



Formulario de consentimiento del cliente de los servicios de Gaggle Therapy

Servicios de Terapia con Gaggle

Formulario de Consentimiento Informado

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento del cliente: _____ (MM/DD/AAAA)

Se requiere su permiso para que su hijo participe en sesiones de teleterapia con Gaggle Therapy. El distrito determinará el formato de terapia, que puede ser individual, grupal o familiar.

Debido a que el asesoramiento se basa en una relación de confianza entre un proveedor de salud mental y un cliente, el proveedor mantendrá la confidencialidad de la información compartida por el niño, excepto en ciertas situaciones en las que una responsabilidad ética limita la confidencialidad. Se le notificará en las siguientes circunstancias:

1. El estudiante revela información sobre lastimarse a sí mismo o a otra persona.
2. El estudiante u otra persona puede estar en peligro físico.

Además, puede ser pertinente compartir parte de la información personal de su hijo (como las fechas de las sesiones y la asistencia) con el distrito escolar para fines de facturación, identificación de apoyo y mantenimiento de registros. En los casos relacionados con la facturación, se eliminará el nombre de su hijo. Al firmar esta autorización, usted da su consentimiento para permitir que Gaggle Therapy comparta cierta información con la escuela o el distrito de su hijo.

En el caso de que el cliente sea transferido de un proveedor de salud mental a otro en Gaggle, se llevará a cabo la continuidad informativa de la atención. En un esfuerzo por proporcionar poca o ninguna interrupción en la atención/servicios, el proveedor de salud mental entrante puede solicitar hablar con el proveedor anterior y/o leer las notas del proveedor anterior.

En nuestro compromiso de brindar atención personalizada, los estudiantes pueden ser conectados con un proveedor adecuado, como terapeutas, terapeutas asociados (bajo supervisión) o entrenadores. Los terapeutas asociados son supervisados por un médico clínico con licencia independiente, lo que garantiza la prestación de un servicio de la más alta calidad.

RIESGOS:

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.



Formulario de admisión de clientes de los servicios de Gaggle Therapy

DEFINICIÓN DE SERVICIOS DE TELESALUD MENTAL:

La telesalud mental es la práctica de prestar 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.

Al escribir mi nombre a continuación, doy mi consentimiento informado para que mi hijo participe en la terapia. Entiendo que cualquier cosa que mi hijo comparta se mantendrá confidencial, excepto en los casos mencionados anteriormente.

Consentimiento para los Servicios: Requerido

- ☐ Sí
- ☐ No

Firma del Cliente/Tutor: _____

Fecha: _____ (MM/DD/AAAA)



Formulario de admisión de clientes de los servicios de Gaggle Therapy

Servicios de Terapia con Gaggle

Formulario de consentimiento adicional

Ahora que ha aceptado participar en los servicios, tiene la opción de compartir información entre Gaggle y el personal del distrito escolar. La información compartida puede incluir:

- Factores estresantes actuales
- Estrategias basadas en evidencia para que el cliente las utilice
- Cómo el personal de la escuela puede apoyar al cliente

He revisado y entiendo el Formulario de Consentimiento Adicional de Gaggle: Requerido
☐ Doy mi permiso para que Gaggle divulgue información al personal relevante del distrito escolar, según corresponda a las necesidades del cliente.
☐ No doy permiso para divulgar información al personal pertinente del distrito escolar.
☐ Soy un miembro del personal del distrito y no doy permiso para divulgar información al personal relevante del distrito escolar.

Fecha: _____ (MM/DD/AAAA)

Firma del cliente/tutor _____



Formulario de admisión de clientes de los servicios de Gaggle Therapy

Servicios de Terapia con Gaggle Acuerdo de Privacidad y Confidencialidad

Su privacidad y confidencialidad son extremadamente importantes para nosotros. Este documento explica cómo se manejará su información médica protegida (PHI) de conformidad con las leyes federales y estatales, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

1. Uso y divulgación de información médica protegida (PHI)

Al firmar este acuerdo, usted entiende y acepta que:

- Gaggle puede usar y divulgar su PHI con el fin de proporcionar tratamiento, obtener el pago de servicios y realizar operaciones de atención médica.

Algunos ejemplos de divulgaciones permitidas son:

- Compartir información con su proveedor de seguros para obtener autorización o procesar reclamaciones de pago.
- Comunicarse con otros proveedores de atención médica involucrados en su atención.

2. Confidencialidad de los servicios de telesalud

En el caso de los servicios de telesalud, usted reconoce lo siguiente:

- La comunicación a través de la telemedicina puede implicar la transmisión de información médica personal a través de plataformas electrónicas.
- Gaggle toma todas las precauciones razonables para proteger sus datos, incluido el uso de plataformas de software encriptadas.

3. Derechos con respecto a su información

Usted tiene derecho a:

- Acceder y solicitar copias de sus registros médicos.
- Solicitar limitaciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su PHI (sujeto al acuerdo del proveedor).
- Retirar el consentimiento para compartir su información, excepto cuando la divulgación sea requerida por la ley.

4. Límites de la confidencialidad

Hay situaciones en las que Gaggle está legalmente obligado a divulgar su información sin su consentimiento, entre ellas:

- Si existe una amenaza para su seguridad o la seguridad de otros.
- Sospecha de abuso o negligencia de un niño, anciano o adulto vulnerable.
- Requisitos legales como órdenes judiciales o citaciones.



Formulario de admisión de clientes de los servicios de Gaggle Therapy

Servicios de Terapia con Gaggle Acuerdo de Privacidad y Confidencialidad

Reconocimiento y consentimiento

Al reconocer este formulario, usted reconoce que ha leído y entendido los términos descritos en este [Acuerdo de Privacidad y Confidencialidad](#). Usted da su consentimiento para el uso y la divulgación de su PHI como se describe en este documento. Usted comprende sus derechos y responsabilidades en virtud de la HIPAA y las regulaciones estatales.

Fecha: _____ (MM/DD/AAAA)

Firma del cliente/tutor _____



Formulario de admisión de clientes de los servicios de Gaggle Therapy

Servicios de Terapia con Gaggle Derechos del paciente

Estamos comprometidos a garantizar que reciba atención de calidad con respeto y comprensión. Este documento describe sus derechos como paciente. Por favor, léalo detenidamente. Si tiene alguna pregunta o necesita más aclaraciones, consulte a su proveedor.

1. Sus derechos al respeto, la dignidad y la no discriminación

- Tiene derecho a ser tratado con cortesía, dignidad, respeto y sin consideración de la discriminación, independientemente de su edad, raza, etnia, religión, cultura, idioma, discapacidad física o mental, estatus socioeconómico, sexo, orientación sexual e identidad o expresión de género.
- (Ley Aplicable: Condiciones de Participación de CMS, ADA, Ley de Derechos Civiles - Título VI)

2. Sus derechos a estar libre de abuso y restricción

- Usted tiene derecho a recibir atención en un entorno seguro, libre de toda forma de abuso, negligencia o restricción innecesaria.
- (Ley Aplicable: Condiciones de Participación de CMS)

3. Sus derechos a participar en las decisiones sobre su atención

- Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento, a tomar decisiones sobre su atención y a rechazar el tratamiento si así lo desea.
- Cuando un paciente o una persona no puede tomar decisiones sobre su atención, tratamiento o servicios prestados a través de telesalud, la organización involucra a un tomador de decisiones sustituto (Distrito Escolar, Consejero Escolar, Familia, etc.) de acuerdo con la ley y la regulación.
- La organización involucra a la familia del paciente o del individuo en las decisiones de atención, tratamiento o servicios en la medida en que lo permita el paciente, la persona atendida o el responsable de la toma de decisiones, de acuerdo con la ley y la regulación.
- La organización se da cabida en el derecho de la persona atendida a solicitar la opinión de un consultor.
- La organización se adapta al derecho de la persona atendida a solicitar una revisión interna de su plan de atención, tratamiento o servicios.
- (Ley Aplicable: Ley de Autodeterminación del Paciente, Condiciones de Participación de los CMS)

4. Sus derechos a recibir información de una manera que ellos entiendan

- La organización proporciona información de una manera adaptada a la edad, el idioma y la capacidad de comprender al paciente o a la persona atendida.
- Si tiene un dominio limitado del inglés, tiene derecho a recibir servicios de intérprete sin costo alguno.
- La organización proporciona información al paciente o a la persona atendida que tiene discapacidades visuales, del habla, auditivas o cognitivas de una manera que satisfice sus necesidades.
- (Ley Aplicable: Ley de Derechos Civiles - Título VI)

5. Sus derechos a presentar quejas o reclamos

- Puede expresar preocupaciones sobre su atención sin temor a represalias. Los proveedores tienen un proceso para atender las quejas y responder de manera oportuna.
- El paciente o el sustituto que toma las decisiones puede presentar una queja de las siguientes maneras:
 - Queja Verbal o Escrita presentada a: Consejero Escolar Referente
 - Autoridad Estatal Pertinente
 - Oficina del Inspector General

(Ley aplicable: Condiciones de participación de CMS, HIPAA)



Formulario de admisión de clientes de los servicios de Gaggle Therapy

6. Sus derechos a las Notas de Progreso

- Entiendo que puedo solicitar acceso a las notas de progreso de la terapia de mi hijo, que pueden incluir información general como los objetivos de la sesión, la asistencia y el progreso observable.
- Límites de acceso: Entiendo que algunas notas de terapia, como las notas de terapeutas privados que se usan solo con fines clínicos, no se comparten.
- También entiendo que el acceso a las notas puede ser limitado si:
 1. Compartir la información podría dañar a mi hijo.
 2. Mi hijo tiene capacidad legal para dar su consentimiento a su propio tratamiento.
 3. Los acuerdos legales o de custodia restringen el acceso.
- Cómo solicitar notas: Acepto enviar cualquier solicitud de notas de progreso de la terapia por escrito utilizando el formulario de divulgación de información (ROI) designado.
- Comunicación del terapeuta; Entiendo que los terapeutas pueden proporcionar actualizaciones resumidas como una alternativa a compartir notas de progreso completas, para apoyar la colaboración mientras se mantiene la confianza en la relación terapéutica.

7. Derechos adicionales para las personas en cuidado de crianza

- A participar en el desarrollo de su plan de caso, según corresponda a su edad y madurez.
- Para acceder a atención médica, oftalmológica, de salud conductual, dental y de rehabilitación de rutina, preventiva y de emergencia
- Mantener el contacto con su patrimonio etnocultural
- Participar en el desarrollo de habilidades recreativas y oportunidades sociales
- A ser protegida contra el acoso y el abuso
- A ser apoyados en el desarrollo y la expresión de su espiritualidad
- Si la información sobre la familia de origen se comparte con Gaggle y/o el proveedor, se puede invitar a la familia de origen a:
 - Participar en el plan del caso de la persona en cuidado de crianza, a menos que se indique lo contrario en el plan del caso.
 - Mantener contacto con la persona en cuidado de crianza, a menos que se indique lo contrario en el plan del caso.
 - Acceder a servicios que aborden las condiciones que condujeron a la colocación en hogares de acogida
- Si la información sobre la familia de acogida se comparte con Gaggle y/o el proveedor, la familia puede ser informada de:
 - Situación(es) de crisis y/o apoyo de emergencia necesario
 - Estrategias para apoyar a la persona en cuidado de crianza
 - Necesidades identificadas de la persona en cuidado de crianza



Formulario de admisión de clientes de los servicios de Gaggle Therapy

Servicios de Terapia con Gaggle Derechos del paciente

Reconocimiento del acuerdo

Al reconocer este formulario, usted reconoce que ha leído y entendido sus [Derechos del Paciente](#). Usted acepta sus términos y comprende sus derechos y responsabilidades.

Fecha: _____ (MM/DD/AAAA)

Firma del cliente/tutor _____



Formulario de admisión de clientes de los servicios de Gaggle Therapy

Servicios de Terapia con Gaggle Cancelación/No presentación

Se espera que los clientes asistan y participen en sus sesiones. Si no puede asistir a la sesión, comuníquese con su terapeuta para reprogramar con al menos 24 horas de anticipación. Las sesiones canceladas o no asistidas con menos de 24 horas de anticipación se consideran sesiones "sin presentación". Los clientes con cancelaciones excesivas/"ausencias" pueden ser considerados para ser eliminados de los servicios.

Política de asistencia:

1. Después de la segunda y tercera sesión de "no presentación", el terapeuta de Gaggle revisará la participación del cliente en los servicios y las solicitudes del distrito para determinar si el cliente debe ser dado de alta. * Tenga en cuenta que algunos distritos escolares requieren que los clientes sean dados de alta después de la segunda o tercera "ausencia". Su terapeuta discutirá estas expectativas con usted más a fondo.
2. Si se permite que continúe y el cliente tiene una cuarta sesión de "no presentación", esto resultará en dado de baja de los servicios.

Confirmando que he revisado la política de no presentación de Gaggle: Requerido
☐ Sí
☐ No

¿El cliente está recibiendo actualmente servicios de terapia fuera del ambiente escolar? Tenga en cuenta que esto NO incluye consejería escolar: Requerido
☐ *Sí
☐ No

*** No podemos apoyar a este cliente si está recibiendo terapia en otro lugar. Póngase en contacto con staff@gaggletherapy.com si tiene alguna pregunta.**



Formulario de admisión de clientes de los servicios de Gaggle Therapy

1. Dirección del cliente: Obligatorio
Nombre de Calle: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____

2. Método de contacto preferido: Requerido
☐ Teléfono
☐ Correo electrónico
☐ Mensaje de texto
☐ Sin preferencia

3. Contacto de emergencia principal: Requerido
☐ Nombre:
☐ Número de teléfono:
☐ Correo electrónico:
☐ Relación con el cliente:

4. Contacto de emergencia secundario: Opcional
☐ Nombre:
☐ Número de teléfono:
☐ Correo electrónico:
☐ Relación con el cliente:

5. Identidad de género (debe marcar una): Requerido	
☐ Masculino	☐ No binario
☐ Femenino	☐ Otro: _____

6. Pronombres preferidos (debe marcar uno): Obligatorio	
☐ Él/él	☐ Elle/le
☐ Ella/Ella	☐ Otro: _____



Formulario de admisión de clientes de los servicios de Gaggle Therapy

7. Describa cualquier diagnóstico médico o de salud mental (p. ej., TDAH, asma) y los tratamientos actuales (p. ej., psiquiatría, terapia conductual): **Requerido**

8. Describa cualquier apoyo psiquiátrico / de salud mental reciente (últimos 6 meses), que incluye: tratamiento ambulatorio, hospitalización psiquiátrica, medicamentos psiquiátricos, tendencias suicidas, daño a sí mismo o a otros, cargos legales actuales o recientes, etc.: **Requerido**

9. Haga una lista de los medicamentos actuales. Incluye: Nombre, prescriptor, dosis, método (cómo se toma), frecuencia, propósito **requerido**



Formulario de admisión de clientes de los servicios de Gaggle Therapy

10. Fecha del examen físico más reciente. (Si ha pasado más de un año desde su último examen físico, comuníquese con su médico de cabecera para programar una cita o con el distrito escolar para obtener recursos adicionales). **Obligatorio**

11. Enumere las preocupaciones/situaciones especiales de los clientes para que el terapeuta tenga en cuenta (por ejemplo, asistencia, falta de vivienda, divorcio/custodia, problemas legales, desafíos financieros, plan 504, IEP, etc.).
Obligatorio

12. ¿Se refiere a este cliente para satisfacer los requisitos legales o escolares? Por ejemplo: custodia, tutela, suspensión escolar o cualquier inquietud legal relacionada. **Obligatorio**

13. Preferencia del proveedor (debe marcar una): **Requerido**

☐ Masculino

☐ Femenino

☐ Sin preferencia



Formulario de admisión de clientes de los servicios de Gaggle Therapy

14. Idioma principal: Obligatorio

15. ¿Se pueden realizar sesiones en inglés? Obligatorio
☐ Sí
☐ No

16. Preferencia de marco de tiempo de sesión (debe marcar al menos dos): Requerido
☐ En la escuela
☐ Horario diurno - Fin de semana
☐ Noche – Durante la semana
☐ Noche - Fin de semana

17. ¿Quién debe recibir un recordatorio por mensaje de texto? Obligatorio
☐ Contacto de emergencia
☐ Cliente/Parte responsable
☐ Optar por no recibir mensajes de texto

18. ¿Quién debe recibir CORREOS ELECTRÓNICOS DE SESIÓN, además del correo electrónico de la cuenta del cliente? Opcional
☐ Contacto de emergencia
☐ Miembro del personal de referencia