

LOMA LINDA PSYCHIATRIC MEDICAL GROUP

1007 E. Cooley Dr., Suite 109, Colton, CA 92324 • (909) 370-4700

Consentimiento, derechos del paciente y políticas de la clínica

1. Consentimiento para la evaluación y el tratamiento psiquiátrico

Doy mi consentimiento voluntario para la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento psiquiátrico —que pueden incluir psicoterapia, manejo de medicamentos, pruebas de laboratorio y derivaciones— proporcionados por los profesionales clínicos de Loma Linda Psychiatric Medical Group ("LLPMG" o "la Clínica"). Entiendo que:

- 1.El tratamiento se planifica en torno a objetivos específicos acordados mutuamente, y se espera que yo desempeñe un papel activo en su establecimiento y en el trabajo para alcanzarlos.
- 2.El tratamiento psiquiátrico, incluida la medicación, conlleva posibles beneficios, riesgos y efectos secundarios, que se han comentado o se comentarán conmigo antes de que comience el tratamiento; no se garantiza ningún resultado específico.
- 3.El proceso de tratamiento puede generar sentimientos incómodos (ansiedad, tristeza, ira); esto es una parte normal del proceso de abordar material difícil y será tratado entre mi terapeuta y yo.
- 4.Puedo hacer preguntas sobre mi diagnóstico, opciones de tratamiento y alternativas (incluida la opción de no recibir tratamiento) en cualquier momento, y puedo retirar mi consentimiento e interrumpir el tratamiento en cualquier momento, excepto cuando la ley exija la continuidad de la atención (por ejemplo, una retención involuntaria activa).
- 5.Tengo al menos 18 años de edad, o soy el padre/tutor legal que da su consentimiento en nombre de un menor o dependiente, o soy un menor autorizado por la ley de California (por ejemplo, el Código de Familia §6924) para dar mi consentimiento a mi propio tratamiento ambulatorio de salud mental.

2. Consentimiento informado para la telepsiquiatría (telemedicina)

Esta sección se aplica siempre que mi visita se realice por teléfono o videoconferencia en lugar de en persona, y complementa —sin sustituir— el consentimiento general mencionado anteriormente.

2.1 Beneficios y riesgos

- La telemedicina permite que la atención médica continúe sin que ambas partes se encuentren en el mismo lugar, lo cual es conveniente y favorece la continuidad de la atención.
- Riesgo de confidencialidad: las sesiones se realizan fuera de una oficina privada, por lo que otras personas podrían escucharme si no me encuentro en un espacio privado y tranquilo. Soy responsable de elegir un lugar privado y de proteger mi propio dispositivo.

- Riesgo tecnológico: las conexiones pueden fallar y no se puede garantizar la seguridad absoluta de ninguna comunicación electrónica, a pesar del uso que hace la clínica de cifrado, cortafuegos y otras medidas de seguridad.
- La telemedicina generalmente no se utiliza para pacientes en crisis activa que requieren altos niveles de apoyo; para los pacientes que reciben atención telemedicina, se elabora con antelación un plan de respuesta ante emergencias.
- En general, las investigaciones demuestran que la telemedicina es comparable en eficacia a la atención presencial, aunque cierta información clínica (por ejemplo, las señales no verbales) puede ser más difícil de evaluar de forma remota.

2.2 Tarifas y cobertura

- Se aplican las mismas tarifas tanto para las consultas por telemedicina como para las presenciales. Algunos planes de seguro no cubren las sesiones de telemedicina; es mi responsabilidad confirmar la cobertura de mi plan antes de programar la cita y abonar la tarifa completa si mi plan no la cubre.

2.3 Interrupciones de la sesión y emergencias

- Si se interrumpe una sesión y no se trata de una emergencia, me desconectaré y esperaré; el terapeuta intentará reconectarme en aproximadamente dos minutos. Si no recibo respuesta, me comunicaré con la oficina al (909) 370-4700.
- Si una sesión se interrumpe y tengo una emergencia, no esperaré a que me devuelvan la llamada; llamaré al 911 o iré a la sala de emergencias más cercana y luego me pondré en contacto con la oficina.
- Entre sesiones, los mensajes que no sean de emergencia dirigidos a la oficina suelen ser respondidos en un plazo de 24 horas (excluyendo fines de semana y festivos).

☐ He leído y comprendido el Consentimiento Informado para la Telemedicina que figura arriba y doy mi consentimiento para recibir atención médica a través de la telemedicina.

3. Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad (HIPAA)

Reconozco que se me ha brindado la oportunidad de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de LLPMG, el cual describe cómo se puede usar y divulgar mi Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y cómo puedo acceder a ella. Entiendo que LLPMG tiene ciertas obligaciones legales para salvaguardar mi PHI y que tengo ciertos derechos al respecto, incluyendo el derecho a solicitar restricciones sobre ciertas divulgaciones y a revocar autorizaciones por escrito en cualquier momento, sujeto a las excepciones legales.

☐ Acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad.

4. Aviso al consumidor sobre sus derechos y responsabilidades

4.1 Dignidad y respeto

- Tengo derecho a ser tratado con consideración, dignidad y respeto, y la responsabilidad de brindar el mismo trato a los médicos, el personal y los demás pacientes de LLPMG.
- Tengo derecho a acceder a mi historial médico y a que se respete su privacidad y confidencialidad, independientemente de mi género, edad, orientación sexual, estado civil, cultura, situación económica, nivel educativo o religión.

4.2 Conocimiento e información

Tengo el derecho —y la responsabilidad— de comprender mi atención médica y mi cobertura, incluyendo:

- Participar con mi médico en la planificación del tratamiento y seguir el plan de tratamiento acordado o discutir los cambios con mi médico.
- Conocer los nombres y las funciones de los profesionales clínicos que participan en mi atención, mi estado clínico, los servicios y procedimientos recomendados y cualquier necesidad de atención continua después del alta.
- Comprender cómo funciona mi plan de salud y entender mis medicamentos: para qué sirven, cómo tomarlos y sus posibles efectos secundarios.

4.3 Mejora continua

- Puedo ponerme en contacto con el consultorio o con el servicio de atención al miembro de mi plan de salud si tengo preguntas, inquietudes o sugerencias, y puedo apelar las decisiones desfavorables sobre salud mental a través del proceso de apelación o reclamación establecido por mi plan.

4.4 Responsabilidad y autonomía

- Tengo derecho a rechazar el tratamiento o a negarme a participar en una investigación, asumiendo la responsabilidad de las consecuencias de esa decisión.
- Soy responsable de proporcionar información médica precisa, asistir a las citas (o cancelarlas con la mayor antelación posible), obtener cualquier autorización previa del seguro necesaria, notificar a mi plan dentro de las 48 horas posteriores a una hospitalización o visita de emergencia, y pagar los copagos y deducibles requeridos en el momento del servicio.
- Estos derechos se extienden a cualquier persona que yo haya designado legalmente para tomar decisiones sobre mi atención médica.

5. Divulgación de información sobre salud mental: confidencialidad, divulgación de información y consentimiento.

5.1 Límites de la confidencialidad

Toda comunicación entre mi proveedor y yo es confidencial, con excepciones legales. Mi proveedor está obligado a revelar información sin mi autorización cuando:

- Autorizo por escrito la divulgación de información.
- Mi estado mental se convierte en un problema en un litigio.
- Represento un peligro para mí mismo, de acuerdo con la jurisprudencia de California sobre el deber del proveedor en tales situaciones.
- Represento un peligro para otra persona específica e identificable, según el caso *Tarasoff v. Regents of the University of California* (Cal. 1976), que exige a los proveedores que tomen medidas razonables, que pueden incluir notificar a la posible víctima y a las autoridades policiales.
- Los casos sospechosos de abuso o negligencia infantil o de personas mayores/adultos dependientes deben ser denunciados conforme a las leyes de California que obligan a la denuncia (Código de Bienestar e Instituciones; Código Penal).

Si se utiliza la terapia de grupo, me comprometo a no comentar lo que otros participantes compartan fuera de la sesión.

5.2 Divulgación de información

Autorizo la divulgación de mi información a mi médico de atención primaria, otros proveedores de tratamiento, instituciones y fuentes de referencia para diagnóstico, tratamiento, consulta y comunicación profesional, así como para reclamaciones, certificación, gestión de casos, mejora de la calidad y administración de beneficios relacionados con mi plan de salud.

5.3 Consentimiento para el tratamiento

Autorizo a mi proveedor a realizar exámenes psicológicos, tratamientos y procedimientos de diagnóstico que sean o lleguen a ser aconsejables durante mi atención, entendiendo que estos me serán explicados si lo solicito, que están sujetos a mi consentimiento y que no se garantiza ningún resultado específico.

☐ Doy mi consentimiento a los términos de esta Declaración de Información sobre Salud Mental (límites de confidencialidad, divulgación de información y consentimiento para el tratamiento).

5.4 Consentimiento para el tratamiento del niño o dependiente (si corresponde)

Soy el tutor legal o representante del paciente que figura a continuación y, en nombre del paciente, autorizo a LLPMG a proporcionar servicios de salud mental, entendiendo que todas las políticas de este documento se aplican al paciente.

☐ No aplica; soy el paciente adulto.

☐ Aplicable — Nombre del paciente: _____ Parentesco con el paciente: _____

6. Políticas de la oficina: facturación, seguros y citas.

6.1 Facturación y seguros

- LLPMG tiene convenios con varios planes de seguros privados y facturará a mi compañía de seguros en mi nombre por dichos planes.
- Soy responsable de cualquier deducible, coseguro, copago y cualquier cargo que mi seguro no cubra; los copagos y el coseguro se deben pagar en el momento de mi visita.
- LLPMG hará todo lo posible por verificar mi cobertura, pero soy responsable de notificar a la oficina de inmediato cualquier cambio en mi plan o póliza de seguro.
- Los pacientes que no tienen seguro médico, o que no pueden proporcionar la información de su seguro, están obligados a pagar por los servicios en el momento en que los reciben.
- El pago de cualquier servicio no cubierto se debe realizar en el momento en que se recibe dicho servicio.

6.2 Pagos, reembolsos y formularios

- Métodos de pago aceptados: efectivo, cheques y la mayoría de las tarjetas de crédito/débito principales.
- Se aplicará un cargo de \$25.00 por cada cheque devuelto; después de dos o más cheques devueltos en un período de 12 meses, LLPMG podrá exigir el pago en efectivo, con tarjeta de crédito o débito en adelante.
- Los reembolsos se emiten mediante cheque a la dirección registrada o al plan de salud/aseguradora correspondiente, y su procesamiento puede demorar hasta cuatro semanas.
- Se aplica una tarifa de \$10.00 para completar ciertos formularios (por ejemplo, el de discapacidad estatal, el de

la tarjeta de estacionamiento para discapacitados del DMV y los certificados médicos). LLPMG no completa formularios para exámenes médicos, exámenes físicos escolares o deportivos ni exámenes similares.

6.3 Citas perdidas y llegadas tardías

- Las citas deben cancelarse con al menos 2 días hábiles de antelación.
- Si no se presenta a la primera cita sin avisar con al menos un día hábil de antelación, se le cobrará una tarifa de \$180.00 por cita perdida, que deberá abonarse antes de que se pueda reprogramar la cita.
- La cancelación de una cita de seguimiento con menos de un día hábil de anticipación conlleva un cargo por cancelación tardía de \$40.00; la inasistencia a una cita de seguimiento conlleva un cargo por cita perdida de \$90.00.
- Si falta a más de una cita sin avisar de su cancelación, LLPMG podría exigirle que tenga una tarjeta de crédito registrada para cobrarle automáticamente las tarifas por citas futuras no realizadas.
- Llegar con más de 15 minutos de retraso puede conllevar la reprogramación de la cita y considerarse una cita perdida según la política mencionada anteriormente.

☐ He leído y acepto las políticas de facturación, pago y citas que se detallan anteriormente.

7. Reconocimiento de los procedimientos de emergencia

Entiendo que LLPMG es una clínica ambulatoria que solo atiende en horario de oficina. En caso de crisis, llamaré al 911, acudiré a la sala de urgencias psiquiátricas más cercana o llamaré o enviaré un mensaje de texto al 988 (Línea de Ayuda para la Prevención del Suicidio y las Crisis).

8. Firma del paciente

Al firmar a continuación, confirmo que he leído (o me han leído), comprendido y tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cada sección de este Paquete para Nuevos Pacientes, y que acepto voluntariamente sus términos.

Firma del paciente / Fecha Nombre impreso

Firma del padre/madre o tutor legal (si es menor de edad o dependiente) / Fecha Nombre impreso / Parentesco

Firma del testigo/personal / Fecha Ubicación del paciente al momento de la firma (Ciudad, CA)Página 5 de 5