



Consentimiento informado para recibir asesoría y psicoterapia del Programa TCHATT de Telemedicina de Texas Child Health Access
Informed Consent for Psychotherapy and Consultation Services
CONSENT **Provided through the Texas Child Health Access Through**
EX0132-003NS Rev. 6/2025 **Telemedicine (TCHATT Initiative)**

Place a patient label on all sheets

Location: _____ *
 Patient Name: _____ *
 DOB: _____
 Medical Record Number: _____
 CSN: _____

Nombre del paciente: _____ * Fecha de nacimiento: _____ *
 Nombre de escuela: _____ * Nombre de distrito escolar: _____ *
 Nombre de la consejera escolar: _____ *

Soy el paciente (o el padre o tutor del paciente) que recibirá el servicio de intervención provisional del personal clínico del programa TCHATT de Telemedicina de Texas Child Health de Access. El equipo clínico del programa TCHATT puede estar formado por: 1) un terapeuta principal, 2) psicólogos, 3) supervisores clínicos, 4) un coordinador de servicios, 5) demás personal médico, como enfermeras facultativas, psiquiatras y 6) personal en capacitación relacionado con el programa TCHATT.

Entiendo que los servicios del programa TCHATT serán cubiertos en su totalidad por el Texas Child Mental Health Care Consortium, por lo yo o mi niño no seremos responsables de pagar dichos servicios. No obstante, si el personal del programa me refiere a mí o a mi niño a algún especialista de mi comunidad, es posible que tenga que pagar por los servicios prestados por dicho especialista.

Entiendo que queda a discreción del personal clínico del programa TCHATT el tipo y la cantidad de intervenciones que se necesitarán.

Entiendo que la atención que brinde el personal del programa TCHATT es provisional y temporal.

Entiendo que el único propósito de estas sesiones es evaluar la salud mental y psiquiátrica, y sugerir un tratamiento temporal, que podría incluir medicamentos recetados (para los cuales se necesitará otro consentimiento), coordinación de servicios de salud y asesoría.

Entiendo que la atención y la evaluación brindadas por el programa TCHATT solo se ofrecen por video (por el sistema Telehealth de telemedicina), no en persona.

Entiendo que yo, el padre o tutor del paciente, debo estar presente en la evaluación inicial del niño, sea que lleve a cabo en nuestra casa o en la escuela.

Entiendo que debo participar de lleno en la atención que reciba (yo o mi hijo), lo cual implica estar presente en las terapias posteriores o en las llamadas telefónicas con el terapeuta, tal como lo establece el terapeuta que me atiende a mí o a mi hijo.

Entiendo que el terapeuta que me verá (o que verá a mi hijo) podría recomendar una consulta con un psiquiatra pediátrico del programa TCHATT. Si yo, el padre o tutor, decido participar en esta evaluación con mi hijo, entiendo lo siguiente:

- Yo, el encargado del niño, debo estar presente en la evaluación.
- La evaluación se hará en una sola consulta.
- El psiquiatra no recetará ningún medicamento para mi hijo. Sin embargo, el psiquiatra puede recomendar que tome algún medicamento para tratarlo y en ese caso, hablará conmigo sobre las opciones disponibles.
- El psiquiatra no ofrecerá atención psiquiátrica continua ni consultas adicionales.
- Según los resultados de la consulta, el personal clínico del programa TCHATT podría tratar de hablar con el doctor de cabecera de mi niño o derivarlo a un psiquiatra de mi comunidad para que reciba la atención psiquiátrica necesaria.

Entiendo que si en algún momento el personal clínico del programa TCHATT no cree que la consulta por video sea una opción clínica segura o apropiada para mi niño, recomendarán que la evaluación la haga en persona un especialista externo.

Entiendo que si yo o mi niño representamos un peligro para nosotros mismos o para otras personas y necesitamos atención psiquiátrica de emergencia, debo seguir los procedimientos estándares de emergencia, como llamar al 911, y que el programa TCHATT no brinda servicios para situaciones de crisis ni emergencias.

Entiendo que si surge una emergencia de salud mental o de otro tipo antes de la siguiente consulta mía o de mi hijo con el personal del programa TCHATT, debo avisarles y seguir los procedimientos estándares de emergencia.

Firma del paciente o su representante legal (obligatoria)

X	(Firma de padres o tutor legal si el paciente es menor de edad)	X	Fecha	Hora
Firma del paciente o su representante legal				
X	(Nombre de padres o tutor legal si el paciente es menor de edad)	X		
Nombre en letra de molde del paciente o su representante legal		Relación con el paciente		

Firma del testigo	Acreditaciones	Nombre en letra de molde del testigo	Fecha	Hora
-------------------	----------------	--------------------------------------	-------	------

Firma del intérprete	Acreditaciones	Nombre en letra de molde del intérprete	Fecha	Hora
----------------------	----------------	---	-------	------

*Si es intérprete por tel. nombre, núm. y agencia

Firma de la persona que obtiene el consentimiento	Acreditaciones	Fecha	Hora
---	----------------	-------	------

Nombre en letra de molde de la persona que obtiene el consentimiento

CHILDREN'S HEALTH



AIS
CMC72047-002NS Rev. 8/2021

**Información personal de la Clínica de
Salud Mental Formulario de
información del paciente**
Behavioral Health Demographics
Patient Information Form

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

*Apellidos del paciente:	* Nombre:	Segundo nombre:	*Teléfono:	
*Fecha de nacimiento (mes / día / año):		*Sexo al nacer <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Desconocido	*Grado escolar:	
Que nombre prefiere el paciente:*		*Sexo con el que <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> No está en la lista se identifica: <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar		
Pronombre: <input type="checkbox"/> El <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Ellos <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> Prefiero no <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No está en la lista contestar				
*El paciente vive con:		<input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Tutores <input type="checkbox"/> Otro	*Parentesco:	
*Domicilio del paciente:		Ciudad:	Estado: Código postal (zip):	
Nombre del pediatra:		Teléfono:		
¿Qué idioma prefiere el paciente?	* Hablado: Escrito:	* Necesita un Intérprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
* Grupo étnico:	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> Desconocido	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> o Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> Blanco o caucásico
* Idioma preferido del padre o tutor:	Hablado: Escrito:	Necesita un Intérprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR

Apellido del padre o tutor númer. 1:	Nombre: *	Segundo Nombre:	Parentesco: *
*Teléfono: *	Fecha de nacimiento: *		Segundo * teléfono:
*Apellido del padre o tutor númer. 2:	Nombre:	Segundo Nombre:	Parentesco:
*Teléfono:	Fecha de nacimiento:		Segundo teléfono:
Correo electrónico: *	¿Prefiere no recibir correos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Segundo correo:			

Los servicios de TCHAT son gratuitos

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Información de seguro nos ayuda a localizar recursos en su comunidad

¿Tiene seguro el paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El seguro es: Medicaid?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Apellido del responsable de pagar el servicio:	Nombre:	Segundo nombre:	Parentesco:	
Dirección de facturación:	Ciudad:	Estado:	Código postal (zip):	<input type="checkbox"/> Misma que el paciente <input type="checkbox"/> Otro
Apellido del titular del seguro:	Nombre:	Segundo nombre:	Fecha de nacimiento (mes / día / año):	
Empleador:				
Nombre del seguro:		Teléfono:		
Número (ID) de seguro médico:		Número de grupo (Group Number):		

CHILDREN'S HEALTH

ROIF
EX0209-001NS Rev. 7/2024

Autorización para usar la información médica y revelarla a la escuela del paciente
Authorization for the Use, Disclosure and Release of Health Information to Schools

Place a patient label on all sheets

Lugar: _____
 Nombre del paciente: _____ **Requerido**
 Fecha de nacimiento: _____ **Requerido**
 Expediente núm.: _____
 CSN: _____

Es importante mantener buena comunicación con la escuela y los programas deportivos para poder coordinar el tratamiento de su hijo y su regreso a la escuela o a las actividades deportivas.

Este documento nos permite comunicarnos directamente con los representantes de la escuela, el distrito escolar o el programa deportivo de su hijo. Todas las partes reconocen y aceptan que la escuela, el distrito escolar, el orientador o el programa deportivo de su hijo también pueden revelar (en persona, por teléfono o por correo electrónico encriptado) a Children's Health información relacionada con el paciente (según se define a continuación).

Certifico que soy el paciente o representante legal de: _____ **(Nombre del paciente)**
 ("el paciente") y por la presente autorizo a Children's Health System of Texas ("Children's Health") y a sus representantes a revelar la información médica del paciente a su escuela, distrito escolar, orientador o programa deportivo al que pertenece de la siguiente manera:

INFORMACIÓN MÉDICA QUE SE PUEDE REVELAR: El tratamiento, las restricciones y los apoyos necesarios debido al problema médico, psiquiátrico o de salud mental que está siendo atendido por el personal de Children's Health.

Por la presente, Children's Health queda exento de responsabilidad legal por la comunicación de la información que se menciona y autoriza en este documento. Entiendo que puedo revocar la autorización en cualquier momento (excepto en los casos en los que ya se haya tomado acción con base en este documento) enviando la revocación por escrito a la atención de: Director Health Information Management Department, Children's Health, 1935 Medical District Drive, Dallas, Texas 75235.

A menos que sea revocada, esta autorización vencerá un año después de la fecha de mi firma.

Entiendo que Children's Health no se basará en el hecho de que yo haya llenado este formulario de autorización para determinar el plan de atención, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para recibir atención médica.

El propósito de este formulario es para comunicarnos verbalmente con el consejero(a) escolar de su hijo/a para actualizaciones y coordinar citas.

Acepto con pleno conocimiento de causa que el expediente médico puede contener información sobre abuso de alcohol u otras sustancias, atención psiquiátrica o de salud mental, VIH o SIDA, discapacidad intelectual o pruebas genéticas. **Requerido**
 Estoy de acuerdo _____ **No estoy de acuerdo** _____ **con que se revele la información.**
 (iniciales) (iniciales)

Entiendo que, una vez revelada, es posible que la información médica deje de estar protegida por las leyes estatales o federales de confidencialidad, en cuyo caso, pudiera ser divulgada de nuevo por el destinatario.

MARQUE LA CASILLA QUE NECESITE. **Requerido**

- Autorizo que se revele la información de salud del paciente.
 No autorizo que se revele la información de salud del paciente.

La información médica y el tratamiento del problema de salud del paciente puede ser revelado a los representantes del siguiente distrito escolar, escuela, programa deportivo o institución (incluidos, entre otros, enfermeras escolares, maestros, orientadores, entrenadores y asesores académicos):

Nombre de la persona, escuela, distrito escolar, programa deportivo o institución:

x

(nombre de consejero escolar y nombre de la escuela)

Dirección: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Fax: _____

x

(Firma de padres o tutor legal si el paciente es menor de edad)

Firma del paciente o de su representante legal

x

Hora

x

(Nombre de padres o tutor legal si el paciente es menor de edad)

Nombre en letra de molde del paciente o su representante legal

x

Relación con el paciente



CHILDREN'S HEALTH SYSTEM OF TEXAS

Page 1 of 3

Consentimiento para la atención médica y aceptación de los términos

CONSENT

CMC2479-018NS Rev. 8/2022 General Consent for Treatment and Acknowledgements

Consentimiento para la atención médica y aceptación de los términos

Consentimiento general: Autorizo que el Paciente, a quien se puede definir como mi persona, mi hijo o un niño bajo mi tutela, reciba atención médica y tratamiento, ya sea ambulatorios u hospitalarios, y dependiendo de sus necesidades médicas, en un hospital, centro, entidad o programa de Children's Health System of Texas (a los que nos referiremos como "Children's Health"). La atención y el tratamiento pueden ser provistos por médicos, enfermeros u otros profesionales clínicos y empleados, y pueden incluir análisis, pruebas radiológicas y de otro tipo, así como evaluaciones, terapias y procedimientos de rutina, ya sean médicos, quirúrgicos, psiquiátricos, psicológicos, mentales o de enfermería, salud conductual y consejería. Estoy de acuerdo en que se tomen fotos y videos del Paciente durante el curso del tratamiento para el mejoramiento de los procesos y de la calidad, así como también para efectos de investigación y educativos. Entiendo que Children's Health es un hospital escuela y estoy de acuerdo en que médicos en capacitación de subespecialización, residentes, estudiantes y otras personas autorizadas observen y participen, bajo la supervisión adecuada, en el cuidado y tratamiento del Paciente.

Médicos, dentistas y profesionales independientes: Los médicos y dentistas que atienden a los pacientes en un hospital o centro de Children's Health no son empleados de Children's Health. Dichos médicos y dentistas podrían ser empleados de otras entidades o ser profesionales independientes (a quienes nos referiremos colectivamente como "profesionales independientes"). Entre ellos podría haber enfermeros facultativos, asistentes médicos y otros profesionales de la salud independientes y que, aunque no son empleados de Children's Health, pueden atender a Pacientes en las instalaciones de Children's Health. Los profesionales independientes son responsables de sus propios criterios, de su conducta y del tratamiento médico, dental, mental o conductual que ofrecen. Reconozco que el personal de Children's Health no ejerce la Medicina ni es responsable del criterio, la conducta ni la atención que dichos médicos, dentistas y profesionales independientes ofrecen.

Telemedicine (medicina a distancia) y Virtual Visit Care (citas virtuales): Entiendo que la atención médica podría incluir evaluaciones, diagnósticos, consultas y terapias para tratar la afección del Paciente mediante sistemas avanzados de telecomunicación ("Telemedicine Services" [Servicio de medicina a distancia] también llamados "Virtual Visit Care" [Citas virtuales]). Entiendo que el servicio de Telemedicina puede requerir audio y video interactivos y otros medios electrónicos, y que hay tanto riesgos como ventajas al ser atendido a distancia. Los profesionales que usan el sistema Telemedicine (i) podrían estar en un lugar distinto al del Paciente; (ii) examinarán al paciente en una sesión remota "cara a cara", pero no realizarán un examen físico manual y (iii) dependerán de la información que les dé el Paciente y cualquier profesional de la salud que esté físicamente con el paciente. El servicio de Telemedicine podría verse limitado o interrumpido si se diera una falla del sistema o de los equipos, si la información fuera inexacta o estuviera incompleta, o si las imágenes o la información transmitidas electrónicamente se distorsionaran. Entiendo que ni Children's Health ni los profesionales que usan el servicio Telemedicine asumen responsabilidad alguna por la asesoría, las recomendaciones o las decisiones que se basen en factores que estén fuera de su control, tales como información inexacta o incompleta suministrada por el Paciente o por terceros, o la distorsión de las imágenes de diagnóstico o de las muestras que pudiera ocurrir durante la transmisión electrónica.

Si los profesionales de la salud que usan el servicio Telemedicine, determinan que dicho servicio no satisface adecuadamente las necesidades médicas del paciente, el Paciente será remitido para que se le realice una evaluación médica en persona. Si el problema de salud del paciente es urgente o es una emergencia, o si la sesión de Telemedicine se interrumpe debido a un fallo del sistema o del equipo, estoy de acuerdo en que se sigan suministrando al Paciente la atención y los tratamientos adicionales que requiera. Entiendo que, a fin de mantener la confidencialidad, se toman precauciones para evitar que la información médica del Paciente quede expuesta a entidades no autorizadas; sin embargo, entiendo y acepto que no es posible garantizar la seguridad absoluta de los datos, el audio y el video durante la transmisión electrónica, y que la confidencialidad de la información podría verse comprometida en caso de manipulación ilegal o indebida.

Medicamentos y tratamiento: Hay algunos medicamentos y tratamientos que podrían ser recomendados por el médico, dentista o facultativo y ser efectivos a pesar de no estar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) para su uso en Pacientes menores de 18 años y usarse de manera distinta a la aprobada ("off label"). Entiendo que debo consultar al médico, dentista o facultativo que atiende al Paciente sobre cualquier medicamento que se use de manera distinta a la aprobada ("off label") y sobre los riesgos del tratamiento propuesto para el Paciente.

Ausencia de garantías: Entiendo que no se extienden garantías verbales ni escritas por el tratamiento o los servicios ofrecidos por Children's Health. Entiendo además que todos los suministros, aparatos médicos y otros consumibles proporcionados al Paciente por Children's Health se le ofrecen TAL CUAL y Children's Health no ofrece ninguna garantía, ni expresa ni implícita.

Derechos del paciente: Si el Paciente es atendido en un hospital o centro de Children's Health, me han dado u ofrecido información sobre los derechos y responsabilidades del Paciente. Dicha información explica cómo presentar quejas y reclamos relacionados con el cuidado del paciente en dicho hospital o centro.

Detección de enfermedades contagiosas: Entiendo que incluso con medidas preventivas, el Paciente podría quedar expuesto a enfermedades nosocomiales y contagiosas al recibir la atención médica. Previamente a la atención médica del Paciente, y cuando sea necesario, se le podrían hacer pruebas para evitar la propagación de enfermedades contagiosas, sobre todo durante una epidemia o pandemia, tal como coronavirus (también conocido como COVID-19). Entiendo que, si un empleado o profesional clínico de Children's Health u otra persona entra en contacto con la sangre u otro fluido corporal del paciente, de conformidad con las leyes de Texas, Children's Health podría realizar análisis al Paciente para tratar de detectar la presencia de enfermedades contagiosas, como el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) o el de la hepatitis. Entiendo que los resultados de estos análisis son confidenciales y que solo serán divulgados conforme lo autorice la ley.

Eliminación de muestras: Entiendo que Children's Health podrá, a su entera discreción, descartar, conservar o eliminar cualquier tejido o parte corporal que hayan sido extraídos del paciente.

Llamadas y mensajes de texto y grabados: Autorizo a Children's Health a enviar notificaciones a mi teléfono móvil por llamada o mensaje de texto o grabado. Entiendo que se cobrarán las tarifas correspondientes por los mensajes y las llamadas y que la frecuencia de los mensajes podría variar. También entiendo que debido a que la transmisión se realiza a través de redes telefónicas públicas, no se puede garantizar completa seguridad. Además, entiendo que debo proteger mi teléfono con una contraseña o número de identificación personal (PIN) a fin de evitar accesos no autorizados. Entiendo que yo no puedo comunicar las necesidades médicas del paciente a Children's Health mediante mensajes de texto ni automáticos. La política de protección de datos de Children's Health, así como los términos de servicio sobre mensajes de texto, están disponibles en <https://www.childrens.com/footer/policies-procedures>. Envíe la palabra HELP al 77444 para recibir ayuda con mensajes de texto, o la palabra STOP para no recibir mensajes de texto de Children's Health.

Directrices médicas: (como la directriz de que no se inicien o que se suspendan tratamientos que prolonguen la vida y las Instrucciones de no reanimación cardiopulmonar): Si el Paciente ha sido hospitalizado en Children's Health, he recibido o se me ha ofrecido información sobre las directrices médicas y las políticas correspondientes de Children's Health. Entiendo que es mi responsabilidad entregar una copia de la directriz médica del Paciente, si la hubiera. En caso de necesitar información sobre dichos documentos, la solicitaré al médico a cargo del Paciente, al personal de apoyo espiritual (spiritual care) o a los trabajadores sociales.

El Paciente TIENE / NO TIENE directriz médica firmada.

Vigencia del consentimiento: Entiendo y acepto que este consentimiento para atención y tratamiento es válido durante un año 1) Para los servicios para el Paciente durante la presente hospitalización y 2) Para los servicios ambulatorios durante esta visita y las visitas ambulatorias futuras a Children's Health, a menos que yo anule el consentimiento antes de ese plazo.

He leído y entiendo el contenido del formulario "Consentimiento para la atención médica y aceptación de los términos".

X	(Firma de padres o tutor legal SI el paciente es menor de edad)	X	
Firma del Paciente o de su Representante Legal	(Nombre de padres o tutor legal si el paciente es menor de edad)	Fecha	Hora
X		X	
Nombre en letra de molde del Paciente o de su Representante Legal		Relación con el Paciente	
Firma del testigo o intérprete		Fecha	Hora
Nombre en letra de molde del testigo o intérprete	<input type="checkbox"/> Marque si es usted el intérprete o el testigo	*Si la interpretación es telefónica, nombre del intérprete, núm. de identificación y agencia de interpretación	

**CHILDREN'S HEALTH SYSTEM
OF TEXAS**

Page 2 of 3



**Consentimiento para la atención médica y
aceptación de los términos**

CONSENT
CMC2479-018S Rev. 8/2022

General Consent for Treatment and Acknowledgements

Información médica protegida

Uso y divulgación de la información: Entiendo que los expedientes médico y financiero del Paciente son confidenciales y no pueden ser divulgados sin mi autorización por escrito, excepto cuando sean requeridos por ley. El Aviso de políticas de confidencialidad aborda el tema de la divulgación de información autorizada. Entiendo que la información médica contenida en los expedientes médico y financiero del Paciente contienen información presente, pasada y futura, y que puede incluir pruebas o asesoría genéticas; información sobre enfermedades contagiosas como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); información relacionada con tratamientos de enfermedades mentales, psiquiátricas o psicológicas, y con el diagnóstico o tratamiento de alcoholismo o drogadicción ("información médica"). Para efectos de tratamiento, pagos y operaciones asistenciales, autorizo la divulgación de la información contenida en los expedientes médico y de facturación del Paciente. Entiendo que Children's Health debe conservar los expedientes médico y financiero del Paciente por el tiempo que exija la Ley, y que pasado ese periodo podrá desecharlos tal como lo permita o exija la Ley.

Transmisión electrónica de la información médica: Autorizo que Children's Health divulgue o use la Información médica del Paciente para fines de tratamiento, cobro y actividades relacionadas con el cuidado de su salud (en conjunto llamados "Propósitos"), o con los fines que permita o exija la Ley. Entiendo que Children's Health divulgará y enviará la Información médica del Paciente por medios electrónicos o de otro tipo a terceros para los Propósitos arriba mencionados, o tal como lo permita la ley. Entiendo que, una vez revelada, es posible que la información médica deje de estar protegida por las leyes estatales o federales de confidencialidad y, en ese caso, pudiera ser divulgada de nuevo por el destinatario. Es posible que la Información médica llegue a formar parte de los archivos médicos de otros profesionales clínicos que no sean parte de Children's Health y que estos la divulguen más adelante.

Children's Health podría participar en varios programas de intercambio de información médica (programas HIE) a fin de almacenar e intercambiar la información médica del Paciente. También es posible que se almacene e intercambie en los programas HIE Información médica del Paciente que esté en posesión de profesionales clínicos que no formen parte de Children's Health. Tanto Children's Health como dichos profesionales pueden usar los programas HIE a fin de consultar la Información médica del Paciente para los Propósitos descritos en este documento, para coordinar la atención del paciente o para cualquier otro fin que permita la Ley.

Información del Directorio de pacientes: El nombre del Paciente podrá incluirse en el Directorio de pacientes de Children's Health, y Children's Health confirmará el nombre del Paciente, su número de habitación y su estado de salud general, a menos que yo indique abajo lo contrario.

No deseo que la información del Paciente se incluya en la guía telefónica de pacientes de Children's Health y solicito que el Paciente sea designado "Paciente confidencial".

Invitados especiales: Para hacer más agradable la estancia del Paciente, Children's Health realiza ciertas actividades en sus instalaciones tales como visitas de equipos deportivos, celebridades, personajes famosos de la zona y otras personas (llamados colectivamente "Invitados especiales"). Si el Paciente participa en actividades con los Invitados especiales, entiendo que es posible que parte de la Información médica del Paciente sea compartida con dichos Invitados especiales y autorizo que se comparta.

Aviso sobre políticas de confidencialidad: Confirmo que he recibido o que se me ha ofrecido el Aviso sobre políticas de confidencialidad de Children's Health. Cualquier duda o pregunta puedo dirigirla al Health Privacy Officer (Responsable de la confidencialidad de la información) de Children's Health.

He leído y entiendo el contenido del formulario "Información médica protegida".

X	(Firma de padres o tutor legal SI el paciente es menor de edad)	X	
Firma del Paciente o de su Representante Legal		Fecha	Hora
X	(Nombre de padres o tutor legal si el paciente es menor de edad)	X	
Nombre en letra de molde del Paciente o de su Representante Legal		Relación con el Paciente	
Firma del testigo o intérprete		Fecha	Hora
Nombre en letra de molde del testigo o intérprete	<input type="checkbox"/> Marque si es usted el intérprete o el testigo	*Si la interpretación es telefónica, nombre del intérprete, núm. de identificación y agencia de interpretación	



**Consentimiento para la atención médica y
aceptación de los términos**

CONSENT

CMC2479-018S Rev. 8/2022

General Consent for Treatment and Acknowledgements

Responsabilidad económica

Responsabilidad financiera: Acepto pagar la totalidad de los cargos generados por los bienes y servicios proporcionados al Paciente, independientemente de cualquier pago hecho por el seguro médico. Entiendo que todos los montos deben liquidarse a su presentación y que los pagos deben hacerse a nombre de Children's Health y de cualesquier profesionales que hayan prestado sus servicios al Paciente en Children's Health (aquí denominados "Profesionales"). A menos que lo prohíba la Ley, acepto pagar todos los cargos que no cubra el seguro y los cargos que sí cubra pero que no haya abonado en su totalidad. Esto incluye cargos pendientes como el coaseguro (coinsurance), y los deducibles. También cargos no cubiertos por el seguro debido a cláusulas de exclusión, límites de la póliza, o incumplimiento de los requisitos de dicho seguro. Previa solicitud, se me facilitará un estimado de los cargos. Entiendo que el estimado puede ser muy distinto de los cargos finales debido a diversos factores, tales como el tratamiento que se seguirá, el grado de atención requerida, los servicios de los Profesionales y cualquier bien o servicio adicional.

Asimismo, acepto y entiendo que, si la cuenta del Paciente cae en mora y se canaliza a un abogado o compañía de cobranzas, o se inicia acción legal, seré responsable de todos los cargos, y, dentro de lo razonable, de los honorarios de abogados, costos y gastos de cobranza. Doy mi consentimiento para que se hagan consultas sobre mi historial crediticio. Consiento también que se envíe a mi teléfono móvil y a cualquier número proporcionado durante el proceso de registro del Paciente, llamadas automatizadas generadas por computadora o con mensajes grabados de parte de Children's Health y de los Profesionales, sus afiliados y sus representantes, tales como compañías de gestión de cuentas, contratistas independientes y agentes de cobranza.

Solo para Pacientes de Medicare y Medicaid: Entiendo que es posible que Medicare o Medicaid no cubran los bienes y servicios que yo solicite para el Paciente por no considerarlos médicamente necesarios. Y comprendo que Medicare o Medicaid son quienes determinan si dichos bienes y servicios son médicamente necesarios. Entiendo también que si Medicare o Medicaid determinan que ciertos bienes o servicios no son médicamente necesarios para la atención del Paciente, y a pesar de ello yo los solicito, será mi responsabilidad exclusiva pagar por dichos bienes y servicios. Si la atención médica del Paciente es gestionada por Medicare o Medicaid, es posible que el Paciente no esté sujeto a estas disposiciones. Certifico que la información proporcionada por el Paciente o en su nombre a fin de solicitar el pago a través de Medicare o Medicaid es correcta. Autorizo la divulgación de la información médica y de otra índole sobre el Paciente a la Administración del Seguro Social, sus intermediarios y operadores según se requiera para efectos de las solicitudes de cobertura de Medicare o Medicaid.

Aviso para Pacientes: Información sobre terceros pagadores (miembros del seguro): Reconozco que, de acuerdo con la información que proporcioné sobre la cobertura de terceros pagadores, seguro médico o programa de cobertura médica del Paciente, Children's Health.

ES / NO ES parte de la red de terceros pagadores ni del seguro médico del Paciente. Los servicios del programa TCHAT son gratuitos

Profesionales independientes: Entiendo que los Profesionales pueden facturar y cobrar de forma independiente sus servicios. Además entiendo que algunos de los Profesionales podrían no ser parte de la misma red de terceros pagadores de la que es parte Children's Health. Por lo tanto, es posible que reciba una factura por servicios médicos o dentales de parte de un Profesional por el monto no cubierto por terceros pagadores, seguro médico o programa de cobertura médica del Paciente. Entiendo que puedo solicitar una lista de Profesionales que tienen facultad para prestar servicios médicos y dentales en Children's Health. Asimismo, podré solicitar a cualquier Profesional que me informe si tiene contrato con la red de terceros pagadores o el seguro médico del Paciente para saber si podría yo ser responsable del pago de cualquier monto que no sea cubierto por terceros pagadores, seguro médico o programa de prestaciones del Paciente. Entiendo que seré responsable de pagar a los profesionales de acuerdo con los términos de cobertura de los terceros acreedores, el seguro o el plan de beneficios del Paciente. Entiendo que seré responsable de pagar a los médicos y facultativos en función de los términos del seguro médico o del tercero pagador del Paciente.

Cesión de beneficios: Cedo y transfiero de forma irrevocable y directamente a Children's Health y a cualquier Profesional los beneficios, intereses y derechos, incluidos el derecho a demandar; reclamos por incumplimiento de ERISA (Employee Retirement Income Security Act) y otros reclamos legales o administrativos, y el derecho a exigir el pago por cualquier póliza de seguros, planes de beneficios, planes de indemnización, planes de salud prepagados, pólizas de responsabilidad de terceros o los beneficios proporcionados por otro acreedor en nombre del paciente por bienes y servicios proporcionados al Paciente por parte de Children's Health y los Profesionales. También autorizo el pago directo a Children's Health y a los Profesionales por los bienes y servicios que proporcionen al Paciente.

Autorizo que el abogado, seguro o administrador del plan del Paciente permitan el acceso de Children's Health y los Profesionales a todos los documentos del plan, al resumen de beneficios, la póliza de seguros o la información del acuerdo, en tanto Children's Health o los Profesionales lo soliciten por escrito para poder solicitar el pago de beneficios médicos.

Por medio de esta cesión, transfiero a Children's Health y a los Profesionales todos mis derechos a solicitar o embargar beneficios relacionados con los bienes y servicios prestados por Children's Health y los Profesionales al Paciente, incluidos el derecho a llegar a cualquier acuerdo, seguro o indemnización legal o administrativa, incluidos los daños y perjuicios originados por reclamos de incumplimiento del ERISA, y el derecho a apelar o continuar con reclamos denegados o diferidos. Children's Health y los Profesionales tendrán derecho a (1) obtener toda la información relacionada con la solicitud; (2) presentar pruebas; (3) realizar declaraciones sobre hechos o leyes; (4) realizar cualquier solicitud, como entregar o recibir avisos de apelación; (5) participar en cualquier acción administrativa y judicial, y presentar solicitudes, derechos de demandas o derechos contra partes, compañías de seguros, planes de beneficios o administradores de plan responsables. Children's Health y los Profesionales podrán presentar demandas contra cualquiera de estos planes de beneficios, administradores de plan o compañías de seguros en mi nombre o en el del paciente en relación de dependencia conmigo o el Paciente. Esta cesión no obliga ni obligará en ningún momento a Children's Health ni a los Profesionales a tomar acción a fin de hacer valer dichos intereses y derechos.

Hago constar que he leído y que comprendo la información que aparece en el presente formulario "Responsabilidad financiera y cesiones de derechos."

(Firma de padres o tutor legal SI el paciente es menor de edad)

Firma del Paciente o de su Representante Legal

Fecha

Hora

(Nombre de padres o tutor legal si el paciente es menor de edad)

Nombre en letra de molde del Paciente o de su Representante Legal

Relación con el Paciente

Firma del testigo o intérprete

Fecha

Hora

Nombre en letra de molde del testigo o intérprete Marque si es usted el intérprete o el testigo

*Si la interpretación es telefónica, nombre del intérprete, núm. de identificación y agencia de interpretación

CHILDREN'S HEALTHCONSENT
CMC67424-004NS Rev. 10/2022

Consent for Therapy, Counseling and Psychological Services

Consentimiento para terapia, consejería y servicios psicológicos

Place a patient label on all sheets

Lugar: _____

Nombre del paciente: _____ Requerido

Fecha de nacimiento: _____ Requerido

Número de expediente médico (solo para uso de la oficina): _____

CSN: _____

Entiendo que al firmar este formulario acepto que el Paciente, _____, reciba servicios psicológicos, entre los que figuran servicios proporcionados por psicólogos diplomados, consejeros profesionales diplomados, trabajadores sociales clínicos diplomados o un terapeuta familiar y matrimonial diplomado, en el Children's Health Children's Medical Center ("Children's), que pudieran incluir los siguientes:

- Terapia individual, terapia familiar, terapia grupal o terapia de juegos
- Prueba, examen o evaluación psicológica y redacción de informes

Procedimientos / Técnicas

Entiendo que las actividades de evaluación y tratamiento pudieran consistir en una combinación de lo siguiente: evaluación de inteligencia y rendimiento cognitivo, evaluación funcional de la conducta emocional, social y del comportamiento; terapia individual, familiar o grupal; evaluación e intervención de la salud y el comportamiento. Entiendo que el Paciente puede ser atendido en múltiples consultas en Children's para estas actividades. El profesional que trabaja con el Paciente me mantendrá informado sobre los cambios realizados a los servicios prestados.

Duración

Entiendo que la duración de los servicios variará, dependiendo de las necesidades del Paciente. El profesional podrá proporcionar información sobre la duración prevista de los servicios.

Autoridad para consentir

Al firmar este formulario, declaro que no existe ninguna orden vigente del tribunal que me prohíba autorizar el tratamiento y la evaluación de la salud mental del Paciente. Si tengo custodia compartida del Paciente, manifiesto que, en caso de haber sido necesario, he consultado con el otro parente o responsable de la custodia compartida antes de proceder con el tratamiento.

Limitaciones en asuntos de custodia:

Nuestros profesionales apoyan un enfoque de paternidad cooperativa al trabajar con padres que se encuentran en proceso de divorcio, divorciados o en conflicto. El profesional no llenará evaluaciones con el objetivo de determinar la capacidad de custodia de los padres ni hará recomendaciones en relación con la custodia. Al firmar este consentimiento se acuerda que ni el Paciente ni los tutores legales del Paciente llamarán ni citarán a ninguno de los profesionales con el fin de testificar en una disputa de custodia.

Confidencialidad

Entiendo que la información compartida con el profesional es confidencial. Entiendo que se me proporcionará información sobre el tratamiento del Paciente y sobre los hallazgos y recomendaciones de las evaluaciones y los exámenes. Si mi niño se encuentra recibiendo servicios de terapia individual, el profesional que trabaja con el Paciente puede compartir las recomendaciones con el representante legal autorizado, pero puede mantener la confidencialidad de otra información entre el profesional y el Paciente.

Entiendo y el Paciente entiende que el profesional no puede y en ocasiones, de conformidad con la legislación, no tiene permitido retener información confidencial que involucre lo siguiente: el Paciente se encuentra en peligro inminente de hacerse daño a sí mismo o a terceros; revela abuso o negligencia hacia sí mismo o hacia otro menor de edad, persona anciana o discapacitada; se comporta de una manera que afecta directamente su seguridad personal; o cuando así lo exija la ley.

Entiendo que el expediente médico del Paciente, incluidos los expedientes de la terapia, puede ser compartido con otros profesionales para fines de tratamiento. Sin embargo, de acuerdo con la ley HIPAA, el expediente médico del Paciente no será divulgado a terceros sin una autorización por escrito o cuando así lo exija o autorice la ley.

Consejo de expedición de licencias

Entiendo que cada profesional tiene su licencia emitida por el consejo de expedición de licencias pertinente del estado de Texas y que puedo recibir información sobre el consejo de expedición de licencias, así como la información de contacto de dicho consejo si la solicito.

Participación de profesionales en formación

Entiendo que mi niño puede estar recibiendo estos servicios a través de un profesional diplomado en salud mental y/o un profesional de psicología en formación. Los profesionales de psicología en formación están bajo la supervisión de un profesional diplomado en salud mental. Los profesionales en formación me informarán que se encuentran en capacitación y me dirán el nombre del profesional diplomado que supervisa su trabajo.

Revocación del consentimiento

Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento. Este consentimiento será renovado cada 12 meses.

He leído, entendido y acepto los términos y condiciones que se presentan en este formulario; y se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta o pedir que se me aclare cualquier cosa que no hubiera entendido.

X	(Firma de padres o tutor legal SI el paciente es menor de edad)	X	
Firma del Paciente / representante legal autorizado <i>x</i>	(Nombre de padres o tutor legal si el paciente es menor de edad)	Fecha	Hora
Nombre en letra de molde del Paciente / representante legal autorizado		Parentesco con el Paciente	
Firma del testigo / intérprete		Fecha Hora	
Nombre en letra de molde del testigo / intérprete		<input type="checkbox"/> Marque si es usted el intérprete o el testigo	
*Si la interpretación es telefónica, nombre del intérprete, núm. de identificación y agencia de interpretación			