

CONSENTIMIENTO PARA TRANSITIONS GRIEFCARE

SOLICITUD DE ATENCIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Yo, _____, solicito y autorizo a Transitions GriefCare a dar a la familia educación y apoyo ante enfermedades, servicios para antes de un duelo o superar un duelo para (marque todo lo que corresponda):

Mí mismo | Fecha de nacimiento: _____

Mi hijo menor de edad (entre 5 y 17 años) | Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño: _____

Entiendo que los consejeros de duelo están sujetos a las leyes, licencias y reglamentos de Carolina del Norte. Como tal, acepto que viviré en Carolina del Norte mientras reciba servicios para el duelo y acepto comunicarme con Transitions GriefCare si estoy en otro estado o si cambio de dirección.

Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

Autorizo que se presten los servicios de la siguiente manera (considere marcar ambos para posibles necesidades en el futuro):

En persona Telesalud (audio/video)

INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS

Entiendo que Transitions GriefCare da apoyo y consejería a corto plazo para el duelo. Los consejeros de duelo remiten a profesionales de la salud mental de la comunidad cuando hay preocupaciones por el duelo complicadas u otras necesidades de salud mental que pueden beneficiarse de un seguimiento más cercano o de consejería de largo plazo. Es posible que se necesite la colaboración de otros profesionales de la salud mental para acceder a los servicios mediante Transitions GriefCare.

Si no puedo asistir a una cita o sesión de grupo programada, acepto llamar al personal de Transitions GriefCare con al menos 24 horas de antelación. Puedo llamar al personal al 919.719.7199. Si falto a más de una cita, entiendo que es posible que no se puedan reprogramar.

PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD

_____ (Escriba sus iniciales) Entiendo que se mantendrá la confidencialidad de la información que revele a Transitions GriefCare. Sin embargo, hay excepciones obligatorias y permisivas a la confidencialidad, que se explican en detalle en nuestras prácticas de privacidad (HIPAA) y que se han puesto a mi disposición. Estoy al tanto de que puedo acceder a esta información en cualquier momento en el sitio web de Transitions LifeCare en transitionslifecare.org.

Como referencia, estas excepciones se enumeran abajo:

1. Di mi autorización por escrito para que se revele la información.
2. Si el consejero cree que corro el riesgo de hacerme daño a mí mismo o a otros.
3. Cuando haya una indicación o denuncia de abuso físico o sexual a un niño o adulto mayor.
4. Cuando una entidad legal ordene la presentación de los registros clínicos.

Entiendo que, aunque puedo usar el correo electrónico para comunicarme con mi consejero, no se puede garantizar la confidencialidad de los correos electrónicos.

Cuando la consejería o el apoyo se dé en un entorno grupal, se sugerirá a los participantes que traten lo que se está diciendo como confidencial y se les pedirá que no compartan información con otras personas fuera del grupo. No se puede garantizar la confidencialidad en un entorno grupal.

CONSENTIMIENTO PARA TRANSITIONS GRIEFCARE

INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS DE TELESALUD

Es posible que no se aconseje o respalde la telesalud en mi caso por mis necesidades específicas.

Entiendo que hay riesgos y consecuencias de la telesalud, incluso si se utilizan plataformas seguras según la HIPAA, incluyendo, entre otros, que fallas eléctricas interrumpan o distorsionen mi información, que personas no autorizadas interrumpan mi información o que personas no autorizadas accedan al almacenamiento electrónico de mi información médica. Las capturas de pantalla, fotografías y grabaciones están estrictamente prohibidas.

Entiendo que soy responsable de:

1. Tener el equipo informático de telecomunicación y acceso a internet necesarios y garantizar la seguridad de mi computadora o dispositivo.
2. Buscar un lugar privado donde otros no puedan escuchar la sesión. Tengo la obligación de avisar al personal de Transitions GriefCare si hay otras personas en el lugar, o si creo que pueden escuchar la sesión.
3. Reducir el ruido de fondo, las distracciones o las intrusiones en mi sesión de telesalud.
4. Dar mi ubicación precisa en el momento del servicio.

EMERGENCIAS

Nombre del contacto de emergencia local: _____ Número de teléfono: _____

Acepto que Transitions GriefCare no preste servicios de emergencia directamente y que el horario laboral normal sea de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días feriados. Si estoy teniendo una emergencia de salud mental, puedo:

1. Llamar al 911 o ir al hospital psiquiátrico o sala de emergencias más cercanos para pedir ayuda.
2. Llamar a la Línea Nacional de Prevención del Suicidio al 1-800-273-TALK (8255).
3. Comunicarme con socorristas de salud mental en mi área:
 - a. Servicios terapéuticos alternativos (condados de Wake, Harnett, Johnston y Chatham): 1-877-626-1772
 - b. Freedom House Recovery Center (condados de Orange y Durham): 919-967-8844
 - c. Servicios de recuperación de Daymark (condados de Granville y Franklin): 1-866-275-9552

CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS

Firmando este formulario, certifico que leí o me leyeron este formulario, y que entiendo y acepto la información de arriba. Tuve oportunidad suficiente para hacer preguntas y me las respondieron todas.

Firma del cliente o el representante autorizado (si es menor de edad)

Fecha

Nombre en letra de molde de la persona que completa el formulario Relación con el cliente