

Manual del Cliente

¡Este manual es para que usted lo guarde! Por favor firme el **Acuse de Recibo del Manual del Cliente** en la última página del Formulario de Admisión para confirmar que usted ha recibido y leído el manual antes del inicio de su tratamiento.

¡Bienvenidos a Compass Counseling Services, LLC (CCS)! CCS es una compañía de proveedores de salud conductual, que incluye psicólogos, psiquiatras, proveedores médicos con especialidad psiquiátrica o experiencia en el campo de salud mental, profesionales de enfermería psiquiátrica, trabajadores sociales clínicos, consejeros de salud mental, terapeutas licenciados y terapeutas de nivel de maestría (incluyendo pasantes registrados que reciben supervisión de personal con licencia). Los proveedores de CCS tienen licencia y están registrados para proporcionar servicios de salud mental en la Florida. CCS tiene un equipo de proveedores y empleados que son dedicados y capacitados. CCS utiliza los términos cliente/paciente indistintamente. Valoramos la colaboración activa de los clientes/pacientes. Creemos en proporcionar apoyo individualizado y un tratamiento basado en las fortalezas de cada cliente/paciente. También creemos en facilitar un tratamiento holístico, lo que significa que creemos que debe ser tratado como una persona entera. Los proveedores de CCS individualizan el tratamiento para que se adapte a sus necesidades; proporcionan servicios de alta calidad; y revisan el progreso y los resultados con usted. Aunque los proveedores de CCS pueden diferir en su enfoque al cuidado de salud mental, las cualidades previamente mencionadas son principios fundamentales de CCS. A demás, nosotros colaboramos con otras personas cuando está indicado y autorizado. Esto puede incluir, pero no se limita a, la atención administrada para salud mental, PCPs (médicos de atención primaria) y otros proveedores de atención médica, hospitales, escuelas y recursos comunitarios. El horario laboral de CCS es **de lunes a jueves de las 8:30 a.m. a 5:30 p.m. y los viernes de las 8:30 a. m. a 5:00 p.m.* *El horario puede variar según los proveedores individuales.**

Derechos y Responsabilidades del Cliente/Paciente en Compass Counseling Services, LLC

Como cliente/paciente en CCS, usted tiene derecho a:

- a) Recibir servicios de alta calidad para su tratamiento de salud mental.
- b) Ser tratado con respeto y cortesía por todos los proveedores y personal de CCS.
- c) Haga que su información se mantenga privada y confidencial, excepto como se describe en la declaración de privacidad de CCS.
- d) Ser escuchado y tener a los proveedores y al personal que trabajen en colaboración con usted para abordar las preocupaciones y necesidades identificadas.
- e) Recibir servicios en oficinas que se mantengan seguras, limpias y accesibles.
- f) Obtenga información y apoyo de los proveedores para integrar sus fortalezas y mejorar sus habilidades, incluyendo la de tomar de decisiones, para que usted pueda manejar con más éxito un problema/situación que se presente.
- g) Ser servido sin discriminación o acoso por motivos de raza, color, religión, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, edad, capacidad o discapacidad, estado civil, ciudadanía, origen nacional, información genética o cualquier otra característica protegida por la ley.
- h) Evaluar y discutir su tratamiento con los proveedores para identificar la efectividad y/o abordar cualquier pregunta o inquietud que pueda surgir en el tratamiento.
- i) Solicitar un Cambio de Proveedor si se identifica una barrera en el tratamiento que no se puede abordar razonablemente con el proveedor asignado. Si hay otro proveedor que está disponible y que puede satisfacer mejor sus necesidades, CCS considerará proporcionar una transferencia. Tenga en cuenta que las solicitudes discriminatorias con respecto a los proveedores no serán consideradas.
- j) Solicitar y completar un Formulario de Quejas (Complaint/Grievance Form) para abordar una preocupación o problema específico mientras recibe servicios en CCS.

Como proveedores que trabajan para satisfacer sus necesidades de salud mental, le pedimos amablemente que:

- Trate a los proveedores y al personal de CCS con cortesía y respeto.
- Participe en el tratamiento en una manera colaborativa.
- Exprese sus inquietudes, necesidades y preguntas.
- Proporcione al menos 24 horas (o más) de anticipación si no puede asistir a una cita. Por favor, siga la póliza de CCS con respecto a citas tardías, cancelaciones y no presentaciones.
- Permanezca en los locales/edificios de CCS si es un padre/tutor/representante legal o adulto autorizado (mayores de 18 años) que acompañe a un menor/o un cliente a la cita. Para citas de telesalud, por favor esté en el mismo lugar físico.

Pólizas con respecto a Citas, Cancelaciones, Tarifas de No Presentación y Servicios

- a) Se espera que un Cliente, Padre y/o Tutor Legal, asistan a todas las citas programadas según lo acordado con su Proveedor de CCS. CCS proporcionará recordatorios telefónicos/comunicación para citas lo mejor que pueda.
- b) A un cliente que no asista a una cita y/o que no notifique a CCS al menos 24 horas (o más) de la hora de la cita (antes de una ausencia planificada), **se le cobrará una tarifa de \$25.00.**
- c) Si un cliente llega **15 minutos después de la cita de consejería/psicoterapia o de una evaluación psiquiátrica**, será necesario reprogramar la cita. Si un cliente llega **5 minutos después de la hora de la cita de manejo de medicamentos**, será necesario reprogramar la cita.
- d) **3 citas canceladas consecutivamente y/o faltas de citas** podrían resultar en ser dado de alta de la atención de CCS.
- e) Si un paciente es dado **de alta administrativamente por CCS debido a una participación inconsistente en los servicios**, el paciente **recibirá una carta de notificación de 30 días** con una lista de posibles fuentes de referencia. El propósito de la notificación es proporcionar tiempo suficiente para que el paciente acceda a otro proveedor. Las copias de toda la correspondencia se colocarán en el expediente médico del paciente.

Tarifas de Servicios y para Documentación de CCS

Es responsabilidad del cliente entender su cobertura, incluyendo copagos, coaseguros y deducibles. Esto también incluye comprender qué servicios son y no están cubiertos. Es responsabilidad del cliente informar a CCS de los cambios en el seguro o la cobertura. Si la compañía de seguros no paga por citas/servicios, un cliente, tutor legal, y/o garante es responsable de todos los costos de los servicios. Todos los costos de los servicios y tarifas de CCS están sujetos a cambios a la discreción de CCS.

Lista abreviada: Costos de los servicios de CCS para pacientes de auto-pago (sin seguro para cualquier adulto o niño/menor):	
Evaluación Inicial Psiquiátrica con plan de tratamiento (60 minutos)	\$300
Citas de Seguimiento del Manejo de Medicamentos Psiquiátricos (15 a 30 minutos)	\$110
Examen de Drogas en la Orina (UDS) (si está clínicamente indicado)	\$20
Evaluación Inicial con Psicoterapeuta con plan de tratamiento (60 a 75 minutos)	\$125
Cita de Seguimiento de Psicoterapia/Consejería Individual (60 minutos) *Esta sesión puede incluir hijo y padre, cuando el niño es el paciente identificado.	\$75
Cita de Psicoterapia/Consejería para Familia con o sin el paciente identificado (60 minutos)	\$100
Evaluación Inicial de la Terapia de Pareja (60 minutos)	\$150
Cita de Seguimiento de Terapia de Parejas (60 a 75 minutos)	\$120
Sesión de Terapia de Grupo/Grupal (60 a 90 minutos, dependiendo del tipo de grupo)	\$35
Por favor consulte con el personal de recepción sobre otras evaluaciones específicas, servicios, documentación y lista completa de tarifas.	

CCS puede proporcionar de forma gratuita **una nota para excusar la ausencia o retraso de un cliente al trabajo / escuela / otro** debido a una cita de CCS. También, CCS puede proporcionar de forma gratuita **una carta de confirmación de una página**, dirigida al cliente individual (o padre/tutor legal), indicando el diagnóstico del cliente, nombre del proveedor, fecha de evaluación y la última cita.

Hay **tarifas y ciertos procesos asociados** con la documentación solicitada por un cliente. Las solicitudes típicas incluyen, entre otros, el resumen del tratamiento, las evaluaciones, las cartas (como la carta de animales de apoyo emocional), los formularios de autorización médica, los formularios estatales o federales y la transmisión de registros médicos. **Es la discreción de CCS completar estas solicitudes.** CCS no garantiza que la cumplimentación de formularios o el suministro de la documentación solicitada **conduzcan a los resultados deseados por el cliente con** la entidad/agencia receptora. **El tiempo de procesamiento varía según el tipo de solicitud; por lo menos de 7 a 10 días laborales o más.** A su petición, el equipo de recepción de CCS también puede explicar **qué formularios CCS no completa en este momento.**

Consentimiento Informado para la Evaluación y el Tratamiento

Yo, (nombre del cliente y o nombre del padre/tutor si el cliente es menor de edad o requiere un representante legal), entiendo que soy elegible para recibir una gama de servicios de mi proveedor en Compass Counseling Services, LLC (CCS). El tipo y el alcance de los servicios que recibo se determinarán después de una evaluación inicial y una discusión conmigo. El objetivo del proceso de evaluación es determinar el mejor curso de tratamiento para mí. Por lo general, el tratamiento se proporciona en el transcurso de varias semanas. También entiendo y por la presente autorizo a CCS, a facturar a mi compañía de seguro médico o a su representante por todos y cada uno de los servicios que recibo. Entiendo que el pago de copagos, deducibles y recolección de muestras relacionados con los servicios son mi responsabilidad y notificaré a la oficina antes de mi cita si se necesita asistencia de pago o si hay cambios en mi seguro médico.

También entiendo que tengo derecho a hacer preguntas durante todo el tratamiento. Puedo solicitar una consulta de otro proveedor de CCS o externo. También entiendo que mi proveedor puede proporcionarme información adicional sobre problemas de tratamiento específicos y métodos de tratamiento según sea necesario durante el curso del tratamiento, y que tengo el derecho de dar su consentimiento o rechazar dicho tratamiento. Entiendo que puedo esperar una revisión regular del tratamiento para determinar si se están cumpliendo los objetivos del tratamiento. Acepto participar activamente en el tratamiento y en el proceso de revisión. No se han hecho promesas en cuanto a los resultados de este tratamiento o de cualquier procedimiento utilizado en él. Además, entiendo que puedo interrumpir el tratamiento en cualquier momento, y acepto discutir esta decisión primero con mi proveedor.

Soy consciente de que debo autorizar a mi proveedor, por escrito, a divulgar información sobre mi tratamiento, pero que la confidencialidad se puede obtener en determinadas circunstancias de peligro para mí o para otros. Entiendo que una vez que la información se divulga a las compañías de seguros o a cualquier otro tercero, que mi proveedor no puede garantizar que permanecerá confidencial. Entiendo que mi consentimiento se proporciona para los servicios, toda la información se mantiene confidencial, excepto en las siguientes circunstancias:

1. Cuando existe riesgo de peligro inminente para mí o para otra persona, mi proveedor está éticamente obligado a tomar las medidas necesarias para prevenir dicho peligro.
2. Cuando hay sospechas de que un niño, anciano o individuo discapacitado, está siendo abusado sexual o físicamente, o está en riesgo de cualquier abuso o negligencia, mi proveedor está legalmente obligado a tomar medidas para proteger a la persona, e informar a las autoridades apropiadas.
3. Cuando se emite una orden judicial válida para los registros médicos, mi proveedor está obligado por ley a cumplir con dichas solicitudes.

Además, aparte de las notas de psicoterapia, autorizo que toda la información contenida en mis registros médicos relacionados con la historia y el tratamiento psiquiátrico/de salud mental, el uso de sustancias y/o la enfermedad/prueba relacionada con el VIH/SIDA se publique a menos que se especifique por escrito a CCS.

Mi firma en el Formulario de Admisión consolidado representa que yo solicito voluntariamente y doy mi consentimiento para la evaluación de la salud conductual, atención, tratamiento o servicios y autorizo a mi proveedor a proporcionar la atención, tratamiento o servicios que se consideren necesarios y aconsejables. Aunque este resumen está diseñado para

proporcionar una visión general de la confidencialidad y sus límites, entiendo que es importante para mí leer el Aviso de Prácticas de Privacidad para obtener explicaciones más detalladas, y para discutir cualquier pregunta o inquietud con mi proveedor. Además, también entiendo que la práctica del tratamiento de salud conductual no es una ciencia exacta y reconozco que nadie ha hecho garantías o promesas en cuanto a los resultados que puedo recibir. Al firmar, también reconozco que he leído y entendido los términos y la información contenida en este documento. Se me ha ofrecido una amplia oportunidad para hacer preguntas y pedir aclaraciones de cualquier cosa que no esté clara para mí.

(EL CLIENTE PROPORCIONÓ FIRMA A ESTE FORMULARIO EN EL FORMULARIO DE ADMISIÓN)

Consentimiento Informado para los Servicios de TeleHealth

Yo (nombre del cliente y o nombre del padre/tutor si el cliente es menor de edad o requiere un representante legal), doy consentimiento para participar en servicios de salud mental (psicoterapia y o Gestión de Medicamentos) a través de Telehealth con COMPASS COUNSELING SERVICES, LLC. Yo entiendo que los servicios de Telesalud cubren el sistema de atención de salud en poder diagnosticar, consultar, dar tratamiento, educar, transferir datos médicos, utilizando audio interactivo, video o comunicación de datos con respecto a mi tratamiento. Yo entiendo que, con mi consentimiento, este formulario cubre todas las formas de comunicación electrónica (tele terapia y administrativas) a proveedores de salud licenciados en el estado de la Florida. Yo he leído y entiendo la siguiente información y mis derechos con respecto a los servicios de Telesalud:

1. Yo tengo el derecho de retener o retirar este consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a cuidado o tratamiento en el futuro.
2. Yo entiendo que a respeto a la confidencialidad de los servicios de Telesalud es bajo las mismas leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica. Yo entiendo que la información compartida durante el transcurso de mi tratamiento es en general, confidencial. Sin embargo, hay excepciones obligatorias y permitidas, incluyendo, pero no limitado a, la denuncia de abuso o maltrato infantil, el abuso/maltrato a los envejecientes o los adultos vulnerables; la expresión de amenazas hacia una víctima determinable; y cuando presento mi estado mental o emocional como parte de un procedimiento legal. Yo también entiendo que la distribución de imágenes o información sobre mi tratamiento de Telesalud que podrán identificarme requiere mi consentimiento por escrito antes de compartir con investigadores u otras entidades.
3. Yo entiendo que hay riesgos y consecuencias relacionados a los servicios de Telesalud, a pesar de esfuerzos razonables para mitigarlos en mi tratamiento. Ellos pueden incluir, pero no son limitados a, la posibilidad de un fracaso tecnológico que podría causar distorsión o interrupción por fallas técnicas; la transmisión de mi información médica podría ser interceptada por personas no autorizadas; y o corre el riesgo que personas no autorizadas podría acceder el almacenamiento electrónico de mi información médica.
4. Yo entiendo que los servicios de Telesalud a lo mejor no serán tan completos como los servicios en persona. Yo entiendo que, si mi terapeuta cree que los servicios de tratamiento de telesalud no son una intervención apropiada, él/ella hará una derivación apropiada para los servicios más apropiados para mis circunstancias (como los servicios en persona). En adición, yo entiendo que hay riesgos o beneficios asociados con cualquier forma de psiquiatría o psicoterapia, y que a pesar de los esfuerzos míos y de mi proveedor, mi condición a lo mejor se podría mejorar o en unos casos, empeorar.
5. Yo entiendo que, aunque yo podría beneficiar de los servicios de Telesalud, no hay garantía que mi tratamiento en Telesalud sea efectivo.
6. Yo entiendo que tengo derecho a acceder mi información y registros médicos de acuerdo con las leyes federales y estatales.
7. Si soy un padre/tutor/representante legal, entiendo y acepto permanecer en el mismo lugar físico que el cliente menor o adulto durante la sesión de telesalud.

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente. Lo he discutido con mi proveedor, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. **Mi firma proporcionada en el Formulario de Admisión indica mi consentimiento informado e intencional al tratamiento.**

(EL CLIENTE PROPORCIONÓ FIRMA A ESTE FORMULARIO EN EL FORMULARIO DE ADMISIÓN)

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 revise este aviso cuidadosamente. Su historial de salud contiene su información personal y de su salud. Esta información puede identificarlo y se relaciona con su condición o condición de salud física o mental pasada, presente o futura, y cualquier servicio de atención médica relacionado se conoce como información médica protegida ("PHI"). Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo su proveedor puede usar y divulgar su PHI de acuerdo con la ley aplicable. También describe sus derechos con respecto a cómo puede obtener acceso y controlar su PHI.

Bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), su proveedor está obligado a mantener la privacidad de la PHI y a proporcionarle un aviso de sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI. Su proveedor está obligado a cumplir con los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Su proveedor se reserva el derecho de cambiar los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Cualquier nuevo Aviso de Prácticas de Privacidad será efectivo para toda la PHI que su proveedor mantenga en ese momento. Su proveedor le proporcionará una copia del Aviso revisado de Prácticas de Privacidad enviándole una copia por correo a petición o proporcionándole una en su próxima cita.

CÓMO SU PROVEEDOR PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED:

Para el Tratamiento:

Su PHI puede ser utilizada y divulgada por aquellos que están involucrados en su cuidado con el propósito de proporcionar, coordinar o administrar su tratamiento de atención médica y servicios relacionados. Esto incluye la consulta con supervisores clínicos u otros miembros del equipo de tratamiento. Su proveedor puede divulgar la PHI a cualquier otro consultor solo con su autorización.

Para el pago:

Su proveedor puede usar y divulgar la PHI para que pueda recibir el pago por los servicios de tratamiento que se le proporcionan. Ejemplos de actividades relacionadas con el pago son: hacer una determinación de elegibilidad o cobertura para los beneficios de seguro, procesar reclamos con su compañía de seguros, revisar los servicios que se le proporcionan para determinar la necesidad médica o realizar actividades de revisión de la utilización. Si es necesario utilizar los procesos de cobro debido a la falta de pago por los servicios, solo se divulgará la cantidad mínima de PHI necesaria para fines de cobro.

Para operaciones de atención médica:

Su proveedor puede usar o divulgar, según sea necesario, su PHI para apoyar sus actividades comerciales, incluyendo, pero no limitado a, actividades de evaluación de calidad, licencias y la realización u organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, su PHI puede ser compartida con terceros que realizan diversas actividades comerciales siempre que tengamos un contrato escrito con la empresa que lo requiera para salvaguardar la privacidad de su PHI. Su PHI se puede utilizar para

comunicarse con usted para proporcionar recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud.

Requerido por la ley:

Bajo la ley, su proveedor debe hacerle divulgaciones de su PHI a petición suya. Además, las divulgaciones deben hacerse al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos con el propósito de investigar o determinar el cumplimiento de los requisitos de la Regla de Privacidad.

Sin Autorización:

La ley aplicable y las normas éticas permiten a su proveedor divulgar su información sin su autorización en un número limitado de otras situaciones. Los tipos de usos y divulgaciones que se pueden hacer sin su autorización son:

- Requerido por la ley, como la denuncia obligatoria de abuso o negligencia infantil o abuso de ancianos, o auditorías o investigaciones obligatorias de la agencia gubernamental.
- Requerido por una orden judicial.
- Necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público. Si la información se divulga para prevenir o disminuir una amenaza grave, será a un oficial de la ley (según la ley del estado de Florida) y o el objetivo de la amenaza.

Permiso verbal:

Su proveedor puede usar o divulgar su información a los miembros de la familia que están directamente involucrados en su tratamiento con su permiso verbal.

Con autorización:

Los usos y divulgaciones no permitidos específicamente por la ley aplicable se harán sólo con su autorización por escrito, que puede ser revocada.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI:

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI. Para ejercer cualquiera de estos derechos, envíe su solicitud por escrito a su proveedor.

Derecho de acceso a inspeccionar y copiar. En la mayoría de

los casos, usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la PHI que se puede utilizar para tomar decisiones sobre su atención. Su derecho a inspeccionar y copiar la PHI se restringirá solo en aquellas situaciones en las que exista evidencia convincente de que el acceso le causaría un daño grave. Su proveedor puede cobrar una tarifa razonable basada en costos por las copias.

Si usted

siente que la PHI que su proveedor tiene sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitar que se modifique, aunque su proveedor no está obligado a aceptar la enmienda.

Derecho a una Contabilidad de Divulgaciones.

Usted tiene derecho a solicitar una contabilidad de ciertas divulgaciones que su proveedor hace de su PHI. Su proveedor puede cobrarle una tarifa razonable si solicita más de una contabilidad en cualquier período de 12 meses.

Derecho a solicitar restricciones.

Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en el uso o divulgación de su PHI para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Su proveedor no está obligado a aceptar su solicitud.

Derecho a solicitar comunicación confidencial.

Usted tiene derecho a solicitar que su proveedor se comunique con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado.

Derecho a una copia de este aviso.

Puede solicitar a su proveedor una copia impresa de este aviso en cualquier momento.

QUEJAS

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante el Gobierno Federal. Presentar una queja no afectará su derecho a un tratamiento adicional o tratamiento futuro. Para presentar una queja ante el Gobierno Federal, comuníquese con:

Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW Washington, DC 20201 (202) 619-0257

Este Aviso de Privacidad fue modificado por última vez el **29 de abril de 2015**. Podemos cambiar los términos de este Aviso de Privacidad en cualquier momento. Si cambiamos este Aviso, podemos hacer que los nuevos términos del aviso sean efectivos para toda la PHI que mantenemos,



1400 North Semoran Boulevard Suite E, Orlando, FL 32807 | Phone: (407) 823 - 8421 | Fax: (407) 823 – 8195

incluida cualquier información creada o recibida antes de emitir el nuevo aviso. Si cambiamos este Aviso, publicaremos el nuevo aviso en las áreas de espera en los sitios de CCS. También puede obtener cualquier nuevo aviso poniéndose en contacto con CCS.

Mi firma en el Formulario de Admisión representa que yo reconozco la recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad, que explica mis derechos y los límites en las formas en que mi proveedor puede usar o divulgar información de salud personal para proporcionar el servicio.

(EL CLIENTE PROPORCIONÓ FIRMA A ESTE FORMULARIO EN EL FORMULARIO DE ADMISIÓN)

Póliza relativa a las Pruebas de Orina de los Clientes

Las pruebas rutinarias de orina (Urine Drug Screening-UDS) se han convertido en un estándar de atención cuando se trabaja con clientes que reciben medicamentos psicotrópicos de proveedores médicos con licencia. Los pacientes adultos (18 años y mayores) que reciben evaluaciones psiquiátricas y administración de medicamentos en Compass Counseling Services, LLC (CCS) **se les pedirá que se sometan a un UDS en su primera visita / evaluación psiquiátrica.** Se requiere una UDS de rutina o de seguimiento para el tratamiento de cada cliente adulto establecido (18 años o más) cuando:

- a) Un cliente dio positivo por una sustancia controlada ilícita o no divulgada el día de su primera visita.
- b) Un cliente comenzó/continuó una sustancia controlada en la primera visita.
- c) La dependencia química activa y el diagnóstico dual o el abuso ilícito de sustancias (incluido el uso recreativo) están respaldados o documentados en el momento de la Evaluación Psiquiátrica.
- d) Se considera necesario de acuerdo con el criterio clínico del Proveedor CCS.

Se requiere **un UDS negativo y confirmación** de rutina o seguimiento para las recetas de SUSTANCIAS CONTROLADAS para adultos (18 años o más) sin excepciones.

Si un cliente utiliza marihuana medicinal, por favor notifique a su proveedor de CCS, y envíe una prueba de tarjeta médica / receta.

Tratamiento de menores: Si se considera necesario según el criterio clínico del Proveedor de CCS, se requiere **un UDS negativo y confirmación para** una evaluación psiquiátrica de CCS y el manejo de medicamentos psicotrópicos de un menor (menos de 18 años).

Mi firma en el Formulario de Admisión representa que yo, (el cliente/ padre o tutor/representante legal del cliente) he revisado y entiendo la póliza sobre las Pruebas de Orina de los Clientes (UDS) de CCS.

A los padres/tutores se les pedirá que proporcionen otro consentimiento por escrito el día en que se recomiende un UDS.

Si un proveedor determina que mi hijo (nombre del cliente) _____, quien está recibiendo servicios en CCS, puede beneficiarse de una prueba de orina (para la detección drogas), ese proveedor me informará y me proporcionará un nuevo formulario de consentimiento como el padre/tutor legal.

(EL CLIENTE PROPORCIONÓ FIRMA A ESTE FORMULARIO EN EL FORMULARIO DE ADMISIÓN)

Opciones de Tratamiento y Necesidad Médica

CCS ofrece terapia individual, terapia de pareja, terapia familiar, terapia de grupo y servicios de manejo de medicamentos psiquiátricos. Además, CCS ofrece Servicios de Rehabilitación Psicosocial (PSR) (como parte de su plan de tratamiento) para clientes elegibles, que pueden beneficiarse del desarrollo y fortaleza de habilidades sociales, apoyo con actividades de vida diaria (ADL) y habilidades vocacionales.

Todos los servicios prestados en CCS utilizando cualquier plan de seguro médico deben ser "médicamente necesarios." Esto significa que 1) un cliente tiene una condición cubierta (es decir, diagnóstico) y 2) que se espera que los servicios realicen mejoras en esa condición. El plan de seguro médico de un cliente describe qué condiciones están cubiertas y qué es limitada o excluida. La mayoría de las condiciones/trastornos de salud mental están cubiertas por la mayoría de los planes.

Proceso de Tratamiento y Servicios

Un cliente comenzará el proceso de tratamiento en CCS con **una evaluación inicial realizada por un proveedor** de CCS de los Servicios de **Consejería/Psicoterapia** o Servicios de **Psiquiátrica y Manejo de Medicamentos**. Ese proveedor hablará con el cliente sobre su situación actual, preguntará sobre su historial y hará una recomendación para los servicios. El cliente y el proveedor de CCS desarrollarán juntos un **plan de tratamiento** que describa los objetivos, cómo progresarán los servicios y qué resultados se esperan. Los planes de tratamiento típicamente duran 6 meses (o la duración basada en sesiones aprobadas por la compañía de seguros); los planes se revisarán antes de la fecha provisional de alta.

Las sesiones individuales de Consejería/Psicoterapia generalmente duran entre 45-60 minutos. Por lo general son semanales o quincenales, dependiendo de la necesidad y la cobertura del seguro. La frecuencia de las sesiones puede disminuir con el tiempo. Además, CCS ofrece terapia de grupo, que es otra forma de tratamiento eficaz que CCS puede proporcionar a un cliente elegible. Un médico/psicoterapeuta hablará con un cliente sobre lo que se recomienda. Si el cliente y el psicoterapeuta/clínico creen que los medicamentos psiquiátricos pueden ser útiles, entonces el médico puede hacer una referencia dentro de CCS para los servicios de manejo de medicamentos.

Una **evaluación inicial psiquiátrica** (con un plan de tratamiento) típicamente dura 60 minutos y las citas para el **manejo de medicamentos** de seguimiento generalmente duran entre 20-30 minutos. Si se recomienda consejería/psicoterapia como parte del plan de tratamiento de un cliente, el cliente puede ser referido internamente a un terapeuta de CCS. Un cliente también puede seleccionar retener u obtener un médico que no sea de CCS si lo

desea y se recomienda que el cliente proporcione una autorización para apoyar la coordinación del cuidado/atención médica de un cliente. Si un proveedor médico de CCS recomienda la consejería/psicoterapia como parte del plan de tratamiento de un cliente en CCS, un cliente puede rechazar los servicios de consejería/psicoterapia en CCS, siempre y cuando el cliente comunique esa opción a su proveedor de medicamentos CCS. Esta elección de tratamiento por parte del cliente se documentará en el expediente médico de un cliente. La oportunidad de participar en servicios de consejería/psicoterapia en CCS permanecerá disponible para el cliente.

En el momento **de dar de alta**, lo que significa el final anticipado del tratamiento, el cliente y el proveedor de CCS determinarán si se han cumplido los objetivos y si se necesitan otros servicios o nivel de atención. Si el cliente recibe

servicios individuales de psicoterapia y manejo de medicamentos en CCS, un cliente y proveedores determinarán si se han cumplido los objetivos en una o ambas áreas de servicio antes de dar de alta.

Como proveedor de salud mental, CCS cree firmemente que es necesario reunirse consistentemente con los clientes para proporcionar la atención adecuada. La póliza de CCS indica que los casos de los clientes se revisarán cuando ya no se produzca una atención consistente o programada regularmente. La incoherencia en el seguimiento de las visitas y o el incumplimiento con el plan tratamiento (colaborativo), puede llevar a CCS a determinar “**Dar de Alta Administrativa**” de servicios. Esto significa que CCS ha determinado que ya no puede proporcionar a un cliente los servicios de salud mental. CCS enviará a un cliente una notificación oficial de 30 días y proporcionará una lista de proveedores/recursos locales para que el cliente pueda localizar un nuevo proveedor de salud mental. Además, un cliente también puede ponerse en contacto con su proveedor de seguro médico para posibles referencias. Por último, CCS alienta a los clientes dados de alta a proporcionar una autorización para la divulgación de registros de su nuevo proveedor para facilitar la transferencia de los registros de un cliente de CCS.

Salud y Seguridad en las Oficinas de CCS

CCS no permite el uso de tabaco, drogas, alcohol, cigarrillos electrónicos y/u otras sustancias ilícitas en sus oficinas y edificios. CCS tampoco prestará servicios a los huéspedes sospechosos de o bajo la influencia de sustancias. Si es necesario, un cliente será referido a los servicios médicos de emergencia. Además, las armas, como las pistolas o cuchillos de cualquier tipo, no están permitidas en el CCS.

Riesgos y Beneficios del Tratamiento de Salud Mental

Los servicios de salud mental son generalmente efectivos para el tratamiento de la mayoría de las condiciones/trastornos de salud mental. CCS revisa los resultados de cada cliente y encuentra que la mayoría de las personas se benefician de la terapia y / o medicamentos. Pocas personas empeoran con el tratamiento de salud mental. El progreso/mejoramiento de un cliente requiere una asistencia consistente en las citas y cumplir con las recomendaciones de los proveedores. Cuando un proveedor de CCS desarrolla un plan de tratamiento con un cliente, el/ella hablará de los riesgos y beneficios con más detalle. Además, si se proporciona a un cliente los servicios de manejo de medicamentos, el proveedor de CCS hablará con ellos sobre los riesgos y beneficios de los medicamentos recetados.

Menores de Edad y Custodia

La función de CCS es colaborar y apoyar a las personas en la realización de progreso en sus condiciones de salud mental. La función de CCS no es hacer evaluaciones de custodia, determinar si un padre es "apto" o no, recomendar a uno de los padres sobre otro, ni centrarse en la reunificación de un niño/ menor y padre. CCS no hace

recomendaciones con respecto a las cuestiones de custodia de niños. **El propósito del tratamiento de un cliente en CCS es proporcionar servicios de terapia a las personas para que ellos puedan hacer frente a su situación y satisfacer sus necesidades emocionales y de salud mental.** CCS no testificará en la corte sobre asuntos de custodia a menos que CCS sea obligado por un tribunal. Un padre de un hijo/ menor quien es cliente actual en CCS puede solicitar por los registros de CCS de salud mental del niño para que sean liberados a su abogado con una autorización apropiada para divulgar información. **Si un padre con un procedimiento de custodia legal actual o potencial está buscando servicios en CCS (con el fin de determinar la custodia), entonces CCS los remitirá a sus servicios locales de la corte familiar y centro de información para que puedan encontrar un proveedor apropiado.**

Para un niño/menor con padres separados o divorciados, CCS alienta a los padres a comunicarse entre ellos mismos sobre los servicios de salud mental de sus hijos/menores. Por ejemplo, para decidir quién va a programar las citas, quién llevará al niño/menor al tratamiento, etc. CCS respetará y seguirá el acuerdo legal establecido para la custodia y el cuidado de los niños. Dado que los menores pueden beneficiarse de una expectativa de cierta privacidad durante el tratamiento, CCS intenta no compartir con los padres los detalles de lo que el menor dice o hace las sesiones. Sin embargo, CCS compartirá los progresos en el tratamiento, así como notificará a los padres de cualquier riesgo de daño. CCS incluye a los padres en tratamiento en beneficio del niño/menor.

Por último, el **padre/tutor debe permanecer en las oficinas o edificios de CCS durante la cita del niño/menor.**

Servicios Virtuales

CCS puede proporcionar servicios en línea (virtuales) si se indica. Las visitas virtuales se realizan a través del internet con un celular inteligente (“smartphone”), tableta u ordenador. CCS utiliza una aplicación segura y compatible con HIPAA para tener sesiones a través del internet. Al acceder a una reunión virtual, un cliente de CCS acepta recibir servicios mediante una transmisión de audio y vídeo. La sesión está cifrada y no se grabará. **Un cliente es responsable de asegurarse de que la ubicación es privada, y la señal / recepción es lo suficientemente fuerte.** Si el cliente es menor de edad, **un padre/tutor legal o un adulto (18 años o más)** que haya recibido la autorización/consentimiento adecuado, **tiene que estar en la misma ubicación que el menor durante la sesión de telesalud.** Además, **un cliente que es un niño/menor debe estar presente** (como se indica clínicamente) para que el proveedor haga una evaluación adecuada del cliente en cada cita virtual.

Crisis, Emergencias y Recursos


El horario comercial de CCS es **de lunes a jueves de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. y los viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p.m.** Durante estas horas, si un cliente siente que el/ella necesita apoyo adicional de su proveedor fuera de una hora de cita programada, entonces un cliente puede llamar a las oficinas principales: Orlando **(407) 823-8421 o Kissimmee (407) 933-1847.**

Sin embargo, es posible que un proveedor de CCS no esté disponible para proporcionar soporte inmediato a un cliente. Además, un proveedor de CCS o un empleado puede referir un cliente a un recurso local de crisis o de emergencia si se determina que CCS no es la intervención apropiada en ese momento.

Importante tener en cuenta: Un cliente debe llamar al **9-1-1** si están teniendo una emergencia médica o si creen que están en peligro inmediato de hacerse daño a sí mismo o a otros.

Un cliente puede llamar a cualquiera de estos números si **no** están en peligro inmediato de hacerse daño a sí mismo, pero tienen pensamientos suicidas o necesitan ayuda con una crisis o preocupación que **no** implica un riesgo de daño a alguien: **1-800-273-TALK (1-800-273-8255) O 1-800-SUICIDE (1-800-784-2433).**

Un cliente también puede enviar un texto desde su dispositivo de teléfono celular a la Línea de Texto de **Crisis** si necesita ayuda con una crisis o preocupación que **no** implica un riesgo de daño a alguien:

Text HELLO al 741741  1-800-799-4889 (para sordos o con dificultades auditivas)

Como parte del tratamiento, un proveedor de CCS puede desarrollar un **"plan de seguridad"** (“safety plan”) con un



1400 North Semoran Boulevard Suite E, Orlando, FL 32807 | Phone: (407) 823 - 8421 | Fax: (407) 823 – 8195

cliente para desarrollar estrategias, pasos y recursos para el apoyo adicional fuera de los horarios programados de la cita. Estos planes de seguridad se hacen en conjunto con los proveedores con la expectativa de que un cliente seguirá las acciones acordadas si sienten que están en riesgo de hacerse daño a sí mismo o a otros.

Otros recursos para el apoyo y la estabilización en momentos de crisis:

- University Behavioral Center (Orange County) Teléfono: (407) 281-7000
- Aspire Health Partners (Orange County) Teléfono: (407) 875-3700
- Seminole Behavioral Health Center (Seminole County) Teléfono: (407) 330-0797
- Park Place Behavioral Health Care (Osceola County) Teléfono: (407) 846-0023
- Florida Hospital Behavioral Health Teléfono: (407) 303-8533
- Central Florida Behavioral Hospital Teléfono: (407) 370-0111

¿Preguntas? ¿Preocupaciones? Contáctenos:

¡Gracias por elegir a CCIS como su proveedor de salud mental! Si tiene alguna pregunta o inquietud, póngase en contacto con las oficinas principales de CCS y estaremos encantados de ayudarle.

Compass Counseling Services, LLC (Orlando)
1400 North Semoran Boulevard Suite E
Orlando, FL 32807
Teléfono: (407) 823-8421
Fax: (407) 823-8195

Compass Counseling Services, LLC (Kissimmee)
201 Ruby Avenue Suite B
Kissimmee, FL 34741
Teléfono: (407) 933-1847
Fax: (407) 933-1849

También puede enviarnos un correo electrónico con preguntas generales al customerservices@compasscounselingfl.com

Este manual del paciente fue modificado por última vez el 12/10/2020 y está sujeto a cambios a discreción de CCS.