



Consentimiento para tratamiento de CCMH: servicios de salud mental

Le damos la bienvenida a Columbia Community Mental Health (CCMH). Este documento le brindará información importante sobre lo que nuestros servicios incluyen, así como las prácticas comerciales de CCMH, y le solicitará su consentimiento para nuestro programa de tratamiento. CCMH trabaja con distintos proveedores, incluidos profesionales de atención médica habilitados (MD, PMHNP, RN), proveedores clínicos habilitados (LCSW, LPC), personal de programas de asesoramiento certificado (QMHP, QMHA, CADC, CGAC) y personal de compañeros certificado (PSS, PWS, CRM). Esta no es una lista exhaustiva. Todos los proveedores están autorizados para brindar atención dentro del alcance de su habilitación y de la propia licencia de CCMH. Los servicios que desee recibir son voluntarios.

CCMH ofrece servicios de salud mental, para adicciones y para problemas con el juego. Estos servicios se pueden proporcionar en distintos niveles de atención, lo que incluye servicios de tiempo limitado (crisis), ambulatorios, ambulatorios intensivos, de relevo y residenciales. Al seguir adelante con este consentimiento informado, primero aceptará participar en una evaluación con un profesional clínico capacitado. Después, en el caso de que le hagan un diagnóstico, le ofrecerán una recomendación para seguir con el tratamiento. Tendrá derecho a hacer aportes sobre el proceso de planificación de su tratamiento y su experiencia de atención continua.

CCMH puede ofrecerle remisiones adicionales por fuera del alcance de nuestra atención en función de nuestra evaluación, lo que usted tiene derecho a rechazar.

Si da su consentimiento para recibir tratamiento en CCMH, este se considerará vigente hasta que lo revoque por escrito. El consentimiento se aplicará en todos los espacios de CCMH, sus centros y los servicios de salud conductual.

Telemedicina:

Entiendo que la telemedicina es la práctica por la cual un proveedor brinda servicios de salud conductual a través de medios tecnológicos u otros medios electrónicos a un cliente o a un grupo de clientes que están físicamente en otro lugar dentro del estado de Oregon. CCMH ofrece servicios de telemedicina en la clínica con proveedores que no están en el lugar para ampliar nuestra posibilidad de atender a la comunidad rural. También ofrece servicios de telemedicina no basados en el consultorio para abordar las barreras de los servicios en la clínica y la comodidad de los clientes de ser elegible.

Interrupción de la sesión

Entiendo que es posible que haya problemas con la compatibilidad de la tecnología o que ocurran desconexiones. Como resultado, mi proveedor obtendrá un número al cual llamar para comunicarse conmigo en caso de que ocurriera una desconexión. En caso de avería de artefactos tecnológicos que cause una interrupción de la sesión, mi proveedor tendrá implementado un plan alternativo. Si no se puede resolver el problema técnico, su proveedor podría optar por completar la sesión por teléfono y podría programar las futuras consultas en el consultorio si el problema persiste.

Elegibilidad

CCMH solo puede proporcionar servicios de telemedicina a clientes que se encuentren en Oregon, donde nuestros profesionales clínicos tengan licencias válidas O estatales, y donde tengamos licencia como agencia. Los servicios de telemedicina no basados en el consultorio podrían no ser la forma más eficaz de tratamiento para determinadas personas o problemas que se presenten. Si se considera que el cliente obtendría mejores beneficios con otra forma de servicio (p. ej., sesiones de telemedicina presenciales o en el consultorio), se hará la recomendación correspondiente.

Transporte:

Dependiendo del caso y según mi nivel valorado de necesidades de atención, barreras únicas y plan de tratamiento individualizado, me pueden ofrecer asistencia de transporte. Entiendo y permito que CCMH me traslade, o que traslade a una persona bajo mi tutela, en un vehículo. Se espera que la persona que reciba la asistencia de transporte cumpla todas las leyes aplicables con respecto al traslado en un vehículo con motor y que siga todas las instrucciones que el conductor le indique por la seguridad de todas las personas. Reconozco que la participación en este servicio es voluntaria y que este puede dar lugar a lesiones personales o la muerte. Entiendo que tengo la oportunidad de rechazar el transporte en cualquier momento sin perjudicar mi experiencia de tratamiento.

Denuncia obligatoria:

Entiendo que los empleados de CCMH son denunciantes obligados de casos de abuso y tienen la obligación legal de informar a las autoridades correspondientes si tuvieran motivos para creer, en función de la observación o interacción, que corro el riesgo inmediato de hacerme daño o dañar a terceros, o si mi proveedor tuviera motivos para creer que un menor o un adulto dependiente (como un adulto mayor o una persona con discapacidad) está o ha estado en peligro de sufrir negligencia o abuso físico, sexual o emocional.

Confidencialidad:

Me ofrecieron una copia del Aviso de prácticas de privacidad de CCMH, las cuales entiendo. Las leyes de privacidad que protegen la confidencialidad de mi información de salud protegida se aplican a todas las áreas de las operaciones comerciales de CCMH. Toda la información divulgada en las sesiones y los registros escritos correspondientes a esas sesiones son confidenciales y no se pueden divulgar a nadie sin una autorización por escrito, excepto en casos en los que la ley permita o exija la divulgación. Las tecnologías que CCMH utiliza cumplen con las políticas de CCMH, los estándares de privacidad y seguridad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA), y las Normas de Privacidad y Confidencialidad de la Autoridad de Salud de Oregon dispuestas en la División 14 de la OAR 943.

Colaboración con OCHIN

CCMH es parte de un acuerdo organizado de atención médica que incluye a los participantes de OCHIN. Hay disponible una lista de los participantes de OCHIN en www.ochin.org. Como socio comercial de CCMH, OCHIN suministra tecnología de la información y vincula los servicios con CCMH y otros participantes de OCHIN. OCHIN también se involucra en las actividades de evaluación y mejora de la calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina las actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer los estándares de las mejores prácticas y evaluar los beneficios clínicos que pueden derivar del uso de sistemas de historias clínicas electrónicas. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar de forma colaborativa para mejorar el manejo de las remisiones de pacientes internas y externas. CCMH puede compartir su información de salud personal con otros participantes de OCHIN o en un intercambio de información de salud solo cuando sea necesario para el tratamiento médico o para las operaciones de atención médica relacionadas con el propósito del acuerdo organizado de atención médica. Las operaciones de atención médica pueden incluir, entre otras cosas, geocodificar la ubicación de su residencia para mejorar los beneficios clínicos que recibe.

La información de salud personal puede incluir la información médica pasada, presente y futura, así como la información detallada en las normas de privacidad. La información, en la medida en que se divulgue, se compartirá de conformidad con las normas de privacidad o cualquier otra ley aplicable, con sus modificaciones periódicas. Usted tiene derecho a cambiar de parecer y retirar este consentimiento, sin embargo, es posible que la información

ya se haya proporcionado según lo permitido. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que usted lo revoque por escrito. Si lo solicita, se le proporcionará una lista de entidades a las que se les haya divulgado su información.

Comunicaciones:

En concordancia con las operaciones comerciales de CCMH, si elijo proporcionar un método de contacto, un empleado de CCMH puede usarlo para ponerse en contacto conmigo. Esto puede incluir llamadas telefónicas en las que me pueden dejar un mensaje de voz si no pudieran comunicarse conmigo, mensajes de texto, comunicaciones por correo electrónico y envíos de correo postal. Si desea CANCELAR alguno de los siguientes métodos, selecciónelo a continuación:

☐ No doy mi consentimiento para las llamadas telefónicas

☐ No doy mi consentimiento para que me dejen mensajes de voz

☐ No doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto

☐ No doy mi consentimiento para recibir comunicaciones por correo electrónico

Documentación del programa:

Entiendo que CCMH me proporcionará, en cualquier momento, los registros de mi tratamiento y la información sobre cómo crear y registrar instrucciones anticipadas, la información sobre los derechos para votar, la información sobre mis derechos y responsabilidades como cliente de CCMH, y más información sobre cualquiera de los servicios profesionales.

Quejas:

Entiendo que tengo derecho a presentar una queja contra cualquier empleado de CCMH sin sufrir represalias o afectar mi tratamiento. CCMH me proporcionará la información sobre cómo presentar una queja cuando la solicite y, si necesito asistencia para completar una queja, los empleados de CCMH me ofrecerán ayuda.

Derechos y responsabilidades del cliente:

CCMH me dará acceso a una copia completa de mis derechos y responsabilidades como cliente de CCMH. Usted tiene derecho a recibir toda la información, incluido este documento, en un formato alternativo, otro idioma o a través de otro medio que haga que la información le resulte más accesible. Reconozco que CCMH tiene las siguientes políticas y procedimientos que pueden afectar mi elegibilidad para el tratamiento:

- A. Si llego más de 15 minutos tarde a una cita, CCMH puede cancelar esa cita.
- B. No puedo llevar armas a la propiedad de CCMH.
- C. Solo puedo fumar, vapear, etc. en el área para fumadores correspondiente. Pueden pedirme que me aleje de las puertas, ventanas u otras áreas cercanas a un edificio de CCMH.
- D. No debo asistir a las citas bajo los efectos de sustancias.
- E. Si amenazo, acoso o de otro modo genero un riesgo para la seguridad de los empleados u otros clientes de CCMH, se me pedirá que me retire. CCMH puede tomar medidas para mitigar los posibles riesgos.
- F. No debo divulgar información sobre otra persona que haya escuchado en los servicios grupales de CCMH.
- G. Tengo derecho a llevar mi animal de servicio conmigo. Si mi animal de servicio genera una amenaza directa o altera fundamentalmente el programa, es posible que me pidan que me retire con mi animal de servicio.

Acuerdo financiero:

Al solicitar servicios profesionales de CCMH, acepto el acuerdo financiero para pagar por ellos. CCMH facturará a mi aseguradora antes de enviarme cualquier saldo restante. Entiendo que es posible que CCMH no acepte mi aseguradora o que mi aseguradora no pueda pagar la totalidad de los servicios, y seré responsable de cualquier saldo restante por los servicios. Me solicitarán el pago al momento de mi cita. La negación a realizar el pago puede dar lugar a la interrupción de los servicios. Puedo solicitar, en cualquier momento, una copia de la lista de tarifas de CCMH, así como información sobre cualquier posible saldo en mi cuenta. Si mi seguro cambia, notificaré a CCMH lo antes posible. No notificar a CCMH un cambio relativo al seguro puede hacer que sea responsable del costo total del servicio.

Asistencia financiera

CCMH ofrece un programa de descuento de tarifas con escala móvil. Puede solicitar que me consideren para un descuento en la tarifa en virtud de este programa. Me pedirán información financiera para validar mi elegibilidad. Con esto, CCMH puede ofrecerme obligaciones de pago reducidas. En casos de emergencia, puedo ser elegible para una excepción limitada para el cobro de tarifas si la retención de servicios supusiera una amenaza directa de daño inmediato para mí.

Plan de pago

CCMH puede ofrecer un plan de pago acordado. Este plan incluiría un pago mínimo acordado a realizar mensualmente hasta pagar el saldo en su totalidad.

Consentimiento:

Acepto participar en los servicios de CCMH. Entiendo que tengo el derecho de revocar mi consentimiento para los servicios en cualquier momento sin que ello afecte mi derecho a la futura atención, los servicios o los beneficios del programa a los que por lo demás tendría derecho. Entiendo que CCMH puede finalizar la elegibilidad para participar en los servicios sin afectar mi derecho a la futura atención, los servicios o los beneficios del programa a los que por lo demás tendría derecho.

Indique el tipo de atención para la que da su consentimiento informado:

___ Servicios de salud mental

Firma:

Yo, _____, he tenido la oportunidad de leer y analizar el contenido de esta autorización y confirmo que coincide con la indicación que le he dado. Entiendo que, al firmar este formulario, doy mi consentimiento para recibir tratamiento.

Firma: _____

Fecha: _____

Si un representante personal firma esta autorización en nombre de la persona, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación con la persona: _____

Descripción de la autoridad para actuar en nombre de la persona: _____