

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO



Cliente Nombre: Fecha de nacimiento:

Ubicación de Options: ▼

Permiso para la evaluación y el tratamiento

Autorizo al personal de Options Counseling & Family Services a realizarme una evaluación de salud mental y proporcionarme tratamiento y asesoramiento de salud mental en respuesta a mi solicitud de servicios. Mi solicitud de servicios de salud mental en Options es voluntaria. Puedo hacer preguntas sobre mi tratamiento en cualquier momento y puedo suspender mi tratamiento en cualquier momento. Entiendo que la evaluación de salud mental a recibir, para la cual doy mi consentimiento, no es lo mismo que una evaluación psicológica. Mi proveedor de salud mental solo proporciona una evaluación con fines de tratamiento y no para cumplir con algún propósito legal.

Entiendo que Options ofrece una variedad de servicios que incluyen terapia individual, terapia familiar, terapia de grupo, servicios psiquiátricos que incluyen evaluación y administración de medicamentos, administración de casos, consulta, capacitación en habilidades y apoyo entre cuidadores. Los servicios en Options pueden ser en la oficina, en el hogar o en la comunidad.

Comprendo que todos los servicios tienen como objetivo tratar una condición de salud del comportamiento identificada y que se espera que los servicios me ayuden a mejorar la afección de salud del comportamiento identificada. Entiendo que los servicios que me ofrecen se ajustan en función de mis necesidades médicas y conducta de salud del comportamiento específica.

Al firmar con mis iniciales afirmo que he leído y que entiendo esta sección:

Niños entre 14 y 17 años

Si tengo entre 14 y 17 años de edad, comprendo que tengo derecho a iniciar un tratamiento de salud mental sin el consentimiento de uno de mis padres o de mi tutor. Asimismo, comprendo que las leyes de Oregón exigen que uno de mis padres o mis tutores tenga participación antes de la finalización del tratamiento, a menos que se nieguen a hacerlo o que exista un motivo o preocupación de seguridad por el que no deban involucrarse. Ese motivo quedará registrado en mi historia clínica.

Clientes infantiles y familiares

Si soy el padre o tutor de un cliente infantil, entiendo que mi hijo es el cliente. También entiendo que soy una parte importante del tratamiento de mi hijo y participaré en ese proceso. Si mis propios problemas de salud mental surgen durante ese proceso, es posible que reciba apoyo para buscar servicios de terapia para mí.

Tutela/custodia legal

Options se adhiere a las leyes de Oregón, que permiten a todos los padres o tutores legales el derecho de inspeccionar, consultar y autorizar atención médica y de salud mental de emergencia (ORS 107.154). Cualquier modificación a esta política, incluidas las restricciones en la toma de decisiones médicas, las asignaciones o restricciones para el contacto entre un padre y un niño menor, las órdenes judiciales de



asesoramiento y/o cualquier otra documentación legal relacionada con la atención médica del niño debe proporcionarse por escrito y se conservará una copia en los registros de salud mental. Options solicitará dichos registros al inicio de los servicios. Es responsabilidad de los padres o tutores legales asegurarse de que están actuando dentro de sus derechos o bien informar al equipo de tratamiento si se producen cambios durante el transcurso del tratamiento.

Al firmar con mis iniciales, acepto que he leído y que entiendo esta sección:

Firma con in

Consentimiento de telesalud / telemedicina

Doy mi consentimiento para recibir servicios por telemedicina, autorizo al personal de Options Counseling & Family Services a brindar servicios de salud mental por medios electrónicos a través de equipos de videoconferencia interactivos y/o teléfono. Reconozco que mi participación en la telemedicina es voluntaria y entiendo que tengo el derecho de rechazar el tratamiento o de suspenderlo en cualquier momento.

Para participar en servicios de telemedicina con el personal de Options, me pueden solicitar que descargue un software de videoconferencia de seguridad compatible en mi teléfono, tableta o computadora personal. Si no tengo un teléfono, tableta o computadora personal, me pueden proporcionar uno sin costo alguno para mí.

Los riesgos asociados con la telemedicina pueden incluir la interrupción de la transmisión debido a fallas tecnológicas, e interrupciones y/o violaciones de la confidencialidad por parte de personas no autorizadas. Para minimizar los riesgos, mi proveedor y yo revisaremos los planes para abordar las desconexiones inesperadas (llamadas de video interrumpidas), la planificación de seguridad y el establecimiento de ubicaciones confidenciales apropiadas para que se lleven a cabo los servicios.

Todos los proveedores de Options brindarán servicios de telemedicina desde un entorno confidencial. Entiendo que es mi responsabilidad como cliente mantener la privacidad en mi parte de la comunicación. Sin embargo, los servicios prestados en los casos en que el cliente pueda estar en un lugar público o no privado y el proveedor crea que esto puede ser perjudicial para el proceso terapéutico, pueden terminarse prematuramente y reprogramarse para otro momento. Además, los clientes que solicitan servicios fuera de Oregón pueden estar limitados a los requisitos de licencia de su médico.

No habrá grabación de ninguna sesión de telemedicina por mí o mi proveedor a menos que se obtenga un consentimiento previo por escrito.

Firma con in

Medición de los resultados

A fines de monitorear y mejorar los servicios, entiendo que se me puede pedir que responda un cuestionario relacionado con mis síntomas y cómo siento que avanza mi tratamiento. La información de los cuestionarios puede ayudarme a mí y a mi proveedor a controlar el avance y a hacer ajustes en el plan de tratamiento si fuera necesario. Comprendo que mi información personal se catalogará como estrictamente confidencial.

Entiendo que puedo negarme a participar en cualquier momento.

Al firmar con mis iniciales, acepto que he leído y que entiendo esta sección: Firma con in

Derechos individuales

Además de todos los derechos estatutarios y constitucionales aplicables, toda persona que recibe servicios tiene derecho a:

1. Elegir entre servicios y soportes que sean consistentes con la evaluación y el plan de servicio, culturalmente competentes, brindados en el entorno más integrado de la comunidad y en condiciones que sean menos restrictivas para la libertad del individuo, que sean menos invasivas para el individuo y que aboguen por el mayor grado de independencia;
2. Ser tratado(a) con dignidad y respeto;
3. Participar en el desarrollo de un plan de servicio por escrito, recibir servicios consistentes con ese plan y participar en las revisiones y re evaluaciones periódicas de las necesidades de servicio y soporte, ayudar en el desarrollo del plan y recibir una copia del plan de servicio por escrito;



4. Recibir explicaciones de todos los servicios, incluidos los resultados esperados y los posibles riesgos;
5. La confidencialidad y el derecho a emitir un consentimiento para la divulgación de información, de acuerdo con las normas ORS 107.154, 179.505, 179.507, 192.515, 192.507, 42 CFR Parte 2 y 45 CFR Parte 205.50.
6. Dar consentimiento informado por escrito antes de comenzar a recibir un servicio, excepto en una emergencia médica o según lo permita la ley. Los niños menores de edad pueden dar su consentimiento informado para los servicios en las siguientes circunstancias:
 1. Menor de 18 años y casado legalmente;
 2. 16 años de edad o más y que haya sido legalmente emancipado por un tribunal; o
 3. 14 años de edad o más solo para servicios ambulatorios. En virtud del consentimiento informado, el servicio ambulatorio no incluye el servicio brindado en programas residenciales o en programas de hospitalización diurna o parcial.
7. Inspeccionar su registro de servicio de acuerdo con ORS 179.505;
8. Negarse a participar en procedimientos de experimentación;
9. Recibir medicamentos específicos para las necesidades clínicas diagnosticadas de la persona, incluidos los medicamentos utilizados para tratar la dependencia de opiáceos;
10. Recibir una notificación previa a cualquier transferencia, a menos que las circunstancias que exijan dicha transferencia representen una amenaza a la salud y la seguridad de la persona;
11. No sufrir ningún tipo de abuso o desatención, e informar cualquier tipo de incidente relacionado con el abuso o la desatención sin ser sujeto a ninguna represalia;
12. Tener libertad de culto;
13. Estar libre de reclusión y restricción;
14. Ser informado sobre estos derechos al comenzar a recibir los servicios y periódicamente a partir de entonces;
15. Recibir información sobre políticas y procedimientos, acuerdos sobre servicios y tarifas aplicables a los servicios brindados, y a contar con la presencia del padre o la madre que tenga la custodia o su representante, para que asista en la comprensión de toda información presentada;
16. Contar con la participación de la familia y el tutor en la planificación y prestación de los servicios;
17. Tener la oportunidad de hacer una declaración por motivos de tratamiento de salud mental cuando sea legalmente un adulto;
18. Presentar quejas formales, incluidas las decisiones de apelación resultantes de las quejas;
19. Ejercer todos los derechos establecidos en las normas ORS 109.610 hasta 109.697 si se trata de un niño o niña, tal como lo estipulan estas reglas;
20. Ejercer todos los derechos establecidos en la norma ORS 426.385 si la persona está involucrada con la Autoridad; y
21. Ejercer todos los derechos descritos en esta norma sin ningún tipo de represalia o castigo.
22. El proveedor entregará a la persona y, en caso de que corresponda, al tutor, un documento que describa los derechos aplicables de la persona de la siguiente manera:
 1. La información proporcionada a la persona debe estar redactada por escrito o, previa solicitud, en un formato o idioma alternativo apropiado para la necesidad de la persona;
 2. Se explicarán a la persona y, en caso de que corresponda, al tutor, los derechos y la forma de ejercerlos; y
 3. Los derechos individuales se publicarán por escrito en un área común.

Firma con iniciales del/la cliente

Procedimiento relativo a las quejas formales por parte de los pacientes

Entiendo que las quejas pueden hacerse verbalmente (el/la Coordinador(a) Administrativo/a puede derivarme a la persona adecuada) o por escrito. Los formularios están disponibles en la recepción. Entiendo que tengo derecho a recibir asistencia para presentar una queja.

Le invitamos a comenzar con el paso uno y a continuar con los siguientes pasos, según sea necesario, hasta que se resuelva el problema.

1. Discuta las preocupaciones con su proveedor.
2. Discuta las inquietudes con el supervisor de su proveedor.
3. Discutir las preocupaciones con el Director de Salud del Comportamiento.
4. Discutir las preocupaciones con el Director de Salud del Comportamiento Superior.



5. Discutir las inquietudes con el Director de Mejoramiento de la Calidad.
6. Discutir las inquietudes con el director ejecutivo de Options.
7. Presentar una queja por escrito ante el director ejecutivo de Options.

Entiendo que también puedo presentar una queja ante la Organización de Atención Coordinada, la División de Salud Mental y Adicciones de la Autoridad de Salud de Oregón o Disability Rights Oregon, y que la información sobre cómo presentar una queja también está disponible en las áreas de espera o con cualquier empleado de Options.

Un miembro del personal de Options responderá a su queja en un plazo de cinco días hábiles. Puede solicitar una respuesta acelerada si su salud o la de su hijo está en riesgo. Las reclamaciones aceleradas se revisarán inmediatamente (el mismo día) y se tomará una decisión para acortar los tiempos del proceso tan pronto como sea posible. No se le negará el servicio ni se lo discriminará ni tampoco se tomarán represalias contra usted porque usted, o alguien en su nombre, haya presentado una queja.

Para comunicarse con el condado o la organización de atención coordinada donde recibe tratamiento:

En el Condado de Clackamas

División de Salud del Comportamiento del Condado de Clackamas
2051 Kaen Road, #367, Oregon City, OR 97045
Teléfono: (503) 742-5335
Fax: (503) 742-5304

En el Condado de Marion

PacificSource Community Solutions
Attn: Apelaciones y quejas
PO Box 5729 Bend, OR 97708
Teléfono: (503) 210-2515 o (800) 431-4135
TTY: (800) 735-2900
Fax: (541) 322-6424

En el Condado de Lane

Trillium Community Health Plan
Coordinador de mejoramiento de calidad del Condado de Lane
P.O. Box 11756, Eugene, OR 97440-3956
Teléfono: (541) 682-7584

En el Condado de Multnomah

Multnomah County MHASD
Comité de gestión de calidad
421 Oak Street Suite 520, Portland, OR 97204-1620
Teléfono: (503) 988-5887

O

En el Condado de Washington

PacificSource Community Solutions
Attn: Apelaciones y quejas
PO Box 5729 Bend, OR 97708
Teléfono: (503) 210-2515 o (800) 431-4135
TTY: (800) 735-2900
Fax: (541) 322-6424

En el Condado de Washington

Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Washington
155 N. First Avenue, MS #70, Hillsboro, OR 97124
Teléfono: (503) 846-4554

Una organización de atención coordinada (CCO) es una red de todo tipo de proveedores de atención médica. Esto puede incluir atención de la salud física, adicciones y atención de la salud mental y, a veces, proveedores de atención dental. Estos proveedores trabajan juntos en sus comunidades locales para servir a las personas que reciben su cobertura de atención médica a través del Plan de Salud de Oregón (OHP).

Iniciales del/la paciente

Riesgos y beneficios

Al aceptar recibir servicios de Options Counseling & Family Services, reconozco que me han informado sobre los riesgos y beneficios del tratamiento. Los riesgos y beneficios del tratamiento incluyen, entre otros, lo siguiente:

Beneficios

- Determinar mis fortalezas y mis objetivos en relación con el tratamiento.
- Establecer qué objetivos son prioritarios y trabajar con mi terapeuta para decidir cómo alcanzar esos



objetivos.

- Tener la oportunidad de ser más independiente.
- Disfrutar de una mayor satisfacción en función de una mejor calidad de vida.
- Desarrollar un plan personalizado para abordar situaciones de seguridad o crisis.
- Experimentar una mejora en las respuestas positivas ante situaciones difíciles.
- Mejorar mis habilidades de sobrellevar y reducir el estrés.
- Mejorar mis relaciones personales.

Riesgos

- Experimentar sensaciones desagradables de tristeza, culpa, ansiedad, enojo, frustración, soledad e impotencia.
- Estar en contacto con emociones dolorosas, a veces, por primera vez, lo cual puede causar que me sienta peor temporalmente.
- Recordar o hablar de aspectos desagradables de mi vida, lo cual puede llevar a sentimientos desagradables.
- El crecimiento personal demanda, a veces, cambios que pueden resultar incómodos o inesperados.
- Otras personas significativas pueden notar mis cambios; mis relaciones con los demás pueden verse afectadas por mis cambios.
- Es posible que no logre el nivel deseado de mejora.

Al firmar con mis iniciales, acepto que he leído y que entiendo esta sección:

Descripción de la autoridad del representante personal Padre o madre Custodio legal Tutor Otro, como:

X _____

Signature Certificate

Document name: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO



Unique Document ID: 1BBC7DA9475559DF15557E125FAA685F4C56A1EC

Timestamp

Audit

July 1, 2020 7:09 am PST

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO
Uploaded by Adam Falk - adam.falk@options.org IP
69.1.101.108

July 1, 2020 7:46 am PST

Options Records - OCFSrecords@options.org added by
Adam Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient
Ip: 50.240.25.195

July 1, 2020 7:48 am PST

Options Records - OCFSrecords@options.org added by
Adam Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient
Ip: 50.240.25.195

October 28, 2020 1:36 pm
PST

Options Records - OCFSrecords@options.org added by
Adam Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient
Ip: 108.174.191.234

October 30, 2020 10:31 am
PST

Options Intake - intake@options.org added by Adam
Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient Ip:
108.174.191.234

January 19, 2022 10:14 am
PST

Options Intake - intake@options.org added by Adam
Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient Ip:
100.42.162.250



This audit trail report provides a detailed record of the online activity and events recorded for this contract.

Page 6 of 6