

INJURY :: 1

FAX: (469) 587-8440



Consentimiento para recibir Tratamiento

La Misión de INJURY 1: Nuestra misión en INJURY ONE es utilizar un método de tratamiento que ayuda las necesidades médicas y emocionales de los pacientes que sufren de dolor crónico, sea físico o emocional. En esta manera podemos reducir su dependencia, su dolor, y mejorar su funcionamiento.

Los trabajadores profesionales de INJURY ONE reconocen que los problemas de la vida diaria causan tensión, especialmente para los que han sido lesionados y viven con dolor. El dolor causa tensión muscular y emocional, y esta tensión puede empeorar los síntomas físicos. INJURY ONE trabaja en ayudar a que los pacientes con dolor puedan manejar esta situación mejor.

INJURY ONE provee servicios de psicoterapia, consejería, y retroalimentación. Una evaluación inicial se lleva a cabo para determinar la situación de cada individuo.

TRATAMIENTO: Los servicios se proveen cuando su médico de cabecera los refiere para recibir tratamiento. Un plan de tratamiento se elabora antes de empezar el tratamiento, y estas metas se le comunican a su médico. Por ejemplo, para un paciente que está sufriendo de los efectos de una lesión de trabajo, consejería utiliza técnicas cognitivas para disminuir los síntomas. Si un individuo está sufriendo del dolor físico, la retroalimentación [técnicas de relajación] se utiliza para reducir la tensión física en el cuerpo. La retroalimentación frecuentemente se usa en conjunto con la terapia individual para asistir a que el/la paciente tenga más control sobre su fisiología y estado emocional en relación con su dolor.

Los pacientes de INJURY ONE deben de reconocer que la psicoterapia, consejería, y retroalimentación típicamente producen cambios internos y pueden producir emociones diferentes o intensas. Los pacientes deben de estar conscientes de esta posibilidad y de los cambios que pueden ocurrir dentro de ellos mismos y en sus relaciones con el tratamiento.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO:

- 1) Yo entiendo la información que he recibido, he leído (o me han leído) sobre la terapia que voy a recibir, y todas mis preguntas han sido contestado completamente.
- 2) Yo doy permiso para recibir tratamiento terapéutico con INJURY ONE.
- 3) Yo entiendo y estoy de acuerdo que no me han hecho promesas en relación a los resultados del tratamiento que recibiré.
- 4) Yo entiendo que en cualquier momento puedo suspender mi tratamiento con INJURY ONE. Entiendo que si se da este caso, pueden haber repercusiones tales como la pérdida de otros tratamientos o servicios. Por ejemplo, tendré que explicarle a mis médico y al representante de la aseguradora mi razonamiento del porque decido terminar mi tratamiento.
- 5) Yo entiendo que debo de cancelar citas con 24 horas de anticipación si no puedo mantener mi cita. Si no cancelo, puede ser que me cobren por la cita.
- 6) Yo entiendo y estoy de acuerdo que un agente de mi aseguradora recibirá información sobre el tipo, costo, fecha, y los proveedores de los tratamientos que recibiré.
- 7) Yo entiendo que si no se reciben los pagos por los servicios que yo reciba aquí, INJURY ONE puede suspender mi tratamiento.

Yo entiendo que:

- 1) Todos los terapeutas de INJURY ONE tienen el entrenamiento y licencias apropiadas para los servicios que proveen.
 - 2) Todos los terapeutas están licenciados a nivel de un título de maestría o doctorado, o son estudiantes cursando la universidad a nivel de posgrado.
-

REVELACION DE INFORMACION:

Yo entiendo y estoy de acuerdo que en terapia de grupo, familia, o individual, la privacidad del individuo se mantiene tanto como sea posible.

Yo entiendo y estoy de acuerdo que mi doctor recibirá un reporte sobre mi tratamiento, mi progreso y mi participación en INJURY ONE.

Yo entiendo y estoy de acuerdo que un agente de mi aseguranza recibirá información sobre el tipo, costo, fecha, y los proveedores en relación a los tratamientos que recibiré.

Yo entiendo y estoy de acuerdo que un agente de mi aseguranza recibirá información sobre mi progreso y participación en mi tratamiento con INJURY ONE.

Yo entiendo y estoy de acuerdo que no recibiré una copia de los resultados de los exámenes y entrevista de INJURY ONE si se sospecha que la información me hará daño.

Yo entiendo y estoy de acuerdo que si deseo una copia de las notas de mi progreso debo de hacer una cita con una terapeuta para que el contenido de los documentos me sea explicado.

Yo entiendo y estoy de acuerdo que información relacionada a mi caso será comunicada debajo de las siguientes condiciones:

- a) Para el propósito de supervisión, desarrollo profesional, o entrenamiento o investigaciones. En estos casos para proteger la confidencialidad del paciente solamente se usaran los primeros nombres.
- b) Si la/el Terapeuta de INJURY ONE determina que el paciente está en peligro de dañarse a sí mismo o a otra persona.
- c) Si el paciente revela abuso, descuido, o abandono de un niño, anciano, o persona incapacitada.
- d) Si el paciente revela contacto sexual con otro terapeuta con el cual ha tenido una relación profesional.
- e) Si la/el terapeuta de INJURY ONE es ordenada/ordenado por la corte a revelar información.
- f) Si el/la paciente pide que INJURY ONE de información sobre su caso a alguien.
- g) Si por ley la/el terapeuta de INJURY ONE tiene que revelar información sobre su caso.

Yo entiendo que si tengo alguna queja contra INJURY ONE por el tratamiento que estoy recibiendo, yo puedo informar al terapeuta encargado de mi caso. Si deseo ir a un nivel más alto, puedo comunicárselo a mi médico, y/o al personal de la clínica y/o puedo contactar a **la Junta Directiva de los Consejeros Licenciados Profesionales de Texas**.

Yo entiendo que una fotocopia o fax de este formulario es aceptable, pero tiene que ser firmada por mí.

Yo entiendo que puedo recibir una copia de este formulario si lo pido.

Con el entendimiento de los requisitos dados en este formulario, doy mi permiso para la evaluación, y eximo de cualquier responsabilidad al terapeuta que conduzca la entrevista y administre los exámenes.

Firma de Paciente

Fecha

Firma de Terapeuta

Fecha