

DERECHOS LEGALES: Todos los clientes tienen el derecho legal de:

- Rechazar servicios
- Buscar servicios alternativos de salud mental en otro lugar
- Presentar necesidades/quejas a través de los canales apropiados indicados en la sección de Quejas/ Reclamaciones de este documento
- Preguntar a su terapeuta sobre su formación y su enfoque terapéutico
- Elegir un representante autorizado que les asista en sus decisiones de tratamiento

PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES: La participación de los padres es fundamental para el éxito terapéutico. Si los derechos parentales han sido revocados, se requiere prueba legal de custodia. De lo contrario, su terapeuta involucrará a ambos padres en el proceso terapéutico, excepto cuando la ley disponga lo contrario.

CONFIDENCIALIDAD: Las conversaciones entre los clientes/sus familias y los profesionales de SWFGC se mantienen estrictamente confidenciales. No se divulgará información del cliente a menos que el cliente o su tutor legal proporcione consentimiento por escrito. Las posibles excepciones a la confidencialidad incluyen, entre otras, las siguientes situaciones:

- Peligro o amenaza inminente para usted u otras personas
- Abuso o negligencia de un menor o adulto vulnerable
- Asuntos legales en los que la información sea requerida por orden judicial
- Información solicitada por una compañía de seguros responsable de proporcionar cobertura de salud mental para fines de pago, supervisión o garantía de calidad
- Divulgaciones requeridas por ley

TRATAMIENTO DE MENORES: SWFGC no brindará tratamiento a un menor (menor de 14 años de edad) sin el consentimiento de un tutor legal. El tratamiento de menores de 14 años o más se revisa caso por caso y en cumplimiento con la ley aplicable.

ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA: En caso de emergencia, doy consentimiento a SWFGC para buscar atención médica de emergencia en mi nombre, incluyendo, pero no limitado a: administrar primeros auxilios, RCP, medicamentos, y contactar/informar al personal de emergencia, incluyendo operadores del 911, ambulancia, médico y/o fuerzas del orden público.

EMERGENCIAS: En caso de emergencia, cuando exista riesgo inminente de peligro, llame inmediatamente al 911. Una vez contactados los Servicios de Emergencia, comuníquese con su terapeuta asignado para informarle sobre la situación. Si tiene una necesidad clínica crítica y su terapeuta asignado y/o su supervisor no están disponibles, comuníquese con la Línea Estatal de Crisis de Nuevo México al 1-855-662-7474 y/o al 988 para todas las emergencias de salud mental.

INICIALES _____

CONTACTO TELEFÓNICO: Los terapeutas fomentan la comunicación de los clientes o tutores; sin embargo, si una llamada telefónica dura más de 5 minutos, el terapeuta podrá solicitar que programe una cita presencial o por telesalud.

MENSAJES DE TEXTO: SWFGC no permite la comunicación por mensajes de texto con su terapeuta, excepto para fines de programación de citas. NO envíe mensajes de texto a su terapeuta sobre asuntos clínicos.

CONSENTIMIENTO PARA MENSAJES DE TEXTO SOBRE PROGRAMACIÓN: Al firmar abajo, usted autoriza recibir mensajes de texto de SWFGC relacionados con la programación y recordatorios de citas.

CORREO ELECTRÓNICO: SWFGC no permite la comunicación por correo electrónico entre usted y su terapeuta por ningún motivo.

NORMAS DE LA SALA DE ESPERA: Debido a que se llevan a cabo sesiones terapéuticas dentro y alrededor del edificio, solicitamos que la sala de espera y el edificio permanezcan en silencio respetuoso.

- Recomendamos traer entretenimiento silencioso mientras espera
- No se permite comida ni bebida en la sala de espera
- Por favor regístrese con el personal de la oficina al llegar
- Si su hijo es menor de 14 años y recibe servicios, SWFGC requiere que permanezca en la sala de espera durante toda la sesión. Los padres/tutores no pueden dejar al menor ni salir del edificio en ningún momento durante la sesión si el menor tiene menos de 14 años. Si el menor tiene más de 14 años, puede retirarse del establecimiento durante la sesión.

POLÍTICA DE PAGO:

- El pago por los servicios debe organizarse antes del inicio del servicio con el terapeuta de admisión o en la sesión inicial con su terapeuta asignado
- Si no tiene seguro, hay tarifas privadas disponibles. Esto también incluye a personas que ya no son elegibles para Medicaid o que tienen beneficios para Nativos Americanos
- Los pagos y copagos se deben realizar al momento del servicio. Si paga en efectivo, por favor traiga el monto exacto, ya que SWFGC no mantiene efectivo en las instalaciones. SWFGC acepta pagos con tarjeta de crédito (solo Visa, MasterCard y Discover)

INICIALES _____

CLIENT ID: _____

SEGURO MÉDICO: Cuando los servicios son pagados por una compañía de seguros, es responsabilidad del cliente proporcionar información actualizada de la póliza para que SWFGC pueda facturar directamente al asegurador. No proporcionar información actualizada, no comunicar cambios en la póliza o no recertificarse con la aseguradora puede resultar en gastos de su propio bolsillo.

Para los clientes que eligen usar el seguro para pagar los servicios, al firmar abajo usted autoriza a SWFGC a procesar un reclamo con su compañía de seguros y recibir pago por los servicios proporcionados. También autoriza a SWFGC a divulgar la información requerida por su aseguradora para el pago de reclamos, supervisión o garantía de calidad.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN: SWFGC requiere aviso con 24 horas de anticipación para cancelar o reprogramar una cita. Si surge una emergencia y el cliente no puede asistir a la cita programada, comuníquese con su terapeuta lo antes posible.

QUEJAS/RECLAMACIONES: Usted tiene derecho a ser tratado de manera ética, profesional y respetuosa por todo el personal de SWFGC. Si tiene preguntas o inquietudes, llame al (505) 830-1871 y solicite hablar con el Director Clínico. Si considera que SWFGC no ha resuelto la situación de manera satisfactoria, puede comunicarse directamente con su compañía de seguros al número que aparece en su tarjeta de seguro.

CONFIRMACIÓN: Al firmar abajo, confirmo que he leído, entendido y cumpliré con las políticas clínicas definidas en este documento.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE: _____

FIRMA: _____

RELACIÓN CON EL CLIENTE: _____

FECHA: _____