



Nombre del cliente: _____ Historia clínica n.º: _____

¡Nos complace que haya elegido Children's Health Council! Este documento describe nuestro acuerdo con usted y las formas en que protegemos su privacidad. Léalo y firmelo, e infórmenos si tiene alguna pregunta.

Los clientes y padres/representantes legales aceptan recibir servicios de evaluación y tratamiento en Children's Health Council (CHC), que se definirán para incluir a todos los médicos, psicólogos, terapeutas, educadores y psiquiatras o psicólogos en capacitación y todos los miembros del personal relacionados. Los clientes y padres/representantes legales aceptan acordar lo siguiente:

1. Los clientes participarán en los servicios de evaluación y tratamiento con nuestro personal profesional. Un padre o representante legal, o en el caso de la custodia compartida ambos padres, deberán firmar y fechar este documento (y poner sus iniciales donde se indique) con el fin de poder brindarle atención a su hijo.
2. Según las necesidades clínicas del cliente, los servicios de evaluación y tratamiento serán prestados por uno o más miembros del personal clínico, educativo o conductual que tengan acceso a la historia clínica. Toda la información verbal o escrita contenida en historias clínicas y registros históricos se mantendrá de forma confidencial. Los datos de información o conclusión se pueden usar para evaluar los servicios y programas de CHC con el fin de garantizar la calidad. Sin identificar ninguna información individual del cliente, CHC puede usar datos para presentaciones, publicaciones, propósitos de investigación de resultados o tal como se describe en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.
3. CHC es una institución de formación acreditada para psicólogos predoctorales, terapeutas a nivel de maestría y residentes de psiquiatría. El personal de capacitación puede participar en la atención que los clientes reciben en CHC. La información confidencial se comparte con un médico experimentado para la supervisión clínica. Los servicios prestados por un médico en formación sin licencia requerirán completar un formulario de consentimiento específico por separado.
4. La información proporcionada durante los servicios de evaluación y tratamiento es confidencial. La información específica se divulga a agencias o personas externas solo después de obtener el consentimiento por escrito del cliente o de los padres/tutores legales. Las excepciones a la confidencialidad se detallan en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y a continuación:
 - Cuando un cliente, un miembro de la familia o un tercero manifiesta la intención de hacerse un daño grave a sí mismo o un daño a otras personas. CHC tiene la obligación legal de proteger a la persona, a la familia y a cualquier posible víctima.
 - Cuando existan razones para creer que hay abuso o negligencia hacia un niño o un adulto vulnerable. La ley exige que se informe a la policía o a otro organismo apropiado del condado.
 - Cuando un miembro del personal se entera de que una persona, deliberadamente, desarrolla, duplica, imprime, descarga, transmite, accede a través de cualquier medio electrónico o digital, o intercambia una cinta, fotografía, video u otra representación pictórica en la que un niño participa en un acto de conducta sexual obscena. La ley exige que se informen a la policía los casos que se describen.
 - Cuando ocurre una situación de emergencia, CHC se comunicará con un miembro de la familia u otra persona apropiada.
 - Por una orden judicial validada y firmada.
5. Las personas/familias tienen derecho a acceder a la información. CHC cumplirá con los derechos de los pacientes/las familias en cuanto a acceso a la información de acuerdo con las políticas y los procedimientos descritos en el Aviso de Prácticas de Privacidad, en cumplimiento con las leyes estatales y federales. Un menor tiene el derecho de solicitar que la información o los datos se mantengan fuera del alcance de sus padres o tutor legal. CHC cumplirá dichas solicitudes siempre que cumplan con los requisitos legales y profesionales apropiados; por ejemplo, cuando la confidencialidad es necesaria para proteger a un cliente de daños físicos o psicológicos, o cuando sea en beneficio del cliente. Los padres y tutores legales tienen derecho a la información sobre su hijo, y se hará lo posible para involucrar a las familias como socios en los servicios de evaluación y tratamiento. Puede solicitar una revisión de la información a un profesional de CHC con el fin de revisar los registros u obtener copias de los registros. Las copias de los registros pueden estar sujetas a cargos considerados razonables en circunstancias específicas, según lo permita la ley. CHC puede proporcionar un resumen de información a su criterio cuando se considere ético y legalmente apropiado en lugar de proporcionar registros con su consentimiento. CHC alternativamente puede divulgar a un terapeuta externo o un profesional calificado para que interprete la información clínica según lo solicite un padre/tutor, después de proporcionar a CHC un formulario de autorización de divulgación.
6. Si un niño es objeto de una orden judicial, acuerdo de conciliación o custodia, el padre o tutor a quien se le haya otorgado la custodia legal del niño debe proporcionar a CHC una copia de la orden/el acuerdo. CHC debe obtener el consentimiento de todas las personas con custodia legal o autoridad de toma de decisiones médicas para prestar los servicios. Los cuidadores deben proporcionar a CHC la documentación apropiada de la declaración jurada donde el consentimiento para el tratamiento sea aplicable. La persona o parte que haya obtenido o aceptado una modificación o cambio de custodia deberá proporcionar a CHC cualquier modificación o cambio de custodia legal o tutela del niño. Cualquier información relevante para la evaluación del niño o el tratamiento obtenida durante el tratamiento de un niño puede incluirse en informes e historias clínicas.



7. CHC reúne información de los niños y las familias a las que les presta servicios, para ayudar a cumplir nuestros objetivos y metas a través de estudios realizados por investigadores internos y externos. Al estampar sus iniciales en este documento, CHC está autorizado a divulgar su nombre y número de teléfono al personal de investigación. Un investigador autorizado por CHC puede contactarlo en el futuro. La persona que lo llame puede ofrecerle la oportunidad de que participe en investigaciones nuevas o en curso; sin embargo, usted no está obligado a participar en ninguna manera. Estampe sus iniciales en una de las siguientes dos declaraciones.

- Doy mi consentimiento para que me contacten: Iniciales del Cliente/Padre 1 _____ Iniciales del Padre 2 _____
No doy mi consentimiento para que me contacten: Iniciales del Cliente/Padre 1 _____ Iniciales del Padre 2 _____

8. Los honorarios, los contratos, las subvenciones y los fondos de asistencia financiera respaldan los servicios y programas de CHC. Un Gerente de Atención de CHC puede reunirse con usted para proporcionarle una estimación de los costos del servicio y del programa, y para discutir los acuerdos financieros. Se espera que los honorarios por los servicios se paguen el primer día de servicio, o antes, para los servicios de evaluación y tratamiento, a menos que subvenciones especiales, programas o contratos financien los servicios. Se espera que los grupos y las clases se paguen en su totalidad, por sesiones. El Estado de Cuenta del Cliente de CHC proporciona la información que necesita para presentar a su compañía de seguros si decide solicitar un reembolso. Al estampar sus iniciales a continuación, reconoce que es personalmente responsable del costo de los servicios incurridos en CHC.

- Iniciales del Cliente/Padre 1: _____ Iniciales del Padre 2: _____

9. Las citas programadas requieren un aviso de cancelación con 24 horas de anticipación. Si CHC no recibe un aviso antes del período mínimo de 24 horas, se le facturará el costo total de ese servicio individual. No se acreditarán reembolsos por la porción prepaga de las ausencias de sesiones individuales a grupos o clases. Es responsabilidad del cliente llegar a tiempo a cada cita o sesión. Si un cliente llega tarde a una cita o sesión, la cita o sesión terminará de todas formas a la hora programada originalmente, y se le facturará en su totalidad.

- Iniciales del Cliente/Padre 1: _____ Iniciales del Padre 2: _____

10. CHC hará lo posible para proteger a los niños y las familias mientras reciben los servicios. Sin embargo, CHC no es responsable por lesiones accidentales y no asume ninguna responsabilidad por lesiones que ocurran sin culpa ni por causa de negligencia por parte de los miembros del personal. CHC no proporciona ningún servicio de supervisión en el sitio para niños: los padres deben permanecer en el establecimiento durante la duración de los servicios prestados.

11. CHC proporciona "Telesalud" a los pacientes como un modo de prestar servicios de atención médica y salud pública a través de las tecnologías de información y comunicación, cuando sea apropiado. Este servicio puede incluir comunicación auditiva o visual para prestar servicios al paciente mientras están en un sitio de origen, y CHC está en un sitio distante. Además, su prestador conversará con usted en detalle sobre los beneficios y riesgos antes de contratar los servicios de Telesalud, y le proporcionará la información de su licencia/registro junto con la información de contacto de los recursos pertinentes, incluidos los servicios de emergencia en su área geográfica. Puede optar por revocar el consentimiento prestado a los servicios de Telesalud, luego, al informarlo al Funcionario de Privacidad al (650) 688-3612.

- Doy mi consentimiento para recibir servicios de Telesalud: Iniciales del Cliente/Padre 1 _____ Iniciales del Padre 2 _____
No doy mi consentimiento para recibir servicios de Telesalud: Iniciales del Cliente/Padre 1 _____ Iniciales del Padre 2 _____

Al firmar a continuación, acepto los términos y las condiciones descritos anteriormente y autorizo a CHC a prestar servicios de evaluación y tratamiento para mí, para mi hijo o para mi familia. También acepto ser financieramente responsable de esos servicios.

Cliente (Firma) _____ Fecha _____

Padre/Tutor 1 (Firma) _____ Fecha _____

Padre/Tutor 2 (Firma) _____ Fecha _____