



## AVISO SOBRE DERECHOS DEL CLIENTE, PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y AVISO SOBRE CONFIDENCIALIDAD

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Programación de Citas:** Puede hacer cita de terapia por medio del teléfono, texto o por correo electrónico. La terapia es más eficiente cuando se participa con regularidad. Es recomendado que el cliente asista una vez por semana los primeros tres meses de terapia. La frecuencia de las citas puede ser evaluado después del periodo inicial.

**Tiempo Fuera de la Oficina:** Favor notar que tomo vacaciones y viajo con frecuencia a veces por periodos largos. Se dará suficiente aviso y se harán ajustes para que su servicios terapéuticos continúen sin interrupción.

**Terminación:** Es mi deseo apoyar su autodeterminación. Clientes de 13 años o más tienen el derecho de negarse a la evaluación o al tratamiento. En cualquier momento los clientes tienen el derecho de hacer preguntas sobre el terapeuta, los métodos terapéuticos, y el avance del tratamiento.

Es su derecho negarse al tratamiento en cualquier momento, buscar una segunda opinión o establecer servicios con otro profesional de salud mental que mejor se ajuste a sus necesidades y sus objetivos, con o sin aviso al terapeuta. Es mi opinión profesional que una conversación antes de concluir servicios puede ser beneficioso para ambos, para nuestra relación terapéutica, y nuestro crecimiento personal y profesional. Entiendo si prefiere no comunicarse; dar aviso por medio de texto, correo de voz, o correo electrónico es suficiente.

Si pierde una cita y no responde a mi intento (1X) de comunicarme o no se comunica para hacer otra cita entenderé que no piensa seguir con nuestras sesiones. Cerraré su caso un mes después de nuestra última cita cumplida. Favor notar que en cualquier momento puede establecer servicios de nuevo.

**Apuntes:** Como terapeuta mantengo apuntes breves sobre el contenido de nuestras sesiones. Documentaré lo mínimo necesario para cumplir con la ley y los estándares éticos de mi profesión. Cumpliré con los requisitos de (WAC 246-810-035); este requiere que mantenga al mínimo el nombre del cliente; el acuerdo financiero y el record de pagos; las fechas de las sesiones; y una copia del aviso sobre los requisitos de profesionales y una copia del aviso de privacidad y confidencialidad firmados por el cliente.

La ley del Estado de Washington permite que el cliente decida si quieren que el terapeuta tome apuntes. Si desea que NO se tomen apuntes de sus sesiones por favor informarme y ponga sus iniciales en la sección relevante. Yo, Diana Mena, LICSW, reservo el derecho de documentar sesiones que se califican como preocupantes o de alto riesgo, ya sean pensamientos suicidas o atentados, y cualquier tipo de abuse incluyendo sustancias, etc.



En acuerdo con WAC 246-810-035, Yo, (nombre escrito) \_\_\_\_\_, pido que NO se mantengan apuntes sobre mi tratamiento aparte del acuerdo financiero, los documentos de admisión, las fechas de servicios, por asuntos de seguro medico o considerado profesionalmente apropiado por designación de Diana Mena, LICSW. **Iniciales** \_\_\_\_\_

**Información Medica Protegida (PHI):** En el curso del tratamiento el terapeuta tendrá acceso a Información Medica Protegida del cliente que se usara para diagnosticar, tratar, y para facilitar los pagos. La información podría usarse para contactar al cliente, para ejecuciones de la practica, para mejorar la atención al cliente, y por consultación profesional o supervisión. Esta información también podrá ser usado para apoyar la salud y seguridad publica, para investigaciones, y para cumplir con la ley. Con excepción del tratamiento, solo la información necesaria para cumplir con el deber será compartida.

- El terapeuta es obligado por ley a mantener la privacidad y seguridad de la Información Medica Protegida del cliente.
- El terapeuta le hará saber al cliente inmediatamente si ha ocurrido una brecha que ha comprometido su privacidad o la seguridad de su información.

#### **Los Derechos del Cliente Sobre la Privacidad y Confidencialidad:**

- El cliente puede solicitar comunicación confidencial
- El cliente puede solicitar que se comparta información limitada
- El cliente puede hacer una queja si creen que sus derechos de privacidad han sido violadas
- El cliente puede solicitar una copia de su expediente medico
  - Esto requiere una cita adicional para repasar su expediente antes de entregar una copia
  - Puede dilatar hasta 30 días
- El cliente puede solicitar que su expediente medico sea corregido
  - Esta solicitud puede ser negado, el cliente recibirá una decisión final en forma escrita
- El cliente puede solicitar una copia de este aviso de privacidad y sobre confidencialidad

#### **Excepciones a la Confidencialidad:**

- El cliente da permiso escrito para compartir información confidencial (ROI)
- El cliente está amenazando con suicidarse o hacerse daño severo y el terapeuta no puede obtener un acuerdo de que no hará estos actos.
- El cliente está amenazando con hacerle daño severo a otra persona. En algunos casos el terapeuta tiene la obligación de advertirle a la persona que está en peligro.
- El cliente demanda al terapeuta
- El terapeuta recibe una citación
- Adicionalmente, como reportero mandatorio, el terapeuta esta obligado por ley a divulgar cierta información confidencial incluyendo sospechas de abuso o negligencia de niños (RCW 26.44), sospechas de abuso o negligencia de adultos vulnerables (RCW 74.34) o como requerido en procedimientos (RCW 71.05).

\*Discutiremos cualquier excepción de confidencialidad si es necesario.



**Consulta Profesional:** Proveedores de cuidado medico que están tratando al mismo individuo tienen derecho de compartir información que puede ser útil en el tratamiento. Mi preferencia es obtener su consentimiento verbal o escrito para comunicarme con cualquier proveedor que esta involucrado en su tratamiento si ese tratamiento es relevante a nuestro trabajo junto.

Regularmente consulto con otros profesionales de salud mental en relación a los clientes con quien trabajo. Esto me permite obtener distintas perspectivas e ideas acerca de cómo ayudarte a lograr sus metas y sus objetivos. Estas consultas son hechas de tal manera que la confidencialidad es mantenida.

### **Comunicación y Confidencialidad:**

**Comunicación Electrónica:** Si elegí comunicarse por correo electrónico, este consciente de que el correo electrónico no es completamente confidencial. Los correos electrónicos son guardados en los registros del proveedor de internet suyo y/o mío. Bajo circunstancias normales nadie revisa estos registros, pero en teoría pueden ser leídos por administradores del proveedor de internet. Cualquier correo electrónico que reciba y cualquier respuesta que envíe serán considerado parte de su expediente medico. Favor limitar su comunicación electrónico para hacer citas. No me manden correos con contenido sobre nuestra relación o trabajo terapéutico.

**Comunicación por Teléfono o Correo de Voz:** Este consciente que el teléfono y el correo de vos no son completamente confidencial. Las llamadas pueden ser intervenidas y los correos de vos son guardados en los registros del proveedor de la compañía telefónica suya y/o mía. Bajo circunstancias normales nadie revisa estos registros, pero en teoría pueden ser leídos por administradores de la compañía telefónica. Favor limitar su comunicación telefónica para hacer citas. No deje contenido sobre nuestra relación terapéutica en el buzón de vos.

Tenga advertido que reviso mi correo electrónico en mi teléfono y en mi computadora portátil; ambos están protegido por claves. Teoréticamente es posible que si mi teléfono o computadora portátil se pierde o es robado y la clave es violada nuestra comunicación puede ser divulgada.

**Comunicación Por Medio de Video Llamadas:** Si usted desea podemos conducir las citas por medio de video llamadas (FaceTime, Skype, Doxy o Zoom). Favor notar que hay limites de confidencialidad cuando se usan estos medios y que yo no puedo asegurar que su información se mantendrá privada. No soy responsable por brechas de confidencialidad usando estos medios.

**Póliza de Medios Sociales:** No acepto las solicitudes de amistad o contacto de clientes actuales o anteriores en los medios sociales (Facebook, Instagram, LinkedIn, etc). Yo creo que el aceptar estas solicitudes compromete su confidencialidad y nuestra respectiva privacidad. También puede borrar los límites de nuestra relación terapéutica. Favor no contactarme o mandarme mensaje por estos servicios de internet porque crea la posibilidad de que estos intercambios sean parte de su expediente medico. Si descubro que estamos conectados por estos medios, lo cancelare para respetar nuestra relación terapéutica.

La terapeuta tiene el derecho de actualizar o cambiar este aviso; puede encontrar una versión actualizada en el sitio de web de la terapeuta [www.esperanzapllc.com](http://www.esperanzapllc.com)



Su firma indica que ha leído los documentos de orientación completamente y entiende sus derechos de privacidad, confidencialidad, y facturación y sus responsabilidades como cliente de terapia. Confirma que tuvo la oportunidad de hacer preguntas y ha recibido clarificación relevantes. Confirma que ha recibido una copia de estos documentos.

Su firma representa su consentimiento a ser evaluado y a recibir tratamiento de salud mental.

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si firmado por otra persona, especifique la relación: \_\_\_\_\_

Firma del Terapeuta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_