

# INFORMED CONSENT FOR PSYCHOTHERAPY AND TELEHEALTH/ CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PSICOTERAPIA Y SERVICIOS DE PSICOTERAPIA A TRAVÉS DE TELESALUD

Faith Works Counseling

4110 Wolcott Ave NE, Ste B

Albuquerque, NM 87109

INFORMED CONSENT FOR PSYCHOTHERAPY AND TELEHEALTH/ CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PSICOTERAPIA Y SERVICIOS DE PSICOTERAPIA A TRAVÉS DE TELESALUD

CONSENT FOR TELEHEALTH PSYCHOTHERAPY SERVICES

1. I understand that my health care provider wishes me to engage in a telehealth consultation.
2. My health care provider explained to me how the video conferencing technology that will be used to affect such a consultation will not be the same as a direct client/health care provider visit due to the fact that I will not be in the same room as my provider.
3. I understand that a telehealth consultation has potential benefits including easier access to care and the convenience of meeting from a location of my choosing.
4. I understand there are potential risks to this technology, including interruptions, unauthorized access, and technical difficulties. I understand that my health care provider or I can discontinue the telehealth consult/visit if it is felt that the videoconferencing connections are not adequate for the situation.
5. I have had a direct conversation with my provider, during which I had the opportunity to ask questions in regard to this procedure. My questions have been answered and the risks, benefits and any practical alternatives have been discussed with me in a language in which I understand.

CONSENT TO USE THE TELEHEALTH BY SIMPLEPRACTICE SERVICE

Telehealth by SimplePractice is the technology service we will use to conduct telehealth videoconferencing appointments. It is simple to use and there are no passwords required to log in. By signing this document, I acknowledge:

1. I understand that the originating site for telehealth psychotherapy is in the office(s) of Faith Works Counseling.
2. Telehealth by SimplePractice is NOT an Emergency Service and in the event of an emergency, I will use a phone to call 911.

3. Though my provider and I may be in direct, virtual contact through the Telehealth Service, neither SimplePractice nor the Telehealth Service provides any medical or healthcare services or advice including, but not limited to, emergency or urgent medical services.
4. The Telehealth by SimplePractice Service facilitates videoconferencing and is not responsible for the delivery of any healthcare, medical advice or care.
5. I do not assume that my provider has access to any or all of the technical information in the Telehealth by SimplePractice Service – or that such information is current, accurate or up-to-date. I will not rely on my health care provider to have any of this information in the Telehealth by SimplePractice Service.
6. To maintain confidentiality, I will not share my telehealth appointment link with anyone unauthorized to attend the appointment.

### Informed Consent for Psychotherapy

**General Information** The therapeutic relationship is unique in that it is a highly personal and at the same time, a contractual agreement. Given this, it is important for us to reach a clear understanding about how our relationship will work, and what each of us can expect. For the purpose of therapy, session involving more than one participant will be considered a family session; in this case, all parties in the session are considered the “client”. For insurance purposes, the identified client is the person who carries the insurance. This consent will provide a clear framework for our work together. Feel free to discuss any of this with me. Please read and indicate that you have reviewed this information and agree to it by filling in the checkbox at the end of this document.

**The Therapeutic Process** You have taken a very positive step by deciding to seek therapy. The outcome of your treatment depends largely on your willingness to engage in this process, which may, at times, result in considerable discomfort. Remembering unpleasant events and becoming aware of feelings attached to those events can bring on strong feelings of anger, depression, anxiety, etc. There are no miracle cures. I cannot promise that your behavior or circumstance will change. I can promise to support you and do my very best to understand you and repeating patterns, as well as to help you clarify what it is that you want for yourself.

**Confidentiality** The session content and all relevant materials to the client’s treatment will be held confidential unless the client requests in writing to have all or portions of such content released to a specifically named person/persons. Limitations of such client held privilege of confidentiality exist and are itemized below:

1. If a client threatens or attempts to commit suicide or otherwise conducts him/her self in a manner in which there is a substantial risk of incurring serious bodily harm.
2. If a client threatens grave bodily harm or death to another person.
3. If the therapist has a reasonable suspicion that a client or other named victim is the perpetrator, observer of, or actual victim of physical, emotional or sexual abuse of children under the age of 18 years.
4. Suspicions as stated above in the case of an elderly person who may be subjected to these abuses.

5. Suspected neglect of the parties named in items #3 and # 4.
6. If a court of law issues a legitimate subpoena for information stated on the subpoena.
7. If a client is in therapy or being treated by order of a court of law, or if information is obtained for the purpose of rendering an expert's report to an attorney.
8. Necessary employees of The Center of Effective Interventions and MST Services (For MST clients only).
9. Therapists, clients, their families and any individuals participating in therapy services via phone, in-person, or telehealth must get written consent from all parties involved, including the therapist if the client or family wants to record the session, in order to record any or all counseling and/or psychotherapy session. This excludes multisystemic therapy where only the caregiver(s) needs to give consent to the therapist for recording as a part of the MST model. Only caregiver present in the session need to give their consent.
10. Documents given to the client, their families or any individuals participating in psychotherapy may not be altered in any way. If information is incorrect please contact your clinicians. The modification of any document given to you by Faith Works Counseling can lead to termination of services and possibly legal action.

Occasionally I may need to consult with other professionals in their areas of expertise in order to provide the best treatment for you. Information about you may be shared in this context without using your name.

If we see each other accidentally outside of the therapy office, I will not acknowledge you first. Your right to privacy and confidentiality is of the utmost importance to me, and I do not wish to jeopardize your privacy. However, if you acknowledge me first, I will be more than happy to speak briefly with you, but feel it appropriate not to engage in any lengthy discussions in public or outside of the therapy office.

By signing this form, I certify:

- That I have read or had this form read and/or had this form explained to me.
- That I fully understand its contents including the risks and benefits of the procedure(s).
- That I have been given ample opportunity to ask questions and that any questions have been answered to my satisfaction.
- **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PSICOTERAPIA**
- Información general. La relación terapéutica es única porque es un acuerdo muy personal y, al mismo tiempo, contractual. Dado esto, es importante para nosotros llegar a un entendimiento claro sobre cómo funcionará nuestra relación y lo que cada uno de nosotros puede esperar. Para efectos de la terapia, la sesión que involucre a más de un participante se considerará una sesión familiar; en este caso, todas las partes de la sesión se consideran el "cliente". Para efectos del seguro, el cliente identificado es la persona

que lleva el seguro. Este consentimiento proporcionará un marco claro para nuestro trabajo conjunto. Siéntase libre de discutir todo esto conmigo. Lea e indique que ha revisado esta información y que está de acuerdo con ella completando la casilla de verificación al final de este documento.

- El proceso terapéutico

- Ha dado un paso muy positivo al decidir buscar terapia. El resultado de su tratamiento depende en gran medida de su voluntad de participar en este proceso, que a veces puede resultar en una incomodidad considerable. Recordar eventos desagradables y tomar conciencia de los sentimientos asociados a esos eventos puede provocar fuertes sentimientos de ira, depresión, ansiedad, etc. No existen curas milagrosas. No puedo prometer que su comportamiento o sus circunstancias cambiarán. Puedo prometer apoyarlo y hacer todo lo posible para comprenderlo y comprender los patrones repetitivos, así como para ayudarlo a aclarar qué es lo que desea para usted.

- Confidencialidad

- El contenido de la sesión y todos los materiales relevantes para el tratamiento del cliente se mantendrán confidenciales a menos que el cliente solicite por escrito que todo o parte de dicho contenido se divulgue a una persona o personas específicamente nombradas. Existen limitaciones de dicho privilegio de confidencialidad del cliente y se detallan a continuación:

- 1. Si un cliente amenaza o intenta suicidarse o se comporta de otra manera en la que existe un riesgo sustancial de sufrir daños corporales graves.
- 2. Si un cliente amenaza con causar lesiones corporales graves o la muerte a otra persona.
- 3. Si el terapeuta tiene una sospecha razonable de que un cliente u otra víctima nombrada es el perpetrador, observador o víctima real de abuso físico, emocional o sexual de niños menores de 18 años.
- 4. Sospechas, como se indicó anteriormente, en el caso de una persona mayor que pueda ser sometida a estos abusos.
- 5. Sospecha de negligencia de las partes mencionadas en los puntos # 3 y # 4.
- 6. Si un tribunal de justicia emite una citación legítima para la información indicada en la citación.
- 7. Si un cliente está en terapia o está siendo tratado por orden de un tribunal de justicia, o si se obtiene información con el propósito de entregar un informe pericial a un abogado.
- 8. Empleados necesarios del Centro de Intervenciones Efectivas y Servicios MST (solo para clientes MST).
- 9. Los terapeutas, los clientes, sus familias y cualquier persona que participe en los servicios de terapia por teléfono, en persona o por telesalud deben obtener el consentimiento por escrito de todas las partes involucradas, incluido el terapeuta si el cliente o la familia desean grabar la sesión, para poder

registrar alguna o todas las sesiones de asesoramiento y/o psicoterapia. Esto excluye la terapia multisistémica en la que solo los cuidadores deben dar su consentimiento al terapeuta para que los registre como parte del modelo MST. Sólo el cuidador presente en la sesión deberá dar su consentimiento.

- 10. Los documentos entregados al cliente, a sus familiares o a cualquier persona que participe en psicoterapia no podrán modificarse de ninguna manera. Si la información es incorrecta, comuníquese con sus médicos. La modificación de cualquier documento que le haya entregado Faith Works Counseling puede dar lugar a la terminación de los servicios y posiblemente a acciones legales.

- Ocasionalmente, es posible que deba consultar con otros profesionales en sus áreas de especialización para poder brindarle el mejor tratamiento. Es posible que se comparta información sobre usted en este contexto sin usar su nombre.

- Si nos vemos accidentalmente fuera de la oficina de terapia, no lo reconoceré primero. Su derecho a la privacidad y la confidencialidad es de suma importancia para mí y no deseo poner en peligro su privacidad. Sin embargo, si me reconoce primero, estaré más que feliz de hablar brevemente con usted, pero creo que es apropiado no participar en largas discusiones en público o fuera de la oficina de terapia.

- **CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE PSICOTERAPIA A TRAVÉS DE TELESALUD**

- 1. Entiendo que mi proveedor de atención médica desea que participe en una consulta de telesalud.

- 2. Mi proveedor de atención médica me explicó cómo la tecnología de videoconferencia que se utilizará para afectar dicha consulta no será la misma que una visita directa del cliente/proveedor de atención médica debido al hecho de que yo no estaré en la misma sala que mi proveedor.

- 3. Entiendo que una consulta de telesalud tiene beneficios potenciales que incluyen un acceso más fácil a la atención y la conveniencia de reunirme desde el lugar que yo elija.

- 4. Entiendo que existen riesgos potenciales para esta tecnología, incluyendo interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la consulta/cita de telesalud si se considera que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación.

- 5. He tenido una conversación directa con mi proveedor, durante la cual tuve la oportunidad de hacer preguntas con respecto a este procedimiento. Mis preguntas han sido respondidas y los riesgos, beneficios y alternativas prácticas se han discutido conmigo en un idioma que entiendo.

- **CONSENTIMIENTO PARA USAR EL SERVICIO DE TELESALUD POR SIMPLEPRACTICE**

- Telesalud por SimplePractice es el servicio de tecnología que usaremos para realizar citas de videoconferencia de telesalud. Es fácil de usar y no se requieren contraseñas para iniciar sesión. Al firmar este documento, reconozco:

- 1. Entiendo que el sitio de origen de la psicoterapia de telesalud es la(s) oficina(s) de Faith Works Counseling.

- 2. El servicio de telesalud por SimplePractice NO es un servicio de emergencia y en caso de una emergencia, usaré un teléfono para llamar al 911.
- 3. Aunque mi proveedor y yo podemos estar en contacto virtual directo a través del servicio de telesalud, ni SimplePractice ni el servicio de telesalud brindan servicios o consejos médicos o de atención médica, incluyendo, entre otros, servicios de emergencia o urgentes.
- 4. El servicio de telesalud de SimplePractice facilita las videoconferencias y no es responsable de la prestación de atención médica, asesoramiento o atención.
- 5. No asumo que mi proveedor tiene acceso a alguna o toda la información técnica en el servicio de telesalud de SimplePractice, o que dicha información es actual, precisa o actualizada. No confiaré en que mi proveedor de atención médica tenga esta información en el servicio de telesalud de SimplePractice.
- 6. Para mantener la confidencialidad, no compartiré el enlace de mi cita de telesalud con nadie no autorizado para asistir a la cita.
- Al firmar este formulario, certifico:
  - Que he leído o me han leído este formulario y/o me han explicado este formulario.
  - Que entiendo completamente su contenido, incluyendo los riesgos y beneficios del/de los procedimiento(s).
  - Que se me ha dado una amplia oportunidad para hacer preguntas y que cualquier pregunta ha sido respondida a mi satisfacción.

AL HACER CLIC EN LA CASILLA DE VERIFICACIÓN A CONTINUACIÓN, ACEPTO QUE HE LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTO LOS ARTÍCULOS CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO

BY CLICKING ON THE CHECKBOX BELOW I AM AGREEING THAT I HAVE READ, UNDERSTOOD AND AGREE TO THE ITEMS CONTAINED IN THIS DOCUMENT.