
Consentimiento Informado de MPG para Tratamiento de Salud Mental y Telemedicina

Este formulario fue traducido con la ayuda de un servicio de traducción. Agradecemos su comprensión si encuentra algún error o diferencia en la traducción.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Por favor revise y confirme marcando cada elemento y colocando sus iniciales y la fecha al final.

☐ **Evaluación Inicial y Diagnóstico**

La primera sesión consistirá en una evaluación inicial, durante la cual el/la clínico(a) recopilará información detallada sobre usted/su hijo(a), incluyendo los motivos de consulta, los síntomas y el funcionamiento adaptativo.

Es posible que se le pida completar cuestionarios o evaluaciones formales, o firmar un consentimiento para contactar a otros proveedores o educadores. También se pueden solicitar registros médicos, educativos o de tratamiento relevantes.

Después de la evaluación inicial, el/la clínico(a) le compartirá sus impresiones iniciales, explicará el plan de tratamiento y discutirá los posibles objetivos, modalidades y resultados esperados.

Si tiene preguntas sobre el plan de tratamiento, los posibles riesgos u opciones alternativas, le animamos a que las plantee libremente.

La elección de un/a terapeuta debe ser una decisión cuidadosa y, si surgen inquietudes, trabajaremos con usted para resolverlas o le referiremos a otro/a proveedor(a) cuando sea apropiado.

☐ **Servicios Psicológicos**

La terapia puede variar según el enfoque del/la terapeuta, los objetivos del/de la cliente y la naturaleza de los problemas presentados.

Los métodos de tratamiento pueden incluir Terapia Cognitivo-Conductual (CBT), Terapia de Interacción entre Padres e Hijos (PCIT), Terapia Dialéctico-Conductual (DBT), Entrenamiento en Manejo Parental, u otras intervenciones basadas en evidencia científica.

☐ **El Proceso Terapéutico y el Alcance de la Práctica**

La psicoterapia puede implicar hablar sobre temas angustiantes, lo que podría generar emociones difíciles como tristeza, frustración o culpa.

Aunque estas experiencias pueden ser desafiantes, se ha demostrado que la terapia puede conducir a mejoras en las relaciones, la regulación emocional y la reducción de los síntomas. Sin embargo, los resultados no pueden garantizarse.

Tenga en cuenta que los/las clínicos(as) de Manhattan Psychology Group no realizan evaluaciones ni recomendaciones de custodia, no prescriben ni administran medicación, ni ofrecen asesoramiento legal, ya que estos servicios están fuera del alcance de nuestra práctica clínica.

☐ **Terminación de los Servicios**

Su clínico(a) supervisará su progreso a lo largo del tratamiento y evaluará continuamente si continuar con los servicios resulta beneficioso. Si se determina que nuestros servicios ya no son adecuados, se le podrá ofrecer una referencia a otro/a proveedor(a). Usted también puede optar por interrumpir los servicios en cualquier momento.

A solicitud suya, y con autorización por escrito, su clínico(a) puede colaborar en la coordinación de la atención con su próximo proveedor(a).

☐ **Consentimiento Informado para Servicios de Telemedicina**

La telemedicina incluye la prestación de servicios de terapia o evaluación a través de comunicación interactiva por audio y video en tiempo real.

Al consentir el uso de telemedicina, usted reconoce que tiene el derecho de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin afectar su acceso a la atención. Todas las protecciones de confidencialidad se aplican a los servicios de telemedicina, excepto en situaciones en las que la ley requiera divulgación (por ejemplo, riesgo de daño a sí mismo u otros, o sospecha de abuso infantil). Aunque se hacen esfuerzos para garantizar la comunicación segura, los servicios de telemedicina conllevan riesgos potenciales, como problemas técnicos o acceso no autorizado a la información electrónica.

Además, la telemedicina puede no ser tan completa ni tan eficaz como la atención presencial.

Si está clínicamente indicado, su proveedor(a) podrá recomendar la transición a sesiones presenciales. Usted tiene derecho a acceder a sus registros de telemedicina conforme a las leyes del estado de Nueva York.

Para participar en sesiones de telemedicina, usted acepta:

- Estar en un lugar privado y tranquilo, libre de distracciones.
- Utilizar una conexión de internet segura (no Wi-Fi público).
- Contar con un dispositivo con cámara y micrófono funcionales.

Se espera que asista a las sesiones puntualmente y que notifique a su proveedor(a) con anticipación si necesita cancelar o reprogramar; se aplican las políticas estándar de cancelación.

Por motivos de seguridad y continuidad de la atención, se le pedirá:

- Proporcionar un método de contacto alternativo en caso de desconexión.
- Identificar el hospital de emergencias más cercano.
- Proporcionar al menos un contacto de emergencia.

Para clientes menores de edad, se requiere el consentimiento por escrito de un padre, madre o tutor legal para participar en servicios de telemedicina.

Al firmar a continuación, usted haber leído y entendido este documento, y acepta las condiciones para la prestación de servicios tanto presenciales como de telemedicina.

Reconocimiento

Iniciales del Paciente/Padre/Tutor: _____

Fecha: _____