Alan Behrman & Associates, PC

2876 Johnson Ferry Rd., Suite 150 Marietta, GA 30062

1041 Cambridge Square, Suite A Alpharetta, GA 30009

4855 River Green Pkwy, Suite 330 Duluth, GA 30096

2517 Jena St. New Orleans, LA 70115

info@alanbehrman.com 770-361-7864 www.alanbehrman.com

**INFORMACIÓN, AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**PARA EVALUACIÓN PSICOSOCIAL**

Bienvenido/a a **ALAN BEHRMAN & ASSOCIATES**. Estamos muy complacidos de que haya seleccionado nuestra práctica para su evaluación psicosocial, y esperamos sinceramente poder asistirle. Este documento está diseñado para informarle sobre lo que puede esperar de su terapeuta, las políticas sobre confidencialidad y emergencias, y varios otros detalles relacionados con su evaluación psicosocial aquí en **ALAN BEHRMAN & ASSOCIATES**. Aunque proporcionar este documento es parte de una obligación ética con nuestra profesión, más importante aún, es parte de nuestro compromiso con usted para mantenerlo/a completamente informado/a de cada parte de su experiencia. Tenga en cuenta que su relación con su terapeuta es colaborativa, y damos la bienvenida a cualquier pregunta, comentario o sugerencia sobre el curso de su evaluación psicosocial en cualquier momento.

**Perspectivas Teóricas y Participación del Cliente**

Para que su evaluación psicosocial sea lo más exitosa posible, es importante que tome un papel activo. Esto implica enviar de manera oportuna documentos complementarios a su terapeuta, como un certificado de matrimonio, informes policiales, declaraciones personales o declaraciones juradas, etc., preferiblemente antes de su entrevista inicial. Estos documentos son cruciales ya que respaldan la información que usted proporciona, mejorando la credibilidad de su informe. Antes de su primera cita, recibirá una lista detallada de los documentos específicos requeridos, según el tipo de beneficio migratorio que esté solicitando.

Su participación activa es clave durante sus entrevistas con su terapeuta. A diferencia de otras evaluaciones que tienen como objetivo demostrar estabilidad mental, una evaluación psicosocial de inmigración tiene un propósito diferente. Su objetivo es evaluar su salud mental considerando cualquier dificultad extrema o trauma que haya experimentado, y determinar si ocurriría un daño emocional adicional, trauma o dificultad extrema si usted, su cónyuge o un pariente tuvieran que salir (o no se les permitiera regresar) a los Estados Unidos. Por favor, evite cualquier sustancia que altere la mente, como el alcohol o las drogas sin receta, durante al menos ocho horas antes de sus sesiones de entrevista.

Como cliente, usted tiene el control total y puede terminar su relación con su terapeuta en cualquier momento. Tenga en cuenta que se le cobrarán las tarifas correspondientes para compensar de manera justa al terapeuta por el tiempo y el trabajo ya invertidos en su evaluación, incluso si decide retirarse del proceso. Le animamos a que nos informe si en algún momento siente que es necesario transferirse a otra práctica u otro terapeuta. Nuestro objetivo es apoyarlo/a durante todo el proceso de inmigración, y estamos muy comprometidos en ayudarle de la manera que parezca producir el máximo beneficio. Si en algún momento no puede asistir a sus citas o no tenemos noticias suyas durante un mes, necesitaremos cerrar su expediente. Sin embargo, siempre existe la opción de reabrir su caso y reanudar la evaluación, pero tenga en cuenta que pueden aplicarse tarifas adicionales.

**Confidentiality & Records**

Sus comunicaciones con su terapeuta se convertirán en parte de un expediente clínico, y se denominan Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Su PHI se almacenará electrónicamente con TherapyNotes, una empresa de almacenamiento segura que ha firmado un Acuerdo de Asociación Comercial (BAA, por sus siglas en inglés) conforme a HIPAA. El BAA garantiza que mantendrán la confidencialidad de su PHI en un formato seguro compatible con HIPAA, utilizando encriptación punto a punto aprobada por el gobierno federal. Su PHI también se mantendrá en un sistema informático protegido por contraseña en un formato de archivo encriptado.

Su abogado de inmigración lo/la refirió a esta evaluación para recopilar información relevante relacionada con su caso legal de inmigración. Para cumplir con nuestra función en asistirle con este asunto, cualquier información que proporcione a su terapeuta con el propósito de esta evaluación se compartirá con su abogado y sus representantes autorizados, incluidos los asistentes legales y personal que trabajan en el bufete. Para proceder en consecuencia, por favor proporcione el nombre de su abogado, asistente legal y/o bufete, los detalles de contacto y el consentimiento para este intercambio de comunicación entre su terapeuta y su equipo legal en el formulario de “Autorización de Divulgación de Información.” Esto también incluye la entrega electrónica de su informe.

Hay algunas otras personas que también pueden tener acceso a su PHI. El propietario de la práctica, Alan Behrman, puede revisar su caso con su terapeuta con el fin de brindarle el mejor servicio y evaluación posible. Como clínico licenciado, Alan Behrman también está obligado a mantener toda la información sobre los clientes confidencial. Además, uno de nuestros asistentes administrativos o nuestro gerente de negocios puede necesitar acceder a su expediente ocasionalmente por razones exclusivamente comerciales. Esto podría ser para verificar las fechas de los servicios, asegurarse de que toda la documentación requerida por HIPAA esté en el expediente (auditoría ocasional de expedientes), o alguna otra práctica comercial absolutamente necesaria. Sin embargo, tenga en cuenta que esto nunca incluiría la lectura de su evaluación psicosocial o información clínica relacionada. Además, cada asociado comercial ha firmado un contrato de confidencialidad reforzado por HIPAA, que detalla cómo deben manejarse los registros confidenciales.

Con fines de aseguramiento de calidad, el informe de su evaluación psicosocial puede ser revisado por un redactor fantasma y/o el supervisor de su terapeuta antes de ser entregado a la parte designada que usted indicó en el formulario de “Autorización de Divulgación de Información”. Esta revisión puede incluir el examen de cualquier documento complementario que proporcione para corroborar fechas, ortografía de nombres y precisión general de los datos fácticos en el informe. En algunos casos, se puede contratar a una agencia de traducción para servicios, y estarán presentes durante sus entrevistas para interpretar información sensible y confidencial. Esto también puede incluir la traducción de comunicaciones escritas o documentos, en algunos casos. Tenga la seguridad de que todas las personas involucradas están obligadas por estrictos Acuerdos de Asociación Comercial (BAAs) de HIPAA para proteger su privacidad.

Su terapeuta siempre mantendrá todo lo que diga completamente confidencial, con las siguientes excepciones: (1) usted instruye a su terapeuta para que le cuente a otra persona y firma un formulario de “Autorización de Divulgación de Información”; (2) su terapeuta determina que usted es un peligro para sí mismo/a o para otros; (3) usted informa sobre el abuso de un niño, una persona mayor o una persona discapacitada que pueda requerir protección; o (4) un juez ordena a su terapeuta divulgar información. En este último caso, la licencia de su terapeuta le proporciona la capacidad de mantener lo que legalmente se denomina “comunicación privilegiada.” La comunicación privilegiada es su derecho como cliente a tener una relación confidencial con un consejero. Si, por alguna razón inusual, un juez ordenara la divulgación de su información privada, esta orden puede ser apelada. No podemos garantizar que la apelación sea aceptada, pero haremos todo lo posible para mantener lo que usted diga confidencial. Dado que practicamos en más de un estado, nos aseguraremos de proporcionarle cualquier información adicional relacionada con la confidencialidad en el estado donde se encuentre en el momento de los servicios, según sea necesario.

**Relación Profesional**

Su relación con su terapeuta debe ser diferente de la mayoría de las relaciones. Puede diferir en cuánto tiempo dura, los objetivos o los temas discutidos. También debe limitarse únicamente a la relación de terapeuta y cliente. Si usted y su terapeuta interactuaran de cualquier otra manera, entonces tendrían una "relación dual," lo cual podría resultar perjudicial para usted a largo plazo y, por lo tanto, es poco ético en la profesión de salud mental. Las relaciones duales pueden generar conflictos entre los intereses del terapeuta y los intereses del cliente, y entonces los intereses del cliente (los suyos) podrían no ser priorizados. Para ofrecer a todos nuestros clientes la mejor atención, el juicio de su terapeuta debe ser imparcial y centrado únicamente en sus necesidades. Por eso su relación con su terapeuta debe permanecer profesional por naturaleza.

Hay una relación dual específica que estamos éticamente obligados a evitar. Esto es proveer terapia, psicoterapia, consejería o cualquier práctica similar mientras se lleva a cabo una evaluación o valoración psicosocial, incluso después de que el servicio haya concluido. Estos se consideran servicios mutuamente excluyentes, y debe contratar a un terapeuta específicamente para psicoterapia o consejería, lo cual se categoriza como "tratamiento" y no como "evaluación."

Por favor, consulte las definiciones a continuación para el estado de Georgia:

"Evaluación" significa el uso de técnicas formales e informales para identificar las fortalezas y debilidades de individuos, familias y grupos, y desarrollar un plan de intervención (Código Oficial de Georgia Anotado (O.C.G.A.), Título 43, Capítulo 10A, § 43-10A-3(1)).

"Consejería profesional" significa la aplicación de principios de salud mental, psicológicos y de desarrollo humano para facilitar el desarrollo y ajuste humano a lo largo de la vida; prevenir, diagnosticar y tratar trastornos mentales, emocionales o conductuales y las angustias asociadas que interfieren con la salud mental; realizar evaluaciones con el propósito de establecer metas y objetivos de tratamiento; y planificar, implementar y evaluar planes de tratamiento utilizando intervenciones de tratamiento en consejería (Código Oficial de Georgia Anotado (O.C.G.A.), Título 43, Capítulo 10A, § 43-10A-3(10)).

Por favor, consulte las definiciones a continuación para el estado de Carolina del Norte:

"Evaluación" significa seleccionar, administrar, calificar e interpretar instrumentos diseñados para evaluar las aptitudes, actitudes, habilidades, logros, intereses y características personales de un individuo, pero no incluirá el uso de técnicas proyectivas en la evaluación de la personalidad (Asamblea General de Carolina del Norte, Capítulo 90, Artículo 24, § 90-330(a)(2)).

"Consejería" significa asistir a individuos o grupos, a través de la relación de consejería, para desarrollar una comprensión de problemas personales, definir metas y planificar acciones que reflejen intereses, habilidades, aptitudes y necesidades según estén relacionadas con preocupaciones personales-sociales, progreso educativo y ocupaciones y carreras (Asamblea General de Carolina del Norte, Capítulo 90, Artículo 24, § 90-330(a)(3)).

Si está siendo evaluado en un estado diferente a Carolina del Norte, por favor consulte las definiciones de su estado de "Evaluación" vs. "Consejería."

Nuestra pasión es brindarle la mejor evaluación psicosocial posible. Por lo tanto, al firmar este documento, usted reconoce que su terapeuta le proporcionará una evaluación psicosocial específicamente para su caso de inmigración, y no terapia, psicoterapia, consejería, tratamiento u otro servicio similar. También entiende que esto significa que su terapeuta no participará en ninguna otra actividad forense, incluidas, pero no limitadas a, evaluaciones de custodia, declaraciones o procedimientos judiciales. Sin embargo, si por alguna razón nos vemos obligados a testificar ante un tribunal de justicia, requeriremos un anticipo de $3,000.00, y nuestra tarifa será de 500.00 por hora, además de que usted acepta ser responsable de los honorarios razonables de abogados que nos cobren nuestros asesores legales. Además, si recibimos una citación válida o una orden judicial para producir documentos que no podemos evitar, necesitaremos cobrarle tarifas razonables y habituales basadas en las pautas estatales y federales de $1.00 por página (o el máximo permitido por la ley) para producir esos registros. Si se acepta un resumen de su informe en lugar del conjunto completo de registros, cobramos la tarifa horaria prorrateada de su terapeuta por el tiempo para producir este resumen. También necesitaremos cobrarle los honorarios razonables de abogados asociados con esa producción, que se llevará a cabo a través de la oficina de mi asesor legal para preservar su confidencialidad.

Además, dado que los terapeutas están obligados a mantener la identidad de sus clientes confidencial, por mucho que su terapeuta quisiera, para proteger su confidencialidad, no lo/la saludará en público a menos que usted hable con él/ella primero. Su terapeuta también debe rechazar cualquier invitación para asistir a reuniones con su familia o amigos. Por último, cuando se complete su evaluación psicosocial, su terapeuta no podrá ser un amigo para usted como lo son sus otros amigos. En resumen, es deber de su terapeuta mantener siempre un rol profesional. Tenga en cuenta que estas pautas no están destinadas a ser descorteses de ninguna manera; están estrictamente para su protección a largo plazo.

**Declaración sobre Ética, Bienestar y Seguridad del Cliente**

**ALAN BEHRMAN & ASSOCIATES** le asegura que nuestros servicios se prestarán de manera profesional, de acuerdo con los estándares éticos de la Asociación Americana de Psicología. Si en algún momento siente que su terapeuta no está actuando de manera ética o profesional, le pedimos que, por favor, se lo comunique de inmediato. Si no pueden resolver su preocupación, le proporcionaremos información para contactar a la junta de licencias profesionales que regula la profesión del terapeuta.

Debido a la naturaleza misma de las evaluaciones de inmigración, por mucho que nos gustaría garantizar resultados específicos respecto a su caso, no podemos hacerlo. Además, no podemos proporcionar ningún asesoramiento legal. Sin embargo, su terapeuta, con su participación, trabajará para lograr la mejor evaluación psicosocial posible para usted.

Por favor, tenga en cuenta que, en ocasiones, las personas encuentran que se sienten algo peor durante y después de someterse al proceso de evaluación. Esto puede ocurrir al comenzar a discutir ciertas áreas sensibles de su vida. Sin embargo, un tema generalmente no es sensible a menos que necesite atención. Por lo tanto, se recomienda encarecidamente que realice un seguimiento con algún tipo de tratamiento de salud mental. Una vez que usted y su terapeuta determinen sus necesidades específicas, él/ella podrá proporcionarle referidos adecuados para terapia o consejería, tratamiento psiquiátrico y/u otros recursos relevantes.

Para la seguridad de todos nuestros clientes, sus familiares y niños acompañantes, así como de nuestros terapeutas y personal, **ALAN BEHRMAN & ASSOCIATES** mantiene una política de cero tolerancia respecto a las armas. No se permite ningún tipo de arma en las instalaciones, incluidas pistolas, explosivos, municiones, cuchillos, espadas, hojas de afeitar, gas pimienta, garrotes o cualquier cosa que pueda ser perjudicial para usted o para otros. **ALAN BEHRMAN & ASSOCIATES** se reserva el derecho de contactar a las autoridades policiales y/o terminar el tratamiento con cualquier cliente que viole nuestra política de armas.

**Declaración de Salud Mental a Distancia**

En nuestra sociedad tecnológica en constante cambio, hay varias maneras en las que podríamos comunicarnos y/o seguirnos electrónicamente. Es de suma importancia para nosotros mantener su confidencialidad, respetar sus límites y asegurar que su relación con su terapeuta se mantenga profesional.

La Salud Mental a Distancia se define de la siguiente manera:

"La Salud Mental a Distancia se refiere al modo de prestar servicios a través de medios asistidos por tecnología, tales como, pero no limitados a, un teléfono, video, internet, un teléfono inteligente, tableta, sistema de PC de escritorio u otros medios electrónicos utilizando tecnología de encriptación adecuada para la información de salud electrónica. La Salud Mental a Distancia facilita la autogestión del cliente y el apoyo para los clientes e incluye interacciones sincrónicas y transferencias asincrónicas de almacenamiento y reenvío." (Código de Georgia 135-11-.01)

Carolina del Norte reconoce la prestación de servicios de salud mental a través de la telemedicina, aunque puede que no utilice el término específico "Salud Mental a Distancia." Los servicios de telemedicina en Carolina del Norte están regulados por las juntas de licencias del estado y pueden requerir la adhesión a estándares específicos de práctica, incluidos el consentimiento informado, la documentación y la seguridad.

La Salud Mental a Distancia es un concepto relativamente nuevo, a pesar de que muchos terapeutas han estado utilizando medios asistidos por tecnología durante años. Las violaciones de confidencialidad en la última década han evidenciado que la Información de Salud Personal (PHI) relacionada con la tecnología necesita un nivel adicional de protección. Además, hay varios otros factores que deben considerarse con respecto a la prestación de servicios de Salud Mental a Distancia para brindarle el más alto nivel de servicio. Por lo tanto, nuestros terapeutas han completado una formación especializada en Salud Mental a Distancia. También hemos desarrollado varias políticas y medidas de protección para garantizar que su PHI permanezca confidencial. Estas se discuten a continuación.

**Explicación de las Diferentes Formas de Medios Asistidos por Tecnología**

**Teléfono a través de línea fija:**

Es importante que sepa que incluso los teléfonos de línea fija pueden no ser completamente seguros y confidenciales. Existe la posibilidad de que alguien pueda escuchar o incluso interceptar sus conversaciones con tecnología especial. Las personas que tienen acceso a su teléfono o a su factura telefónica pueden determinar con quién ha hablado, quién inició esa llamada y cuánto duró la conversación. Si tiene una línea fija y nos proporcionó ese número de teléfono, podemos contactarlo/a en esta línea desde nuestra propia línea fija en nuestra oficina o desde un teléfono celular, generalmente solo con el propósito de programar una cita si es necesario. Si esta no es una forma aceptable de contactarlo/a, por favor háganoslo saber a su terapeuta.

**Teléfonos celulares:**

Además de las líneas fijas, los teléfonos celulares pueden no ser completamente seguros o confidenciales. También existe la posibilidad de que alguien pueda escuchar o interceptar sus conversaciones. Tenga en cuenta que las personas que tienen acceso a su teléfono celular o a su factura de teléfono celular pueden ver con quién ha hablado, quién inició esa llamada, cuánto duró la conversación y dónde se encontraba cada parte cuando ocurrió esa llamada. Sin embargo, nos damos cuenta de que la mayoría de las personas tienen y utilizan un teléfono celular. También podemos usar un teléfono celular para contactarlo/a, generalmente solo con el propósito de programar una cita si es necesario. Además, su terapeuta puede guardar su número de teléfono en su celular, pero estará listado solo por sus iniciales sin descriptores. Si esto es un problema, por favor informe a su terapeuta, y él/ella estará encantado/a de discutir otras opciones.

**Mensajes de Texto:**

Los mensajes de texto no son un medio de comunicación seguro y pueden comprometer su confidencialidad. Además, a veces las personas malinterpretan el significado de un mensaje de texto y/o la emoción detrás de él. Por lo tanto, no utilizamos mensajes de texto en esta práctica terapéutica y no responderemos a un mensaje de texto para su protección. Si por casualidad me envía un mensaje de texto por accidente, debe saber que estamos obligados a mantener una copia o resumen de todos los mensajes de texto como parte de su expediente clínico que aborde cualquier cosa relacionada con la evaluación.

**Correo Electrónico:**

Utilizamos una plataforma de correo electrónico segura que está alojada por Hushmail. Hemos elegido esta tecnología porque está encriptada según el estándar federal, es compatible con HIPAA y ha firmado un Acuerdo de Asociación Comercial (BAA) conforme a HIPAA. El BAA significa que la empresa está dispuesta a atestiguar el cumplimiento de HIPAA y asumir la responsabilidad de mantener su PHI segura. Si optamos por utilizar el correo electrónico como parte de su evaluación psicosocial, le recomendamos que también utilice este tipo de software para protección de su parte. De lo contrario, cuando responda a uno de los correos electrónicos de su terapeuta, todo lo que escriba además de lo que su terapeuta le haya escrito (a menos que lo elimine) ya no será seguro. Nuestro servicio de correo electrónico encriptado solo funciona para enviar información y no controla lo que sucede en su lado.

También le recomendamos firmemente que solo se comunique a través de un dispositivo que usted sepa que es seguro y tecnológicamente protegido (por ejemplo, que tenga un firewall y software antivirus instalado, esté protegido por contraseña, no acceda a Internet a través de una red inalámbrica pública, etc.). Si se encuentra en una crisis, por favor no nos lo comunique por correo electrónico, ya que es posible que no lo veamos a tiempo. En su lugar, consulte a continuación en "Procedimientos de Emergencia".

Si se encuentra en una crisis, por favor no nos lo comunique por correo electrónico, ya que es posible que no lo veamos a tiempo. En su lugar, consulte a continuación en "Procedimientos de Emergencia". Finalmente, también debe saber que estamos obligados a mantener una copia o un resumen de todos los correos electrónicos como parte de su expediente que aborde cualquier aspecto relacionado con su evaluación psicosocial.

**Redes Sociales - Facebook, Twitter, LinkedIn, Instagram, Pinterest, etc.:**

Es nuestra política no aceptar solicitudes de "amistad" o "conexión" de ningún cliente actual o anterior en las redes sociales personales de nuestros terapeutas, como Facebook, Twitter, Instagram, Pinterest, etc., porque esto podría comprometer su confidencialidad y desdibujar los límites de su relación.

**Videoconferencia (VC):**

La videoconferencia es una opción para que su terapeuta realice sesiones remotas con usted a través de Internet, donde pueden hablar y verse en una pantalla. Utilizamos Psychology Today. Esta plataforma de videoconferencia está encriptada según el estándar federal, es compatible con HIPAA y ha firmado un Acuerdo de Asociación Comercial (BAA) conforme a HIPAA. El BAA significa que Psychology Today está dispuesto a atestiguar el cumplimiento de HIPAA y asume la responsabilidad de mantener su interacción de videoconferencia segura y confidencial. Si usted y su terapeuta deciden utilizar esta tecnología, su terapeuta le dará instrucciones detalladas sobre cómo iniciar sesión de manera segura. Si alguno de nosotros encuentra problemas tecnológicos con Psychology Today, otras plataformas de videoconferencia que también han firmado un BAA, como Zoom y Doxy.me, pueden usarse como respaldo. También le pedimos que inicie sesión en la plataforma al menos cinco minutos antes de la hora de su sesión para asegurarse de que usted y su terapeuta comiencen puntualmente. Además, usted es responsable de iniciar la conexión con su terapeuta en el momento de su cita.

Le recomendamos encarecidamente que solo se comunique a través de una computadora o dispositivo que usted sepa que es seguro (por ejemplo, que tenga un firewall y software antivirus instalado, esté protegido por contraseña, no acceda a Internet a través de una red inalámbrica pública o pueda activar una red privada virtual, etc.).

**Recomendaciones para Sitios Web o Aplicaciones (Apps):**

Durante el curso de la evaluación psicosocial, su terapeuta puede recomendarle que visite ciertos sitios web para obtener información pertinente o autoayuda. Su terapeuta también puede recomendar ciertas aplicaciones que podrían serle de ayuda y mejorar su tratamiento. Tenga en cuenta que los sitios web y las aplicaciones pueden tener dispositivos de seguimiento que permiten a software automatizado u otras entidades saber que ha visitado estos sitios o aplicaciones. Incluso pueden utilizar su información para intentar venderle otros productos. Además, cualquier persona que tenga acceso al dispositivo que utilizó para visitar estos sitios y/o aplicaciones puede ver que ha estado en estos sitios al revisar el historial en su dispositivo. Por lo tanto, es su responsabilidad decidir si desea esta información como complemento a su evaluación psicosocial o si prefiere que su terapeuta no haga estas recomendaciones. Por favor, informe a su terapeuta marcando (o no marcando) la casilla correspondiente al final de este documento.

**Almacenamiento Electrónico de Registros:**

Sus comunicaciones con nosotros se convertirán en parte de un expediente clínico, y se denominan Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Su PHI se almacenará electrónicamente con TherapyNotes, una empresa de almacenamiento segura que ha firmado un Acuerdo de Asociación Comercial (BAA) conforme a HIPAA. El BAA garantiza que mantendrán la confidencialidad de su PHI en un formato seguro compatible con HIPAA, utilizando encriptación punto a punto aprobada por el gobierno federal. Su PHI también se mantendrá en una computadora protegida por contraseña en un formato de archivo encriptado.

**Transferencia Electrónica de PHI para Ciertas Transacciones con Tarjeta de Crédito:**

Su PHI se transferirá de manera segura electrónicamente a TherapyNotes. Esta empresa de facturación ha firmado un Acuerdo de Asociación Comercial (BAA) conforme a HIPAA. El BAA garantiza que mantendrán la confidencialidad de su PHI en un formato seguro compatible con HIPAA, utilizando encriptación punto a punto aprobada por el gobierno federal. Además, si se factura a su proveedor de seguros, generalmente recibirá correspondencia de su compañía de seguros, de mi empresa de facturación o de ambas.

**Sus Responsabilidades para la Confidencialidad y la Salud Mental a Distancia**

Por favor, comuníquese solo a través de dispositivos que usted sepa que son seguros, como se describió anteriormente. También es su responsabilidad elegir un lugar seguro para interactuar con medios asistidos por tecnología y ser consciente de que familiares, amigos, empleadores, compañeros de trabajo, extraños y piratas informáticos podrían escuchar sus comunicaciones o tener acceso a la tecnología con la que está interactuando. Además, usted acepta no grabar ninguna sesión de Salud Mental a Distancia.

**En Caso de Fallo Tecnológico**

Durante una sesión de Salud Mental a Distancia, usted y su terapeuta podrían experimentar un fallo tecnológico. El plan de respaldo más confiable es contactarse mutuamente por teléfono. Por favor, asegúrese de tener un teléfono con usted y de que su terapeuta tenga ese número de teléfono. Su terapeuta también puede sugerir utilizar otras opciones de videoconferencia como respaldo si lo prefiere.

Si usted y su terapeuta se desconectan de una sesión de videoconferencia o chat, finalicen y reinicien la sesión. Si no pueden reconectarse dentro de diez minutos, por favor llame a su terapeuta.

Si usted y su terapeuta están en una sesión telefónica y se desconectan, por favor llame nuevamente a su terapeuta o póngase en contacto con él/ella para programar otra cita. Si el problema se debe al servicio telefónico de su terapeuta y no pueden reconectarse, su terapeuta no le cobrará por esa sesión.

**Limitaciones de los Servicios de Salud Mental a Distancia**

Los servicios de Salud Mental a Distancia pueden tener algunas limitaciones. Principalmente, existe el riesgo de malentendidos cuando la comunicación carece de señales visuales o auditivas. Por ejemplo, si la calidad de video es deficiente por alguna razón, su terapeuta podría no notar una lágrima en su ojo. O, si la calidad del audio es insuficiente, su terapeuta podría no percibir el temblor en su voz que fácilmente podría detectar si estuviera en persona.

También puede haber una interrupción en el servicio (por ejemplo, que se corte la llamada telefónica o se caiga el video). Esto puede ser frustrante e interrumpir el flujo normal de la interacción personal.

Por favor, sepa que su terapeuta tiene el máximo respeto y consideración positiva por usted y su bienestar. Su terapeuta nunca haría ni diría nada intencionalmente para herirlo/a, y le animamos encarecidamente a que le informe a su terapeuta si algo que ha hecho o dicho le ha molestado. Le invitamos a mantener una comunicación abierta con su terapeuta en todo momento para reducir cualquier posible daño.

**Identificación y Contraseñas para Nuevos Clientes**

Durante su primera sesión, su terapeuta le pedirá que muestre una identificación con foto válida y otra forma de verificación de identidad, como una tarjeta de crédito a su nombre. En este momento, también elegirá una contraseña, frase o número que utilizará para identificarse en todas las sesiones futuras. Este procedimiento evita que otra persona se haga pasar por usted.

**Consentimiento para Servicios de Salud Mental a Distancia**

Por favor, marque los servicios de Salud Mental a Distancia que **NO** está autorizando que utilice para su tratamiento o propósitos administrativos. Juntos, determinaremos cuál es el mejor modo de comunicación para usted. Sin embargo, puede cambiar de opinión y autorizar el uso de cualquiera de estos servicios en cualquier momento durante el curso de su evaluación psicosocial, simplemente notificándomelo por escrito. Si no ve un elemento discutido previamente en este documento listado para que pueda optar por no participar, es porque es una característica estándar incorporada en la mayoría de las prácticas de terapia, y estaré utilizando esa tecnología a menos que usted lo negocie de otra manera (por ejemplo, una plataforma de registros de salud electrónicos encriptada que incluye un portal para comunicación y programación). Nuevamente, por favor, opte por no utilizar cualquiera de las siguientes tecnologías que **NO** desearía que utilice en su evaluación.

* Recomendaciones para Sitios Web o Aplicaciones (Apps)

En resumen, la tecnología está en constante cambio, y todo lo anterior tiene implicaciones que quizás no percibamos en este momento. No dude en hacer preguntas, y por favor sepa que estamos abiertos a cualquier sentimiento o pensamiento que tenga sobre estas y otras modalidades de comunicación.

**Tiempo de Respuesta en la Comunicación**

Nuestra práctica se considera una institución ambulatoria y está diseñada para atender a personas que son razonablemente seguras y cuentan con recursos. No usamos “beepers” ni estamos disponibles en todo momento. Si en algún momento siente que este nivel de apoyo no es suficiente, por favor infórmeselo a su terapeuta, quien podrá discutir recursos adicionales o remitir su caso a un terapeuta o clínica con disponibilidad las 24 horas. Devolveremos llamadas y/o correos electrónicos dentro de 24 horas; sin embargo, no respondemos llamadas y/o correos electrónicos durante los fines de semana o días festivos. Si está atravesando una emergencia de salud mental y necesita asistencia inmediata, por favor siga las instrucciones que se indican a continuación.

**En Caso de Emergencia**

Si tiene una emergencia de salud mental, le recomendamos que no espere una llamada de regreso, sino que haga una o más de las siguientes acciones:

GEORGIA (Atlanta y áreas circundantes):

* Llame a Behavioral Health Link/GCAL: 800-715-4225
* Llame al Hospital Universitario Emory en Wesley Woods: 404-728-6222
* Llame a Ridgeview Institute: 770-434-4567
* Llame a Peachford Hospital: 770-454-5589
* Llame o envíe un mensaje de texto a la Línea de Prevención del Suicidio y Crisis: 988
* Línea de Texto de Crisis: Envíe un mensaje de texto con la palabra "Home" al 741741
* Llame al 911
* Vaya a la sala de emergencia de su elección

CAROLINA DEL NORTE (área del triángulo):

* Llame a la línea de ayuda Hope4NC Helpline: 1-855-587-3463
* Llame a Atrium Health Wake Forest Baptist MHS en Jonestown Road: 336-716-4551
* Llame a Novant Health Behavioral Health Center: 336-718-3550
* Llame a Cone Health Behavioral Health Hospital: 336-832-9700
* Llame al Guilford County Behavioral Health Center: 336-890-2700
* Llame o envíe un texto al 988 a la Línea de Prevención del Suicidio y Crisis
* Línea de Texto Crisis: Envíe un mensaje de texto con la palabra “Home” al 741741
* Llame al 911
* Vaya a la sala de emergencia de su elección

Números Nacionales:

* Llame o envíe un mensaje de texto al 988 Suicide & Crisis Lifeline
* Línea de Texto de Crisis: Envíe el mensaje "Home" al 741741
* Línea de Ayuda de la Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales (NAMI): 1-800-950-NAMI (6264)
* Línea Nacional de Ayuda de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA): 1-800-662-HELP (4357)
* Línea de Crisis para Veteranos: Llame al 1-800-273-8255 y presione 1, o envíe un mensaje de texto al 838255
* Llame al 911
* Vaya a la sala de emergencias de su elección

Si usted y su terapeuta deciden incluir la telesalud mental como parte de su tratamiento, hay procedimientos adicionales que necesitamos implementar específicamente para los servicios de telesalud mental. Estos son para su seguridad en caso de una emergencia y son los siguientes:

* Usted entiende que si está teniendo pensamientos suicidas o homicidas, experimentando síntomas psicóticos, o en una crisis que no podemos resolver de manera remota, podemos determinar que necesita un nivel de atención más alto y que los servicios de telesalud mental no son apropiados.
* Requerimos una Persona de Contacto de Emergencia (ECP, por sus siglas en inglés) a quien podamos contactar en su nombre solo en una emergencia que ponga en peligro su vida. Por favor, escriba el nombre y la información de contacto de esta persona a continuación. Usted o nosotros verificaremos que su ECP esté dispuesto y sea capaz de ir a su ubicación en caso de una emergencia. Además, si usted, su ECP o nosotros determinamos que es necesario, el ECP acepta llevarlo a un hospital. Su firma al final de este documento indica que entiende que solo contactaremos a esta persona en las circunstancias extremas mencionadas anteriormente. Por favor, liste a su ECP aquí:

Nombre y relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Usted acepta informar a su terapeuta de la dirección donde se encuentra al comienzo de cada sesión de telesalud mental. Usted acepta informar a su terapeuta del hospital de salud mental más cercano a su ubicación principal al que prefiere ir en caso de una emergencia de salud mental (generalmente ubicado donde usted estará típicamente durante una sesión de telesalud mental). Por favor, liste este hospital y su número de contacto aquí:

Hospital: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Estructura y Costo de la Evaluación Psicosocial**

Según sus necesidades de evaluación, su terapeuta puede ofrecer sesiones por teléfono, correo electrónico o videoconferencia (Salud Mental a Distancia). El proceso de evaluación implica múltiples sesiones de telemedicina con un terapeuta para evaluar su salud mental. Estas sesiones suelen durar entre una y dos horas cada una, y el número de sesiones varía entre dos y cuatro, dependiendo de las necesidades individuales. Después de su entrevista final, su terapeuta tendrá hasta 30 días para completar y entregar su evaluación psicosocial. Su terapeuta elaborará un informe integral que combine sus observaciones clínicas, los resultados de la evaluación y cualquier documento relevante que usted proporcione. Este informe completo requiere atención y análisis cuidadosos, y para garantizar la evaluación de la más alta calidad, apreciamos su paciencia durante este proceso. Estamos comprometidos a proporcionar evaluaciones exhaustivas y precisas a los clientes que servimos.

Después de completar la evaluación escrita, su terapeuta puede contactarlo brevemente por teléfono para aclarar cualquier detalle. Para garantizar la precisión y calidad, el informe puede someterse a un proceso de revisión por parte del propietario de la práctica, un supervisor o un revisor externo calificado. Todas las partes involucradas se adhieren estrictamente a las regulaciones de HIPAA para proteger su privacidad. Este paso adicional ayuda a identificar posibles omisiones y a mantener los más altos estándares de una evaluación psicosocial.

El costo de la evaluación psicosocial es de **$1,500**, lo que cubre tanto las sesiones de entrevista con su terapeuta como el informe escrito completo. El pago puede realizarse en su totalidad al final de su primera entrevista. Alternativamente, puede optar por pagar un depósito de $750 por adelantado, con el saldo restante a pagar cuando pueda programar su primera entrevista. Normalmente, las entrevistas se programan con al menos una semana de diferencia, pero entendemos que las circunstancias pueden variar. Tenga en cuenta que se requiere el pago completo antes de que el informe sea entregado a su abogado, asistente legal u otra parte designada.

En caso de una solicitud urgente, tiene la opción de acelerar su evaluación por una tarifa adicional de $500 como "urgencia" para garantizar que su evaluación reciba tratamiento prioritario por parte de uno de nuestros terapeutas, asegurando la entrega para la fecha solicitada si es antes de nuestro plazo estándar de un mes. Por favor, entienda que este costo adicional no está destinado a ser oportunista o explotador. Dado el alto volumen de casos que manejamos, esta es la única manera en que podemos acomodar de manera justa las evaluaciones aceleradas. Al pagar la tarifa de "urgencia", su terapeuta priorizará sus entrevistas y/o informe sobre los de otros clientes que también hayan pagado la misma cantidad. Este sistema asegura que no mostremos trato preferencial y mantengamos la equidad para todos los clientes. Además, la tarifa de "urgencia" garantiza que su terapeuta sea compensado de manera justa por el tiempo y esfuerzo adicionales requeridos para completar su evaluación antes de lo habitual. Esto a menudo implica ajustar su horario y trabajar fuera de horas regulares, incluyendo horas extra. Además, la persona responsable de revisar su evaluación también deberá acomodar esta solicitud acelerada y será compensada en consecuencia.

Su abogado puede solicitarle que escriba una declaración personal o carta para su caso de inmigración. Le recomendamos encarecidamente que intente escribir esto usted mismo. Sin embargo, si le resulta difícil articular sus pensamientos o la tarea se vuelve abrumadora, ofrecemos un servicio de consulta para declaraciones, donde un terapeuta capacitado o miembro del personal puede ayudarlo a preparar su carta por una tarifa de $300 por carta. Tenga en cuenta que esta consulta está diseñada para ayudarlo a expresar sus propias palabras. En ningún momento el terapeuta o miembro del personal sustituirá sus palabras por las suyas o la escribirá por usted. Nuestra función es guiarlo haciendo las preguntas correctas, proporcionando una plantilla, escribiendo mientras habla, organizando el contenido, traduciendo y asegurando la gramática y sintaxis adecuadas.

Si su caso de inmigración está experimentando retrasos, especialmente si han pasado más de dos años desde su evaluación psicosocial inicial sin ninguna respuesta, su abogado puede recomendar actualizar su informe. Podemos preparar un apéndice para su caso a un costo de $600, que sirve como un informe actualizado sobre su salud mental desde la evaluación original. Este apéndice implica reunirse una o dos veces para volver a realizar las evaluaciones, documentar cualquier evento significativo que haya ocurrido desde la evaluación inicial y anotar cualquier actualización o cambio en su salud mental. También indicará si sus diagnósticos han permanecido igual, han cambiado o han empeorado.

Aceptamos pagos en efectivo, cheques personales y tarjetas de crédito, y le proporcionaremos un recibo detallado del pago. Requerimos una tarjeta de crédito por adelantado para la evaluación psicosocial para facilitar la facturación. Por favor, firme el Formulario de Pago con Tarjeta de Crédito, que se le envió por separado e indica que podemos cargar a su tarjeta sin que usted esté físicamente presente. Su tarjeta de crédito se cargará al finalizar la primera y segunda entrevista.

**Seguro**

Las evaluaciones psicosociales de inmigración no están cubiertas por el seguro de salud. El propósito principal de una evaluación psicosocial de inmigración es proporcionar evidencia para un caso de inmigración, no tratar una condición de salud mental. Es importante entender que, aunque estas evaluaciones son esenciales para muchos casos de inmigración, se consideran gastos legales o relacionados con la inmigración en lugar de costos de atención médica.

**Política de Cancelación**

Si no puede asistir a una cita, debe notificar a su terapeuta al menos 24 horas antes. Tenga en cuenta que las sesiones perdidas incurrirán en una tarifa de $75. Entendemos que pueden ocurrir imprevistos y, aunque es posible que podamos eximir esta tarifa una vez, las citas perdidas subsecuentes sin el aviso adecuado serán cobradas.

También entendemos que los planes pueden cambiar. Si necesita interrumpir el proceso de evaluación psicosocial por cualquier motivo, por favor infórmenos. Tenga en cuenta que, incluso si decide retirarse del proceso, usted acepta que podemos facturarle o retener un pago parcial correspondiente al costo total de la evaluación, ya que su terapeuta debe ser compensado por el tiempo invertido y el trabajo realizado en su evaluación, como conducir las entrevistas, calificar las evaluaciones y redactar partes del informe. El terapeuta generará una factura detallando el tiempo específico dedicado a su evaluación hasta el momento de su retiro, y el monto se calculará prorrateándolo según la tarifa horaria de su terapeuta.

Además, su firma a continuación indica que entiende que, si disputa un cargo por cancelación en su tarjeta de crédito, tendremos que proporcionar este documento a su compañía de tarjeta de crédito como prueba de que usted aceptó esta política. Esto implicará que su compañía de tarjeta de crédito verificará que usted aceptó ser atendido en nuestra práctica. No divulgaremos ninguna Información de Salud Protegida (PHI) aparte de este Consentimiento Informado en el que usted acepta nuestras políticas.

**Nuestro Acuerdo para Realizar una Evaluación Psicosocial**

Por favor, imprima, feche y firme su nombre a continuación indicando que ha leído y comprende el contenido de este formulario de "Información, Autorización y Consentimiento para el Tratamiento", así como el "Aviso de Prácticas de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA)" que se le proporcionó por separado. Su firma también indica que está de acuerdo con las políticas de su relación con su terapeuta y está autorizando a su terapeuta a comenzar la evaluación psicosocial con usted.

Esperamos sinceramente poder ayudarlo durante esta fase de su proceso de inmigración y proporcionar una evaluación exhaustiva que refleje con precisión su situación única. Si tiene alguna pregunta sobre alguna parte de este documento, por favor consulte a su terapeuta.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del Cliente (Por favor, imprima) Fecha**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del Cliente**

**Si aplica:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del Padre, Madre o Tutor Legal (Por favor, imprima) Fecha**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del Padre, Madre o Tutor Legal**

Alan Behrman & Associates, PC

2876 Johnson Ferry Rd., Suite 150 Marietta, GA 30062

1041 Cambridge Square, Suite A Alpharetta, GA 30009

4855 River Green Pkwy, Suite 330 Duluth, GA 30096

2517 Jena St. New Orleans, LA 70115

info@alanbehrman.com 770-361-7864 www.alanbehrman.com

**CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

Si hay otras partes que pueden ayudar en el proceso de evaluación y usted cree que sería útil que su terapeuta las contacte con respecto a su evaluación psicosocial, por favor lea cuidadosamente y complete este documento.

La siguiente es una autorización para que las partes indicadas consulten entre sí con respecto a su evaluación psicosocial. La información compartida tiene el único propósito de facilitar esta evaluación para usted como cliente. Por favor, proporcione la información necesaria y su firma con la fecha de hoy, como se indica a continuación.

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Yo, **\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(cliente)**, por la presente autorizo a **\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(terapeuta)**, y a la(s) siguiente(s) parte(s) a discutir la información de mi tratamiento de salud mental y compartir los registros obtenidos en el curso del tratamiento psicoterapéutico, incluyendo, pero no limitado a, el diagnóstico del terapeuta y el informe escrito:

**Abogado(a):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Paralegal/Asistente Legal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma de Abogados/Compañía:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tenga en cuenta que la evaluación psicosocial no está condicionada a que firme esta autorización, y usted tiene el derecho de negarse a firmar este formulario.

Por favor, indique su preferencia con respecto a la información que se compartirá:

\_\_\_\_ Las partes mencionadas anteriormente pueden discutir m información médica y/o de salud mental sin

limitaciones.

\_\_\_\_ Prefiero limitar la información compartida entre las partes mencionadas anteriormente. Las limitaciones que me gustaría hacer son las siguientes:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Además, las partes mencionadas anteriormente, el terapeuta y la(s) persona(s) o entidad(es) designada(s) en este formulario, acuerdan intercambiar información solo entre ellos mismos (y/o sus agentes). Cualquier divulgación de información más allá de estas partes se considera una violación de la confidencialidad.

Su firma a continuación indica que usted entiende que tiene derecho a recibir una copia de esta autorización. Su firma también indica que usted es consciente de que cualquier cancelación o modificación de esta autorización debe ser por escrito, y que usted tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, a menos que el terapeuta mencionado anteriormente haya tomado medidas basándose en ella. Además, si decide revocar esta autorización, dicha revocación debe ser por escrito y recibida por el terapeuta mencionado anteriormente para que sea efectiva.

**Firma del Cliente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma de Padre, Madre o Tutor Legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alan Behrman & Associates, PC

2876 Johnson Ferry Rd., Suite 150 Marietta, GA 30062

1041 Cambridge Square, Suite A Alpharetta, GA 30009

4855 River Green Pkwy, Suite 330 Duluth, GA 30096

2517 Jena St. New Orleans, LA 70115

info@alanbehrman.com 770-361-7864

www.alanbehrman.com

**Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA)**

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.**

**I. COMPROMISO CON SU PRIVACIDAD:**  THE HAPPY PLACE COUNSELING & EVALUATIONS, LLC (en adelante denominada "Esta Práctica") se dedica a mantener la privacidad de su información de salud protegida (PHI) e información de salud protegida electrónica (ePHI) (en adelante condensada y referida simplemente como PHI). La PHI es información que puede identificarlo y que se relaciona con su condición de salud física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados, ya sea en formato papel o electrónico. Este Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso") es requerido por ley para proporcionarle los deberes legales y las prácticas de privacidad que Esta Práctica mantiene con respecto a su PHI. También describe cómo se puede usar y divulgar la información médica y de salud mental, así como sus derechos con respecto a su PHI. Por favor, lea cuidadosamente y discuta cualquier pregunta o inquietud con su terapeuta.

**II. DEBER LEGAL DE PROTEGER SU PHI:** Por ley federal y estatal, Esta Práctica está obligada a garantizar que su PHI se mantenga privada. Este Aviso explica cuándo, por qué y cómo Esta Práctica usaría y/o divulgaría su PHI. El uso de PHI significa cuando Esta Práctica comparte, aplica, utiliza, examina o analiza información dentro de su práctica; la PHI se divulga cuando Esta Práctica la libera, transfiere, entrega o de otro modo la revela a un tercero fuera de Esta Práctica. Con algunas excepciones, Esta Práctica no puede usar o divulgar más de su PHI de lo que sea necesario para lograr el propósito para el cual se realiza el uso o la divulgación; sin embargo, Esta Práctica siempre está legalmente obligada a seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso.

**III. CAMBIOS A ESTE AVISO:** Los términos de este aviso se aplican a todos los registros que contienen su PHI que son creados o retenidos por Esta Práctica. Tenga en cuenta que Esta Práctica se reserva el derecho de revisar o enmendar este Aviso de Prácticas de Privacidad. Cualquier revisión o enmienda será efectiva para todos sus registros que Esta Práctica haya creado o mantenido en el pasado y para cualquiera de sus registros que Esta Práctica pueda crear o mantener en el futuro. Esta Práctica tendrá una copia del Aviso actual disponible en un lugar visible o en nuestro sitio web en todo momento, y usted puede solicitar una copia del Aviso más actual en cualquier momento. La fecha de la última revisión siempre estará indicada al final del Aviso de Prácticas de Privacidad de Esta Práctica.

IV. CÓMO Esta Práctica PUEDE USAR Y DIVULGAR SU PHI: Esta Práctica no usará ni divulgará su PHI sin su autorización por escrito, excepto como se describe en este Aviso o como se describe en el documento de "Información, Autorización y Consentimiento para el Tratamiento". A continuación, encontrará las diferentes categorías de posibles usos y divulgaciones con algunos ejemplos.

1. Para Tratamiento: Esta Práctica puede divulgar su PHI a médicos, psiquiatras, psicólogos y otros proveedores de atención médica con licencia que le brindan servicios de atención médica o que están involucrados en su cuidado. Ejemplo: Si también está viendo a un psiquiatra para el manejo de medicamentos, Esta Práctica puede divulgar su PHI a él/ella para coordinar su cuidado. Excepto en una emergencia, Esta Práctica siempre solicitará su autorización por escrito antes de cualquier consulta de este tipo.

2. Para Operaciones de Atención Médica: Esta Práctica puede divulgar su PHI para facilitar el funcionamiento eficiente y correcto de su práctica, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario. Ejemplo: Usamos información de salud sobre usted para gestionar su tratamiento y servicios.

**3. Para Obtener el Pago del Tratamiento:** Esta Práctica puede usar y divulgar su PHI para facturar y cobrar el pago por el tratamiento y los servicios que Esta Práctica le proporcionó. Ejemplo: Esta Práctica podría enviar su PHI a su compañía de seguros o plan de atención médica gestionada para obtener el pago por los servicios de atención médica que se le han proporcionado. Esta Práctica también podría proporcionar su PHI a compañías de facturación, compañías de procesamiento de reclamaciones y otros que procesan reclamaciones de atención médica para la oficina de Esta Práctica si usted o su aseguradora no pueden mantenerse al día con su cuenta. En este último caso, Esta Práctica siempre hará todo lo posible para reconciliar esto con usted primero antes de involucrar a cualquier agencia externa.

**4. Empleados y Socios Comerciales:** Puede haber casos en los que los servicios sean proporcionados a Esta Práctica por un empleado o a través de contratos con "socios comerciales" externos. Siempre que un acuerdo con un empleado o socio comercial implique el uso o la divulgación de su PHI, Esta Práctica tendrá un contrato por escrito que requiera que el empleado o socio comercial mantenga los mismos altos estándares de protección de su privacidad que se exigen a Esta Práctica.

**V. USO Y DIVULGACIÓN DE SU PHI EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES – Esta Práctica puede usar y/o divulgar su PHI sin su consentimiento o autorización por las siguientes razones:**

1. **Aplicación de la Ley:** Sujeto a ciertas condiciones, Esta Práctica puede divulgar su PHI cuando lo exija la ley federal, estatal o local; procedimientos judiciales, de junta o administrativos; o la aplicación de la ley. Ejemplo: Esta Práctica puede hacer una divulgación a los funcionarios apropiados cuando una ley requiera que Esta Práctica reporte información a agencias gubernamentales, personal de aplicación de la ley y/o en un procedimiento administrativo.
2. **Demandas y Disputas: Esta** Práctica puede divulgar información sobre usted para responder a una orden judicial o administrativa o una orden de registro. Esta Práctica también puede divulgar información si un árbitro o panel de arbitraje obliga a la divulgación, cuando el arbitraje es solicitado legalmente por cualquiera de las partes, de conformidad con una citación *duces tecum* (por ejemplo, una citación para registros de salud mental) o cualquier otra disposición que autorice la divulgación en un procedimiento ante un árbitro o panel de arbitraje. Esta Práctica solo hará esto si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud y se le ha proporcionado la oportunidad de objetar o de obtener un abogado apropiado para anular la citación o la orden judicial que protege la información solicitada.
3. **Riesgos para la Salud Pública:** Esta Práctica puede divulgar su PHI a autoridades de salud pública o legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones, discapacidades, para reportar nacimientos y defunciones, y para notificar a personas que pueden haber estado expuestas a una enfermedad o en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.
4. **For Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA):** Esta Práctica puede divulgar a la FDA, o a personas bajo la jurisdicción de la FDA, PHI relativa a eventos adversos con respecto a medicamentos, alimentos, suplementos, productos y defectos de productos, o información de vigilancia post-comercialización para permitir retiros, reparaciones o reemplazos de productos.
5. **Amenaza Grave para la Salud o la Seguridad:** Esta Práctica puede divulgar su PHI si usted está en una condición mental o emocional tal que sea peligroso para usted mismo o para la persona o propiedad de otros y si Esta Práctica determina de buena fe que la divulgación es necesaria para prevenir el peligro amenazado. Bajo estas circunstancias, Esta Práctica puede proporcionar PHI al personal de aplicación de la ley u otras personas capaces de prevenir o mitigar una amenaza grave para la salud o la seguridad de una persona o del público.
6. **Menores:** Si usted es menor de edad (menor de 18 años), Esta Práctica puede verse obligada a divulgar ciertos tipos de información a sus padres o tutores de acuerdo con la ley aplicable.
7. **Abuso y Negligencia:** Esta Práctica puede divulgar PHI si lo exigen las leyes locales de reporte de abuso y negligencia infantil, de ancianos o de adultos dependientes. Ejemplo: Si Esta Práctica tiene una sospecha razonable de abuso o negligencia infantil, Esta Práctica lo reportará a las autoridades correspondientes.
8. **Forenses, Médicos Forenses y Directores de Funerarias:** Esta Práctica puede divulgar PHI sobre usted a un forense o médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida, determinar la causa de la muerte o realizar otras funciones autorizadas por la ley. Esta Práctica también puede divulgar PHI a directores de funerarias, de acuerdo con la ley aplicable, para llevar a cabo sus deberes.
9. **Comunicaciones con Familiares, Amigos u Otros:** Esta Práctica puede divulgar su PHI a la persona que usted nombró en su Poder Duradero para la Atención Médica (si tiene uno), a un amigo o miembro de la familia que sea su representante personal (es decir, facultado bajo la ley para tomar decisiones relacionadas con la salud por usted), o cualquier otra persona que usted identifique, relevante para la participación de esa persona en su cuidado o el pago relacionado con su cuidado. Además, Esta Práctica puede divulgar su PHI a una entidad que asista en esfuerzos de alivio de desastres para que su familia pueda ser notificada sobre su condición.
10. **Militares y Veteranos:** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, Esta Práctica puede divulgar PHI sobre usted según lo requieran las autoridades de comando militar. Esta Práctica también puede divulgar PHI sobre personal militar extranjero a la autoridad militar apropiada.
11. **Seguridad Nacional, Servicios de Protección para el Presidente y Actividades de Inteligencia:** Esta Práctica puede divulgar PHI sobre usted a funcionarios federales autorizados para que puedan proporcionar protección al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros para llevar a cabo investigaciones especiales de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades nacionales autorizadas por la ley.
12. **Instituciones Correccionales:** Si usted es o se convierte en un recluso de una institución correccional, Esta Práctica puede divulgar PHI a la institución o sus agentes cuando sea necesario para su salud o la salud y seguridad de otros.
13. **Para Fines de Investigación:** En ciertas circunstancias limitadas, Esta Práctica puede usar la información que usted ha proporcionado para investigaciones médicas/psicológicas, pero solo con su autorización por escrito. La única circunstancia en la que no se requeriría autorización por escrito sería si la información que usted ha proporcionado pudiera ser completamente disfrazada de tal manera que no pudiera ser identificado directamente o a través de cualquier identificador vinculado a usted. La investigación también necesitaría ser aprobada por una junta de revisión institucional que haya examinado la propuesta de investigación y haya determinado que se han cumplido los protocolos establecidos para garantizar la privacidad de su información.
14. **Para Fines de Compensación de Trabajadores:** Esta Práctica puede proporcionar PHI para cumplir con los programas de Compensación de Trabajadores o programas similares establecidos por la ley.
15. **Recordatorios de Citas:** Esta Práctica está autorizada a contactarlo, sin su autorización previa, para proporcionar recordatorios de citas o información sobre beneficios y servicios relacionados con la salud alternativos u otros que pueda necesitar o que puedan ser de su interés.
16. **Actividades de Supervisión de la Salud:** Esta Práctica puede divulgar información de salud a una agencia de supervisión de la salud para actividades como auditorías, investigaciones, inspecciones o licencias de instalaciones. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes. Ejemplo: Cuando sea obligado por el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. a investigar o evaluar el cumplimiento de Esta Práctica con las regulaciones de HIPAA.
17. **Si la Divulgación es Específicamente Requerida por la Ley.**
18. **En los Siguientes Casos, Esta Práctica Nunca Compartirá Su Información a Menos Que Nos Dé Permiso Por Escrito:** Propósitos de marketing, venta de su información, la mayoría de las comparticiones de notas de psicoterapia y recaudación de fondos. Si lo contactamos para esfuerzos de recaudación de fondos, puede decirnos que no lo contactemos nuevamente.

**VI. Otros Usos y Divulgaciones Requieren Su Autorización Escrita Previa:** En cualquier otra situación no cubierta por este aviso, Esta Práctica solicitará su autorización por escrito antes de usar o divulgar información médica sobre usted. Si elige autorizar el uso o la divulgación, puede revocar esa autorización posteriormente notificando a Esta Práctica por escrito su decisión. Usted entiende que Esta Práctica no puede retractarse de ninguna divulgación que ya haya hecho con su permiso, Esta Práctica continuará cumpliendo con las leyes que requieren ciertas divulgaciones, y Esta Práctica está obligada a retener registros de la atención que sus terapeutas le han proporcionado.

**VII. DERECHOS QUE TIENE CON RESPECTO A SU PHI:**

**1. El Derecho a Ver y Obtener Copias de Su PHI ya sea en formato papel o electrónico:** En general, usted tiene el derecho de ver su PHI que está en posesión de Esta Práctica o de obtener copias de la misma. También se le permitirá inspeccionar su PHI en persona y tomar notas o fotografías de su PHI. Sin embargo, debe solicitar lo anterior por escrito. Si Esta Práctica no tiene su PHI pero sabe quién la tiene, se le informará cómo puede obtenerla. Usted recibirá una respuesta de Esta Práctica dentro de los 15 días posteriores a la recepción de su solicitud por escrito. En ciertas circunstancias, Esta Práctica puede considerar que debe denegar su solicitud, pero si lo hace, Esta Práctica le dará, por escrito, las razones de la denegación. Esta Práctica también explicará su derecho a que se revise la denegación. Si solicita copias de su PHI, se le cobrará una tarifa razonable por página y las tarifas asociadas con los suministros y el envío. Esta Práctica puede considerar adecuado proporcionarle un resumen o explicación de la PHI, pero solo si usted está de acuerdo con ello, así como con el costo, por adelantado.

**2. El Derecho a Solicitar Límites en los Usos y Divulgaciones de Su PHI:** Usted tiene el derecho de pedir que Esta Práctica limite cómo usa y divulga su PHI. Aunque Esta Práctica considerará su solicitud, no está legalmente obligada a estar de acuerdo. Si Esta Práctica está de acuerdo con su solicitud, pondrá esos límites por escrito y los cumplirá, excepto en situaciones de emergencia. Si paga por un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con su aseguradora de salud para el propósito de pago o nuestras operaciones. No tiene el derecho de limitar los usos y divulgaciones que Esta Práctica está legalmente obligada o permitida a hacer.

**3. El Derecho a Elegir Cómo Esta Práctica Le Envía Su PHI:** Es su derecho pedir que su PHI se le envíe a una dirección alternativa (por ejemplo, enviar información a su dirección de trabajo en lugar de a su dirección de casa) o por un método alternativo (por ejemplo, por correo electrónico en lugar de por correo regular). Esta Práctica está obligada a aceptar su solicitud siempre que pueda proporcionarle la PHI, en el formato que solicitó, sin inconvenientes indebidos.

**4. El Derecho a Obtener una Lista de Divulgaciones:** Usted tiene derecho a una lista de divulgaciones de su PHI que Esta Práctica ha realizado. La lista no incluirá usos o divulgaciones para las cuales usted ha autorizado específicamente (es decir, aquellas para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, enviadas directamente a usted o a su familia; tampoco incluirá divulgaciones realizadas para propósitos de seguridad nacional o a personal de correcciones o de aplicación de la ley). La solicitud debe ser por escrito y debe indicar el período de tiempo deseado para la contabilidad, que debe ser menor a un período de 6 años y comenzando después del 14 de abril de 2003.

Esta Práctica responderá a su solicitud de contabilidad de divulgaciones dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud. La lista incluirá la fecha de la divulgación, el destinatario de la divulgación (incluida la dirección, si se conoce), una descripción de la información divulgada y el motivo de la divulgación. Esta Práctica le proporcionará la lista sin costo alguno, a menos que realice más de una solicitud en el mismo año, en cuyo caso se le cobrará una suma razonable basada en una tarifa establecida para cada solicitud adicional.

**5. El Derecho a Elegir a Alguien para que Actúe por Usted:** Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

**6. El Derecho a Modificar Su PHI:** Si cree que hay algún error en su PHI o que se ha omitido información importante, tiene derecho a solicitar que Esta Práctica corrija la información existente o agregue la información faltante. Su solicitud y el motivo de la solicitud deben hacerse por escrito. Recibirá una respuesta dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud por parte de Esta Práctica. Esta Práctica puede denegar su solicitud, por escrito, si determina que la PHI es: (a) correcta y completa, (b) prohibida de divulgar, (c) no forma parte de sus registros, o (d) escrita por alguien que no sea Esta Práctica. La denegación debe ser por escrito y debe indicar los motivos de la denegación. También debe explicar su derecho a presentar una declaración por escrito objetando la denegación. Si no presenta una objeción por escrito, aún tiene derecho a solicitar que su solicitud y la denegación de Esta Práctica se adjunten a cualquier divulgación futura de su PHI. Si Esta Práctica aprueba su solicitud, realizará los cambios en su PHI. Además, Esta Práctica le informará que se han realizado los cambios y avisará a todos los demás que necesiten saber sobre los cambios en su PHI.

**6. El Derecho a Recibir Este Aviso por Correo Electrónico:** Tiene derecho a recibir este aviso por correo electrónico. También tiene derecho a solicitar una copia impresa.

**7. Enviar Todas las Solicitudes por Escrito:** Envíe a la Directora y Oficial de Privacidad de Esta Práctica, Cristina Lázaro, a la dirección que figura en la parte superior de la primera página de este documento.

**VIII. QUEJAS:** Si le preocupa que sus derechos de privacidad puedan haber sido violados, o si se opone a una decisión que Esta Práctica haya tomado sobre el acceso a su PHI, tiene derecho a presentar una queja. También puede enviar una queja por escrito al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles. Esta Práctica le proporcionará la dirección. Bajo ninguna circunstancia será penalizado o se tomará represalia en su contra por presentar una queja.

**Por favor, discuta cualquier pregunta o inquietud con su terapeuta.** Su firma en el documento de "Información, Autorización y Consentimiento para el Tratamiento" (proporcionado por separado) indica que ha leído y comprendido este documento.

**IX. Responsabilidades de Esta Práctica:** Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su PHI. Le informaremos de inmediato si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información. Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y darle una copia del mismo. No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

***Fecha de Última Revisión: 22/9/23***

Alan Behrman & Associates, PC

2876 Johnson Ferry Rd., Suite 150 Marietta, GA 30062

1041 Cambridge Square, Suite A Alpharetta, GA 30009

4855 River Green Pkwy, Suite 330 Duluth, GA 30096

2517 Jena St. New Orleans, LA 70115

info@alanbehrman.com 770-361-7864 www.alanbehrman.com

**AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO**

**Nombre del Cliente tal como Aparece en la Tarjeta:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Número de Tarjeta:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de Vencimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Código de Seguridad (CVV):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información de Facturación de la Tarjeta de Crédito:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Postal

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad/Estado Código Postal

Su firma a continuación indica que usted acepta permitir que su terapeuta realice cargos en su tarjeta sin que usted esté presente y que almacene esta información de manera electrónica y encriptada, conforme a HIPAA. Estos cargos aparecerán en su estado de cuenta bancario/tarjeta de crédito como ALAN BEHRMAN & ASSOCIATES. Usted tiene derecho a solicitar una copia impresa de este documento.

Entiendo que esta autorización permanecerá en efecto hasta que la cancele por escrito, y acepto notificar a ALAN BEHRMAN & ASSOCIATES, PC por escrito sobre cualquier cambio en la información de mi cuenta o la terminación de esta autorización.

**Firma del Cliente**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alan Behrman & Associates, PC

2876 Johnson Ferry Rd., Suite 150 Marietta, GA 30062

1041 Cambridge Square, Suite A Alpharetta, GA 30009

4855 River Green Pkwy, Suite 330 Duluth, GA 30096

2517 Jena St. New Orleans, LA 70115

info@alanbehrman.com 770-361-7864 www.alanbehrman.com

# **CONSENTIMIENTO PARA USO DE INTÉRPRETE**

Yo, **\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(cliente)**, por la presente doy mi consentimiento para el uso de un intérprete para ayudar con la comunicación durante mi evaluación psicosocial con Alan Behrman & Associates.

Entiendo que:

* El intérprete se utilizará para facilitar la comunicación durante una evaluación psicosocial, que es un proceso para evaluar mi salud mental, funcionamiento social y bienestar general.
* El intérprete está profesionalmente capacitado y mantendrá la confidencialidad de acuerdo con las regulaciones de HIPAA.
* Mi información de salud se compartirá con el intérprete solo en la medida necesaria para proporcionar servicios de interpretación.
* Aunque el intérprete hará todo lo posible para facilitar la comunicación, puede haber matices o sutilezas culturales que no se transmitan completamente en la traducción. El evaluador hará todo lo posible para minimizar cualquier posible barrera de comunicación.
* Tengo el derecho de solicitar un intérprete diferente si no estoy satisfecho con los servicios proporcionados.

Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, pero hacerlo puede limitar mi capacidad para comunicarme eficazmente con el evaluador.

**Firma del Cliente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_