

## CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACUERDO DE TRATAMIENTO USC CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS

Bienvenidos al **Centro de Servicios Psicológicos de USC** (en adelante, lo definimos con la palabra "Centro"). Este documento explica varios aspectos importantes del tratamiento en el Centro, incluye los tratamientos dispensados en el centro o fuera del centro por parte de nuestros terapeutas. Aunque este documento es largo y pueda parecer difícil de entender, es importante que lo lea cuidadosamente y haga preguntas sobre cualquier duda que tenga o si necesita alguna aclaración. Le daremos una copia para llevársela a su casa.

### SUPERVISIÓN Y CAPACITACIÓN

Con raras excepciones, todos los proveedores de servicio (terapeutas) en el Centro de USC son estudiantes graduados que están realizando estudios de doctorado en Psicología. Ellos proveen servicios bajo la supervisión de la Facultad de USC y / o de profesionales de salud mental con licencia de trabajo en California. Su terapeuta debe proporcionarle una tarjeta de negocios con su / nombre, el nombre de su supervisor/a, y el número de teléfono del supervisor/a durante su primera sesión o cita.

Su tratamiento [de su hijo/a] será discutido con el supervisor, y a menudo con otros estudiantes en formación. La grabación de sesiones es una práctica habitual en nuestro centro, y al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta ser grabado como parte de su tratamiento [de su hijo/a] en el Centro. El propósito de la grabación de cada sesión y la supervisión es el de ayudar a los terapeutas a proporcionarles el mejor servicio posible. El vídeo se graba digitalmente y se almacena en un servidor seguro. Normalmente todas las grabaciones son borradas con regularidad, pero siempre después de finalizar el tratamiento a menos que haya dado su permiso por separado mediante la firma de un acuerdo escrito para que podamos conservar estos archivos.

### ENTRADA / PROCESO DE EVALUACIÓN INICIAL

Debido a que esta es una clínica de entrenamiento con recursos limitados, nos reservamos el derecho de negar el tratamiento si pensamos que no podemos venir al encuentro, en el mejor modo posible, de sus necesidades. Por lo tanto, usted [su hijo/a] no será considerado un cliente del Centro hasta que el proceso de admisión sea completo, la información sobre su caso haya sido revisada por un supervisor (a) y / o el director (a) de la clínica, y le hayamos ofrecido nuestros servicios en el Centro, y usted haya aceptado recibir el tipo de atención que se le ofrece.

El propósito del proceso de admisión es evaluar plenamente sus necesidades y asegurarse de que usted [su hijo/a] recibirá [n] el mejor tratamiento posible. La evaluación en sí puede variar entre los clientes, y puede incluir actividades tales como completar una entrevista estructurada (es decir, cada cliente se le hacen las



mismas preguntas para asegurar una comprensión clara de la situación); cuestionarios, solicitudes de interactuar con otros profesionales o personas que puedan tener información importante acerca de su problemas actuales; seguimiento de formularios para completar entre las sesiones, o muchas otras opciones. Típicamente, los terapeutas utilizan 2-3 sesiones para completar el proceso de admisión, y / o puede que programen más citas iniciales para completar el proceso de admisión más rápidamente. Al final del período de evaluación, el terapeuta será capaz de ofrecerle una impresión inicial de sus necesidades [de su hijo/a] y un plan sobre lo que su tratamiento puede incluir si decide continuar con la terapia. Si no podemos ofrecerle nuestros servicios, le proporcionaremos una lista con otros recursos.

### **SERVICIOS PSICOLÓGICOS EN EL CENTRO**

La terapia o consejería no es fácil de describir en términos generales. Varía según los problemas específicos que usted está experimentando, las circunstancias que los rodean, el terapeuta y el entendimiento mutuo del cliente sobre las cuestiones pertinentes, y la relación de trabajo entre el terapeuta y el cliente (s). Existe una grande variedad de métodos que pueden ser utilizados para tratar los problemas que se espera resolver/afrontar. Para que la terapia tenga mejores resultados, usted [su hijo/a] tendrá que trabajar sobre las cosas que hablamos durante las sesiones y en su casa. Con el fin de controlar y mejorar la eficacia de los servicios que les prestamos, todos los clientes deben completar las evaluaciones semanales que miden su bienestar y la experiencia de terapia. Al firmar este formulario de consentimiento, usted está de acuerdo en realizar estas evaluaciones como parte de su tratamiento [de su hijo/a].

La terapia puede tener beneficios y riesgos. Puesto que la terapia a menudo implica discutir los aspectos desagradables de su vida, [de su hijo/a] puede suceder que experimente sentimientos desagradables como la tristeza, la culpa, el enojo, la frustración, la soledad y desamparo. Por otra parte, la terapia también se ha demostrado puede traer muchos beneficios. La terapia a menudo conduce a mejores relaciones, soluciones a problemas específicos, y reducciones significativas de sentimientos de angustia. Sin embargo, no hay garantías sobre lo que usted [su hijo/a] puede experimentar.

Porque somos una clínica de entrenamiento que forma parte de una universidad, puede ser que sea necesario transferir el caso a otro terapeuta en el Centro, o a otra clínica en la local. Una de las razones para transferir casos es que el Centro tiende a proporcionar cuidado a corto plazo, es decir, nos enfocamos en ayudarle a usted [su hijo/a] a afrontar un problema específico o a trabajar sobre un conjunto de objetivos específicos. Los tratamientos basados en la investigación científica para ayudar a las personas con problemas específicos son generalmente en su naturaleza de corto plazo (por ejemplo, 10-20 sesiones). Una segunda razón es la disponibilidad del terapeuta - ya que nuestros terapeutas son estudiantes, por lo general, ellos se inscriben para trabajar en ciertos casos durante un año académico- y después completan otra rotación. Por último, puede ser útil para usted [su hijo/a] el tratar de trabajar por su cuenta en su problema después de haber hecho progresos con su terapeuta. A través del aprendizaje de habilidades útiles y del conocimiento adquirido durante el tratamiento sobre lo que le preocupa, en general los clientes descubren que están bien equipados para manejar por su propia cuenta su situación.

## **CITAS Y PAGOS**

Una vez que inicia el tratamiento, las sesiones se planean una vez a la semana por 50 minutos el día y hora que es conveniente para usted y su terapeuta, en algunos casos las sesiones pueden ser más largas o más frecuentes. Sesiones de terapia de pareja, familia o de grupo generalmente duran 90 minutos o más.

El faltar a las sesiones y/o las llegadas tardías representan un problema para los clientes y los terapeutas. Por lo cual pedimos a nuestros clientes que se comprometan en asistir con regularidad. Si considera que el asistir regularmente es un problema, le pedimos que piense si este es el momento más adecuado para llevar a cabo una terapia o si este es el tipo de clínica para usted. En ocasiones, es mejor terminar la terapia y volverla a comenzar en una fecha más adecuada cuando puede mantener un compromiso regular.

Las siguientes son las reglas sobre citas perdidas y llegadas tardías:

- 1) Se aceptan cancelaciones solamente con 24 horas de anticipación, y se le cobrará por sesiones/citas perdidas (a menos que usted y su terapeuta estén de acuerdo en que no pudo asistir debido a enfermedad o emergencia).
- 2) Si llega más de 15 minutos tarde sin previo aviso, su terapeuta no es responsable de mantener su cita y podrá no encontrarse en el Centro.
- 3) Si cancela o pierde una sesión, es su responsabilidad ponerse en contacto con el terapeuta para hacer una nueva cita.
- 4) Si olvida dos o más sesiones consecutivas, sin haber llamado para cancelar o volver a hacer una cita, su terapeuta tratará de contactarlo por teléfono. Si usted no responde, su terapeuta supone que no desea continuar con los servicios del Centro e iniciará a cerrar su caso. Le haremos saber vía correo postal.
- 5) Si desea terminar la terapia, le pedimos que hable directamente con su terapeuta en lugar de simplemente no presentarse. Si lo prefiere, puede llamar al supervisor/a o a la directora del Centro (Dr. Couture al 213-740-6620) en caso de que tenga dificultad con su terapeuta y no desea resolver directamente ese asunto.
- 6) Los terapeutas están obligados a informar a sus supervisores sobre -cancelaciones frecuentes, citas perdidas, el tiempo perdido- debido a una llegada tardía. La frecuencia de tales eventos puede que conduzca al cierre de su caso y de nuestros servicios. En tales situaciones, nosotros le ayudaremos dándole información sobre otros centros de bajo costo.

La tarifa estándar es de \$ 20 por cada sesión de terapia. Esta suma de dinero es notablemente inferior a otros servicios del mismo tipo disponibles en la comunidad, y corresponde generalmente a un copago de visita en la mayoría de las compañías de aseguranza médica. Si experimenta extremas dificultades financieras, puede solicitar una tarifa más baja, la cual será determinada sobre la base de sus ingresos anuales y el número de dependientes. Nosotros no trabajamos con compañías de seguro médico, no hacemos facturas, y la mayoría de las compañías de seguro médico no reembolsarán los servicios prestados en el Centro porque nuestros terapeutas están en formación. Se espera que pague por cada sesión al momento de la cita, a menos de que haya acordado algo diferente. Usted puede pagar en efectivo o con un cheque, pero por favor tenga en cuenta que no tenemos dinero en efectivo en las instalaciones para proporcionarle cambio.

Nos dedicados a establecer un ambiente seguro que promueva una comunicación abierta y honesta. Le invitamos a discutir sobre el progreso de su tratamiento [de su hijo/a] y si lo desea puede dejar de utilizar nuestros servicios en cualquier momento. Le invitamos a hablar sobre cualquier preocupación que tenga

sobre su tratamiento [de su hijo/a] o sobre los servicios prestados por parte de su terapeuta y / o del supervisor/a de su terapeuta. Todos los clientes tienen derecho a presentar quejas si piensan que los servicios recibidos no son éticos. El Departamento de la Junta de Servicios a los Consumidores de Psicología recibe y responde a preguntas y quejas relativas a la práctica de la psicología. Si usted tiene preguntas o quejas, puede comunicarse con la Junta en Internet, en [www.psychboard.ca.gov](http://www.psychboard.ca.gov), llamando al 1-866-503-3221, o escribiendo a la siguiente dirección: Junta de Psicología, 2005 Evergreen Street, Suite 1400, Sacramento, California 95815-3831.

### **CONTACTO CON SU TERAPEUTA**

Por lo general, un miembro del personal está disponible para contestar el teléfono en el centro durante el curso académico de lunes a jueves de las 9am a las 8pm, y los días viernes de las 9am a las 5pm. Sin embargo, debido a una posible ausencia de personal, o al hecho de que el personal esté contestando otras llamadas telefónicas, etc, puede ser necesario que deba dejar un mensaje en el contestador automático. Usted no está autorizado a contactar a ningún terapeuta directamente. Sin embargo, puede dejar un mensaje en el contestador automático del Centro y éste le será entregado a su terapeuta tan pronto como sea posible. Debido a que los terapeutas del Centro son estudiantes de USC, puede ser que tome tiempo antes de que sea posible devolverle la llamada. Sin embargo, la mayoría de los terapeutas logran devolver sus llamadas dentro de un día hábil después de haber recibido su mensaje (de lunes a viernes durante el curso académico, de lunes a jueves durante el verano). Por favor tome en cuenta que el Centro cierra durante las vacaciones de la universidad y las vacaciones escolares. Su terapeuta le informará con antelación de estas fechas u otras fechas que no están disponibles. También puede encontrar una lista con las fechas de cierre del Centro en nuestro sitio web (<http://dornsife.usc.edu/uscpssc>).

Si su terapeuta no será disponible por un período de tiempo prolongado (por ejemplo, esta fuera del país de vacaciones), se le dará el nombre de un colega para ponerse en contacto en caso de necesidad.

### **CASOS DE EMERGENCIA Y SITUACIONES DE CRISIS**

El Centro no puede proporcionar servicios de emergencia o medicamentos psiquiátricos. En situaciones de emergencia puede tratarse de comunicarse con su terapeuta a través del número de teléfono del Centro, pero es importante tener un plan alternativo ya listo, sobre todo en momentos de crisis. Es importante que informe a su terapeuta tan pronto como tengan conocimiento de una crisis, o si hay situaciones que le proporcionan considerable estrés a punto de suceder, o si tiene pensamientos relacionados al suicidio, etc, de esta manera podemos trabajar juntos y desarrollar un plan de crisis que puede identificar los servicios que están a su disposición durante todas las horas del día. Si tiene una emergencia, llame al 911, o diríjase a la clínica de emergencias más cercana o póngase en contacto con una de las líneas telefónicas de crisis (1-800-SUICIDE (1-800-784-2433), 1-800-273-TALK (1-800-273-8255), 1-877-727-4747).

### **CONFIDENCIALIDAD**

La ley protege la privacidad de las comunicaciones entre el cliente y el terapeuta. En la mayoría de los casos, no está permitido a los terapeutas divulgar información sobre su tratamiento a otras personas a menos que usted haya firmado un formulario de autorización escrita. Sin embargo, hay algunas excepciones importantes que se describen a continuación. [Para casos relacionados a menores de edad, parejas o adultos

dependientes, consulte el apéndice al final de este formulario de consentimiento para una descripción más detallada de las cuestiones de confidencialidad.]

- Como se trata de una clínica en la cual los terapeutas son estudiantes en formación, la información acerca de su caso puede ser compartida con otros estudiantes, profesores y supervisores, ellos tienen la obligación de seguir las mismas reglas sobre la confidencialidad que rigen a su terapeuta. Además, puede ser necesario consultar con otro profesional de salud mental. En este caso, haremos todo lo posible para mantener su identidad confidencial durante esa consulta, y los otros profesionales también están obligados a mantener la confidencialidad.
  - Cuando el Centro tiene una auditoría de parte de las agencias que lo acreditan puede ser que estas agencias examinen al azar los expedientes para verificar que estén completos y que se cumple con las normas profesionales.
  - Si usted se convierte en un peligro para sí mismo o para otros, puede que tengamos que revelar su información y su tratamiento a otros profesionales de salud mental, familiares y / o servicios de emergencia.
  - Si se nos es ordenado por un juez, puede ser que tengamos que revelar información protegida de salud a la corte.
  - Si un cliente presenta una queja o demanda en contra de un terapeuta, la información pertinente relativa a dicho cliente puede ser revelada para la defensa del terapeuta.
  - Si un terapeuta tiene conocimiento o sospecha de abuso o negligencia hacia niños o personas mayores, la ley exige que se presente un informe a una agencia gubernamental apropiada. Este mandato incluye la información que usted haya proporcionado sobre un caso de maltrato o descuido por parte de usted mismo, otros que lo conocen, familiares, etc. En algunos casos la violencia doméstica que sucede en presencia de niños también puede ser considerada reportable. En la mayoría de los casos, el terapeuta le hará saber sobre la necesidad de presentar un informe antes de llevar a cabo esta acción.

## **INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA**

Los materiales de la clínica que tienen que ver con su caso, [de su hijo/a] como los documentos, y la información obtenida a través de la terapia pueden ser utilizados para la gestión de nuestro programa, la investigación científica y para el entrenamiento de nuestros estudiantes. La confidencialidad de todo lo que tiene que ver con su caso [de su hijo/a] está protegida por la restricción del acceso a estos materiales. Los registros de casos se almacenan en forma segura y sólo se concede el acceso a las personas que participan en el entrenamiento en el Centro, y a aquellos han sido autorizados por la Junta de Revisión Institucional de la Universidad. Todo nombre e información que lo podría identificar será eliminada de los materiales clínicos antes de su uso en la formación de los estudiantes, o para la publicación de investigación, y / o para la investigación científica. Cualquier cliente que se le pide participar en un estudio de investigación científica no será penalizado si decide no participar (es decir, los servicios del Centro no dependen de su participación en nuestra investigación). En la página donde se le pide su firma, puede optar por participar o no ser contactado para estudios de investigación científica.

## **NORMAS SOBRE SOCIAL MEDIA**

A algunos clientes les gusta invitar a sus terapeutas y/o terapeutas anteriores a ser amigos en Facebook, MySpace, Twitter, etc. Desafortunadamente, nuestros terapeutas no están autorizados a aceptar solicitudes de este tipo. Creemos que su privacidad y la confidencialidad están mejor protegidas si los terapeutas no son parte de la red social en línea. Además, esta norma propicia una relación terapéutica en la que se le invita a comunicar los aspectos más importantes de su vida a su terapeuta, en lugar de propiciar la lectura “online” sobre aspectos fundamentales de su vida. Además, mantiene la vida privada del terapeuta separada de la terapia, de modo que el enfoque de la terapia es usted y en el motivo (s) por el cual(es) desea recibir tratamiento. Por favor, siéntase libre de hacer cualquier pregunta / o expresar sus dudas a su terapeuta acerca de esta norma.

## **FIRMA**

Su firma indica que ha leído la información de este documento y esta de acuerdo con los términos de nuestra relación profesional. Sus iniciales en cada uno de los siguientes puntos indican que usted acepta y está de acuerdo con los aspectos más importantes de este documento.

Por favor no dude conversar con su terapeuta acerca de cualquier pregunta sobre las normas explicadas anteriormente en este documento.

\_\_\_\_\_ Entiendo que mi terapeuta es un estudiante de doctorado en salud mental y está bajo supervisión.

\_\_\_\_\_ Entiendo que yo (mi hijo/a) seré/seremos grabados como parte del tratamiento en el Centro.

\_\_\_\_\_ He leído y entendido los límites de la confidencialidad.

\_\_\_\_\_ Entiendo que el Centro no ofrece servicios de emergencia y que debo crear un plan con la ayuda de mi terapeuta para saber cómo obtener la atención necesaria en caso de emergencia.

\_\_\_\_\_ Entiendo que mi participación en la terapia en una clínica de entrenamiento puede significar que mi tratamiento se transfiera a otro terapeuta, o que sea referido/a otra clínica, dependiendo de la disponibilidad de terapeutas y la capacidad del Centro para atender mis necesidades. Se me notificará antes de transferir o haber terminado mi tratamiento.

\_\_\_\_\_ Entiendo que el Centro tiene como objetivo proporcionar servicios de manera eficiente y basados en evidencia científica. Esto puede significar que mi terapeuta y yo nos pongamos de acuerdo en un determinado número de sesiones para abordar mi problema, de [mi hijo/a]. También entiendo que será necesario completar algunas tareas relacionadas con mi terapia fuera del tiempo de la sesión y completar cuestionarios u otras medidas como parte del proceso de la terapia.

\_\_\_\_\_ He leído y entendido las reglas sobre las sesiones perdidas / cancelaciones sin previo aviso, y estoy de acuerdo que puede suceder que tenga que pagar la cita en estos casos.

\_\_\_\_\_ Entiendo que si no cancelo mis citas apropiadamente, o si tengo cancelaciones frecuentes, o no me presento, o llego tarde, es posible que este Centro cierre mi caso.

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para que me contacten en caso de investigación científica relacionada con esta clínica.

\_\_\_\_\_ No quiero ser informado/a sobre las oportunidades de investigación científica relacionada con esta clínica.

Firma del cliente \_\_\_\_\_ Fecha en que firmó \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre del cliente en letra imprenta \_\_\_\_\_

Firma del cliente \_\_\_\_\_ Fecha en que firmó \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre del cliente en letra imprenta \_\_\_\_\_

Firma del terapeuta \_\_\_\_\_ Fecha en que firmó \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre del terapeuta en letra imprenta \_\_\_\_\_

Firma del terapeuta \_\_\_\_\_ Fecha en que firmó \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre del terapeuta en letra imprenta \_\_\_\_\_