



Bette D. Harris Family and Child Clinic

The Family Institute en la Northwestern University (El Instituto de la Familia en la Universidad del Noroeste) está comprometido a fortalecer y sanar a las familias de todos los ámbitos de la vida a través del servicio clínico, la educación y la investigación. The Family Institute ofrece una amplia gama de atención de salud conductual de alta calidad a través de la práctica de nuestro personal y la clínica de escala móvil.

El horario de cada ubicación es solo con cita previa. Tenga en cuenta que los niños menores de 12 años no pueden quedarse solos en las salas de espera. Si sus hijos no participan en su sesión, planifique para que alguien los cuide.

TÉRMINOS DEL ACUERDO:

- I. **SERVICIOS:** Los servicios pueden incluir, entre otros, terapia familiar, de pareja, individual y grupal, así como pruebas psicológicas, consultas escolares y otros servicios de diagnóstico recomendados por el médico. Los servicios también pueden incluir la participación de padres/tutores y otros miembros importantes de la familia, cuando corresponda. Usted o su médico pueden sugerir otros tipos de servicios (no directos) fuera del alcance de la terapia normal que podrían facturarse por separado, como visitas a la escuela, comparecencias ante el tribunal, consultas telefónicas, redacción o revisión de cartas, informes, etc. Las recomendaciones para el tratamiento primero se conversan con los clientes y ellos las aprueban. Los médicos del Family Institute a menudo trabajan con múltiples miembros de la familia en diferentes modalidades (por ejemplo, terapia individual, de pareja o familiar) y pueden consultar entre ellos y compartir información para proporcionar una atención eficaz y coordinada. Cuando varios médicos ven a diferentes miembros de la familia, los médicos asegurarán su consentimiento por escrito antes de compartir información. Los médicos pueden compartir información con consultores o supervisores sin su consentimiento. La información proporcionada por separado por aquellos que participan en terapia de pareja o familiar se comparte entre los miembros que participan en ese tipo de tratamiento a discreción del terapeuta y con su consentimiento por escrito. Dentro de nuestra clínica, la duración del tratamiento se evaluará en función del progreso hacia objetivos de terapia mutuamente acordados.

_____ (iniciales del cliente)

- II. **SUPERVISIÓN Y MÉDICOS CLÍNICOS:** El servicio proporcionado en la Bette D. Harris Family and Child Clinic (Clínica de Niños y Familias de Bette D. Harris) es brindado por médicos que reciben capacitación avanzada como psicoterapeutas y son supervisados por al menos un médico superior semanalmente en un entorno individual y grupal. Los clientes tienen derecho a conocer la identidad y las credenciales de los clínicos supervisores superiores involucrados en su atención. Se espera que su médico establezca metas con usted para el tratamiento y trabaje en las metas establecidas en una evaluación. Si todavía está en tratamiento al final de la capacitación de su médico en The Family Institute (su médico le notificará la fecha de finalización esperada), su médico revisará el estado de estos objetivos con usted y considerará si se indica un tratamiento adicional y de ser así, dónde sería mejor que se llevara a cabo y con quién.



III. **TARIFA:** Se espera que los clientes paguen todas las tarifas y copagos al momento del servicio.

IV. **POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE CITAS:** Se aplican cargos por citas de psicoterapia canceladas (o modificadas) con menos de 24 horas de anticipación. Se consideran circunstancias atenuantes cuando resulta apropiado.

_____ (iniciales del cliente)

V. **CÓMO CONTACTAR A LOS MÉDICOS CLÍNICOS:** Los clientes pueden dejar mensajes confidenciales para sus médicos a través del Portal del paciente o el sistema de correo de voz de The Family Institute en cualquier momento. The Family Institute no proporciona servicios fuera de horario o de emergencia. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya a la sala de emergencias.

_____ (iniciales del cliente)

VI. **MEJORA DE LA CALIDAD/INVESTIGACIÓN:** Entiendo que la misión de The Family Institute incluye la investigación. Estoy de acuerdo en que The Family Institute puede usar los datos de mi cuestionario anonimizado (anónimo) para mejorar la calidad/control de calidad y fines de investigación de conformidad con la ley. Es posible que me contacten para un posible reclutamiento en un estudio de investigación específico, momento en el que puedo elegir inscribirme o rechazar participar. No se utilizará información identificable sin mi consentimiento explícito. No habrá consecuencias adversas al negarme a participar en cualquier investigación propuesta.

VII. **PSICOTERAPIA/TELETERAPIA FACILITADA ELECTRÓNICAMENTE:** En algún momento durante su atención, puede elegir recibir servicios facilitados electrónicamente de The Family Institute. Para proteger su privacidad de acuerdo con el requisito federal definido en la Ley de privacidad y asequibilidad de la información de salud (HIPAA, por sus siglas en inglés), estos servicios se proporcionarán a través de una plataforma de video que cumpla con la HIPAA. Al igual que con todas las formas electrónicas de comunicación, existen riesgos para la privacidad que no existen en la terapia cara a cara y que no se pueden eliminar por completo a pesar de seguir las mejores prácticas de privacidad.

Usted acepta ser responsable de proporcionar la computadora y/o el equipo de telecomunicaciones y el acceso a Internet necesarios si elige utilizar sesiones de teleterapia, así como organizar una ubicación con suficiente iluminación y privacidad que esté libre de distracciones o intrusiones para estas sesiones.

VIII. **COMUNICACIONES** Periódicamente, el Instituto de la Familia envía noticias y actualizaciones sobre sus diversos programas y actividades. Recibirá boletines electrónicos, consejos útiles del mes, materiales de administración para donantes e invitaciones de The Family Institute. Si en algún



Bette D. Harris Family and Child Clinic

momento desea dejar de recibir estas comunicaciones, envíe una comunicación por escrito al Oficial de Privacidad de The Family Institute, 618 Library Place, Evanston, IL 60201 o haga clic en "Cancelar suscripción" en el pie de página de cualquier correo electrónico recibido.

- IX. GRABACIÓN DE AUDIO Y VIDEO:** Para la Bette D. Harris Child Clinic, los médicos en entrenamiento rutinariamente graban sesiones en audio y/o video para revisar su trabajo con los supervisores.

Las grabaciones de audio y video pueden ser revisadas por el médico y/o su supervisor para asegurar una atención de alta calidad. Las grabaciones de audio y video se consideran información de salud protegida y no se utilizarán ni se mostrarán fuera de la revisión del médico/supervisor sin el consentimiento por escrito del cliente. Una vez que se han revisado, se eliminan.

Yo/Nosotros otorgo/otorgamos permiso a The Family Institute para hacer grabaciones de video y/o cintas de audio conmigo/nosotros y mi/nuestra familia para *supervisión o consulta clínica*. Yo/Nosotros siempre seré/seremos notificados cuando se realicen las grabaciones, y yo/nosotros podemos rechazar la grabación de entrevistas en video y/o audio en cualquier momento.

_____ (iniciales del cliente)

El cliente no da su consentimiento para grabar

Yo/Nosotros otorgo/otorgamos permiso a The Family Institute para hacer grabaciones de video y/o cintas de audio conmigo/nosotros y mi/nuestra familia para *instrucción y enseñanza*. Yo/Nosotros siempre seré/seremos notificados cuando se realicen las grabaciones, y yo/nosotros podemos rechazar la grabación de entrevistas en video y/o audio en cualquier momento.

_____ (iniciales del cliente)

El cliente no da su consentimiento para grabar

- X. REQUISITO DE INFORMES DE SALUD MENTAL FOID:** De acuerdo con la Ley de portación oculta de armas de fuego de Illinois, todos los médicos, psicólogos clínicos y examinadores calificados deben notificar al Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) dentro de las 24 horas posteriores a la determinación de que una persona representa un peligro claro y presente para sí misma o para otras personas, con discapacidad del desarrollo o discapacitado intelectualmente, independientemente de la práctica del proveedor, la edad de la persona o cualquier otro diagnóstico de esta persona.

_____ (iniciales del cliente)



Bette D. Harris Family and Child Clinic

Nombre impreso

Firma

Dirección de correo electrónico

Nombre impreso

Firma

Dirección de correo electrónico

Como garante, acepto la responsabilidad financiera por los servicios recibidos en The Family Institute. También soy responsable de notificar al Departamento de Facturación de The Family Institute si mi estado como garante ha cambiado o si la responsabilidad financiera del tratamiento es una responsabilidad compartida. Si no informo al Departamento de Facturación de The Family Institute, sigo siendo responsable de los cargos.

Nombre del garante
electrónico

Firma

Dirección de correo