

TMR MENTAL HEALTH CARE PC

835 MAIN ST HACKENSACK NJ 07601

66-03 FRESH POND RD FLR 1 RIDGEWOOD NY 11385

Teléfono: 201-678-1802 Fax: 201-322-3738

www.TMRMHC.com

Actualizado en septiembre de 2026

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Bienvenido a nuestra práctica privada, TMR Mental Health Care PC, donde TMR significa Treat Me Right. Este documento contiene información importante sobre los servicios profesionales y las políticas administrativas. También contiene un resumen de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), una ley federal que establece protecciones de la privacidad y derechos de los pacientes respecto del uso y la divulgación de su información de salud protegida (PHI) para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Aunque estos documentos son extensos y a veces complejos, es muy importante que los comprenda. Al firmar este documento, también se establecerá un acuerdo entre nosotros. Podemos conversar sobre cualquier pregunta que tenga al firmarlos o en cualquier momento en el futuro.

SERVICIOS PSICOTERAPÉUTICOS

La terapia es una relación entre personas que funciona, en parte, gracias a los derechos y las responsabilidades claramente definidos de cada persona. Como cliente de psicoterapia, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades que es importante que comprenda. También existen limitaciones legales a esos derechos que debe conocer. TMR, como su proveedor de atención de salud mental, tiene las responsabilidades correspondientes para con 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 psicoterapia suele requerir que se hable de los aspectos desagradables de su vida. Sin embargo, se ha demostrado que la psicoterapia beneficia a las personas que la realizan. La terapia suele producir una reducción significativa de los sentimientos de angustia, una mayor satisfacción en las relaciones interpersonales, mayor conciencia y comprensión de uno mismo, mayores habilidades 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 obtener los mejores resultados, tendrá que trabajar fuera de las sesiones en los temas tratados.

Las primeras 2-4 sesiones incluirán una evaluación integral de sus necesidades. Al finalizar la evaluación, su proveedor de atención de salud mental podrá ofrecerle algunas impresiones iniciales sobre lo que podría incluir nuestro trabajo. En ese momento, hablará con usted sobre sus objetivos de tratamiento y elaborará un plan de tratamiento inicial. Usted debe evaluar esta información y determinar por sí mismo si se siente cómodo

trabajando con nuestra práctica. Si tiene preguntas sobre nuestros procedimientos, debemos hablar de ellas cuando surjan. Si sus dudas persisten, con gusto le ayudaremos a concertar una reunión con otro profesional de salud mental para obtener una segunda opinión.

Derivación a un nivel de atención de mayor intensidad

Si su proveedor determina que la atención ambulatoria ya no es suficiente o adecuada para sus necesidades, TMR hablará con usted sobre las recomendaciones de un nivel de atención de mayor intensidad (como tratamiento ambulatorio intensivo, hospitalización parcial o tratamiento hospitalario) y le ayudará con las derivaciones según lo indicado clínicamente.

CITAS

Plazo para completar la documentación de admisión

Su cita de admisión se cancelará si la documentación de admisión requerida no se completa dentro del plazo de 24 horas respecto de su primera sesión programada.

Por lo general, las citas durarán entre 30 y 60 minutos, una vez por semana, en un horario acordado, aunque algunas sesiones podrán ser más o menos frecuentes según sea necesario. El tiempo programado para su cita se reserva exclusivamente para usted. Si necesita cancelar o reprogramar una sesión, le pedimos que nos avise con 24 horas de anticipación. **Si falta a una sesión sin cancelarla, o la cancela con menos de 24 horas de anticipación, nuestra política es cobrar \$100 por citas con profesionales que prescriben medicamentos, como Dr. Joseph Bentley, Kirt Lewis y Caroline Wiltshire. Cobraremos \$95 por citas con trabajadores sociales clínicos con licencia (LCSW), consejeros profesionales con licencia (LPC), doctores en Psicología (PsyD), terapeutas matrimoniales y familiares con licencia (LMFT), y \$50 por citas con dietistas y psicoterapeutas bajo supervisión con las credenciales LSW / LAC / psicoterapeutas en formación (pasantes).** [a menos que ambas partes acordemos que usted no pudo asistir debido a circunstancias fuera de su control].

Tenga en cuenta que esta política también se aplica a las citas de admisión a las que no asista, por las que se cobrará una tarifa de \$100.

Es importante señalar que las compañías de seguros no reembolsan las sesiones canceladas; por lo tanto, usted será responsable de la parte de la tarifa descrita anteriormente. Si es posible, intentaremos encontrar otro horario para reprogramar la cita. Además, usted es responsable de llegar puntualmente a su sesión; si llega tarde, su cita aun así deberá finalizar a la hora prevista.

Reconozco que estos términos se han revisado y aceptado antes del inicio de la prestación de servicios. Acepto estos términos para mi hijo menor de edad si firmo en su nombre.

VISITAS PRESENCIALES Y SARS-CoV-2 ("COVID-19")

Si asiste a terapia de forma presencial, usted entiende lo siguiente:

- Solo puede asistir si no presenta síntomas.
- Si presenta síntomas, puede cambiar a una cita de 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, entre ellos:
 - Seguir el procedimiento de registro de llegada;
 - Lavarse o desinfectarse las manos al entrar a la práctica;
 - Cumplir las medidas adecuadas de distanciamiento social;
 - Usar mascarilla, si se exige;
 - Informar a su proveedor si tiene un alto riesgo de exposición a la COVID-19, por ejemplo, en la escuela, el trabajo o durante sus desplazamientos; e
 - Informar a su proveedor si usted o alguien de su hogar obtiene un resultado positivo en una prueba de COVID-19.
- Su proveedor podría estar obligado a informar a las autoridades de salud pública si usted ha estado en el consultorio y ha obtenido un resultado positivo de infección. De ser así, su proveedor podrá presentar el informe sin su permiso, pero solo compartirá la información necesaria. Su proveedor nunca compartirá detalles de su visita. Debido a que la pandemia de COVID-19 continúa, la posibilidad de reunirse presencialmente podría cambiar con poca o ninguna antelación. Al firmar este Consentimiento, usted entiende que podría exponerse a la COVID-19 si asiste a sesiones presenciales. Si un miembro de la práctica obtiene un resultado positivo en una prueba de COVID-19, se le notificará.

POLÍTICAS DE CONFIDENCIALIDAD Y PRIVILEGIO LEGAL

Para muchas personas, la decisión de acudir a un terapeuta es sumamente privada. Las personas acuden a TMR con la expectativa de que la información que compartan con los profesionales clínicos de TMR se mantendrá privada. Esta expectativa es razonable y, de hecho, en la mayoría de los casos, un psicoterapeuta o consejero tiene la obligación legal de mantener en privado las confidencias y la información de sus clientes. Por supuesto, existen algunas excepciones.

A continuación se presenta un breve resumen de las limitaciones a las que está sujeto un proveedor de atención médica con respecto a mantener privada la información sobre sus clientes.

LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO DE 1996, “HIPAA”

El Título I de HIPAA se aprobó en 1996. El Título I protege la cobertura del seguro médico de los trabajadores y sus familias cuando cambian de empleo o lo pierden. El Título II de HIPAA exige que el Departamento de Salud y Servicios Humanos establezca normas nacionales para las transacciones electrónicas de atención médica e identificadores nacionales para proveedores, planes de salud y empleadores. El Título II también aborda la seguridad y la privacidad de los datos de salud, que es la sección de la Ley pertinente para nuestros fines. 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” de un paciente. En virtud de HIPAA, se deben ofrecer a los pacientes ciertos derechos respecto de su información, como el derecho a acceder a ella y obtener copias, el derecho a solicitar modificaciones de la información contenida en su expediente y el derecho a solicitar una relación de las divulgaciones. Los proveedores médicos deben contar con políticas y procedimientos adecuados para proteger aún más la privacidad de la información de los pacientes. En virtud de HIPAA, la información médica puede compartirse con otros proveedores de atención médica únicamente para fines de

tratamiento. HIPAA no permite que los profesionales de salud mental compartan las notas personales de psicoterapia de los pacientes, ni siquiera para fines de tratamiento, sin la autorización del paciente.

Existen excepciones en 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, podrá divulgarse información protegida. El informe debe presentarse a una persona autorizada por la ley para recibir denuncias 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 para la salud o la seguridad de una persona o del público, podrá divulgarse información protegida a la autoridad correspondiente.
- 3) Autoridades del orden público: Si la divulgación es necesaria para que las autoridades del orden público identifiquen o detengan a una persona.

Deber de advertir/proteger

Si su proveedor tiene motivos para creer que usted representa un peligro grave e inminente para sí mismo o para una persona específicamente identificable, tiene la obligación legal y ética de tomar medidas de protección. Esto puede incluir notificar a la posible víctima, comunicarse con las autoridades del orden público o gestionar una hospitalización de emergencia para usted, y puede ocurrir sin su consentimiento previo.

Obligación ampliada de denunciar

Además, los proveedores están legalmente obligados a denunciar la sospecha de abuso o negligencia de adultos mayores o de adultos vulnerables/incapacitados ante la agencia estatal correspondiente, de la misma manera que con la sospecha de abuso o negligencia infantil descrita anteriormente.

Reconozco que estos términos se han revisado y aceptado antes del inicio de la prestación de servicios.

GRABACIÓN DE LAS SESIONES

Está estrictamente prohibido grabar audio o video de las sesiones, ya sean presenciales o mediante telesalud, sin el consentimiento previo por escrito de su proveedor. Esto se aplica independientemente de la ley estatal; aunque algunas jurisdicciones, incluida New York, permiten grabar con el consentimiento de una sola de las partes, la política de la práctica de TMR no permite grabaciones sin nuestro permiso explícito.

Si su proveedor descubre que se grabó una sesión sin consentimiento, esto puede dar lugar a la terminación de sus servicios en la práctica o a la negativa a seguir prestándole atención.

Si tiene un motivo clínico legítimo para querer una grabación, por ejemplo, dificultades de memoria o para retener la información tratada en la sesión, coméntelo con su proveedor. TMR puede colaborar con usted para encontrar una alternativa, como proporcionarle notas escritas de la sesión o un resumen, en lugar de una grabación de audio/video.

INFORMACIÓN DEL SEGURO (SUS RESPONSABILIDADES INCLUYEN):

Verificar las limitaciones, los deducibles y las exclusiones de su plan antes de su primera cita. Es importante que comprenda la cobertura de sus beneficios. Si tiene preguntas sobre la cobertura de sus beneficios, llame al número de atención al cliente o al afiliado que aparece en el reverso de su tarjeta de seguro. Recibirá de su compañía de seguros una Explicación de Beneficios (EOB) que detallará los cargos, los montos de los que usted es responsable y los montos que la compañía ha pagado a TMR.

Pagar su tarifa por los servicios en el momento en que se presten. En cumplimiento de los contratos con los seguros médicos, TMR exige que todos los copagos se cobren en el momento de la prestación del servicio. Esto incluye los pagos de coseguro y deducibles. En algunos casos, el monto cobrado por coseguro/deducible será una estimación y se ajustará una vez que se reciba una respuesta de su compañía de seguros sobre la reclamación. Esto puede dar lugar a un crédito en su cuenta o a cargos adicionales.

Proporcionarnos una copia de sus tarjetas de seguro e informarnos si se produce algún cambio en su cobertura. Infórmenos también de cualquier cambio de dirección u otros datos de contacto. **Si posteriormente se determina que la información del seguro que nos proporciona es inexacta y esto ocasiona la denegación de su reclamación, usted será responsable de pagar el monto denegado por su aseguradora. Si se niega a pagar su deuda, TMR se reserva el derecho de recurrir a un abogado o una agencia de cobro para obtener el pago. Se aplicarán cargos por mora y costos de contratación de un abogado o una agencia de cobro a los pagos no recibidos dentro de los 30 días posteriores a la prestación de los servicios.**

Autorizo a TMR a divulgar a mi compañía de seguros cualquier información médica que se considere necesaria para tramitar una reclamación de seguro. Autorizo a mi compañía de seguros a ceder los beneficios a TMR. Si recibo directamente algún pago de mi compañía de seguros, acepto entregar el pago a TMR inmediatamente después de recibirlo. Entiendo que soy responsable del pago de los servicios prestados por TMR, independientemente de que la compañía de seguros reembolse dichos servicios, y que cualquier inexactitud en la información de este formulario puede dar lugar a que mi compañía de seguros no pague. Acepto notificar de inmediato a TMR cada vez que, en el futuro, haya cambios en mi estado de salud o en la cobertura de mi plan de salud.

ACUERDO FINANCIERO

TMR procura que la psicoterapia sea asequible aceptando pagos de las aseguradoras y utilizando una escala de tarifas ajustables para los clientes que no tienen seguro. Las tarifas se tratarán durante sus contactos iniciales con nuestro personal. Podemos facturar al seguro, pero la cobertura varía según cada plan. Le recomendamos que consulte previamente con su aseguradora para verificar su cobertura de salud mental/salud conductual. La mayoría de los proveedores de TMR están dentro de la red de la mayoría de los grupos de proveedores de las aseguradoras. Los proveedores de nuestro personal que facturan están “dentro de la red” de diversos grupos de proveedores de las aseguradoras. Tenga la seguridad de que nunca recibirá “facturas sorpresa” de TMR. La facturación se realizará de la mejor manera para mantener asequibles los gastos que usted paga de su bolsillo, y nosotros nos encargamos de todas las gestiones. Los copagos, deducibles, coseguros o gastos de bolsillo se explicarán y acordarán 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 que pagan de forma particular, podemos ofrecer una escala de tarifas ajustables. **Se le exigirá mantener una tarjeta de crédito registrada si paga por su cuenta o recibe atención virtual. Los cargos se efectuarán el día de cada sesión programada.** Si un paciente sin cobertura de seguro no puede pagar el monto mínimo de la escala de tarifas ajustables, TMR lo derivará adecuadamente a un proveedor u organización de salud mental que ofrezca servicios gratuitos.

Se espera el pago en el momento de la prestación del servicio, a menos que se haya acordado previamente otra modalidad con el Departamento de Facturación. **Los pacientes que reciben atención a distancia deben tener una tarjeta de crédito registrada.** Si los pagos no se reciben dentro de las 72 horas, se cancelarán las próximas 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 se enviarán a cobranza. Cualquier cargo adicional en que incurra TMR como resultado será responsabilidad del paciente.

Las tarifas oscilan entre \$185 y \$600 por sesión. Las tarifas pueden variar según el tipo de terapia y la duración de la sesión. Las tarifas de otros servicios (cartas, llamadas telefónicas, consultas, etc.) varían según el terapeuta y se tratarán según sea necesario. Ofrecemos una escala de tarifas variables para los clientes que pagan de forma particular. He leído, comprendido y aceptado el Acuerdo Financiero de TMR. Entiendo que, en última instancia, soy responsable del pago a TMR de todos los servicios prestados y que dicho pago vence 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 de los servicios. Mi firma a continuación indica que comprendo y acepto plenamente estos términos.

Siempre procuramos colaborar con nuestros clientes y adaptarnos a sus circunstancias cuando sea posible. Dicho esto, si un saldo permanece impago y supera los \$250, TMR se reserva el derecho de reevaluar la continuidad del tratamiento.

TARIFAS POR CANCELACIÓN O INASISTENCIA A UNA SESIÓN

Tenga en cuenta que TMR no puede reservar un horario de cita habitual para los clientes que cancelan, reprograman o faltan a sus citas con frecuencia, especialmente sin avisar con 24 horas de anticipación. TMR exige que mantenga una tarjeta de crédito registrada para cobrar las citas a las que no asista. El costo por faltar a una sesión o por una cancelación tardía es de \$100, incluidas las citas de admisión a las que no asista. Se dará de baja de nuestra práctica a cualquier cliente que falte, cancele o re programe dos sesiones consecutivas, o que no cumpla con las recomendaciones de tratamiento. Consideramos las circunstancias de cada cliente individualmente, y las inasistencias o los retrasos excesivos también pueden dar lugar a la terminación del tratamiento.

EXPEDIENTES PROFESIONALES

Estamos obligados a mantener registros adecuados de los servicios de salud mental/salud conductual que prestamos. Sus expedientes se mantienen electrónicamente en un lugar seguro. Mantenemos registros breves que señalan que usted acudió, sus motivos para buscar atención de salud mental, los objetivos y el progreso que establecemos para el tratamiento, su

diagnóstico, los temas que tratamos, sus antecedentes médicos, sociales y de tratamiento, los registros que recibimos de otros proveedores, las copias de los registros que enviamos a otras personas y sus registros de facturación. Salvo en circunstancias inusuales que impliquen peligro para usted mismo, tiene derecho a una copia de su expediente. En una práctica privada, es esencial respetar los principios del consentimiento informado respecto del manejo de los expedientes profesionales. Los psicoterapeutas se comprometen a mantener la confidencialidad y la integridad de la información sensible de sus clientes. Si bien los clientes tienen derecho a acceder a sus expedientes, los psicoterapeutas se reservan el derecho de **no compartir las notas de psicoterapia** que contienen reflexiones personales, observaciones clínicas y otra información subjetiva utilizada para planificar el tratamiento y tomar decisiones. Esta práctica se fundamenta en la obligación ética de proteger el proceso terapéutico y garantizar que las notas sigan siendo un espacio seguro para el diálogo abierto y sincero. Se proporcionarán a los pacientes las fechas del tratamiento, las listas de medicamentos (si corresponde) y el diagnóstico.

SOLICITUDES DE CUMPLIMENTACIÓN DE FORMULARIOS Y TARIFAS

Se cobrará una tarifa por completar determinados formularios y cartas solicitados a nuestro consultorio. Estos servicios no pueden facturarse al seguro y se cobrarán directamente al paciente. **Los pacientes deben haber completado un mínimo de 6-8 sesiones con un profesional de TMR antes de solicitar documentación.**

Las tarifas de los documentos que se solicitan habitualmente son las siguientes:

- Formularios de la FMLA (Ley de Licencia Familiar y Médica) – \$30.00
- Formularios de discapacidad – \$30.00
- Cartas de autorización psiquiátrica o de reincorporación al trabajo – \$30.00
- Carta para adaptaciones en el lugar de trabajo – \$30.00
- Formularios de administración de medicamentos en la escuela – \$15.00
- Cartas de referencia personal – \$30.00
- Carta para viajar con medicamentos – \$25.00

Plazo de entrega de cartas y documentación

TMR proporcionará las cartas solicitadas dentro de los 7 días, y toda otra documentación solicitada dentro de los 30 días, a partir de la fecha de la solicitud.

Si tiene alguna pregunta sobre esta política, comuníquese con nuestro consultorio.

Procedimientos judiciales

Los proveedores de TMR no actúan como peritos y, por lo general, no participan en evaluaciones de custodia, procedimientos judiciales ni litigios que involucren a un cliente. Si un proveedor recibe una citación judicial, o si el abogado de un cliente o el tribunal solicita expedientes o testimonio, este trabajo se facturará a una tarifa de \$250 por hora, incluido el tiempo de preparación y desplazamiento, por separado de las tarifas de las sesiones habituales. Esta tarifa no puede facturarse al seguro.

PADRES Y MENORES DE EDAD

Consentimiento de custodia/tutela legal para menores

Cuando se solicita tratamiento para un menor, el padre, la madre o el tutor que otorga el consentimiento debe proporcionar documentación que acredite su autoridad de custodia o tutela legal. Si los padres comparten la custodia legal conjunta, TMR puede exigir el consentimiento de ambos antes de comenzar el tratamiento, a menos que una orden judicial disponga lo contrario.

Si bien la privacidad en la atención de salud mental es crucial para lograr avances satisfactorios, la participación de los padres también puede ser esencial. Nuestra política es no proporcionar tratamiento a un niño menor de 13 años a menos que acepte que podemos compartir con uno de sus padres cualquier información que consideremos necesaria. Para los niños de 14 años o más, solicitamos un acuerdo entre el cliente y sus 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 menor, a menos que consideremos que existe una preocupación de seguridad (consulte también la sección anterior sobre Confidencialidad para conocer las excepciones), en cuyo caso haremos todo lo posible por notificar al menor con anticipación nuestra intención de divulgar información y por atender cualquier objeción que se plantee.

Tenga en cuenta que bajo ninguna circunstancia se permitirá que otra persona tome decisiones o solicite información sobre un paciente establecido de TMR. Un poder para la atención médica 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 sí mismo. Los pacientes de 18 años o más deben comunicarse directamente con el consultorio para solicitar recetas, programar citas y tratar cualquier pregunta o inquietud sobre su atención, a menos que tengan un poder para la atención médica archivado en su expediente.

Confidencialidad en la terapia familiar/de pareja

Cuando TMR proporciona tratamiento a parejas o familias, la información compartida por un participante podrá tratarse con los demás participantes del tratamiento cuando sea clínicamente pertinente, a menos que se acuerde otra cosa de antemano. TMR no tiene una política formal de “ningún secreto” de manera predeterminada; hable con su proveedor sobre las expectativas de confidencialidad del tratamiento conjunto antes de comenzar.

CÓMO COMUNICARSE CON NOSOTROS

Con frecuencia no estamos disponibles de inmediato por teléfono. No contestamos el teléfono cuando estamos con clientes o cuando no estamos disponibles por otros motivos. En esos momentos, puede dejar un mensaje en nuestro buzón de voz confidencial. Le devolveremos la llamada lo antes posible, pero los asuntos no urgentes pueden tardar uno o dos días. Si, por cualquier imprevisto, no recibe respuesta nuestra o no podemos comunicarnos con usted, y considera que no puede esperar a que le devolvamos la llamada o no se siente capaz de mantenerse a salvo: 1) Si usted o un familiar presenta signos o síntomas de una enfermedad mental, siente que está en crisis y vive en Bergen County, New Jersey, llame al 201-262-HELP (4357). Este es el Programa de Evaluación de Emergencias Psiquiátricas designado de Bergen County, a cargo de CarePlus NJ. El propósito de 262-HELP es proporcionar servicios de emergencia de salud mental a los residentes de Bergen County. **Si vive fuera de Bergen County, acuda a la sala de emergencias de su hospital local**

o llame al 988 (Línea de Prevención del Suicidio y Crisis) o al 911 y pida hablar con el profesional de salud mental de guardia.

Si vive en New York, envíe un mensaje de texto con la palabra “WELL” al 65173 o llame al 1-888-NYC-WELL. Hay consejeros de crisis disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para orientarle sobre los siguientes pasos para obtener ayuda.

Haremos todo lo posible por informarle con anticipación de las ausencias planificadas y proporcionarle el nombre y el número de teléfono del profesional de salud mental que cubrirá a su equipo clínico cuando se produzca una ausencia, si la hubiera.

OTROS DERECHOS

Si no está satisfecho con lo que sucede en el tratamiento, esperamos que lo converse con nosotros para que podamos responder a sus inquietudes. Estos comentarios se tomarán en serio y se tratarán con cuidado y respeto. También puede solicitar que lo derivemos a otro proveedor de atención de salud mental y tiene la libertad de terminar el tratamiento en cualquier momento. Tiene derecho a recibir una atención considerada, segura y respetuosa, sin discriminación por raza, origen étnico, color, género, orientación sexual, edad, religión, origen nacional o fuente de pago. Tiene derecho a hacer preguntas sobre cualquier aspecto de la terapia y sobre nuestra formación y experiencia específicas.

Seguridad del personal y conducta respetuosa

TMR se compromete a mantener un entorno seguro, respetuoso y cómodo para nuestro personal y nuestros proveedores. TMR mantiene una política de tolerancia cero frente al abuso verbal, las amenazas, la intimidación, el acoso o la agresión física dirigidos a cualquier miembro de nuestro personal, ya sea en persona, por teléfono, por correo electrónico o por cualquier otro medio de comunicación. Se podrá dar de baja de la práctica de inmediato a cualquier cliente que incurra en este tipo de conducta, sin el plazo de preaviso habitual descrito en otras partes de este acuerdo.

CONSENTIMIENTO PARA LA PSICOTERAPIA

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

Se han tratado conmigo los siguientes aspectos relacionados con el uso de la telesalud para los servicios prestados por TMR, su personal y sus afiliados.

- Programación de citas
- Medidas de privacidad/seguridad
- Riesgos potenciales
- Requisitos de denuncia obligatoria
- Credenciales del equipo de atención
- Limitación de la licencia para telesalud: Los servicios de telesalud solo pueden proporcionarse a clientes que se encuentren físicamente, en el momento de la sesión, en un estado donde su proveedor tenga una licencia vigente. Si viaja fuera de New Jersey o New York, notifique a su proveedor con anticipación, ya que es posible que no podamos atenderle en esa sesión, dependiendo de dónde se encuentre.
- Acuerdos de facturación

- Límites de la confidencialidad
- Plan de emergencia explícito
- Almacenamiento de la información del paciente y posibilidad de fallas técnicas
- Procedimientos para coordinar la atención
- Protocolos de contacto entre visitas
- Políticas de prescripción (incluidas las regulaciones locales y federales)
- Condiciones en las que debe finalizar la telesalud para pasar a la atención presencial.

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

Usted nos ha proporcionado el nombre y los datos de contacto de su familiar más cercano o de la persona con la que desea que nos comuniquemos en caso de emergencia.

Al firmar este formulario, nos permite compartir o tratar con esta persona información sobre su atención (como el progreso hacia sus objetivos, la planificación del tratamiento, la programación de citas, las reclamaciones de seguro o el cobro de pagos).

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

Yo, siendo mayor de edad y estando en pleno uso de mis facultades mentales, hago esta declaración de manera deliberada y voluntaria para recibir tratamiento de salud mental mediante el uso de medicamentos psicotrópicos.

Menores y citas con profesionales que prescriben medicamentos psiquiátricos

Los clientes menores de 18 años deben estar acompañados por uno de sus padres o un tutor en todas las citas con un profesional que prescribe medicamentos psiquiátricos.

Su médico o profesional de enfermería de práctica avanzada en salud mental y psiquiatría le recetará medicamentos psicotrópicos después de una evaluación exhaustiva de sus necesidades, los síntomas que presenta y su nivel actual de funcionamiento y deterioro.

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

1. La naturaleza de su afección psiquiátrica (diagnóstico).
2. Los motivos para tomar dichos medicamentos, incluida la probabilidad de mejorar o no mejorar sin ellos.
3. El nombre, la dosis, la frecuencia, la vía de administración y la duración de los medicamentos recetados.
4. Los posibles efectos secundarios de los medicamentos que se sabe que ocurren comúnmente y la posibilidad de que causen defectos congénitos.
5. Pueden presentarse efectos secundarios adicionales con la administración continuada de medicamentos antipsicóticos si se toman durante más de tres (3) meses. Los efectos secundarios pueden incluir movimientos involuntarios persistentes de la cara, la boca, las extremidades y el tronco, llamados discinesia tardía. Estos síntomas pueden ser irreversibles y pueden seguir apareciendo incluso después de suspender los medicamentos.

6. La duración y la continuación de los medicamentos se tratarán con usted y su psiquiatra/profesional de enfermería de práctica avanzada tratante durante cada visita.

Su firma a continuación confirma que:

1. Se han tratado adecuadamente con usted los medicamentos y el tratamiento, y los medicamentos deben tomarse únicamente según lo recetado.
2. Ha recibido toda la información que desea sobre dichos medicamentos y el tratamiento.
3. Se me han ofrecido hojas de información sobre los medicamentos y he tenido la oportunidad de revisar con el profesional que los prescribe los beneficios y efectos secundarios específicos de los medicamentos recetados.
4. Le pedimos que asista a las citas de manejo de medicamentos según lo programado. Esto garantiza que se supervise su estado y que reciba la mejor calidad de atención. Las inasistencias o cancelaciones frecuentes darán lugar a su baja de nuestra práctica.
5. Si no asiste a las citas según lo programado y necesita renovar una receta entre sesiones, o si se le acaba el medicamento, solo se le recetará la cantidad suficiente hasta su próxima cita programada. Para nuestro equipo de atención es importante que se supervise adecuadamente su estado mientras toma medicamentos.
6. Se exigirá que los niños menores de 16 años tengan una evaluación del neurodesarrollo completada por un pediatra del desarrollo o un neurólogo antes de que se les recete cualquier medicamento para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD).

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

Derecho a rechazar medicamentos

Tiene derecho a decidir si toma o no medicamentos como parte de su tratamiento. Tenga en cuenta que esto también significa que TMR tiene derecho a decidir si continuará trabajando con usted si decide no cumplir con el plan de tratamiento recomendado.

ACUERDO DE MANEJO DE MEDICAMENTOS - BENZODIACEPINAS

Este acuerdo entre (Paciente) y los proveedores de TMR MENTAL HEALTH CARE PC (TMR) tiene como finalidad acordar condiciones claras para el uso de benzodiacepinas. 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 sobre los medicamentos benzodiacepínicos:

- Si uso una benzodiacepina a diario, se volverá menos eficaz con el tiempo.
- Podría sufrir síntomas de abstinencia si suspendo una benzodiacepina de forma repentina.
- La abstinencia de benzodiacepinas puede ser mortal en algunos casos.
- Existe un riesgo de adicción con el uso de benzodiacepinas.

- Las benzodiacepinas tienen múltiples efectos secundarios a largo plazo, entre ellos alteraciones de la memoria y un mayor riesgo de enfermedad de Alzheimer.
- Entiendo que el objetivo principal del tratamiento con estos medicamentos es mejorar la calidad de vida en general.
- Entiendo que tomar estos medicamentos puede reducir mi capacidad de concentrarme, pensar con claridad o reaccionar rápidamente. No conduciré ni manejaré maquinaria peligrosa hasta tener la certeza de que puedo hacerlo de forma 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 se presenta cualquiera de estos efectos secundarios.
- Entiendo que el uso de estos medicamentos para tratar mi afección puede causar dependencia del medicamento. Suspender estos medicamentos de forma abrupta puede provocar síntomas de abstinencia, como frecuencia cardíaca acelerada, presión arterial alta, fiebre, agitación, convulsiones y alucinaciones.
- Entiendo que la abstinencia es incómoda y puede poner en peligro la vida. Por mi seguridad, si suspendo mi medicamento por cualquier motivo, lo haré bajo la orientación de un proveedor de TMR.
- (PARA MUJERES) Los medicamentos benzodiacepínicos pueden ser perjudiciales para los bebés en desarrollo. Según mi leal saber y entender, actualmente no estoy embarazada y acepto someterme a pruebas de embarazo. Si existe la posibilidad de que quede embarazada, acepto utilizar métodos anticonceptivos para evitarlo. Informaré a mi proveedor si planeo quedar embarazada.

Estos medicamentos se usan indebidamente con frecuencia y son sumamente peligrosos cuando se utilizan de manera inadecuada. Por este motivo, y por otros, entiendo y acepto las siguientes condiciones con respecto a mi uso de los medicamentos:

- Solo tomaré los medicamentos en la dosis y con la frecuencia recetadas por mi proveedor.
- No cambiaré la forma en que tomo estos medicamentos sin la aprobación previa de mi proveedor. Mi proveedor puede dejar de renovar mi receta si cambio la forma en que lo tomo sin aprobación. Esto puede provocar síntomas de abstinencia o sobredosis, que podrían causar la muerte.
- No solicitaré renovaciones anticipadas de las recetas. Entiendo que las recetas no se renovarán antes de tiempo bajo NINGUNA circunstancia. Los medicamentos perdidos, dañados, robados o extraviados de cualquier otra manera no se repondrán antes de la próxima fecha programada de renovación. Soy responsable de mis medicamentos.
- Todas las recetas se emitirán, como máximo, para un período de 30 días, a menos que se indique lo contrario.
- No solicitaré estos tipos de medicamentos a NINGÚN otro proveedor sin la aprobación de mi proveedor de TMR. Si otro proveedor médico me ofrece benzodiacepinas, le informaré de mi acuerdo. Esto incluye la sala de emergencias, los centros de atención de urgencia, los centros de atención inmediata y otros establecimientos médicos similares.

- Mantendré actualizada y al día mi lista de medicamentos con TMR, incluidos todos los medicamentos de venta libre, los productos herbales y las vitaminas.
- Asistiré a las citas con mi proveedor de atención psiquiátrica de TMR según lo programado.
- Participaré activamente en el plan de tratamiento descrito por mi proveedor; esto podría incluir psicoterapia, individualmente o con mi familia, asesoramiento nutricional, entre otras cosas. Acepto participar plenamente en otras terapias de tratamiento que pueda recomendar un proveedor de TMR. Los medicamentos se administran como parte de un programa de tratamiento integral.
- Acepto que no consumiré ninguna droga que altere el estado de ánimo, marihuana, alcohol ni otras sustancias ilícitas mientras tome este medicamento. Esto incluye marihuana medicinal, cocaína o metanfetaminas.
- Acepto que se me podrán realizar pruebas aleatorias de detección de drogas en la orina y recuentos de pastillas.
- Entiendo que si mi prueba de detección de drogas en la orina indica que no estoy tomando estos medicamentos, mi proveedor los suspenderá.
- Entiendo que si mi recuento de pastillas sugiere que estoy tomando el medicamento de manera distinta a la recetada, mi proveedor suspenderá estos medicamentos.
- No venderé, intercambiaré ni daré a nadie mi medicamento recetado. Mantendré estos medicamentos fuera del alcance de los niños.
- Entiendo que el incumplimiento de lo anterior puede hacer que mi proveedor DEJE de recetar estos medicamentos.
- Entiendo que si mis síntomas no mejoran, mi proveedor puede dejar de recetar estos medicamentos. Mi medicamento también puede suspenderse si un proveedor de TMR considera que el uso de estos medicamentos no está ayudando a mejorar mi funcionamiento y/o me está perjudicando de alguna manera.
- Entiendo que mi proveedor puede suspender estos medicamentos si presento efectos secundarios significativos a causa de ellos o demuestro una tolerancia problemática.
- Si mi proveedor deja de recetarme benzodiazepinas, las suspenderá 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 periódicos de reducir la dosis y/o desarrollar otros enfoques para manejar los síntomas formarán parte del plan. Participaré en este plan y colaboraré con él.

Entiendo que el uso de medicamentos benzodiazepínicos puede suspenderse si el medicamento no mejora mi capacidad de funcionar, si aparecen efectos secundarios inaceptables o si no cumplo con todas las partes de este acuerdo. Mi proveedor me ha explicado el propósito, los riesgos y los posibles beneficios del uso de estos medicamentos, que incluyen lo siguiente:

Solo surtiré mis recetas en la farmacia que figura en mi expediente médico. Si necesito cambiar de farmacia, notificaré a mi proveedor. Es posible que se me pida firmar un nuevo

acuerdo. Los cambios no documentados de la farmacia donde surto mis recetas pueden dar lugar a un retraso o a la denegación de mi medicamento.

Entiendo que un proveedor de TMR suspenderá el tratamiento con benzodiacepinas si no cumplo con los términos de cualquier parte de este acuerdo por cualquier motivo. Entiendo que este acuerdo pasará a formar parte de mi expediente médico permanente. He leído este documento, o me lo han leído, y lo comprendo; además, todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Mi proveedor ha revisado conmigo lo anterior. 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 las recetas que los proveedores de atención médica le han prescrito. Diversas fuentes, incluidas las farmacias y las aseguradoras de salud, contribuyen a la recopilación de este historial.

La información recopilada se almacena en el sistema de expedientes médicos electrónicos 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 adecuadamente sus síntomas y/o su enfermedad y evitar interacciones medicamentosas potencialmente peligrosas.

Es muy importante que usted y su proveedor hablen de todos sus medicamentos para garantizar que el historial de medicamentos registrado sea 100% exacto. Algunas farmacias no ponen a disposición la información del historial de recetas, y es posible que su historial de medicamentos no incluya los medicamentos comprados sin utilizar su seguro médico.

Asimismo, es posible que no se incluyan los medicamentos de venta libre, suplementos o remedios herbales que tome por su cuenta. Doy mi permiso para 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, autoriza a su proveedor de atención médica a recopilar y compartir la información de su farmacia y de su aseguradora de salud sobre sus recetas que se hayan surtido en cualquier farmacia o que estén cubiertas por cualquier plan de seguro médico. Esto incluye medicamentos recetados para tratar el SIDA/VIH y medicamentos utilizados para tratar problemas de salud mental, como la depresión.