo de bolsillo será explicado y acordado antes de comenzar el tratamiento. Si tiene alguna pregunta cuando reciba una "Explicación de Beneficios" o (EOB) de su compañía de seguros, no dude en llamarnos; responderemos todas sus preguntas.

Para los clientes que no utilizan seguro o pagan de manera privada, podemos ofrecer un programa de tarifas ajustable. **Se le requerirá mantener una tarjeta de crédito registrada si es un paciente que paga por su cuenta o si está siendo atendido de manera virtual.** Los cargos se realizarán el día de cada sesión programada. Si un paciente sin cobertura de seguro no puede pagar el monto mínimo en la escala de tarifas ajustable, TMR hará una referencia adecuada a un proveedor u organización de salud mental que sea gratuita.

El pago se espera en el momento del servicio, a menos que se hagan arreglos por adelantado con el Departamento de Facturación. **Para los pacientes que están siendo atendidos de forma remota, se requiere una tarjeta de crédito registrada.** Los pagos no recibidos dentro de las 72 horas provocarán la cancelación de las citas programadas.

TMR acepta las siguientes formas de pago: efectivo, MasterCard, Visa, American Express y Discover. También aceptamos cuentas HSA y FSA. Los saldos vencidos que no se paguen dentro de los 30 días serán enviados a cobranzas. Cualquier tarifa adicional incurrida por TMR como resultado será responsabilidad del paciente.

Las tarifas varían entre \$185 y \$500 por sesión. Las tarifas pueden variar dependiendo del tipo de terapia y la duración de la sesión. Las tarifas por otros servicios (cartas, llamadas telefónicas, consultas, etc.) varían según cada terapeuta y se discutirán según sea necesario. Ofrecemos una escala ajustable para los clientes que pagan de manera privada. He leído, entendido y aceptado el Acuerdo Financiero

de TMR. Entiendo que soy el responsable final del pago a TMR por todos los servicios prestados y que dicho pago debe realizarse en el momento de la visita. Se aplicarán cargos por mora a los pagos no recibidos dentro de los 6 días posteriores a la prestación del servicio. Mi firma a continuación indica que entiendo completamente y acepto estos términos.

TARIFAS POR CANCELACIÓN O SESIONES PERDIDAS

Tenga en cuenta que TMR no puede reservar un horario de cita recurrente para clientes que cancelan, reprograman o no se presentan con frecuencia, especialmente si no brindan un aviso con al menos 24 horas de anticipación. TMR requiere que mantenga una tarjeta de crédito registrada para cobrar por citas perdidas. El costo por una sesión perdida o una cancelación tardía es de \$100, incluyendo las citas de evaluación inicial (intake) perdidas. Cualquier cliente que falte, cancele o re programe dos sesiones consecutivas, o que no cumpla con las recomendaciones del tratamiento, será dado de baja de nuestra práctica.

REGISTROS PROFESIONALES

Estamos obligados a mantener registros adecuados de los servicios de salud mental y conductual que proporcionamos. Sus registros se mantienen en un lugar seguro de forma electrónica. Mantenemos registros breves que indican que asistió a la sesión, las razones por las que busca atención de salud mental, los objetivos y avances establecidos para el tratamiento, su diagnóstico, los temas que discutimos, su historial médico, social y de tratamiento, registros que recibimos de otros proveedores, copias de los registros que enviamos a otros y sus registros de facturación. Salvo en circunstancias inusuales que impliquen peligro para usted mismo, tiene derecho a una copia de su expediente. En un entorno de práctica privada, es esencial respetar los principios de consentimiento informado en la gestión de registros profesionales. Los psicoterapeutas están comprometidos a mantener la confidencialidad e integridad de la información sensible de sus clientes. Aunque los clientes tienen derecho a acceder a sus registros, los psicoterapeutas se reservan el derecho de **no compartir las notas de psicoterapia** que contengan reflexiones personales, observaciones clínicas u otra información subjetiva utilizada para la planificación del tratamiento y la toma de decisiones. Esta práctica se basa en la obligación ética de proteger el proceso terapéutico y garantizar que las notas sean un espacio seguro para el diálogo abierto y honesto. A los pacientes se les proporcionarán las fechas de tratamiento, listas de medicamentos (si corresponde) y el diagnóstico.

PADRES Y MENORES DE EDAD

Si bien la privacidad en la atención de salud mental es crucial para el progreso exitoso, la participación de los padres también puede ser esencial. Es nuestra política no brindar tratamiento a un niño menor de 13 años a menos que él o ella esté de acuerdo en que podamos compartir con un padre cualquier información que consideremos necesaria. Para los niños de 14 años o más, solicitamos un acuerdo entre el cliente y los padres que nos permita compartir información general sobre el progreso del tratamiento y la asistencia, así como un resumen del tratamiento al finalizarlo. Toda otra comunicación requerirá el consentimiento del niño, a menos que consideremos que hay una preocupación de seguridad (consulte también la sección anterior sobre Confidencialidad para conocer las excepciones). En tal caso, haremos todo lo posible por notificar al niño sobre nuestra intención de divulgar información con anticipación y por abordar cualquier objeción que se presente.

Tenga en cuenta que, bajo ninguna circunstancia, se permitirá a ninguna persona tomar decisiones o solicitar información sobre un paciente establecido de TMR. Un Poder Notarial para el Cuidado de la Salud es un documento legal que otorga a una persona o entidad de confianza la autoridad para tomar decisiones médicas en su nombre si usted está incapacitado o no puede hacerlo por su cuenta. Los pacientes de 18 años o más deben comunicarse directamente con la oficina para solicitar recetas, programar citas y abordar cualquier pregunta o inquietud relacionada con su atención, a menos que tengan un Poder Notarial para el Cuidado de la Salud registrado en su expediente.

COMO CONTACTARNOS

A menudo no estamos disponibles de inmediato por teléfono. No contestamos las llamadas cuando estamos con clientes o no estamos disponibles. En estos momentos, puede dejar un mensaje en nuestro buzón de voz confidencial. Su llamada será devuelta lo antes posible, pero para asuntos no urgentes, puede tomar uno o dos días. Si, por cualquier motivo imprevisto, no recibe respuesta de nuestra parte o no podemos comunicarnos con usted, y siente que no puede esperar una llamada de regreso o si siente que no puede mantenerse seguro, siga estas recomendaciones:

1. Si usted o un miembro de su familia está experimentando signos o síntomas de una enfermedad mental, se siente en crisis y vive en el condado de Bergen, Nueva Jersey, llame al **201-262-HELP (4357)**. Este es el Programa de Emergencia Psiquiátrica designado por CarePlus NJ para el condado de Bergen. El propósito de 262-HELP es proporcionar servicios de salud mental de emergencia a los residentes del condado de Bergen.
2. Si vive fuera del condado de Bergen, vaya a la sala de emergencias del hospital local o llame al **988** (Línea de Vida para Suicidio y Crisis) o al **911** y solicite

hablar con el trabajador de salud mental de guardia.

3. Si vive en Nueva York, envíe un mensaje de texto con la palabra **“WELL”** al **65173** o llame al **1-888-NYC-WELL**. Los consejeros de crisis están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, para guiarle en los próximos pasos para obtener ayuda.

Haremos todo lo posible por informarle con antelación sobre ausencias planificadas y proporcionarle el nombre y número de teléfono del profesional de salud mental que cubra a su equipo clínico en caso de que ocurra una ausencia.

OTROS DERECHOS

Si no está satisfecho con lo que está ocurriendo en el tratamiento, esperamos que hable con nosotros para que podamos responder a sus inquietudes. Sus comentarios serán tomados en serio y manejados con cuidado y respeto. También puede solicitar que lo refiramos a otro proveedor de atención de salud mental y tiene la libertad de finalizar el tratamiento en cualquier momento. Usted tiene derecho a recibir atención considerada, segura y respetuosa, sin discriminación por motivos de raza, etnia, color, género, orientación sexual, edad, religión, origen nacional o fuente de pago. Asimismo, tiene derecho a hacer preguntas sobre cualquier aspecto de la terapia y sobre nuestra formación y experiencia específica.

CONSENTIMIENTO A PSICOTERAPIA

Su firma a continuación indica que ha leído este acuerdo y el Aviso de Prácticas de Privacidad y acepta sus términos.

Se me ha informado y discutido lo siguiente con respecto al uso de telesalud para los servicios proporcionados por TMR, su personal y afiliados:

- Programación de citas
- Medidas de privacidad y seguridad
- Posibles riesgos
- Requisitos de notificación obligatoria
- Credenciales del equipo de atención
- Arreglos de facturación
- Límites de la confidencialidad
- Plan de emergencia explícito
- Almacenamiento de la información del paciente y posibles fallas técnicas
- Procedimientos para la coordinación de la atención
- Protocolos de contacto entre visitas
- Políticas de prescripción (incluyendo regulaciones locales y federales) ●

Condiciones en las que la telesalud debe ser suspendida para recibir atención en persona.

Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de telesalud en mi atención médica y de salud mental.

Usted nos ha proporcionado el nombre y la información de contacto de su pariente más cercano o la persona que desea que contactemos en caso de emergencia.

Al firmar este formulario, nos autoriza a compartir o discutir información relacionada con su atención (como el progreso hacia sus objetivos, la planificación del tratamiento, la programación, las reclamaciones de seguros o la recaudación de pagos) con esta persona.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

Yo, siendo un adulto en pleno uso de mis facultades mentales, hago esta declaración de manera voluntaria para el tratamiento de salud mental con el uso de medicamentos psicotrópicos.

Su médico o Enfermero/a Especializado/a en Salud Mental Psiquiátrica le prescribirá medicamentos psicotrópicos después de una evaluación exhaustiva de sus necesidades, síntomas actuales y nivel de funcionamiento e incapacidad.

Para tomar una decisión informada, se le debe proporcionar información verbalmente (en sus sesiones) y/o por escrito, que incluya lo siguiente:

1. La naturaleza de su condición psiquiátrica (diagnóstico).
2. Las razones para tomar dichos medicamentos, incluyendo la probabilidad de mejorar o no mejorar sin ellos.
3. El nombre, dosis, frecuencia, vía de administración y duración de los medicamentos prescritos.
4. Los posibles efectos secundarios de los medicamentos, conocidos por ser comunes y que podrían causar defectos de nacimiento.
5. Pueden ocurrir efectos secundarios adicionales con la administración continua de medicamentos antipsicóticos si se toman durante más de tres (3) meses. Estos efectos secundarios pueden incluir movimientos involuntarios persistentes de la cara, boca, extremidades y tronco, llamados discinesia tardía. Estos síntomas pueden ser irreversibles y pueden continuar apareciendo incluso después de suspender el medicamento.
6. La duración y continuación de los medicamentos se discutirán con usted y su Psiquiatra/Enfermero/a Tratante durante cada visita.

Su firma a continuación reconoce que:

1. Los medicamentos y el tratamiento han sido discutidos adecuadamente con usted y deben tomarse únicamente según lo prescrito.
2. Ha recibido toda la información que desea sobre dichos medicamentos y tratamientos.
3. Se me ha ofrecido una hoja de información sobre medicamentos y he tenido la oportunidad de revisar con el médico prescriptor los beneficios específicos y los efectos secundarios de los medicamentos prescritos.
4. Le pedimos que asista a las citas programadas para la gestión de medicamentos. Esto garantiza que se le supervise y reciba la mejor calidad de atención. La falta frecuente de asistencia o cancelaciones resultará en su alta de nuestra práctica.
5. Si no asiste a las citas programadas y necesita un reabastecimiento de medicamentos entre sesiones, o si se queda sin medicamento, solo se le recetará la cantidad necesaria hasta su próxima cita programada. Es importante para nuestro equipo de atención que se le supervise adecuadamente mientras toma medicamentos.
6. Los niños menores de 16 años deberán someterse a una Evaluación del Neurodesarrollo completada por un Pediatra del Desarrollo o Neurólogo antes de que se receten medicamentos para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

Por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento con este medicamento. Entiendo que puedo buscar información adicional y que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento informando mi intención a cualquier miembro del equipo de tratamiento.

ACUERDO DE GESTIÓN DE MEDICAMENTOS - BENZODIAZEPINAS

Este acuerdo entre (Paciente) y los Proveedores de TMR MENTAL HEALTH CARE PC (TMR) tiene como objetivo establecer condiciones claras para el uso de benzodiazepinas. Entiendo que este acuerdo es importante para mi seguridad y ayuda a mantener la confianza necesaria en la relación entre proveedor y paciente.

Entiendo lo siguiente acerca de los medicamentos benzodiazepínicos:

- Si utilizo una benzodiazepina diariamente, su eficacia disminuirá con el tiempo.
- Podría experimentar síntomas de abstinencia si dejo de tomar una benzodiazepina de forma repentina.

- La abstinencia de benzodiazepinas puede ser mortal en algunos casos.
- Existe un riesgo de adicción con el uso de benzodiazepinas.
- Las benzodiazepinas tienen múltiples efectos secundarios a largo plazo, incluidos problemas de memoria y un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer.
- Entiendo que el objetivo principal del tratamiento con estos medicamentos es mejorar mi calidad de vida en general.
- Entiendo que tomar estos medicamentos puede reducir mi capacidad para concentrarme, pensar con claridad o reaccionar rápidamente. No conduciré ni operaré maquinaria peligrosa hasta estar seguro/a de poder hacerlo de manera segura.
- Algunos otros efectos secundarios de estos medicamentos incluyen los siguientes: fatiga, depresión, inestabilidad, presión arterial baja, somnolencia, convulsiones, nerviosismo y dificultad para respirar. Notificaré a un proveedor de TMR si ocurre alguno de estos efectos secundarios.
- Entiendo que usar estos medicamentos para tratar mi condición puede resultar en dependencia de los mismos. Suspender abruptamente estos medicamentos puede causar síntomas de abstinencia, como frecuencia cardíaca rápida, presión arterial alta, fiebre, agitación, convulsiones y alucinaciones.
- Entiendo que la abstinencia es incómoda y, posiblemente, peligrosa para la vida. Para mi seguridad, si dejo de tomar mi medicación por cualquier motivo, lo haré bajo la supervisión de un proveedor de TMR.

(PARA MUJERES) Los medicamentos benzodiazepínicos pueden ser perjudiciales para los bebés en desarrollo. Según mi mejor conocimiento, actualmente no estoy embarazada y acepto realizarme pruebas de embarazo. Si existe la posibilidad de quedar embarazada, acepto utilizar métodos anticonceptivos para evitar un embarazo. Informaré a mi proveedor si planeo quedar embarazada.

Estos medicamentos suelen ser mal utilizados y son extremadamente peligrosos cuando se usan de manera indebida. Por esta razón y otras, entiendo y acepto las siguientes condiciones con respecto al uso de estos medicamentos:

- Solo tomaré los medicamentos en la dosis y frecuencia prescritas por mi proveedor.
- No cambiaré la forma en que tomo estos medicamentos sin la aprobación previa de mi proveedor. Mi proveedor puede dejar de recargar mi receta si cambio la forma en que tomo los medicamentos sin aprobación. Esto podría resultar en síntomas de abstinencia o sobredosis, que podrían causar la muerte.
- No solicitaré resurtidos anticipados. Entiendo que las recetas no se recargaran antes de la fecha programada bajo NINGUNA circunstancia. Los medicamentos perdidos, dañados, robados o extraviados no se repondrán antes de la próxima fecha de recarga programada. Soy responsable de mis medicamentos.
- Todas las recetas

se emitirán, como máximo, en un horario de 30 días, a menos que se indique lo contrario.

- No solicitaré este tipo de medicamentos a NINGÚN otro proveedor sin la aprobación de mi proveedor de TMR. Si otro proveedor médico me ofrece benzodiazepinas, le informaré al proveedor sobre este acuerdo. Esto incluye salas de emergencia, centros de atención urgente, atención inmediata y otras instalaciones médicas similares.
- Mantendré mi lista de medicamentos actualizada con TMR, incluyendo medicamentos de venta libre, productos herbales y vitaminas.
- Asistiré a las citas con mi proveedor psiquiátrico en TMR según lo programado. ● Participaré activamente en el plan de tratamiento descrito por mi proveedor, que puede incluir psicoterapia, ya sea individual o con mi familia, asesoramiento nutricional, entre otros. Acepto participar plenamente en otras terapias de tratamiento que puedan ser recomendadas por un proveedor de TMR. Los medicamentos se administran como parte de un programa de tratamiento integral.
- Acepto no usar ninguna droga que altere el estado de ánimo, marihuana, alcohol u otras sustancias ilícitas mientras tomo estos medicamentos. Esto incluye marihuana medicinal, cocaína o metanfetaminas.
- Acepto que puedo estar sujeto a exámenes aleatorios de detección de drogas en orina y recuentos de pastillas.
- Entiendo que si el examen de detección de drogas en orina indica que no estoy tomando estos medicamentos, mi proveedor dejará de recetarlos.
- Entiendo que si el recuento de pastillas sugiere que estoy tomando los medicamentos de manera diferente a la prescrita, mi proveedor dejará de recetarlos.
- No venderé, intercambiaré ni daré mis medicamentos recetados a nadie. Mantendré estos medicamentos fuera del alcance de los niños.
- Entiendo que el incumplimiento de lo anterior puede llevar a que mi proveedor deje de recetar estos medicamentos.

Entiendo que si no muestro mejoría en los síntomas, mi proveedor puede dejar de recetarme estos medicamentos. Mi medicación también puede ser suspendida si un proveedor de TMR considera que el uso de estos medicamentos no está ayudando a mejorar mi funcionalidad y/o me está causando algún daño.

Entiendo que mi proveedor puede suspender estos medicamentos si presento efectos secundarios significativos o demuestro una tolerancia problemática.

Si mi proveedor deja de recetarme benzodiazepinas, lo hará de la manera más segura posible.

Acepto permitir que TMR solicite información a cualquier proveedor de atención médica o farmacia sobre todos mis medicamentos.

Acepto que los intentos regulares para reducir la dosis y/o desarrollar otros enfoques para manejar los síntomas serán parte del plan. Participaré y cooperaré con este plan.

Entiendo que el uso de medicamentos benzodiazepínicos puede suspenderse si el medicamento no mejora mi capacidad de funcionamiento, si se desarrollan efectos secundarios inaceptables o si no cumplo con todas las partes de este acuerdo. Los propósitos, riesgos y posibles beneficios del uso de estos medicamentos me han sido explicados por mi proveedor e incluyen lo siguiente:

Solo recargare mis recetas en la farmacia registrada en mi expediente médico. Si necesito cambiar mi farmacia, notificaré a mi proveedor. Es posible que se me solicite firmar un nuevo acuerdo. Cambios no documentados en mi farmacia de recargo pueden resultar en un retraso o negación de mi medicación.

Entiendo que un proveedor de TMR suspenderá la terapia con benzodiazepinas si no cumplo con los términos de cualquier parte de este acuerdo por cualquier motivo. Entiendo que este acuerdo formará parte de mi expediente médico permanente. He leído este documento, o me lo han leído, lo entiendo y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Mi proveedor ha revisado lo anterior conmigo. He leído este acuerdo y acepto todos los términos descritos anteriormente.

CONSENTIMIENTO PARA OBTENER EL HISTORIAL DE MEDICAMENTOS DEL PACIENTE

El historial de medicamentos del paciente es una lista de recetas que los proveedores de atención médica le han recetado. Una variedad de fuentes, incluidas farmacias y aseguradoras de salud, contribuyen a la recopilación de este historial.

La información recopilada se almacena en el sistema de expediente médico electrónico de la práctica y pasa a formar parte de su expediente médico personal. El historial de medicamentos es muy importante para ayudar a los proveedores a tratar correctamente sus síntomas y/o enfermedades y evitar interacciones farmacológicas potencialmente peligrosas.

Es muy importante que usted y su proveedor discutan todos sus medicamentos para garantizar que su historial de medicamentos registrado sea 100% preciso. Algunas farmacias no hacen que la información del historial de recetas esté disponible, y su historial de medicamentos podría no incluir los medicamentos comprados sin usar su

seguro de salud.

Además, los medicamentos de venta libre, suplementos o remedios herbales que usted tome por su cuenta pueden no estar incluidos. Doy mi permiso para permitir que mi proveedor de atención médica obtenga mi historial de medicamentos de mi farmacia, mis planes de salud y mis otros proveedores de atención médica.

Al firmar este formulario de consentimiento, está dando permiso a su proveedor de atención médica para recopilar y compartir información de su farmacia y de su aseguradora de salud sobre las recetas que se hayan surtido en cualquier farmacia o que estén cubiertas por cualquier plan de seguro de salud. Esto incluye medicamentos recetados para tratar el SIDA/VIH y medicamentos utilizados para tratar problemas de salud mental como la depresión.