



PROGRAMA DE ASOCIACIÓN ESCOLAR (SPP, por sus siglas en inglés)

5 Premier Drive | Suite 200 | Fenton, MO 63026 | P: 314.544.3800 | F: 314.843.0552

(rev 8-15-2022)

Planilla de Autorización: Padre/Tutor

Nota: Por favor lea y firme cada una de las tres secciones.

Doy permiso para que mi niño _____
participe en servicios de asesoramiento con el consejero escolar de Saint Louis Counseling.

Los servicios de asesoramiento serán provistos en la Escuela _____

Nombre del Padre/Tutor (Por favor escriba en letra de imprenta) _____

Firma del Padre/Tutor _____

Números de Teléfono: _____

Mejor Hora para Contactarlo: _____

Fecha de hoy: _____

Doy mi permiso para que el terapeuta hable o escriba al director, o a cualquier otro personal de la escuela que lo haya referido, con el propósito de compartir información que ayudará al personal de la escuela a comprender y trabajar con mi niño. Este consentimiento estará vigente hasta la finalización del asesoramiento.

Firma del Padre/Tutor _____

Fecha de hoy _____

Los registros de algunos casos podrán ser utilizados con fines de auditoría. Sin embargo, todos los registros se mantendrán en la más estricta confidencialidad.





9200 Watson Road, Suite G-101 | Saint Louis, MO 63126 | P: 314.544.3800 | F: 314.843.0552

Consentimiento Informado de Telesalud

Nombre del Cliente _____

Personal Clínico: _____

La Telesalud le permite a mi terapeuta diagnosticar, consultar, tratar y educar utilizando la comunicación interactiva de audio y video o comunicación telefónica. Por medio de la presente estoy de acuerdo en participar en psicoterapia vía comunicación de audio-video (referida a continuación como "Telesalud")

Entiendo que bajo este Acuerdo tengo los siguientes derechos:

Al utilizar Telesalud tengo el derecho a la confidencialidad amparado por las mismas leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica en la psicoterapia en persona. Por lo tanto, cualquier información provista por mí durante el curso de mi terapia es generalmente confidencial.

Por ley existen excepciones a la confidencialidad, que incluyen el reporte obligatorio del abuso de un niño, un anciano o un adulto dependiente, y de cualquier amenaza de violencia hacia una persona razonablemente identificable. También entiendo que, si estoy en una condición mental o emocional en la cual podría ser un peligro para otras personas o para mí mismo, mi terapeuta tiene el derecho a romper la confidencialidad para prevenir la amenaza de peligro. Mi terapeuta y yo estableceremos un plan de emergencia y un protocolo para estar en contacto entre una sesión y otra. Esto será establecido antes del comienzo del tratamiento, y puedo solicitar por escrito una copia de estos protocolos. Además, entiendo que la divulgación de cualquier imagen personal identificable o información de la interacción de Telesalud a cualquier otra entidad no se realizará sin mi consentimiento por escrito.

Entiendo que hay riesgos únicos y específicos con Telesalud, que incluyen, pero no están limitados a la posibilidad de que nuestras sesiones de terapia u otra comunicación de mi terapeuta a otras personas con respecto a mi tratamiento pudieran ser interrumpidas o distorsionadas por fallas técnicas, o que puedan ser interrumpidas, o que personas no autorizadas pudieran acceder a la información. Adicionalmente, entiendo que el tratamiento de Telesalud es diferente a la terapia en persona y que, si mi terapeuta considera que podría tener una mejor atención en otra forma de servicios psicoterapéuticos, tales como tratamiento en persona, puede recomendar que yo acuda a la oficina para las sesiones.

Los profesionales clínicos de Saint Louis Counseling utilizan Zoom, además de los teléfonos, para conducir las sesiones de Telesalud. Los terapeutas no descargan ninguna información personal de salud (PHI, por sus siglas en inglés) del cliente en sus computadores, teléfonos o tabletas, y están entrenados y actualizados en el cumplimiento de HIPAA. Para poder utilizar Zoom, Saint Louis Counseling debe tener una dirección exacta de su correo electrónico en su archivo. Por favor agréguela en la parte de atrás de esta planilla.

Soy responsable, no mi compañía de seguros, por los copagos, coaseguros y deducibles. Estoy de acuerdo con obtener las autorizaciones necesarias para recibir los servicios. Acepto pagar la tarifa, copago y deducible, y entiendo que se espera el pago de los mismos al momento de recibir los servicios. Acepto pagar la tarifa, copago, y cantidad del seguro para cancelaciones que no sean de emergencia con menos de 24 horas de anticipación. Autorizo a Saint Louis Counseling para facturar a mi compañía de seguros y recibir el pago por los servicios prestados. Entiendo que sigo siendo personalmente responsable por el pago de los servicios prestados.

He leído y entiendo la información provista anteriormente. Tengo el derecho a discutir cualquiera de estas informaciones con mi terapeuta y a realizar cualquier pregunta que pudiese tener con respecto a mi tratamiento y que estas sean respondidas a mi satisfacción.

Entiendo que puedo retirar mi autorización para las comunicaciones por Telesalud proporcionando a Saint Louis Counseling una notificación por escrito. Mi firma a continuación indica que he leído este Acuerdo y acepto todos sus términos.

Informaciones para Telesalud por Zoom o por teléfono

Email para Zoom: _____

Mejor número telefónico para llamarlo y para propósitos de facturación: _____

Firma del Cliente/ Tutor Legal

Fecha

Relación con el Cliente

Fecha

Firma del Profesional Clínico

Fecha