Paquete de consentimiento e información para menores

## Información del cliente: *Debe completarse

*Nombre del menor:_____ *Apellido del menor:_____

*Fecha de nacimiento: ____/____/_____

*Pronombres:_____

*Dirección principal: _____ Segunda dirección:_____

*Ciudad:_____ *Estado:_____ *Código postal:_____

*Sexo administrativo: Masculino o femenino (marque uno)

## Padre/madre/tutor principal: (esta es la primera persona a quien llamaremos con respecto al menor)

*Nombre:_____ *Apellido:_____

*Fecha de nacimiento: ____/____/_____

*Pronombres:_____

*Teléfono principal:_____Relación con el menor:_____

*Correo electrónico:_____

* Dirección principal_____ Segunda dirección:_____

*Ciudad:_____ *Estado:_____ *Código postal:_____

## Otro padre/madre/tutor: (debe ser tutor legal)

*Nombre:_____ *Apellido:_____

*Fecha de nacimiento: ____/____/_____

*Pronombres:_____

*Teléfono principal:_____Relación con el menor:_____

*Correo electrónico:_____

*** Por favor, escriba sus iniciales para confirmar que ha leído la información anterior: ___**

* Dirección principal_____ Segunda dirección:_____

*Ciudad:_____ *Estado:_____ *Código postal:_____

## Portal del cliente: *Debe completarse

LifeQuest utiliza un sistema en línea que permite enviar recordatorios a los clientes por mensaje de texto, correo electrónico o ambos. El portal del cliente permite actualizar su información personal, tarjetas de pago, seguro médico y firmar documentos para sus profesionales clínicos en cualquier momento.

***Marque y especifique dónde desea recibir los recordatorios y las notificaciones.**

(El correo electrónico es la única forma de recibir notificaciones sobre documentos).

- Recordatorios por correo electrónico y texto/notificaciones de documentos (marque una opción):

  utilice la información del padre/madre/tutor principal, del otro padre/madre/tutor u otra dirección/número proporcionado a continuación:

  _____

*** Por favor, escriba sus iniciales para confirmar que ha leído la información anterior: ___**

- Solo recordatorios por mensaje de texto (marque una opción): utilice la información del padre/madre/tutor principal, del otro padre/madre/tutor u otra Número proporcionado a continuación:

  _____

- Solo recordatorios por correo electrónico (marque una opción): utilice la información del padre/madre/tutor principal, del otro padre/madre/tutor u otra Correo electrónico proporcionado a continuación:

  _____

## Información de cobertura del seguro: *Debe completarse

*Nombre del seguro:_____

*Identificación del miembro/n.º de referencia:_____

*Nombre del titular del seguro:_____

*Relación con el titular (marque una): Yo mismo/a / Cónyuge / Hijo/a

*Fecha de nacimiento del titular:____/____/_____

*Sexo administrativo del titular (marque uno): Masculino o femenino

## Seguro secundario:

(ignore esta sección si solo tiene un seguro)

*Nombre del seguro:_____

*Identificación del miembro/n.º de referencia:_____

*Nombre del titular del seguro:_____

*** Por favor, escriba sus iniciales para confirmar que ha leído la información anterior: ___**

Paquete de consentimiento e información para menores

*Fecha de nacimiento del titular:____/____/_____

*Relación con el titular (marque una): Yo mismo/a / Cónyuge / Hijo/a

Sexo administrativo del titular del seguro (encierre en un círculo una opción): Masculino o Femenino

## Persona responsable del pago del menor: *Debe completarse

*Nombre:_____ *Apellido:_____

*Fecha de nacimiento: ____/____/_____

*Teléfono principal:_____Secondary Phone #:_____

*Correo electrónico:_____

* Dirección principal: _____

## Responsabilidad financiera y cesión de beneficios: *Debe completarse

(ignore esta sección si tiene Medicaid como seguro primario o secundario)

El cliente (o el tutor legal del cliente, si es menor de edad) es, en última instancia, responsable del pago por el tratamiento y la atención recibida. LifeQuest facturará a su compañía de seguros en su nombre si formamos parte de la red de proveedores de su plan. **Sin embargo, el cliente es responsable de proporcionar la información del seguro más precisa y actualizada.**

Si no formamos parte de la red de proveedores de su seguro, podemos proporcionarle una factura detallada (*Superbill*) que podrá presentar directamente a su compañía de seguros para solicitar un reembolso. Los clientes son responsables del pago de los copagos, coseguros, deducibles y cualquier otro procedimiento o tratamiento que no esté cubierto por su plan de seguro. Los copagos deben pagarse al momento de recibir el servicio, a menos que se hayan establecido otros acuerdos. Los clientes también podrían tener que pagar cargos adicionales, de los cuales serán responsables, si corresponde. Estos cargos pueden incluir:

* **Por favor, escriba sus iniciales para confirmar que ha leído la información anterior: ___**

**Por favor, escriba sus iniciales a continuación para confirmar que ha leído lo siguiente:**

_____ Cancelaciones tardías (con menos de 24 horas de aviso) / Cargo por no presentarse a la cita (*No Show*): **$125**

_____ Cualquier costo asociado con el cobro de un saldo pendiente del cliente.

_____ Cargo por cheques devueltos: **$25**

Mediante mi firma a continuación, autorizo la asignación de los beneficios financieros directamente a LifeQuest Behavioral Health Care y a cualquier entidad de atención médica asociada por los servicios prestados, según lo permitan los acuerdos estándar con terceros.

Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos que no estén cubiertos por esta asignación. He leído, comprendo y acepto las disposiciones de esta sección sobre **Responsabilidad Financiera y Asignación de Beneficios**.

## Política de cancelación:

Para obtener el máximo beneficio de su terapia, le recomendamos comprometerse a asistir a todas las sesiones programadas. Entendemos que pueden surgir emergencias ocasionales fuera de su control. En esos casos, es importante que se comunique con LifeQuest para reprogramar o cancelar su cita. Requerimos un aviso con un mínimo de 24 horas de anticipación, aunque preferimos que nos avise con la mayor anticipación posible.

**Se cobrará a los clientes una tarifa de $125 por cancelar una cita con menos de 24 horas de anticipación o por no presentarse a la cita programada.** Tenga en cuenta que Medicaid y otras compañías de seguros únicamente pagan por las sesiones a las que asisten tanto el cliente como el profesional clínico.

Por lo tanto, la política de LifeQuest establece que **después de faltar a 2 citas sin proporcionar un aviso con al menos 24 horas de anticipación**, el profesional clínico podrá retirar al cliente de su horario regular y colocarlo en una lista de

espera para la próxima cita disponible de guardia (*on-call*).

Nuestro objetivo es comunicarnos con los clientes que se encuentren en la lista de espera lo antes posible, a fin de brindarles tiempo suficiente para coordinar sus horarios. Sin embargo, no se garantiza la disponibilidad ni la frecuencia de estas citas.

## Derechos del cliente:

Todas las personas que reciben servicios conservarán todos los derechos, beneficios y privilegios garantizados por las leyes y la Constitución del Estado de Nevada y de los Estados Unidos de América, excepto aquellos que hayan sido específicamente revocados mediante el debido proceso legal.

Las normas de LifeQuest no deberán ser más restrictivas que los derechos aquí establecidos.

- Usted tiene derecho a recibir un trato profesional, cortés y atento que respete y valore las diferencias relacionadas con la raza, etnia, nacionalidad de origen, género, orientación sexual, religión, valores personales, edad, discapacidad, situación económica o condición de veterano.
- Usted tiene derecho a solicitar el profesional de salud mental de su elección, cambiar de profesional y solicitar una segunda opinión.
- Usted tiene derecho a que los representantes de LifeQuest y su profesional de salud mental se comporten de manera ética, de conformidad con nuestro **Código de Conducta Ética**, y a recibir servicios sin sufrir abuso mental, físico ni financiero.
- Usted tiene derecho a recibir servicios de una manera que respete su dignidad y privacidad y promueva su autonomía.
- Usted tiene derecho a que sus expedientes se mantengan confidenciales de conformidad con la ley.
- Usted tiene derecho a recibir una evaluación profesional independiente por parte de su profesional de salud mental y a contar con su lealtad profesional exclusiva, sin que esta se vea comprometida por conflictos de intereses.
- Usted tiene derecho a que sus preguntas e inquietudes sean atendidas oportunamente y a participar de manera significativa en el desarrollo de su plan de tratamiento.
- Usted tiene derecho a que se le expliquen los costos de los servicios al inicio de la atención.

*** Por favor, escriba sus iniciales para confirmar que ha leído la información anterior: ___**

- Usted tiene derecho a presentar una queja formal y a recibir por escrito las políticas y los procedimientos correspondientes.

## Límites de la confidencialidad:

La confidencialidad es el compromiso de mantener su información personal y privada protegida y de no compartirla ni divulgarla a otra persona, agencia o autoridad sin su autorización por escrito. Todo el personal, el equipo administrativo, los supervisores, los profesionales clínicos, los internos clínicos y los profesionales en formación están obligados a mantener su información privada y confidencial.

De conformidad con las leyes federales, los Estatutos Revisados de Nevada y los códigos y estándares profesionales, los profesionales clínicos están obligados a informar y comunicar cierta información a las personas responsables de las agencias estatales correspondientes. Los profesionales clínicos tienen la obligación legal y profesional de divulgar información sobre usted a otras personas, con o sin su autorización por escrito, en las siguientes circunstancias:

- Para prevenir una amenaza grave contra su salud o seguridad o contra la salud o seguridad de otra persona.
- Para denunciar casos de abuso o negligencia infantil, o abuso o negligencia de personas mayores.
- En respuesta a una orden judicial por escrito o cuando la ley lo exija de cualquier otra manera.
- En la medida necesaria para que se proporcione atención médica de emergencia.

Cuando divulgamos información, compartimos únicamente la información esencial y necesaria para cumplir con nuestras obligaciones. Si es posible, intentaremos informarle con anticipación.

Al escribir sus iniciales en este formulario, usted confirma que comprende los límites de la confidencialidad y las limitaciones de la protección de su información personal y privada.

## Información sobre HIPAA:

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA) establece medidas de protección para salvaguardar su privacidad. La implementación oficial de los requisitos de HIPAA comenzó el 14 de abril de 2003. HIPAA establece normas y restricciones sobre quién puede tener acceso a su Información de Salud Protegida (*Protected Health Information*, PHI) o recibir información sobre ella.

*** Por favor, escriba sus iniciales para confirmar que ha leído la información anterior: ___**

Estas restricciones no incluyen el intercambio habitual de información necesario para proporcionarle servicios en nuestra oficina. HIPAA le otorga ciertos derechos y protecciones como cliente. Equilibramos estas necesidades con nuestro objetivo de brindarle servicios profesionales y atención de alta calidad. Puede obtener información adicional en el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos: www.hhs.gov.

**Nuestras políticas:**

- La información del cliente se mantendrá confidencial, excepto cuando sea necesario compartirla para prestar servicios o garantizar que todos los asuntos administrativos relacionados con su atención se gestionen adecuadamente. Esto incluye compartir información con otros proveedores de atención médica y compañías de seguros de salud, cuando sea necesario y apropiado para su atención. Los expedientes de los clientes pueden almacenarse en archivos. En el curso habitual de la prestación de servicios, dichos expedientes podrían permanecer temporalmente en áreas administrativas, como la recepción. Estos expedientes no estarán disponibles para personas ajenas al personal de la oficina. Usted acepta los procedimientos habituales de la oficina para el manejo de expedientes clínicos, registros de pacientes, Información de Salud Protegida (PHI) y otros documentos e información.
- Es política de esta oficina recordar a los clientes sus citas. Esto puede hacerse por teléfono, correo electrónico, correo postal de los Estados Unidos o cualquier otro medio conveniente para la práctica o solicitado por usted.
- Usted comprende y acepta que las compañías de seguros puedan revisar documentos que contengan Información de Salud Protegida (PHI) en el curso habitual del cumplimiento de sus funciones.
- Usted acepta comunicar cualquier inquietud o queja relacionada con la privacidad a la administración de LifeQuest.
- Su información confidencial no se utilizará con fines de mercadotecnia ni publicidad de productos, bienes o servicios.
- Nos comprometemos a proporcionar a los clientes acceso a sus expedientes de conformidad con las leyes estatales y federales.
- Podemos cambiar, agregar, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para atender mejor las necesidades tanto de la práctica como del cliente.
- Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre el uso de su Información de Salud Protegida (PHI) y a solicitar cambios en ciertas políticas de la oficina relacionadas con dicha información. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar su solicitud.

## Consentimiento informado:

LifeQuest se dedica a brindar servicios de salud mental y salud conductual que sean culturalmente sensibles, accesibles y eficaces para menores de edad, adultos y familias. Dando prioridad a la calidad sobre la cantidad, LifeQuest se compromete a apoyar y ayudar a las personas a quienes atendemos a avanzar

*** Por favor, escriba sus iniciales para confirmar que ha leído la información anterior: ___**

hacia una vida más productiva, saludable y feliz. Nuestra visión incluye generar un impacto positivo en menores de edad, adultos y familias afectados por discapacidades, traumas, violencia, abuso, negligencia y otras circunstancias. A continuación, se proporciona información para los clientes que solicitan servicios individuales, de pareja, familiares o grupales con cualquier proveedor de LifeQuest. Lea detenidamente la siguiente información y exprese cualquier pregunta o inquietud que tenga. Al escribir sus iniciales en cada sección y firmar al final, usted confirma que comprende y acepta que está otorgando su consentimiento informado para recibir los servicios proporcionados por LifeQuest.

- _____ Doy mi consentimiento para el intercambio de información entre mi compañía de seguros, sus representantes autorizados y el proveedor o los proveedores de servicios de rehabilitación, según sea necesario para las operaciones relacionadas con el tratamiento y el pago, durante todo el tiempo que reciba servicios terapéuticos y de rehabilitación de LifeQuest Behavioral Health Care.
- _____ Los servicios de consejería en LifeQuest son proporcionados por profesionales clínicos con licencia del estado de Nevada, internos clínicos con licencia del estado de Nevada y estudiantes en prácticas de formación clínica, bajo la supervisión y dirección de un profesional clínico con licencia del estado de Nevada. Comprendo que cualquier sesión que tenga con mi profesional clínico puede ser discutida con su supervisor, con otros profesionales clínicos de la institución o con consultores profesionales. Comprendo que, al firmar a continuación, me convierto en cliente de LifeQuest. Por lo tanto, mi expediente puede ser revisado por el personal autorizado de LifeQuest para garantizar el cumplimiento de los requisitos del programa y de las compañías de seguros.
- _____ Comprendo que el programa terapéutico de LifeQuest está diseñado para favorecer mi desarrollo emocional y fomentar comportamientos prosociales y responsables. El proceso terapéutico puede ayudar a una persona o a varias personas a modificar sentimientos, condiciones, actitudes y comportamientos que sean emocional, intelectual o socialmente ineficaces o inadaptados.
- _____ Comprendo que, durante el proceso de consejería, algunos problemas pueden volverse más difíciles antes de mejorar, ya que pueden surgir sentimientos y reacciones incómodos, como tristeza, ansiedad, enojo y otras emociones. Sin embargo, se ha demostrado que la terapia ofrece beneficios a las personas que participan en ella. A menudo, la terapia conduce a una reducción significativa de los sentimientos de angustia, una mayor satisfacción en las relaciones interpersonales, una mayor conciencia y comprensión

*** Por favor, escriba sus iniciales para confirmar que ha leído la información anterior: ___**

personal, mejores habilidades para manejar el estrés y soluciones a problemas específicos.
No obstante, no se garantiza ningún resultado específico. La terapia requiere un esfuerzo muy activo de mi parte. Para alcanzar el mayor éxito posible, tendré que trabajar en los temas que discutimos fuera de las sesiones.

También entiendo que el programa utiliza un enfoque de «no intervención física» para manejar las situaciones con los clientes y que no practica la restricción física. Por lo tanto, reconozco que mi participación en el programa depende de mi capacidad para mantener mi propia seguridad y la de los demás.

Excepto por lo indicado anteriormente en las secciones sobre los Límites de la Confidencialidad y el Consentimiento Informado, mi información personal y privada no será compartida ni entregada a ninguna otra persona, agencia o autoridad sin mi autorización por escrito.

En caso de que mi terapeuta o yo consideremos que los servicios terapéuticos no son útiles o beneficiosos, podremos analizar alternativas terapéuticas, las cuales pueden incluir cambios en mi plan de tratamiento, la finalización de nuestra relación terapéutica o una remisión a otro profesional de apoyo. LifeQuest me proporcionará los nombres y la información de contacto de otros programas o servicios si lo solicito, si LifeQuest no puede satisfacer mis necesidades o si no puede brindarme servicios en el momento en que los necesite.

Si estoy recibiendo atención de otro profesional fuera de LifeQuest, como un médico, psiquiatra u otro terapeuta, se lo informaré a mi terapeuta. Si corresponde y es necesario, proporcionaré una autorización por escrito para que mi terapeuta y ese profesional puedan colaborar en la prestación de los servicios.

Las leyes y normas que rigen la profesión de mi terapeuta exigen que se mantengan registros del tratamiento. Aunque la terapia suele incluir conversaciones sobre información sensible y privada, normalmente se mantienen registros muy breves que documentan mi asistencia, lo que se realizó durante la sesión, mi progreso, el diagnóstico y una mención general de los temas tratados.

Como su terapeuta, me comprometo a establecer una relación profesional con usted y a proteger su privacidad, tanto dentro de la comunidad como en los espacios en línea y las redes sociales.

*** Por favor, escriba sus iniciales para confirmar que ha leído la información anterior: ___**

**Encuentros en lugares públicos:** Para proteger la confidencialidad, seguiré sus indicaciones si nos encontramos en un lugar público. Aunque mi intención es ser cortés y profesional si usted me saluda, no se sienta obligado a hacerlo. Tenga en cuenta que no haré referencia a nuestra relación terapéutica ni a nuestro trabajo conjunto si usted se acerca a mí. Si después de dicho encuentro tiene alguna inquietud o pregunta, puede expresarla durante nuestra próxima sesión.

- **Citas:** Por lo general, las citas tendrán una duración de 55 minutos y se realizarán una vez por semana, en un horario acordado mutuamente, aunque algunas sesiones podrán ser más o menos frecuentes según sea necesario. El horario reservado para su cita está asignado exclusivamente a usted. Es su responsabilidad llegar puntualmente a cada sesión. Si llega tarde, su profesional clínico podrá decidir atenderlo, pero la sesión deberá finalizar a la hora programada. Si llega demasiado tarde, el profesional clínico le pedirá que reprograme su cita.
- **Emergencias:** En caso de emergencia, llame al 911 o al 988, o acuda a la sala de emergencias más cercana para garantizar su seguridad. Tenga en cuenta que, si ocurre una crisis o emergencia, puede intentar comunicarse con su profesional clínico a través de la oficina de LifeQuest al (775) 622-8890, en Sparks/Reno. Su profesional clínico le devolverá la llamada tan pronto como le sea posible.

## Terapia con menores de edad:

- Cuando nuestros profesionales clínicos trabajan con menores de edad, nuestro objetivo es crear un espacio seguro donde puedan hablar abiertamente con su profesional clínico. Por ello, las conversaciones entre el menor y el profesional clínico se mantienen confidenciales, con las excepciones a la confidencialidad que se describen a continuación.
- La política de LifeQuest es proporcionar a los tutores legales actualizaciones sobre el estado del tratamiento y el progreso o retroceso en relación con las metas y los objetivos del plan de tratamiento. Si se solicitan expedientes clínicos, los profesionales clínicos se reservan el derecho de ejercer su criterio profesional o restringir el acceso de los padres o tutores legales si consideran que dicho acceso no favorece el bienestar del menor.
- Si el profesional clínico considera en algún momento que el menor corre el riesgo de sufrir daños graves o de causar daños graves a otra persona, sospecha que un adulto ha cometido abuso o negligencia, o tiene conocimiento de que un menor de 16 años ha participado en actividades sexuales con una persona de 18 años o más, informará a los tutores legales y/o a las autoridades correspondientes. En estas situaciones, se hará todo lo posible por informar al

*** Por favor, escriba sus iniciales para confirmar que ha leído la información anterior: ___**

menor sobre la intención del profesional clínico de divulgar dicha información y brindarle la oportunidad de recibir apoyo y expresar sus inquietudes.

- Dado que el menor es el cliente de LifeQuest Behavioral Health Care, la prioridad del profesional clínico es el bienestar del menor. En ocasiones, se podrá solicitar a los tutores legales y a otras personas de confianza que participen en las sesiones o colaboren activamente en la terapia familiar continua. Estas sesiones tienen como objetivo fortalecer la relación entre padres e hijos y mejorar la calidad general de la atención del cliente. Aunque la terapia familiar beneficia a todas las personas involucradas, el menor seguirá siendo el cliente registrado.

Los profesionales clínicos de LifeQuest no testificarán ante un tribunal, ya sea en persona o mediante declaración jurada. Además, los padres y tutores legales del menor aceptan instruir a sus abogados para que no citen a los profesionales clínicos de LifeQuest a declarar.

Los profesionales clínicos de LifeQuest no son evaluadores de custodia y, por lo tanto, no están calificados para emitir opiniones sobre los acuerdos de custodia. Si se requiere que el profesional clínico testifique, estará sujeto a sus obligaciones éticas y no emitirá opiniones sobre la custodia ni sobre la idoneidad de los acuerdos de visitas. Si el tribunal designa a un evaluador de custodia, un tutor ad litem (*guardian ad litem*) o un coordinador de crianza, el profesional clínico proporcionará la información necesaria según corresponda, pero no hará recomendaciones sobre la decisión final.

## Derechos de custodia: Debe completarse

Como tutor legal, complete la siguiente información: ¿Tiene usted la custodia legal exclusiva del menor?

☐ Sí, estoy legalmente casado(a) con el otro tutor legal.
☐ Sí, proporcionaré documentación legal (documentos judiciales, documentos de divorcio, documentos de tutela legal, etc.).
☐ No, proporcionaré la información del otro tutor legal.
☐ No, no es posible localizar al otro tutor legal.

Si respondió anteriormente: Sí, proporcionaré documentación legal. Indique qué tipo de documentación proporcionará.

_____

Si respondió anteriormente: No, proporcionaré la información del otro tutor legal**.** Complete la siguiente información.

_____

*** Por favor, escriba sus iniciales para confirmar que ha leído la información anterior: ___**

## Comunicación con los profesionales clínicos:

La comunicación entre el cliente y los profesionales clínicos se limita a la programación de citas. Los mensajes serán respondidos a la mayor brevedad posible, según la disponibilidad del profesional clínico. Debido a los posibles retrasos en el tiempo de respuesta, los profesionales clínicos no pueden responder a mensajes de texto ni llamadas telefónicas relacionados con emergencias o situaciones de crisis.

**En caso de emergencia, llame al 911, al 988 o a la línea local de atención en situaciones de crisis: 1 (800) 273-8255.**

Certifico que he recibido el paquete de admisión, incluidos los formularios de consentimiento. Entiendo que tengo derecho a recibir copias de este documento o de cualquier otro documento que firme. El paquete de admisión y los formularios de consentimiento me han sido explicados en su totalidad y los he leído. Certifico que comprendo el contenido del paquete y los consentimientos.

Si tengo alguna pregunta o inquietud, puedo comunicarme con el profesional clínico o con el personal administrativo al **(775) 636-7767, Reno**.

Mi firma a continuación certifica que acepto todas las secciones que he inicialado y firmado anteriormente.

***Firma: _____**

**Nombre en letra de molde: _____**

***Fecha: //_____**

***Firma del representante de LifeQuest (LQ): _____**

*** Por favor, escriba sus iniciales para confirmar que ha leído la información anterior: ___**

## Formulario de contacto de emergencia y otros contactos

**Nombre: _____ Apellido: _____**

**Fecha de nacimiento: //_____**

**Pronombres: _____**

**Teléfono principal: _____ Teléfono secundario:**

**_____**

**Correo electrónico: _____**

**Dirección: _____ Segunda dirección:**

**_____**

**Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____**

**Relación con el cliente: _____**

☐ Contacto de emergencia

☐ Tutor legal

☐ Médico de atención primaria

---

**Nombre: _____ Apellido: _____**

**Fecha de nacimiento: //_____**

**Pronombres: _____**

**Teléfono principal: _____ Teléfono secundario:**

**_____**

**Correo electrónico: _____**

**Dirección: _____ Segunda dirección:**

**_____**

**Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____**

**Relación con el cliente: _____**

☐ Contacto de emergencia

☐ Tutor legal

☐Médico de atención primaria

*** Por favor, escriba sus iniciales para confirmar que ha leído la información anterior: ___**

## Consentimiento informado para servicios de telesalud de LifeQuest Behavioral Health Care

Para minimizar las interrupciones en la atención, se ofrecen servicios psicológicos mediante telesalud, los cuales se utilizarán a través de una plataforma de comunicación que cumpla con los requisitos de HIPAA.
Yo, (escriba su nombre en letra de molde): _____, he leído la declaración anterior y doy mi consentimiento para recibir servicios psicológicos mediante telesalud. *(Marque todas las opciones que correspondan):*
☐ Videoconferencia que cumpla con los requisitos de HIPAA a través de TherapyNotes u otra plataforma de comunicación que cumpla con HIPAA.
Utilizar la información indicada anteriormente u otro correo electrónico proporcionado a continuación (encierre una opción en un círculo):
_____

- Teléfono:use info above or other number/email provided below (circle one):
  _____
- Si firma una persona distinta del cliente, especifique la relación con el cliente:
  _____
- *(Debe ser un tutor legal.)*

Firma del cliente/representante: _____

Fecha: ____/____/____

*** Por favor, escriba sus iniciales para confirmar que ha leído la información anterior: ___**