



Practica del personal

The Family Institute en la Northwestern University (El Instituto de la Familia en la Universidad del Noroeste) está comprometido a fortalecer y sanar a las familias de todos los ámbitos de la vida a través del servicio clínico, la educación y la investigación. The Family Institute ofrece una amplia gama de atención de salud conductual de alta calidad a través de la práctica de nuestro personal y la clínica de escala móvil.

El horario de cada ubicación es solo con cita previa. Tenga en cuenta que los niños menores de 12 años no pueden quedarse solos en las salas de espera. Si sus hijos no participan en su sesión, planifique para que alguien los cuide.

TÉRMINOS DEL ACUERDO:

- I. **SERVICIOS:** Los servicios pueden incluir, entre otros, terapia familiar, de pareja, individual y grupal, así como pruebas psicológicas, consultas escolares y otros servicios de diagnóstico recomendados por el médico. Los servicios también pueden incluir la participación de padres/tutores y otros miembros importantes de la familia, cuando corresponda. Usted o su médico pueden sugerir otros tipos de servicios (no directos) fuera del alcance de la terapia normal que podrían facturarse por separado, como visitas a la escuela, comparecencias ante el tribunal, consultas telefónicas, redacción o revisión de cartas, informes, etc. Las recomendaciones para el tratamiento primero se conversan con los clientes y ellos las aprueban. Los médicos del Family Institute a menudo trabajan con múltiples miembros de la familia en diferentes modalidades (por ejemplo, terapia individual, de pareja o familiar) y pueden consultar entre ellos y compartir información para proporcionar una atención eficaz y coordinada. Cuando varios médicos ven a diferentes miembros de la familia, los médicos asegurarán su consentimiento por escrito antes de compartir información. Los médicos pueden compartir información con consultores o supervisores sin su consentimiento. La información proporcionada por separado por aquellos que participan en terapia de pareja o familiar se comparte entre los miembros que participan en ese tipo de tratamiento a discreción del terapeuta y con su consentimiento por escrito. Dentro de nuestra clínica, la duración del tratamiento se evaluará en función del progreso hacia objetivos de terapia mutuamente acordados.

_____ (iniciales del cliente)

- II. **HONORARIOS Y SEGURO:** Los clientes deben pagar todas las tasas y los copagos en el momento del servicio.

Si los clientes se vuelven morosos en el pago de las tarifas, The Family Institute puede suspender o finalizar el tratamiento. Las facturas impagas se entregan a cobro después de un intento apropiado de cobro.

Sobre el uso del seguro: Los clientes son responsables de contactar a sus compañías de seguros y comprender sus beneficios de seguro antes de la primera sesión. No todos los terapeutas de The Family Institute son proveedores de todos los planes de seguro de salud. Los cargos por servicios



Practica del personal

son responsabilidad del cliente, incluidos los servicios no cubiertos por el seguro, por ejemplo, copagos, deducibles, servicios no cubiertos y no elegibles y todos los cargos por servicios prestados durante el beneficio máximo permitido para el año. Alentamos a los clientes a que se pongan en contacto con los servicios para miembros de su compañía de seguros con respecto a sus beneficios antes de la primera sesión para que estén al tanto de lo que puede o no estar cubierto.

Tenga en cuenta que si no somos miembros participantes de su compañía de seguros de salud o su póliza, no habrá cobertura. Por ejemplo, no tenemos ningún acuerdo con United Behavioral Health, Magellan, ComPsych o Value Options, etc. Además, The Family Institute NO se considera dentro de la red para BCBS, y no se aplican las tarifas PPO de BCBS.

Tarifas para la terapia del personal: Su tarifa fue discutida con usted al momento de programar su cita.

_____ (iniciales del cliente)

Las tarifas por servicios (no directos) fuera del alcance de la terapia normal se facturan por separado a la tarifa regular del médico en incrementos de 10 minutos. Estos pueden incluir visitas a la escuela, comparecencias ante el tribunal, consultas telefónicas, correspondencia por correo electrónico, redacción o revisión de cartas, informes, etc. Estos cargos generalmente no son reembolsados por el seguro. Se recomienda que hable con su terapeuta sobre su enfoque para manejar dichos cargos y el tipo de servicios no directos que es probable que ocurran durante el transcurso de su trabajo conjunto.

_____ (iniciales del cliente)

- III. **POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE CITAS:** Se aplican cargos por citas de psicoterapia canceladas (o modificadas) con menos de 24 horas de anticipación. Se consideran circunstancias atenuantes cuando resulta apropiado. Sin embargo, los beneficios del seguro no cubren los gastos de cancelación.

_____ (iniciales del cliente)

- IV. **CÓMO CONTACTAR A LOS MÉDICOS CLÍNICOS:** Los clientes pueden dejar mensajes confidenciales para sus médicos utilizando el Portal del paciente o el sistema de correo de voz de The Family Institute en cualquier momento. The Family Institute no proporciona servicios fuera de horario o de emergencia. En caso de emergencias, llame al 9-1-1 o vaya a la sala de emergencias.

_____ (iniciales del cliente)

- V. **MEJORA DE LA CALIDAD/INVESTIGACIÓN:** Entiendo que la misión de The Family Institute incluye la investigación. Estoy de acuerdo en que The Family Institute puede usar los datos de mi cuestionario anonimizado (anónimo) para mejorar la calidad/control de calidad y fines de investigación de



conformidad con la ley. Es posible que me contacten para un posible reclutamiento en un estudio de investigación específico, momento en el que puedo elegir inscribirme o rechazar participar. No se utilizará información identificable sin mi consentimiento explícito. No habrá consecuencias adversas al negarme a participar en cualquier investigación propuesta.

- VI. PSICOTERAPIA/TELETERAPIA FACILITADA ELECTRÓNICAMENTE:** En algún momento durante su atención, puede elegir recibir servicios facilitados electrónicamente de The Family Institute. Para proteger su privacidad de acuerdo con el requisito federal definido en la Ley de privacidad y asequibilidad de la información de salud (HIPAA, por sus siglas en inglés), estos servicios se proporcionarán a través de una plataforma de video que cumpla con la HIPAA. Al igual que con todas las formas electrónicas de comunicación, existen riesgos para la privacidad que no existen en la terapia cara a cara y que no se pueden eliminar por completo a pesar de seguir las mejores prácticas de privacidad.

Si bien algunos planes de seguro reembolsan la teleterapia, en la actualidad no se garantiza la cobertura de los servicios de tratamiento de salud mental por medios electrónicos. Por lo tanto, si su plan no cubre la teleterapia y elige utilizar estos servicios, acepta ser totalmente responsable del costo de estos servicios, que se facturarán a la tarifa habitual por el tiempo de su terapeuta. Usted acepta ser responsable de proporcionar la computadora y/o el equipo de telecomunicaciones y el acceso a Internet necesarios si elige utilizar sesiones de teleterapia, así como organizar una ubicación con suficiente iluminación y privacidad que esté libre de distracciones o intrusiones para estas sesiones.

- VII. COMUNICACIONES** Periódicamente, el Instituto de la Familia envía noticias y actualizaciones sobre sus diversos programas y actividades. Recibirá boletines electrónicos, consejos útiles del mes, materiales de administración para donantes e invitaciones de The Family Institute. Si en algún momento desea dejar de recibir estas comunicaciones, envíe una comunicación por escrito al Oficial de Privacidad de The Family Institute, 618 Library Place, Evanston, IL 60201 o haga clic en "Cancelar suscripción" en el pie de página de cualquier correo electrónico recibido.

- VIII. GRABACIÓN DE AUDIO Y VIDEO:** El personal clínico puede que quiera grabar las sesiones. **Las grabaciones de audio y video pueden ser revisadas por el médico y/o su supervisor para asegurar una atención de alta calidad. Las grabaciones de audio y video se consideran información de salud protegida y no se utilizarán ni se mostrarán fuera de la revisión del médico/supervisor sin el consentimiento por escrito del cliente. Una vez que se han revisado, se eliminan.**

Yo/Nosotros otorgo/otorgamos permiso a The Family Institute para hacer grabaciones de video y/o cintas de audio conmigo/nosotros y mi/nuestra familia para *supervisión o consulta clínica*. Yo/Nosotros siempre seré/seremos notificados cuando se realicen las grabaciones, y yo/nosotros podemos rechazar la grabación de entrevistas en video y/o audio en cualquier momento.

_____ (iniciales del cliente)



El cliente no da su consentimiento para grabar

- IX. REQUISITO DE INFORMES DE SALUD MENTAL FOID:** De acuerdo con la Ley de portación oculta de armas de fuego de Illinois, todos los médicos, psicólogos clínicos y examinadores calificados deben notificar al Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) dentro de las 24 horas posteriores a la determinación de que una persona representa un peligro claro y presente para sí misma o para otras personas, con discapacidad del desarrollo o discapacitado intelectualmente, independientemente de la práctica del proveedor, la edad de la persona o cualquier otro diagnóstico de esta persona.

_____ (iniciales del cliente)

- X. NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA:** Todos los proveedores de servicios clínicos en The Family Institute son informantes obligatorios. Esto los obliga a cumplir con la Ley de Notificación de Menores Maltratados y Abusados que establece que cualquier trabajador "que tenga una causa razonable para creer que un niño conocido por ellos en su capacidad profesional puede ser un niño maltratado o descuidado deberá informar inmediatamente o hacer que se presente un informe al Departamento". Todos los informantes obligatorios en el estado de Illinois también deben informar al Departamento de la Tercera Edad las sospechas o los informes de "abuso, negligencia o explotación financiera" de personas mayores de 60 años.

_____ (iniciales del cliente)

- XI. AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Al firmar, usted reconoce que ha recibido el Aviso de prácticas de privacidad de The Family Institute en Northwestern University. Este Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida. Lo alentamos a leerlo en su totalidad.

_____ (iniciales del cliente)

Consentimiento del Cliente a los Términos del Acuerdo:

Yo/Nosotros, el/los abajo firmante(s), entendemos este Acuerdo de servicio y solicito/solicitamos servicios en The Family Institute de conformidad con este acuerdo. Se requiere una firma de los padres o tutores que tienen la responsabilidad legal de las decisiones médicas de los niños en tratamiento.

Yo/nosotros entiendo/entendemos que tengo/tenemos el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento. Esta revocación debe hacerse por escrito a The Family Institute.



Practica del personal

Participantes en el tratamiento:

Nombre impreso	Firma	Dirección de correo electrónico
----------------	-------	---------------------------------

Nombre impreso	Firma	Dirección de correo electrónico
----------------	-------	---------------------------------

Nombre impreso	Firma	Dirección de correo electrónico
----------------	-------	---------------------------------

Nombre impreso	Firma	Dirección de correo electrónico
----------------	-------	---------------------------------

Nombre impreso	Firma	Dirección de correo electrónico
----------------	-------	---------------------------------

Nombre impreso	Firma	Dirección de correo electrónico
----------------	-------	---------------------------------

Como garante, acepto la responsabilidad financiera por los servicios recibidos en The Family Institute. También soy responsable de notificar al Departamento de Facturación de The Family Institute si mi estado como garante ha cambiado o si la responsabilidad financiera del tratamiento es una responsabilidad compartida. Si no informo al Departamento de Facturación de The Family Institute, sigo siendo responsable de los cargos.

Nombre del garante electrónico	Firma	Dirección de correo electrónico
--------------------------------	-------	---------------------------------