# Consentimiento Informado para Tratamiento Psiquiátrico

## Consentimiento para el Tratamiento

Acepto voluntariamente recibir atención, evaluación y tratamiento de salud mental, y autorizo a "Healthy Minds" para proveer tal necesario cuidado. Aunque espero recibir beneficios de este tratamiento, entiendo totalmente y acepto que dichos beneficios no se pueden garantizar debido a factores fuera de nuestro control. Entiendo que la asistencia regular producirá el máximo posible de beneficios. Acepto participar en la planificación de mi cuidado y entiendo que puedo detener el tratamiento en cualquier momento informándolo a mi proveedor del tratamiento. He recibido una copia, leído y entendido todos los términos y la información contenidos en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

## Acceso a la Información en la Psiquiatría Infantil

Los psiquiatras especializados en el trabajo con niños saben que es importante tratar a los niños en el contexto familiar. La participación de los padres, los hermanos, los miembros de la familia más cercanos u otros adultos importantes es algo muy común y a menudo recomendable. En el tratamiento que involucra a niños y familias, el acceso a la información es un tema importante y en ocasiones polémico porque la confianza y la privacidad son cruciales para el tratamiento exitoso. Esto es especialmente cierto cuando el tratamiento involucra a niños mayores o a familias con casos abiertos de bienestar infantil. Los padres, parientes ficticios*, custodios legales y/o las agencias responsables por el bienestar de la infancia (DFS – Departamento de Servicios a Familias – cuando está involucrado) necesitan conocer cierta información sobre el tratamiento. Por ejemplo, cuando las familias tienen un caso abierto de bienestar infantil, los trabajadores sociales del DFS solicitan a menudo cierta información para ayudarles a tomar decisiones sobre el plan del caso y escribir reportes para la corte. Por esta razón, tenemos que discutir y acordar qué información "Healthy Minds" compartirá, con quién compartiremos la información y qué información seguirá siendo privada (es decir, no se divulgará a los padres, al custodio legal y/o a DFS).

*Pariente ficticio es una persona muy allegada a la familia, pero sin parentesco de consanguinidad

Además de firmar este acuerdo, "Healthy Minds" anotará en la historia clínica cualesquier acuerdos verbales adicionales que se relacionen con el acceso a los registros y los límites de la confidencialidad. Trataremos este acuerdo como algo legalmente vinculante, aunque un juez puede cancelar este acuerdo en el futuro. Bajo este acuerdo, cuando hay un caso abierto de bienestar infantil, "Healthy Minds" procederá asumiendo que sólo los siguientes individuos tienen privilegios en nombre del niño y pueden solicitar acceso a la información:

- Padres o parientes ficticios (cuando la patria potestad no está terminada)
- Personal de la Unidad de Administración de Casos Médicos
- Trabajador para la Colocación del DFS (si es el caso)
- Trabajador de Permanencia del DFS
- Administrador del DFS
- Oficial de libertad condicional (si es el caso)
- Fiscal del Distrito

El Aviso de Prácticas de Privacidad detalla los límites de la confidencialidad. Además, cuando hay un caso abierto de bienestar infantil, informaremos mensualmente al DFS sobre la asistencia al tratamiento, la participación, el diagnóstico, las adiciones o los cambios de medicamentos, las metas, el progreso, los factores de riesgo, y la transferencia o terminación del tratamiento. Cuando se solicite información, el solicitante debe informar siempre específicamente a "Healthy Minds" qué información se va a divulgar, quién tendrá acceso a los registros y cómo se va a utilizar la información. Al final del tratamiento, nosotros podemos preparar un resumen para el padre/la madre, el pariente ficticio y/o el custodio legal.

Siempre informaremos a los padres y/o custodios legales si pensamos que el/la menor está en peligro o si él/ella está poniendo en peligro a otros. En nuestras primeras reuniones, tenemos que discutir y ponernos de acuerdo sobre una definición de lo que es la peligrosidad para tener bien claro lo que será divulgado. En aras de la claridad con respecto a lo que se divulgará, presentamos en la página que sigue algunos puntos de referencia para determinar lo que es un riesgo grave de daños personales. No es posible hacer una lista exhaustiva, así es que ejerceremos nuestro juicio profesional en la interpretación y la aplicación de esta descripción de grave riesgo de daños personales. El padre y/o el custodio legal puede alterar este acuerdo en casos individuales y demandar la divulgación de información específica al dar su consentimiento por escrito al comienzo del tratamiento. Si el padre o custodio legal cambia de opinión en medio del tratamiento, "Healthy Minds" puede determinar que terminar la relación terapéutica redunda en el interés del niño y/o la familia y transferirlos a otro proveedor para reanudar el tratamiento y proteger la confidencialidad basándose en los términos originales de este acuerdo.

| **grave riesgo de daños divulgar** | **sin grave riesgo de daños no divulgar** |
|---|---|
| uso habitual intravenoso de heroína o metanfetamina que pone la vida en peligro con una probabilidad moderada de muerte | consumo recreativo de marihuana o alcohol |
| patrón continuo de un comportamiento indiscriminado, sexualmente promiscuo | embarazo |
| planear llevar armas a la escuela mientras se fantasea con atacar a los demás | absentismo escolar habitual o robo |
| pensamientos suicidas con la intención de llevar a cabo un plan | pensamientos suicidas pasivos sin ningún plan; cortes superficiales en la piel; riesgo de daño moderado, latente o vago |
| conversaciones sexualmente explícitas y acariciar a un niño mucho más joven o un niño con un retraso en el desarrollo | comportamiento sexual sin riesgos |
| contacto con un menor estando en condición de fugitivo | planificar con intención de escaparse |
| se reporta que los padres no han tenido alimentos ni agua corriente en la casa durante dos o más días | el padre o la madre no paga la electricidad y hace adaptaciones |

## Consentimiento Reconocido

"Healthy Minds" es un grupo multidisciplinario integrado por psiquiatras, psicólogos, terapeutas matrimoniales y familiares, trabajadores sociales clínicos con licencia, y otros proveedores de salud mental. Para proveer la mejor atención posible, los detalles de su tratamiento serán compartidos entre nuestros proveedores. Usted puede contactar a cualquier miembro de nuestro personal en cualquier momento con respecto al tratamiento.

## Autorización para Divulgar Información

Doy permiso a Healthy Minds para divulgar información sobre mi tratamiento a:

_____

Yo entiendo que no tengo que autorizar la divulgación de estos registros, pero que negarme a hacerlo puede dar lugar a un diagnóstico y un plan de tratamiento menos precisos. Entiendo que esta divulgación incluye todos los diagnósticos, las instrucciones de alta, los hallazgos en el examen físico, los resultados de laboratorio y radiología, las evaluaciones psicosociales y los planes de tratamiento. Entiendo que una vez que mi información médica se divulgue a las partes mencionadas anteriormente, "Healthy Minds" no puede garantizar que la información no será divulgada a otra persona o según lo exigen las leyes. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y cancelar esta autorización, proveyendo un aviso por escrito a "Healthy Minds". Entiendo que si yo no cancelo esta autorización, terminará un año después de la fecha de más abajo. Yo he leído y entiendo esta autorización y todas mis preguntas han sido contestadas. Esta autorización de divulgación es recíproca y, por lo tanto, todas las personas nombradas pueden divulgar la información los unos a los otros. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como la original.

Entiendo que "Healthy Minds" es un centro de formación en diversas especialidades y que yo pudiera ser atendido por un interno, un residente o un socio practicante. Yo entiendo que los practicantes son supervisados en todo momento por profesionales con licencia. _____Inicial

Estoy de acuerdo que los documentos que contienen mi información clínica o la del menor bajo mi cuidado se transmitan por E-mail, que pudiera no ser del todo seguro. _____ Inicial

Yo entiendo que la información con respecto a mi cita, o la del menor bajo mi cuidado, se puede dejar en un buzón de voz de los números de teléfono que yo provea, o para la cual yo firmo una liberación de información. _____Inicial

Si yo no me presento a mi cita, o si dejo de cancelar una cita llamando con por lo menos 24 horas de antelación, estoy de acuerdo en pagar el 50% del costo de la cita. _____Inicial

Si los padres biológicos están separados o divorciados, ¿quién tiene la custodia legal del menor? Si la custodia legal es compartida, si el otro progenitor tiene la custodia legal, o si usted no conoce el estatus legal, usted debe discutirlo con su proveedor de "Healthy Minds" al comienzo de la consulta para asegurarse de que no se violan los derechos legales de nadie.
La Madre _____ El Padre _____ No lo sé _____ No es Aplicable _____ Terceros _____

¿Existen documentos judiciales que dicten la responsabilidad legal o financiera por la salud del menor? De ser así, usted debe discutirlo con su proveedor de "Healthy Minds" y traerlos a su próxima cita. Sí _____ No _____ No lo sé _____ No es Aplicable _____

Mi firma indica que he leído, comprendido y aceptado la información en todas las páginas de este documento. (Si usted tiene un abogado, por favor considere consultar con su abogado antes de firmar este formulario).

_____

Nombre Impreso del Menor Firma del Menor Fecha

_____

Nombre Impreso del Interesado/el Custodio Legal (Requerido) Firma del Interesado/el Custodio Fecha

_____

Nombre Impreso del Custodio Físico Firma del Custodio Físico Fecha

_____

Nombre Impreso del Padre (sólo si no es el Custodio Legal) Firma del Padre Fecha

HEALTHY MINDS

5516 S. Fort Apache Rd. Suite 100, Las Vegas, NV 89148 Rev. 8/2/16
Ph: (702) 646-0188 Fax: (866) 518-0781 FAscheduling@HealthyMindsLV.com