



NorthEast Wisconsin Community Clinic

ACUERDO Y CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE TRATAMIENTO

Nombre del Cliente: _____

FN: _____

Por favor lea y complete un formulario para cada persona, pareja y/o familia.

Al firmar este formulario de acuerdo y consentimiento para servicios de tratamiento, reconozco que:

- Doy mi consentimiento para recibir tratamiento en N.E.W Clínica comunitaria.
- Puedo retirarme del tratamiento o mi terapeuta puede terminar el tratamiento en cualquier momento a menos que el tratamiento sea ordenado por la corte.
- Tengo 18 años de edad y no he sido declarado incompetente por un tribunal de justicia.
- Soy el padre/madre/tutor legalmente designado u otro representante autorizado del cliente que será tratado, en cuyo caso el cliente tiene 17 años o menos.
- Reconozco que los servicios se facturan a mi Seguro y los costos financieros restantes están cubiertos por los fondos de la subvención en mi nombre hasta el momento en que cumpla con los requisitos de ingresos.
- Me han ofrecido una copia de los derechos del cliente.

Además reconozco lo siguiente:

Entiendo que la terapia y el manejo de medicamentos es un esfuerzo conjunto entre el proveedor y el cliente, cuyos resultados no se pueden garantizar. El progreso depende de muchos factores, incluyendo la motivación, el esfuerzo y las circunstancias. Además reconozco que el tratamiento puede proporcionarse a través de sesiones presenciales o telesalud, según lo considere apropiado su proveedor designado.

- Mi equipo de tratamiento me informará sobre cualquier riesgo posible en mi búsqueda de terapia y trabajara conmigo para determinar el mejor curso de tratamiento mediante el desarrollo conjunto de un plan de atención. El tratamiento puede incluir el uso de telesalud cuando el proveedor lo considere apropiado.
- Si mi equipo de tratamiento cree que el asesoramiento o el manejo de medicamentos no es apropiado para mis circunstancias o que sería mejor atenderme en otro lugar se me estará informando al respecto.
- No se aceptará violencia, amenazas o actividad criminal durante la duración de la consejería.
- Puede esperar que se solicite la participación de la familia o de otras personas significativas como parte de su evaluación o asesoramiento. Se produciría una autorización de divulgación de su información de su parte antes de cualquier contacto con la familia.
- Desafortunadamente, la consejería individual no es efectiva para todos y en ocasiones puede ser necesaria una forma más intensiva de tratamiento. Si esto se convierte en un problema, nos comprometemos a derivarlo a los servicios apropiados.
- Entiendo que un proveedor está de guardia para emergencias cuando la clínica está cerrada. Para emergencias fuera de horario de atención, puedo llamar al 920-437-7206. El centro de crisis también es una opción y el número de teléfono es 920-436-8888 o una línea directa nacional para la prevención del suicidio También esta disponible al 988.



La Telesalud se define como servicios de tratamiento proporcionados mediante el uso de Comunicaciones interactivas de video y audio.

- El tratamiento de Telesalud puede incluir entre otros, la posibilidad a pesar de los esfuerzos razonables por parte del consejero de que: a) la transmisión de mi información pueda verse interrumpida o distorsionada por fallas técnicas, b) la transmisión de mi información personal podría ser interrumpida por personas no autorizadas, c) y/o el almacenamiento electrónico de mi información personal podría perderse involuntariamente o acceder a ella personas no autorizadas.. N.E.W. Clínica de la comunidad utiliza un software de transmisión de audio/video Seguro encriptado para brindar Telesalud.
- El tratamiento de Telesalud requiere que si perdemos contacto con usted o si no se presenta a una videoconferencia programada, nos estaremos comunicando con usted por teléfono para verificar su bienestar. Además si muestra signos de estar en peligro significativo, se requiere que tengamos permiso para contactar a alguien para garantizar su seguridad.

Reconozco que la información contenida en el document de acuerdo y consentimiento para los servicios de tratamiento, se ha puesto a mi disposición, explicado o leído. Mi firma afirma que entiendo la información y me permite dar un consentimiento voluntario informado para este tratamiento.

Cada persona que participe en la consejería debe firmar a continuación:

Paciente o representante para la Consejería Fecha

Descripción del Rep Legal de autoridad

Paciente o representante legal para la consejería Fecha

Description del Rep legal de autoridad