

**CareNet**  
**Consentimiento para dar tratamiento e**  
**Información del Centro**

**Propósito**

Agradecemos que haya elegido a CareNet para ayudarle en su crecimiento y bienestar. También agradecemos la confianza que deposita en nosotros y nos comprometemos a trabajar en cooperación con usted. Durante el transcurso de su relación con nosotros, pueden surgir preguntas sobre el centro y nuestros procedimientos. Este documento es para ayudarle a comprender algunos de los aspectos más importantes de nuestra relación.

**Personal**

Todos los proveedores de CareNet, incluyendo los residentes y los pasantes, están bajo el liderazgo de la división de Faith Health (Atrium Health Wake Forest Baptist). Todos los miembros del personal brindan consejería de acuerdo con las leyes estatales de Carolina del Norte relacionadas con la concesión de licencias a consejeros y terapeutas. Además, los proveedores (excluyendo los pasantes) están acreditados por sus respectivas organizaciones profesionales y están supervisados clínicamente.

**Confidencialidad/HIPAA**

Su consejería, incluyendo su registro médico, se trata con la más estricta confidencialidad. Cumplimos con las normas de la HIPAA para proteger su confidencialidad. Algunas limitaciones a la confidencialidad incluyen: (1) el/la proveedor(a) tiene conocimiento de que existe un riesgo inminente de daño a sí mismo(a) o a otras personas, (2) el/la proveedor(a) tiene conocimiento de que existe maltrato y/o negligencia a niños o ancianos, (3) necesidad de una consulta o supervisión profesional por parte de su proveedor(a), (4) el sistema judicial ha emitido un citatorio u orden judicial para obtener su registro médico, (5) una revisión de los registros médicos por parte de una agencia de acreditación o un pagador (6) la intervención de un(a) trabajador(a) o un(a) tutor(a) *ad litem* del Departamento de Servicios Sociales (DSS). Por favor, consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad de Atrium Health para obtener más información. Por favor, no dude en discutir estos asuntos importantes con su proveedor(a). Utilizamos un Portal del Paciente, a través del cual usted puede acceder a su registro. También puede optar por que su registro no esté disponible en el Portal del Paciente. Por favor, pregúntele a su proveedor(a) cómo optar por no recibir este servicio si desea hacerlo.

**Solicitudes de registros**

Cuando se realizan solicitudes de registros, nuestra política general es divulgar los registros directamente a otros profesionales, lo que requeriría un Consentimiento por escrito para divulgar la Información Protegida de Salud (PHI, por sus siglas en inglés) a ese profesional. Si desea recibir una copia de los registros para usted, la solicitud debe hacerse por escrito, la cual será revisada por su proveedor(a) y completada de conformidad con todas las normas aplicables.

**Derecho a solicitar cambios a su información de salud**

Para solicitar un cambio o una adición a la información de su registro médico que cree que es inexacta o incompleta, infórmele a su proveedor(a). Su proveedor(a) le dará el formulario a completar para realizar esta solicitud por escrito, así como información sobre el proceso.

**Menores de edad**

Si es menor de 18 años, tenga en cuenta que la ley puede otorgar a sus padres o persona legalmente responsable el derecho a examinar o tener una copia de sus registros de tratamiento.

## Tarifas

Nuestros servicios están respaldados principalmente por las tarifas de los clientes. Su proveedor(a) le informará el costo actual por sesión individual y/o de pareja o grupal de 30, 45 o 60 minutos al inicio de la terapia. Estas tarifas se basan en lo que se conoce como "el estándar de la comunidad" y son consistentes en toda nuestra red estatal. **Todas las tarifas, incluyendo los copagos y deducibles del seguro médico correspondientes, deben pagarse en el momento de la cita.** Los cheques deben hacerse a nombre de CareNet Counseling. También aceptamos Visa o MasterCard. En el caso de que esté involucrado(a) en un procedimiento legal de algún tipo y se nos requiera dar testimonio o declaraciones, usted acepta pagar el tiempo profesional requerido, incluso si nos vemos obligados a testificar por otra parte. Debido a la complejidad y dificultad de la participación legal, cobramos nuestra tarifa regular por hora para la preparación y asistencia a cualquier procedimiento legal (no se aplica el ajuste de tarifas).

**Cargo por cheque por fondos insuficientes:** Nuestra oficina cobrará una tarifa de \$ 35.00 por cualquier cheque devuelto por fondos insuficientes.

Nos damos cuenta que, en algunos casos, las personas no pueden pagar la tarifa completa. A nadie se le negará la consulta inicial por no poder pagar. Existen algunos fondos de subsidio para estas circunstancias, aunque estos fondos son limitados. Si no puede pagar la tarifa completa, usted y su proveedor(a) pueden determinar juntos una tarifa adecuada a sus circunstancias o la cantidad de sesiones podría ser limitada. Por favor, tenga en cuenta que los copagos del seguro médico no se pueden reducir ningún motivo.

## Seguro médico

Si usted planea usar el seguro médico, por favor, proporcione la información del seguro médico a CareNet antes de su primera visita. Esto es para reducir sus posibilidades de tener que pagar la tarifa completa en la primera sesión, ya que muchas compañías de seguros médicos requieren autorización previa para los servicios. Es posible que se le pida que se comunique con su compañía de seguros médicos si surgen problemas, y su proveedor(a) o el personal de la oficina de facturación pueden ayudarle con este proceso. Si su compañía de seguros médicos no paga por cualquier servicio prestado, usted será financieramente responsable de dichos cargos. Los cargos del seguro médico que no se paguen dentro de los 60 días siguientes pasan a ser responsabilidad del/de la cliente(a). No presentamos reclamos de seguro médico para visitas maritales. También debe tener en cuenta que todos los acuerdos del seguro médico requieren un diagnóstico formal para el reembolso, y esto se convierte en parte de su registro clínico.

## Información de cuenta

Las preguntas o inquietudes sobre las cuentas (facturación y seguro médico) pueden dirigirse a su proveedor o a su Representante de Cuentas local.

## Citas

Las citas de seguimiento son decididas por usted y su proveedor(a). Si las circunstancias le impiden asistir a una cita, **por favor, avise con 24 horas de anticipación llamando a su proveedor(a) al número proporcionado**, para poder darle ese horario a otra persona. **Por favor, tenga en cuenta que: Más de 3 ausencias y/o cancelaciones tardías (con menos de 24 horas de notificación) en 1 (un) año calendario puede resultar en la terminación de servicios y/o referencia a otra entidad. Iniciales del/de la cliente(a): \_\_\_\_\_ Iniciales del/de la proveedor(a): \_\_\_\_\_**

## Cómo ponerse en contacto con su proveedor(a)

Su proveedor(a) le informará acerca de nuestro horario diario de oficina.

### Mensajes de teléfono y correo electrónico

- CareNet puede comunicarse con usted por teléfono o mensaje de texto a cualquier número asociado con su cuenta, incluyendo los números de teléfono celular, para informarle sobre la programación de citas, el tratamiento o el pago por los servicios prestados. Es posible que se comuniquen con usted por correo electrónico utilizando cualquier dirección de correo electrónico que proporcione a CareNet. Los métodos

de contacto pueden incluir, pero no se limitan a, mensajes pregrabados o de voz artificial y el uso de servicios de marcado automático.

- Todos los proveedores devolverán las llamadas telefónicas en un período de 48 horas (día laborable). Si ha llamado y no le ha devuelto la llamada en un plazo de 48 horas, por favor, llame de nuevo.

#### Emergencias fuera del horario laboral

- Si tiene **una emergencia que pone en peligro su vida**, debe llamar al 911 o acudir al departamento de emergencias del hospital más cercano. Como cliente(a) establecido(a) de CareNet Counseling, su proveedor(a) le brindará instrucciones sobre cómo comunicarse con nuestro servicio de guardia para asuntos urgentes fuera del horario laboral y fines de semana/días festivos.

**Posibles riesgos del tratamiento:** El proceso de terapia puede ser divertido y emocionante. También puede, a veces, ser muy desafiante, difícil e incluso doloroso. Al igual que con cualquier proceso significativo de cambio, existen beneficios y riesgos asociados con el cambio. Los riesgos pueden incluir, entre otros, experimentar sentimientos incómodos como tristeza, culpa, ansiedad, ira o frustración, o tener dificultades con otras personas. Si experimenta este tipo de dificultades, infórmele a su proveedor(a).

#### **Suspensión de Consejería**

El/la cliente(a) y el/la proveedor(a) pueden suspender la consejería de cualquiera de las siguientes maneras:

1. El/la cliente(a) y el/la proveedor(a) determinan mutuamente que las metas de consejería se han cumplido adecuadamente.
2. El/la cliente(a) y/o el/la proveedor(a) determinan que la consejería no está progresando satisfactoriamente y el proceso debe interrumpirse. En este caso, el proveedor puede ayudar con la referencia a otro proveedor.
3. El/la cliente(a) no ha visto al/a la proveedor(a) para una sesión en 60 días y no ha habido un acuerdo previo para mantener el caso abierto y activo.

#### **Procedimiento de queja**

Si no está satisfecho(a) con algún aspecto de su proceso de consejería, infórmele a su proveedor(a) para que pueda resolverse. Si cree que su proveedor(a) le ha tratado de manera injusta o poco ética y no puede resolver el problema, puede comunicarse con CareNet Inc. en 2000 W. 1<sup>st</sup> St., Winston Salem, NC 27104 para obtener aclaraciones sobre los derechos del/de la cliente(a) y/o presentar una queja. También puede comunicarse con el Director Regional local de CareNet o con la junta de licencias de su proveedor(a). El personal de la oficina puede proporcionarle la información de contacto del Director Regional local.

Si tiene alguna otra pregunta sobre nuestra colaboración, no dude en preguntarnos. Mi firma en este formulario:

**1. Confirma que he leído y entendido la información anterior.**

**2. Otorgo permiso para que el personal de CareNet busque atención médica de emergencia para mí de un hospital o de un médico.**

Nombre impreso del/de la cliente(a): \_\_\_\_\_

Firma del/de la cliente(a): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la persona legalmente responsable \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(si se necesita)

Firma del/de la proveedor(a): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_