



Insight and Empowerment, LLC
1908 Jennie Lee Drive, Idaho Falls, ID 83404
(208) 932-7048 phone
(208) 970-6188 fax
IE@insightandempowerment.com

Nombre de cliente: _____ F. Nacimiento _____
Dirección _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____ Número alternativo: _____
Edad: _____ Género: _____ Seguro social: _____
Empleador: _____ Tiempo en el empleo actual: _____

Nombre de la parte responsable: _____ F. Nacimiento _____
Relación con el niño: _____
Número de teléfono del tutor principal: _____

Nombre de la parte responsable: _____ F. Nacimiento _____
Relación con el niño: _____
Número de teléfono del tutor secundario: _____
Dirección (si es diferente): _____

Seguro: Primario

Nombre de la Compañía de Seguros: _____
Si es Medicaid, tipo de financiamiento: _____
Nombre del Asegurado: _____ F. Nacimiento: _____
SS: _____ Número de póliza: _____
Empleador: _____
Relación con el cliente: Propio Hijo Cónyuge Tutor Otro _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código postal: _____

¿El cliente tiene un seguro adicional?

Seguro Secundario

Nombre de la Compañía de Seguros: _____
Si es Medicaid, tipo de financiamiento: _____
Nombre del Asegurado: _____ F. Nacimiento: _____
SS: _____ Número de póliza: _____
Empleador: _____
Relación con el cliente: Propio Hijo Cónyuge Tutor Otro _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código postal: _____



Insight and Empowerment, LLC
1908 Jennie Lee Drive, Idaho Falls, ID 83404
(208) 932-7048 phone
(208) 970-6188 fax
IE@insightandempowerment.com

Política Financiera

Insight and Empowerment acepta la mayoría de las principales compañías de seguros, así como Optum Medicaid y clientes de pago por cuenta propia. Nuestras tarifas estándar para clientes que pagan por cuenta propia son las siguientes: \$60 por 30 minutos, \$90 por 45 minutos, \$110 por una hora y \$172.50 por una evaluación integral.

Los pagos deben realizarse en el momento del servicio. Como cortesía, facturamos directamente a la mayoría de las principales compañías de seguros sin costo adicional para usted. Si se facturó al seguro, se espera que el saldo pendiente sea pagado dentro de los 30 días siguientes. Los nuevos seguros o cambios en los mismos deben notificarse a Insight and Empowerment, LLC al momento del servicio. Si no se informa sobre los cambios a tiempo, se cobrará al cliente una tarifa de reprocesamiento de \$30.00. Es responsabilidad del cliente asegurarse de que el proveedor o los servicios prestados por nuestra agencia estén dentro de la red de su plan de seguro. Insight and Empowerment, LLC no se hace responsable de verificar si nuestros proveedores están dentro de la red de su seguro. Si el seguro no paga por el servicio proporcionado, será responsabilidad del cliente. En última instancia, el cliente es responsable de todos los cargos por los servicios prestados. En caso de ser un menor, la responsabilidad recae en el adulto o los adultos que autoricen el servicio.

Los pagos se deben realizar como mínimo una vez al mes, y la fecha límite será el día 5 de cada mes. Se espera el pago de copagos al momento del servicio. En caso de cheques devueltos, se aplicará un cargo de \$20.00. Los servicios de asesoramiento serán suspendidos si no se ha realizado el pago acordado y el saldo pendiente del cliente supera los \$200.00. Se pueden solicitar formularios de acuerdo de pago. Después de cuatro meses de intentos de cobro mediante el envío de estados de cuenta, las cuentas serán enviadas a una agencia externa de cobros. Si se realizan intentos de cobro en su nombre, se le cobrará un cargo por pago atrasado de \$20.00, además de posibles honorarios razonables de abogados y costos judiciales si la cuenta es asignada a una agencia de cobro. Los clientes deberán cubrir todos los honorarios legales acumulados si se requieren procedimientos judiciales.

Se aplicará un cargo de procesamiento del 3.5% para todos los pagos realizados con tarjeta de crédito al momento del pago.

Yo, _____, entiendo que soy completamente responsable de todos los cargos, independientemente de la cobertura del seguro, y de los pagos necesarios para cubrir los costos de la terapia requerida.

Autorizo a Insight and Empowerment, LLC a recibir pagos de seguros y a divulgar cualquier registro médico a mi compañía de seguros de salud, en caso de que sea necesario para el procesamiento de reclamaciones.

Firma del responsable: _____ Fecha: _____

Firma del responsable: _____ Fecha: _____



Insight and Empowerment, LLC
1908 Jennie Lee Drive, Idaho Falls, ID 83404
(208) 932-7048 phone
(208) 970-6188 fax
IE@insightandempowerment.com

Autorización de Pago Recurrente con Tarjeta

Usted autoriza los cargos programados regularmente a su tarjeta de crédito. Se le cobrará el monto indicado a continuación después de cada sesión. A su solicitud, se le proporcionará un recibo por cada pago y el cargo aparecerá en el extracto de su tarjeta de crédito. Usted acepta que no se requerirá una autorización previa, salvo que el monto cambie, en cuyo caso recibirá una notificación de nuestra parte antes de que se realice el cargo.

Yo, _____, autorizo a Insight and Empowerment, LLC a cargar mi tarjeta de crédito indicada a continuación por \$ _____ y la tarifa de procesamiento del 3.5% después de cada sesión, por _____.

Información de facturación

Dirección de facturación: _____ Teléfono: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Correo electrónico: _____

Detalles de la Tarjeta

___ Visa ___ MasterCard ___ Discover ___ American Express

Nombre del titular de la tarjeta: _____

Número de cuenta (CC): _____

Fecha de caducidad: _____

CVV: _____

Código Postal: _____

Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor hasta que la cancele por escrito, y acepto notificar a Insight and Empowerment, LLC inmediatamente sobre cualquier cambio que deba realizarse en la tarjeta registrada o para finalizar esta autorización. Esta autorización solo se aplica a los clientes que pagan por cuenta propia, o para copagos, coseguro, o cuando se ha cumplido con el deducible. No se aplica a los cargos por cancelación tardía o por no presentación, los cuales también podrían ser cobrados.

Firma del titular de la tarjeta: _____

Fecha: _____

Terminación de la Autorización:

Estoy terminando mi autorización para el procesamiento automático de pagos con tarjeta de crédito a Insight and Empowerment, LLC por la siguiente razón:

Fecha: _____



Insight and Empowerment, LLC
1908 Jennie Lee Drive, Idaho Falls, ID 83404
(208) 932-7048 phone
(208) 970-6188 fax
IE@insightandempowerment.com

Consentimiento Informado

Horario de Atención:

Insight and Empowerment generalmente está disponible para citas de 9 a.m. a 6 p.m. de lunes a jueves, y de 9 a.m. a 5 p.m. los viernes. El horario específico del terapeuta puede variar. En caso de emergencia, infórmenos y haremos lo posible por adaptarnos a sus necesidades de manera urgente.

Evaluaciones y Citas:

Insight and Empowerment recopilará información demográfica y de seguro cuando el cliente llame para programar una cita. Se enviará un paquete de admisión por correo electrónico al cliente, o el cliente podrá recoger la documentación de admisión directamente en Insight and Empowerment, LLC para tenerla lista para la primera cita. Si el cliente no tiene los formularios necesarios para completar la Evaluación Diagnóstica Integral, se le pedirá que re programe la cita. Se requiere una evaluación diagnóstica integral para todos los pacientes, y se espera que dure aproximadamente una hora. Cada sesión de terapia posterior tendrá una duración aproximada de 45 minutos, salvo que el terapeuta indique lo contrario.

Confidencialidad:

Toda la información que se discuta en la sesión en Insight and Empowerment, LLC se mantendrá confidencial a menos que el cliente haya dado permiso por escrito para divulgar información a otra parte. El consentimiento para la divulgación de información se adjuntará al archivo del cliente. Los requisitos de informes obligatorios serán seguidos por los médicos y la información relacionada con 1) amenaza de daño a sí mismo y/o a otros, 2) sospecha de abuso o negligencia de un niño o anciano, 3) o ideas suicidas/homicidas con un plan, o 4) información ordenada por la corte. En este caso, el médico se pondrá en contacto con las personas y/o autoridades apropiadas para cumplir con los requisitos estatales. A veces es médicamente necesario que los proveedores dentro de esta agencia, o contratados con esta agencia, consulten con otros profesionales para brindar la mejor calidad de atención; se siguen las salvaguardas apropiadas y los estándares HIPPA.

No se Presenta a las Citas y Cancelaciones Tardías:

Si el cliente necesita cancelar una cita, le pedimos que le avise a Insight and Empowerment, LLC con 24 horas de anticipación. Si la cancelación ocurre dentro de las 24 horas previas a la cita, el terapeuta podrá cobrar una tarifa de cancelación tardía de hasta \$50.00. Si el cliente no se presenta a la cita, se le podrá cobrar una tarifa por no presentarse de hasta \$50.00. La tarifa debe pagarse antes de o durante la siguiente sesión. Si el proveedor determina que no se puede garantizar la seguridad y/o confidencialidad de una sesión de salud mental a distancia y decide terminar la sesión, también se podrá cobrar una tarifa por cancelación tardía. Después de tres citas perdidas y/o cancelaciones tardías, el cliente será dado de baja de la agencia. Le pedimos amablemente que, si surge una nueva obligación que le impida asistir a su cita, se comunique con

nosotros lo antes posible al (208) 932-7048. Si llega con más de 15 minutos de retraso a la cita, el terapeuta podría no atenderlo y se le cobrará una tarifa por no presentarse. Las citas fuera del horario de atención pueden estar disponibles dependiendo del terapeuta; sin embargo, si el cliente llega más de 10 minutos tarde a una cita fuera de horario, es posible que no se le atienda y se le cobre una tarifa por no presentarse. Igualmente, si un cliente ha estado asistiendo a sesiones de terapia y el terapeuta considera que las sesiones no están siendo efectivas debido a incumplimiento, se podrá interrumpir el servicio debido a un tratamiento inconsistente o ineficaz.

Emergencias:

Insight and Empowerment, LLC ofrece una línea de crisis fuera del horario de atención para emergencias, llamando al 208-360-2964, donde un terapeuta estará disponible. La línea de crisis es co-facilitada con Wright Step Counseling and Recovery, LLC, bajo un acuerdo de socios comerciales. El cliente también puede comunicarse con la Línea de Suicidio y Crisis de Idaho (988), el Centro de Crisis de Salud Conductual del Este de Idaho al 208-522-0727, el Centro Médico del Este de Idaho al (208) 529-6111, el Centro de Salud Mental de la Región VII al (208) 528-5700 o acudir a la sala de emergencias más cercana. Al inicio del tratamiento, se desarrollará un plan de seguridad individualizado.

Tratamiento:

Los servicios prestados se basarán en modelos terapéuticos probados y los terapeutas brindarán al cliente tiempo para preguntas y/o comentarios sobre la frecuencia, intensidad y duración del tratamiento recomendado, en función del diagnóstico. No se garantiza que los servicios prestados disminuyan los síntomas presentados. Las sesiones de terapia incluirán terapia individual y grupal. Los riesgos asociados pueden incluir un aumento de los síntomas y posibles recomendaciones para revisar y tratar la medicación en otros lugares. Nuestro objetivo es ayudarle a comprender sus necesidades de salud mental y/o uso de sustancias, así como ofrecerle herramientas para reducir los síntomas y mejorar su bienestar. Los servicios podrán modificarse según los límites de la póliza de seguro y/o las políticas internas. La facturación se realiza sin costo adicional para nuestros clientes, salvo que, como se indicó previamente, el cliente no haya informado cambios en la información del seguro (consulte la póliza financiera).

Consentimiento para que el Estudiante Asista a la Cita: (Seleccione una opción)

_____ (inicial) Sí, doy mi consentimiento para que el estudiante participe en mi cita.

_____ (inicial) No, no doy mi consentimiento para que el estudiante participe en mi cita.

Al firmar este consentimiento, acepto que he leído y estoy de acuerdo con la información mencionada anteriormente. También entiendo que tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Firma del responsable: _____ Fecha: _____

Firma del responsable: _____ Fecha: _____



Insight and Empowerment, LLC
1908 Jennie Lee Drive, Idaho Falls, ID 83404
(208) 932-7048 phone
(208) 970-6188 fax
IE@insightandempowerment.com

Derechos y Responsabilidades de los Miembros

Derechos del Miembro:

1. Recibir la información que exige la ley
2. Recibir información sobre el Plan de Salud del Comportamiento de Idaho (IBHP) por correo, correo electrónico, por teléfono o en nuestro sitio web sin costo alguno. Esto incluye recibir el Manual del Miembro por correo, correo electrónico o en nuestro sitio web.
3. Recibir información sobre los beneficios del IBHP para los que es elegible y cómo acceder a esos servicios
4. Recibir información sobre los servicios que no cubre el IBHP, o para los que no es elegible, y cómo acceder a esos servicios
5. Saber qué servicios no cubre Magellan por razones morales o religiosas y cómo acceder a ellos
6. Ser tratado con respeto, dignidad y respeto a su privacidad por parte del personal de Magellan y los proveedores de la red
7. No ser discriminado por su raza, color, origen nacional, religión, discapacidad, sexo, identidad de género, estado civil, estado de salud, necesidad de servicios o edad
8. Hablar en privado con los proveedores y el personal de Magellan y que su información y registros se mantengan confidenciales por parte de su proveedor y Magellan
9. Comprender que, si la ley lo permite, su información y registros pueden divulgarse sin su permiso
10. Recibir los servicios del IBHP para los que es elegible de manera oportuna
11. Recibir información y servicios del IBHP para los que es elegible de una manera que respete su cultura e idioma, sin importar el costo o la cobertura
12. Dar su opinión sobre su plan de atención en cualquier momento
13. Recibir interpretación oral sin costo en un idioma que entienda
14. Usar ayudas auxiliares para comunicarse sin costo (TTY, TDD, ASL)
15. Recibir información escrita en los idiomas prevalentes sin costo
16. Recibir materiales necesarios para acceder a los servicios o ayudarlo a entender y usar sus beneficios en formatos alternativos sin costo
17. Recibir información sobre:
 - a) Magellan
 - b) Nuestros servicios
 - c) Proveedores que pueden ayudarlo
 - d) Su papel en su salud
 - e) Sus derechos y responsabilidades
18. Recibir información sobre las Guías Clínicas que usamos para ayudarlo a recibir atención
19. Elegir cualquier proveedor de la red de Magellan que desee para que le atienda según sus preferencias y cambiar si lo desea
20. Preguntar a cualquier proveedor sobre su historial laboral y formación
21. No ser aislado ni obligado a hacer algo que no desee
22. Dar su opinión sobre estos Derechos y Responsabilidades

23. Que los proveedores tomen decisiones sobre su atención basándose en sus necesidades de tratamiento
24. Recibir los servicios del IBHP para los que es elegible de acuerdo con las leyes federales y estatales sobre sus derechos
25. Tomar decisiones sobre su tratamiento
 - a) Si no puede tomarlas por sí mismo, puede tener a alguien que le ayude o lo haga por usted.
 - b) Puede rechazar el tratamiento a menos que la ley exija que lo reciba.
26. Solicitar y recibir una segunda opinión sin costo cuando:
 - a) Necesite más información sobre un tratamiento
 - b) Piense que el proveedor no le está brindando la atención adecuada
27. No ser aislado o restringido porque Magellan o un proveedor quiera:
 - a) Obligarle a hacer algo
 - b) Disciplinarle
 - c) Facilitar el trabajo del proveedor
 - d) Castigarle
28. Presentar una Queja sobre Magellan, un proveedor o su atención
29. Presentar una Apelación sobre una acción o decisión que haya tomado Magellan
30. Solicitar una Audiencia Justa Estatal si no está satisfecho con el resultado de su apelación
31. Solicitar y recibir una copia de sus registros de forma gratuita y pedir que se hagan cambios o correcciones
32. Ejercer sus derechos sin que esto afecte negativamente la forma en que Magellan o los proveedores de la red le atienden
33. Recibir información escrita sobre directivas anticipadas psiquiátricas (Declaraciones de Salud Mental) y sus derechos según la ley estatal
34. Recibir servicios del IBHP para los que es elegible independientemente de si ha completado o no una directiva anticipada psiquiátrica
35. Recibir información comprensible por parte de sus proveedores y poder hablar con ellos sobre sus opciones sin interferencia de Magellan ni importar el costo o la cobertura
36. Recibir una declaración escrita de Derechos y Responsabilidades del Paciente por parte del proveedor suyo o de su hijo antes de recibir servicios de salud mental, que incluya información sobre a quién contactar en caso de preguntas, inquietudes o quejas
37. Solicitar adaptaciones razonables si tiene una discapacidad visual, auditiva o física para asegurarse de que puede recibir todos los servicios para los que es elegible
38. Saber que Magellan cumple con las leyes federales y estatales aplicables, incluyendo:
 - a) Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964
 - b) Ley de Discriminación por Edad de 1975
 - c) Ley de Rehabilitación de 1973
 - d) Títulos II y III de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades
 - e) Otras leyes sobre privacidad y confidencialidad
39. Estar protegido por los requisitos de paridad sobre límites máximos de por vida y anuales, y requisitos sobre gastos y limitaciones de tratamiento
40. No tener que pagar por servicios si:
 - a) Magellan se declara en quiebra
 - b) El Estado de Idaho no paga a Magellan o a un proveedor
 - c) Un proveedor le cobra más de lo que cubre Magellan
41. Recibir gestión de casos sin conflicto de intereses si es elegible

-
42. Obtener ayuda de emergencia donde y cuando la necesite sin aprobación previa de Magellan
 43. Si tiene menos de 18 años, mantener la privacidad de sus registros de tratamiento y:
 - a) Si tiene 14 años o más, decidir si permite o no que su padre/madre o tutor los vea (a menos que su proveedor piense que eso podría hacerle daño)
 - b) Verlos y hacer copias (a menos que su proveedor piense que eso podría hacerle daño)
 - c) Añadir sus propias notas a ellos
 44. Rechazar servicios
 45. Hablar con nosotros y con los proveedores de su hijo sobre cambios en el plan de atención en casos de colocación fuera del hogar, como tratamiento residencial o cuidado tutelar
 46. Al momento de una colocación fuera del hogar (voluntaria o involuntaria), recibir información a través de un acuerdo de servicios, en términos que comprenda, sobre los derechos y obligaciones suyos, de su hijo o pupilo, de los proveedores y de Magellan durante la estadía del niño
 47. Recibir una revisión a los seis (6) meses para un niño en colocación fuera del hogar
 48. Si usted o su hijo es admitido a una institución (voluntaria o involuntariamente), ser informado oralmente y por escrito sobre sus derechos y obligaciones en términos comprensibles
 49. Si usted o su hijo ha sido llevado a una instalación de desintoxicación social (donde puede permanecer hasta 3 días), usted/su hijo tiene derecho a:
 - a) Solicitar y realizarse una prueba para determinar si está intoxicado o usando sustancias
 - b) Ser liberado si las pruebas muestran que no lo está
 - c) Que la instalación conserve un registro de los resultados de la prueba
 50. Si su hijo está en una instalación, tiene derecho a:
 - a) Ser tratado amablemente en un lugar limpio y seguro
 - b) Salir por un tiempo si es seguro hacerlo
 - c) No ser restringido ni aislado innecesariamente
 - d) No ser golpeado ni abusado
 - e) Recibir suficiente comida, líquidos y ejercicio
 - f) Recibir visitas en privado si es apropiado
 - g) Enviar y recibir correo y recibir ayuda para escribir cartas
 - h) Hablar por teléfono en privado y recibir ayuda para usar el teléfono
 - i) Llamar a personas lejanas si puede pagar el costo
 - j) Orar, meditar o realizar actos religiosos sin ser castigado
 - k) Tener pertenencias personales siempre que no se usen para causarse daño
 - l) Informar a otros sobre sus derechos sin ser castigado
 - m) Tener un abogado que le ayude
 - n) No recibir medicamentos en exceso o innecesarios
 - o) Recibir educación
 51. Si el ingreso de su hijo a una instalación fue voluntario con su consentimiento:
 - a) Informar a la instalación si pueden administrar medicamentos a su hijo
 - b) Pedir que se suspenda la medicación en cualquier momento, salvo en emergencia
 - c) Solicitar una revisión del ingreso después de 30 días
 - d) Ser notificado con siete (7) días de anticipación de la revisión de los 30 días
 52. Si su hijo ingresa a una institución debido a una emergencia, usted/él tiene derecho a:
 - a) Ser informado por el proveedor sobre los servicios que puede necesitar y cuánto tiempo podrían durar
 - b) Ser entregado a usted dentro de las 24 horas, a menos que un tribunal determine que su hijo
-

necesita una evaluación

c) Si un tribunal determina que su hijo necesita una evaluación, ser informado oralmente y por escrito sobre:

- i) Por qué el tribunal la ordenó
- ii) Qué podría suceder
- iii) Su derecho a hablar con un abogado
- iv) Su derecho a recibir tratamiento

53. Si un tribunal ordena que su hijo sea ingresado a una institución por 120 días, tiene derecho a:
- a) Hablar con el tribunal sobre esto dentro de los tres (3) días posteriores a la orden
 - b) Contar con la ayuda de un abogado
 - c) Que su abogado se presente ante el tribunal sin que su hijo tenga que estar presente
54. Contar con la ayuda de un abogado para su hijo en cualquier momento y recibir asistencia legal gratuita si usted/él no puede pagarla

Responsabilidades del Miembro:

Ya sea adulto o joven, Magellan necesita su colaboración para que pueda recibir los servicios y apoyos que necesita. Usted tiene la responsabilidad de:

- 1. Recibir el tratamiento necesario por parte de un proveedor
- 2. Respetar a otros pacientes, al personal y a los trabajadores del proveedor
- 3. Brindar a los proveedores y a Magellan la información necesaria para que usted reciba una atención adecuada y de calidad
- 4. Hacer preguntas a sus proveedores sobre su atención para entender mejor su tratamiento
- 5. Seguir el plan de atención que acordó con su proveedor y su familia/tutor
- 6. Informar a sus proveedores sobre cambios en su medicación, incluyendo:
 - a) Medicamentos que le hayan recetado otros
 - b) Medicamentos de venta libre
 - c) Vitaminas
 - d) Hierbas u otros remedios naturales
- 7. Asistir a sus citas
- 8. Llamar a su proveedor tan pronto como sepa que necesita cancelar una visita
- 9. Informar a su proveedor si el plan de atención no está funcionando para usted
- 10. Informar a su proveedor si tiene problemas para pagar su atención
- 11. Reportar fraudes y abusos a Magellan al 1-800-755-0850 (TTY 711)
- 12. Informar a Magellan si tiene preocupaciones sobre la calidad de la atención
- 13. Informarse sobre la cobertura de Magellan, incluyendo todos los beneficios cubiertos y no cubiertos, así como los límites
- 14. Usar únicamente proveedores de la red, a menos que Magellan apruebe el uso de un proveedor fuera de la red
- 15. Como niño, o padre/tutor de un niño, revisar y firmar el acuse de recibo de los documentos que describen los derechos específicos durante el tratamiento

Si tiene alguna pregunta sobre estos Derechos y Responsabilidades, por favor llámenos al 1-800-424-7721 (TTY 711).

Quejas:

Si cree que se han violado sus derechos, puede contactarnos por correo, teléfono o correo electrónico:

Correo postal: Magellan Healthcare, Inc. Coordinador de Derechos Civiles Departamento de Cumplimiento Corporativo 8621 Robert Fulton Drive. Columbia, MD 21046

Teléfono: 1-800-424-7721 (TTY 711)

Correo electrónico: compliance@magellanhealth.com

En caso de que un cliente sienta que su tratamiento en Insight and Empowerment, LLC es injusto o inapropiado, se le pedirá que se comunice con la propietaria, Sarah Hernandez, LCSW, al (208) 932-7048 para hablar sobre su inquietud. Se le preguntará si desea presentar una queja formal por escrito.

Reconozco los derechos, responsabilidades y procedimientos de quejas establecidos por Insight and Empowerment, LLC. Entiendo que, si tengo más preguntas, se me anima a consultar con un profesional de la agencia para una explicación adicional.

Firma del responsable: _____ Fecha: _____

Firma del responsable: _____ Fecha: _____



Insight and Empowerment, LLC
1908 Jennie Lee Drive, Idaho Falls, ID 83404
(208) 932-7048 phone
(208) 970-6188 fax
IE@insightandempowerment.com

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO DETENIDAMENTE

A partir del 1 de julio de 2024, los proveedores de atención médica en Idaho deben obtener el consentimiento de los padres para tratar a menores no emancipados o enfrentarán responsabilidad civil, excepto en casos de emergencia. Además, los padres tendrán derecho a acceder al historial médico de sus hijos menores, sujeto a excepciones muy limitadas, y conforme a las leyes HIPAA.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica (TPO), así como para otros fines permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su PHI. La “información médica protegida” es aquella sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarle y que se relaciona con su estado de salud físico o mental pasado, presente o futuro, así como los servicios de atención médica relacionados. Estos deberes y derechos se detallan más a fondo en el título 45 del Código de Regulaciones Federales (45 C.F.R.), parte 164. Estamos legalmente obligados a cumplir con los términos de este Aviso mientras esté vigente.

Usos y divulgación de información médica protegida: Su PHI puede ser utilizada y divulgada por su médico, el personal de nuestra oficina y otras personas fuera de nuestra oficina que estén involucradas en su atención y tratamiento, con el fin de proporcionarle servicios médicos, cobrar por dichos servicios, apoyar el funcionamiento administrativo del consultorio y para cualquier otro uso exigido por la ley.

Tratamiento: Usaremos y divulgaremos su PHI para brindarle atención médica y servicios relacionados. Esto incluye coordinar su atención médica con terceros. Por ejemplo, podríamos divulgar su información médica a una agencia de atención médica domiciliaria o a un médico al que usted haya sido referido, para asegurarnos de que dicho médico tenga la información necesaria para diagnosticarle o tratarle.

Pago: Su PHI se utilizará según sea necesario para obtener el pago de los servicios médicos que reciba. Por ejemplo, para obtener la aprobación de una hospitalización, podríamos tener que divulgar su información médica al plan de salud correspondiente.

Operaciones de atención médica: Podemos usar o divulgar su PHI, según sea necesario, para apoyar las actividades administrativas de la práctica médica. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, evaluación de calidad, revisión del desempeño del personal, formación de estudiantes, licenciamiento y otras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a estudiantes de medicina que estén en prácticas en nuestro consultorio. También podríamos

llamarle por su nombre en la sala de espera cuando el terapeuta esté listo para atenderle, o contactarle para recordarle una cita.

Podemos usar o divulgar su PHI en las siguientes situaciones sin su autorización previa:

Estas situaciones incluyen, pero no se limitan a:

- Casos exigidos por ley
- Problemas de salud pública
- Enfermedades transmisibles
- Reportes de abuso o negligencia
- Regulaciones de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)
- Procedimientos legales
- Aplicación de la ley
- Médicos forenses, funerarias y donación de órganos
- Investigaciones
- Actividades criminales
- Actividades militares y de seguridad nacional
- Compensación laboral
- Situaciones relacionadas con reclusos

También realizamos divulgaciones exigidas por ley a usted o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos cuando sea necesario investigar o verificar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

Cualquier otro uso o divulgación de su PHI requiere su consentimiento o autorización previa, a menos que la ley disponga lo contrario.

Usted puede revocar esa autorización por escrito en cualquier momento, salvo que ya hayamos actuado en base a la misma.

Sus derechos: A continuación, se detallan sus derechos respecto a su PHI:

- **Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su salud protegida.** Sin embargo, la ley federal prohíbe el acceso a ciertos documentos como las notas de psicoterapia o la información reunida con anticipación razonable para procedimientos judiciales o administrativos. No puede inspeccionar su información de salud protegida que esté sujeta a la ley que prohíbe el acceso a la información médica protegida. Puede solicitar copias de su expediente en persona o llamando a nuestra oficina al (208) 932-7048. Con una autorización firmada, también podemos enviar electrónicamente sus expedientes a otro proveedor sin costo alguno.
- **Tiene derecho a solicitar restricciones sobre el uso o divulgación de su PHI.** Esto significa que puede pedirnos que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información médica protegida no se divulgue a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o con fines de notificación como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Su solicitud debe indicar específicamente qué información desea restringir y a quién se debe aplicar.

Su proveedor no está obligado a aceptar dicha restricción si considera que divulgar la información es en su mejor interés. En ese caso, puede optar por recibir atención de otro proveedor. Los registros se enviarán a su nuevo proveedor sin costo alguno, una vez que se reciba un consentimiento firmado para divulgar registros.

- **Tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales por medios alternativos.** También puede solicitar una copia impresa de este aviso, incluso si previamente aceptó recibirlo de forma electrónica.
- **Puede tener derecho a solicitar una enmienda de su PHI.** Si rechazamos su solicitud, usted puede presentar una declaración de desacuerdo y nosotros podemos adjuntar una refutación, de la cual recibirá una copia.
- **Tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones que hayamos hecho de su PHI, si corresponde.** Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este Aviso. En tal caso, usted puede oponerse o retirarse conforme se indica en este documento.

Quejas: Usted puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Para presentar una queja con nosotros, contacte a nuestro oficial de privacidad. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F HHH Bldg
Washington, D.C. 20201
Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov

Este aviso fue publicado y entra en vigor el 1 de febrero de 2022 o antes. Usted tiene derecho a discutir el contenido de este aviso. Si tiene preguntas u objeciones sobre este Aviso, o desea ejercer cualquiera de los derechos antes mencionados, por favor comuníquese con nuestro contacto de privacidad:

Oficial de Privacidad: Sarah Hernandez, LCSW, Propietaria/Supervisora Clínica
Teléfono: (208) 932-7048
Dirección: 1908 Jennie Lee Dr., Idaho Falls, ID 83404
Correo electrónico: sarah@insightandempowerment.com
Alternativamente: IE@Insightandempowerment.com

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su PHI y proporcionarle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad. Su firma a continuación es solo un reconocimiento de que ha recibido este aviso.

Firma del responsable: _____ Fecha: _____

Firma del responsable: _____ Fecha: _____



Insight and Empowerment, LLC
1908 Jennie Lee Drive, Idaho Falls, ID 83404
(208) 932-7048 phone
(208) 970-6188 fax
IE@insightandempowerment.com

Información Médica Protegida Electrónica Comunicación ePHI

El cliente puede solicitar comunicación por correo electrónico y / o mensajes de texto con respecto a la programación o para funciones administrativas en Insight and Empowerment, LLC. Nos gustaría que sea consciente de que puede haber varios riesgos de privacidad asociados con esta forma de comunicación. Esto también queda a discreción del consejero profesional si utilizar esta forma de comunicación. Los correos electrónicos y los mensajes de texto pasarán a formar parte de sus registros de salud mental en la agencia. Las salvaguardas de seguridad se implementan de acuerdo con las prácticas de HIPPA.

Los correos electrónicos estándar no son seguros y presentan cierto riesgo de que los datos puedan ser interceptados si se utiliza accidentalmente la dirección de correo electrónico incorrecta. No se garantiza la confidencialidad de ninguno de estos dos métodos de comunicación. El uso de las comunicaciones electrónicas puede aumentar el riesgo de divulgación y/o acceso no autorizado a la ePHI. Cuando se ha producido un acceso inapropiado, Insight and Empowerment, LLC tiene la obligación de informar al paciente de una violación de la privacidad.

Es nuestra política responder a los correos electrónicos dentro de las 24 horas hábiles. Si desea solicitar una cita o llamar por teléfono antes, comuníquese con la oficina al 208-932-7048.

Si usted es plenamente consciente de estos y otros riesgos potenciales y aun así desea tener comunicación por correo electrónico y/o mensaje de texto, por favor firme a continuación: "Acepto no responsabilizar a Insight and Empowerment, LLC por la divulgación y/o el acceso no autorizado a la ePHI que se obtuvo accidentalmente a través de estos métodos. Al firmar a continuación, también certifica que la dirección de correo electrónico y el número de teléfono proporcionados en esta solicitud son correctos, y que acepta toda la responsabilidad por los mensajes enviados hacia y desde esta dirección de correo electrónico y / o número de teléfono.

Solo correo electrónico _____ Solo texto _____ Correo electrónico y mensaje de texto _____
Ninguno _____

Dirección de correo electrónico: _____

Firma del responsable: _____ Fecha: _____

Firma del responsable: _____ Fecha: _____



Insight and Empowerment, LLC
1908 Jennie Lee Drive, Idaho Falls, ID 83404
(208) 932-7048 phone
(208) 970-6188 fax
IE@insightandempowerment.com

Divulgación de información médica protegida

Entendemos que la información sobre usted y su salud es personal, y nos comprometemos a proteger la privacidad de esa información. Debido a este compromiso, debemos obtener su autorización por escrito antes de que podamos usar o divulgar su información de salud para los fines que se describen a continuación, a menos que exista una amenaza grave o inminente para su salud y seguridad o la de otros. Este formulario proporciona esa autorización y nos ayuda a asegurarnos de que esté debidamente informado de cómo se utilizará o divulgará esta información.

Información personal (para la persona cuya información se compartirá)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____
Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: _____

Autorizo a ser la persona o el de representante legal _____
(Fecha N.) _____ de la persona y autorizo a Insight and Empowerment, LLC a compartir, dar y recibir información de salud con las siguientes personas y/o agencias:

Nombre/Agencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ FAX _____

Esta información se limitará a: (Inicial)

- Examen físico o de bienestar
- Planificación
- Evaluación Diagnóstica Integral
- Registro de tratamiento completo (excepto notas)
- Horarios de citas
- Otro: _____

Nombre/Agencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ FAX _____

Esta información se limitará a: (inicial)

- Examen físico o de bienestar
- Planificación
- Evaluación Diagnóstica Integral

Registro de tratamiento completo (excepto notas)
 Horarios de citas
 Otro: _____

Nombre/Agencia: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ FAX _____

Esta información se limitará a: (inicial)
 Examen físico o de bienestar
 Planificación
 Evaluación Diagnóstica Integral
 Registro de tratamiento completo (excepto notas)
 Horarios de citas
 Otro: _____

Entiendo que mis registros están protegidos por las Regulaciones Federales que rigen la Confidencialidad de la Información de Salud Protegida (PHI) bajo HIPPA y Confidencialidad (42 CFR parte 2).

Entiendo que tengo el derecho de cambiar o revocar esta autorización en cualquier momento. Esta autorización caducará automáticamente en un plazo de 12 meses a partir de la fecha de la firma. Una fotocopia de este formulario se considerará tan válida como el original. Usted puede rescindir esta autorización en cualquier momento.

Entiendo que, si la persona/organización autorizada para recibir mi información médica protegida no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que las regulaciones de privacidad ya no protejan la información. Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud protegida compartida bajo esta autorización enviando una solicitud por escrito a Insight and Empowerment, LLC.

Firma de Persona o Representante Legal:

Nombre en letra de imprenta de la persona o representante legal:

Fecha: _____

Firma del menor (edad 14+)

Nombre impreso del menor

Fecha: _____

Consentimiento informado de telesalud mental**Nombre de cliente:** _____**Fecha:** _____**Dirección de correo electrónico:** _____**Teléfono:** _____

Entiendo y acepto lo siguiente con respecto a los servicios médicos/de salud mental: Yo, _____, por la presente doy mi consentimiento para participar en la telesalud mental con Insight and Empowerment, LLC como parte de mi psicoterapia. Entiendo que la salud mental a distancia es la práctica de brindar servicios de atención médica clínica a través de medios asistidos por tecnología u otros medios electrónicos entre un profesional y un cliente que se encuentran en dos ubicaciones diferentes. Entiendo lo siguiente con respecto a la telesalud mental:

La privacidad y la confidencialidad son responsabilidades compartidas entre el proveedor y el cliente. Es mi responsabilidad mantener la privacidad en el extremo de la comunicación con el cliente. Acepto usar protocolos de seguridad razonables para proteger la privacidad de mi propia información de atención médica. El proveedor de atención médica no es responsable de las violaciones de confidencialidad causadas por un tercero independiente o por mí.

Entiendo que tengo derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a la atención, los servicios o los beneficios del programa futuros a los que de otro modo tendría derecho.

Entiendo que es mi responsabilidad consultar con mi plan de seguro para determinar la cobertura de los servicios de telesalud.

Entiendo que existen riesgos, beneficios y consecuencias asociados con la salud mental a distancia, incluidos, entre otros, la interrupción de la transmisión por fallas tecnológicas, la interrupción y/o violaciones de la confidencialidad por parte de personas no autorizadas y/o la capacidad limitada para responder a emergencias.

Entiendo que no habrá grabación de ninguna de las sesiones en línea por ninguna de las partes. Toda la información divulgada dentro de las sesiones y los registros escritos relacionados con esas sesiones son confidenciales y no pueden divulgarse a nadie sin autorización por escrito, excepto cuando la divulgación esté permitida y/o requerida por la ley.

Entiendo que las leyes de privacidad que protegen la confidencialidad de mi información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) también se aplican a la salud mental a distancia, a menos que se aplique una excepción a la confidencialidad (es decir, informes obligatorios de abuso de niños, ancianos o adultos vulnerables; peligro para mí o para otros; Planteo la salud mental/emocional como un problema en un procedimiento legal).

Además, entiendo que es posible que los servicios y la atención de telesalud no produzcan los mismos resultados ni sean tan efectivos como el servicio presencial. Entiendo que si mi proveedor cree que sería mejor atendido por otra forma de servicio psicoterapéutico (por ejemplo, en persona), me remitirán a un proveedor en mi área que pueda brindar dicho servicio. Mi proveedor y yo reevaluaremos periódicamente la idoneidad de seguir prestándome servicios

utilizando las tecnologías que hemos acordado hoy, y modificaremos nuestro plan según sea necesario.

Entiendo que, si tengo pensamientos suicidas u homicidas, experimento activamente síntomas psicóticos o experimento una crisis de salud mental que no se puede resolver de forma remota, es posible que se determine que los servicios de telesalud mental no son apropiados y se requiere un mayor nivel de atención. Además, si creo que puedo estar enfrentando una situación de emergencia que podría resultar en daño para mí o para otra persona; No debo buscar una telesalud, sino que acepto buscar atención de inmediato a través de mi propio proveedor de atención médica local o en el departamento de emergencias del hospital más cercano o llamando al 911.

Entiendo que soy el único responsable de garantizar mi seguridad durante las sesiones de telesalud, entiendo que no es seguro participar en una sesión de telesalud (solo audio y/o video) mientras conduzco o como pasajero en un vehículo en movimiento. Siempre estacionaré en un lugar seguro antes de iniciar una sesión si estoy en un vehículo. Si me encuentro en una situación en la que no puedo participar de manera segura en una sesión de telesalud debido a que conduzco, informaré inmediatamente al proveedor y reprogramaré la cita. El incumplimiento de esta política resultará en que el proveedor finalice de inmediato la comunicación de telesalud.

Entiendo que durante una sesión de telesalud mental, podríamos encontrar dificultades técnicas que resulten en interrupciones del servicio. Si esto ocurre, finalice y reinicie la sesión. Si no podemos discutir, ya que podemos volver a conectarnos dentro de diez minutos, llámeme al (208) 932-7048 para discutir, ya que es posible que tengamos que reprogramar.

Entiendo que mi terapeuta puede necesitar ponerse en contacto con mi contacto de emergencia y/o con las autoridades correspondientes en caso de una emergencia.

Protocolos de emergencia

Necesito saber su ubicación en caso de una emergencia. Usted se compromete a informarme de la dirección en la que se encuentra al comienzo de cada sesión. También necesito una persona de contacto con la que pueda comunicarme en su nombre solo en una emergencia que ponga en peligro mi vida. Esta persona solo será contactada para ir a su ubicación o llevarlo al hospital en caso de una emergencia.

En caso de emergencia, mi ubicación es:

y el nombre, dirección, teléfono de mi persona de contacto en caso de emergencia:

He leído la información proporcionada anteriormente y la he discutido con mi terapeuta. Entiendo la información contenida en este formulario y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____