

UNIVERSIDAD DE AUBURN

CENTRO DE LA TERAPIA MATRIMONIAL Y FAMILIAR

Universidad de Auburn, Alabama 36849-5604

Desarrollo Humano
Y Estudios Familiares

Teléfono: (334) 844-4478
FAX: (334) 844-4515

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA FAMILIAR ASISTIDA POR TECNOLOGÍA (TFAT)

El Centro de Terapia de Matrimonio y Familia de la Universidad de Auburn (Centro) está operando bajo operaciones alternativas en respuesta a COVID-19 según lo recomendado por la Universidad de Auburn hasta nuevo aviso. Nuestro deseo es continuar atendiendo sus necesidades de salud mental y de sus relaciones. Con este propósito, tenemos terapia familiar asistida por tecnología (TFAT) disponible para atender a nuestros clientes actuales y nuevos. Los procedimientos y protocolos operativos relacionados con los servicios de terapia se encuentran en: <http://www.mftcenter.auburn.edu/>

Al poner sus iniciales en cada página y secciones específicas, junto con la firma de este documento, usted otorga el consentimiento para cada aspecto del servicio clínico. Firmar su nombre significa que ha leído, entendido, investigado y acepta seguir todos los aspectos de los servicios clínicos descritos en este documento.

TFAT es una forma de telesalud que implica el uso de comunicaciones electrónicas. Los servicios de TFAT incluyen terapia individual, de pareja o familiar. Hay algunas barreras para TFAT en comparación con sentarse en un consultorio con un terapeuta y, por lo tanto, puede no ser un método de terapia apropiado para todas las poblaciones. Las limitaciones generalmente se pueden resolver y son menores dependiendo de la calidad del sonido y el video, el nivel de atención que necesitan los clientes y el nivel de comodidad en el uso de plataformas de teleconferencia.

Los servicios de TFAT del Centro son proporcionados por terapeutas bajo la supervisión directa de la facultad clínica en el programa de entrenamiento. Debido a que nuestra función principal es entrenar a los terapeutas, requerimos permiso para grabar en audio y video todas las sesiones de tratamiento y observar las sesiones tanto en vivo como grabadas. El uso de la grabación, observación y supervisión es fundamental para su tratamiento y permite la instrucción y el apoyo de supervisión, lo que garantiza que reciba los servicios de la más alta calidad posible.

Initials _____

Zoom: La Plataforma Digital Para TFAT

El Centro utiliza Zoom Teleconferencia (Zoom) para llevar a cabo todas las TFAT. Zoom es una aplicación segura para videoconferencia que funciona en dispositivos móviles, computadoras de escritorio y teléfonos.

Antes de sus sesiones de TFAT, recibirá un enlace Zoom individualizado y un número de identificación de la reunión a través del correo electrónico que permitirá la descarga e instalación. Además, necesitará acceso a una cámara web, micrófono y una sala privada para participar en TFAT. El supervisor puede unirse a la sesión, pero no participar. Esto es para el propósito de entrenamiento. El supervisor está allí para evaluar y ayudar al terapeuta a brindarle el mejor tratamiento.

Titanium: Registros Médicos Electrónicos (RME)

El Centro utiliza Titanium Schedule, un sistema de registros médicos electrónicos (RME) para programar clientes, almacenar notas de tratamiento y evaluaciones para permitir los servicios. Recibirá un correo electrónico con un enlace para completar las evaluaciones en Titanium, que utiliza tecnología de cifrado.

Correo Electrónico

Se requiere correo electrónico porque necesitaremos coordinar la programación; el envío de enlaces web, encuestas y otros materiales relacionados con la prestación de TFAT. El AU MFT utiliza el correo electrónico Outlook 365. Estos mensajes no están encriptados y, por lo tanto, NO SON CONFIDENCIALES. Tenga en cuenta que el correo electrónico no es una plataforma que será utilizada por los terapeutas o el personal del Centro AU MFT para responder preguntas o realizar sesiones de terapia. Si no se siente cómodo con la comunicación de correo electrónico no segura, podemos establecer un método alternativo de comunicación. Al poner sus iniciales a continuación, usted acepta la comunicación con usted por correo electrónico de acuerdo con las limitantes descritas:

____ 1. Doy mi consentimiento para que el Centro y mi terapeuta se comuniquen conmigo por correo electrónico.

Mi dirección de correo electrónico es (posiblemente múltiple): _____

Teléfono Celular

Contactarse con los terapeutas vía teléfonos personales es una política temporal que se utiliza para facilitar el TFAT, para la programación o las interrupciones tecnológicas. Una vez que se complete la respuesta de emergencia de la Universidad de Auburn al COVID-19, los terapeutas ya no se comunicarán con los clientes por teléfono celular, sino que

Initials _____

volverán a comunicarse a través del Centro (334-844-4478). Los terapeutas no almacenarán números de clientes y no se comunicarán por mensaje de texto.

Los teléfonos de los terapeutas están protegidos con contraseña, pero no podemos garantizar que no habrá una violación de la confidencialidad. Si un terapeuta no ha devuelto una llamada telefónica dentro de 24 horas, comuníquese al número del Centro (334) 844-4478.

DERECHOS DE LOS CLIENTES

Confidencialidad

Para proteger su confidencialidad, nos adherimos a los procedimientos siguientes:

1. Las consultas escritas, telefónicas, o personales de información sobre usted no serán reconocidas sin su consentimiento. Tiene que dar consentimiento escrito antes de que concedamos cualquier información sobre usted a personas fuera del centro. Aun así, es posible que le recomendemos reservarse información.
2. Todos los documentos, grabaciones, u otros materiales que puedan identificarle se mantendrán confidenciales.

Sin embargo, hay algunas excepciones a la política de confidencialidad

1. Según las Leyes y Regulaciones del Estado de Alabama, su confidencialidad no se aplica en casos de peligro claro e inminente a usted u otros, orden de corte, si planea cometer un crimen violento, o cuando haya sospecha de abuso o negligencia de niños. Su terapeuta tomará pasos razonables para proteger aquellos que estén en riesgo. Esto incluye, pero no se limita a, alertar a las víctimas identificadas e informar a las autoridades responsables.
2. La terapeuta testificará en cualquier procedimiento legal si es requerido por un juez.

INVESTIGACIÓN

Ciertos formularios son completados por todos los clientes del Centro. El propósito principal de estos formularios es ayudar a los terapeutas a tomar decisiones informadas sobre las evaluaciones y el tratamiento. Los formularios se completan en etapas diferentes de la terapia para seguir el progreso de los clientes. **Estos formularios están en nuestra página web para facilitar la descarga.** El propósito secundario de los formularios es evaluar la efectividad del tratamiento y la capacitación. Los formularios también se utilizan en investigaciones académicas.

Para lograr nuestro propósito secundario, solicitamos el uso de datos biográficos, evaluaciones clínicas y codificación de los comportamientos del terapeuta para la investigación evaluativa. Toda la información de identificación del cliente se elimina para garantizar la confidencialidad, y solo se evalúan los datos agregados del cliente. No se realizan investigaciones sin la

Initials _____

aprobación del cliente y la aprobación de la Junta de Revisión Institucional de la Universidad de Auburn.

Beneficios Esperados y Riesgos Potenciales de TFAT

Mientras que los servicios de la Universidad de Auburn se cierran, TFAT nos permitirá seguir proporcionando atención al cliente. TFAT ofrece un mejor acceso a la atención al permitir que las personas reciban tratamiento en su hogar u oficina. También se ha demostrado que TFAT es similar a la terapia en persona en el tratamiento de las necesidades del cliente, el desarrollo de una relación profesional y el tratamiento de enfermedades mentales.

Si TFAT es inaceptable o no satisface sus necesidades de terapia, puede posponer los servicios hasta que se vuelva a abrir el Centro MFT; o, nuestra clínica puede proporcionar referencias para médicos en el área.

Existen riesgos potenciales asociados con el uso de TFAT. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a:

- La información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, una resolución deficiente de las imágenes y una banda de marca deficiente) para permitir el tratamiento adecuado.
- Pueden ocurrir retrasos en el tratamiento debido a deficiencias o fallas de los equipos.
- Los protocolos de seguridad pueden fallar. Sin embargo, el cifrado de datos hace que este riesgo sea altamente improbable.
- El cliente no puede elegir una ubicación privada para participar en la sesión TFAT.

Puntos adicionales para el entendimiento del cliente:

1. Entiendo que las estudiantes terapeutas ofrecen TFAT en el Programa AU MFT para la continuación de servicios en medio del brote de COVID-19.
2. **Entiendo que TFAT es voluntario y que puedo elegir no participar.**
3. **Si tengo una emergencia durante una sesión de TFAT, mi terapeuta llamará a los servicios de emergencia y a mis contactos de emergencia.**
4. Mi terapeuta me explicó cómo se utilizará TFAT. Entiendo que las sesiones TFAT no serán exactamente como las sesiones personales, ya que no estaré en la misma habitación que mi terapeuta.
5. Entiendo que mi terapeuta o yo podemos suspender las sesiones TFAT por dificultades tecnológicas o molestias personales con el formato del servicio.
6. Entiendo que puedo recibir beneficios del uso de TFAT para mi cuidado, pero que no se puede asegurar ni garantizar resultados.
7. Si tengo una emergencia, llamaré al 911 o iré a la sala de emergencias del hospital más cercano.
8. Entiendo que mi terapeuta y yo intercambiaremos información telefónica al comienzo de la sesión, de modo que se pueda establecer contacto si la conexión TFAT se cae.
9. **Sé que mi terapeuta y yo crearemos un plan de seguridad**

Initials _____

10. Reconozco que TFAT no puede ocurrir si estoy fuera del estado de Alabama o si el video no funciona
11. Es mi responsabilidad participar en todas las sesiones de TFAT en un lugar seguro
12. Aquellos que no hayan firmado el consentimiento informado no pueden estar presentes en la terapia.
13. Debido a que los servicios terapéuticos son una relación profesional, ni a los terapeutas ni al resto de los trabajadores del Centro MFT se les permite dar o recibir regalos de los clientes.

ACUERDOS DE PAGO

Entiendo que el pago se espera a la hora de terapia o antes. Estoy de acuerdo y tengo la intención de asumir las responsabilidades financieras que se describen aquí:

Poner sus iniciales al final de la página significa que ha leído y acepta las siguientes declaraciones (1-7):

1. El Centro no aplicará tarifas de sesión durante las primeras doce (12) sesiones para el personal y la facultad de la Universidad de Auburn a través de la crisis COVID-19
2. Si: 1) No llama para cancelar dentro de las 24 horas de su cita programada (334) 844-4478. O 2) No se presenta a su cita, esa cita contará para las doce (12) sesiones de terapia gratuitas.
3. Su terapeuta esperará en Zoom durante 15 minutos antes de abandonar la sesión de terapia. Si llega tarde, es su obligación ponerse en contacto con el terapeuta para informarle que llega tarde. Si no lo hace en 15 minutos, esa cita contará para las doce (12) sesiones de terapia gratuitas.
4. Se espera que asista a terapia cada semana a la misma hora programada. Esto permite acomodar tantos clientes como sea posible.
5. El Centro no realiza evaluaciones del tribunal para la custodia de hijos ni testificamos en las audiencias de la custodia. Además, no asistimos voluntariamente a ninguna audiencia judicial ni administrativa.
6. Si usted o su abogado decide a citar a un terapeuta o administrador del Centro para testificar en la corte, incluidas las declaraciones o audiencias administrativas, se cobrarán \$100 por cada hora que usemos para prepararnos a testificar, y \$500 por cada intervalo de 4 horas que utilicemos estando disponibles para testificar, viajar, o esperar. Estos costos se aplican aún cuando el personal del Centro de MFT sea exentado de testificar. El costo mínimo será de un intervalo de 4 horas y el tiempo siguiente será cobrado en intervalos de 4 horas. Al firmar este documento, usted acepta pagar estos costos. Si es necesario que el Centro comience colección de pagos o emplear a un abogado a recoger cualquier costo, usted acepta pagar los honorarios del abogado y los costos de la colección incurridos por el Centro.
7. Puede solicitar recibir una obligación de pago reducida en función de los ingresos y el tamaño de la familia después de la duodécima sesión. Para calificar, usted acepta que la reducción de pago es un servicio que tiene requisitos específicos.

Initials _____

Al poner sus iniciales en los puntos 1-6 y firmar usted indica que:

- ___ 1. Usted entiende que los servicios del Centro serán supervisados por la facultad y supervisores del programa, lo cual incluye consulta de casos con grabaciones de audio/video, observación directa, y/o revisión de las notas del tratamiento.
- ___ 2. Usted comprende las políticas de confidencialidad del Centro y está de acuerdo con ellos.
- ___ 3. Usted entiende sus derechos y responsabilidades como cliente del Centro y las acepta.
- ___ 4. Usted acepta el acuerdo de tarifa después de las doce sesiones gratuitas.
- ___ 5. Usted reconoce que las evaluaciones son parte del proceso de tratamiento y acepta responderlas de manera honesta y exhaustiva.
- ___ 6. ¿Está dispuesto a permitir que las evaluaciones de clientes se utilicen con fines de investigación, como se describe en el acuerdo y según lo condicionado por la Junta de Revisión Interna de la Universidad de Auburn?
- ___ 7. **Usted reconoce que el uso de teléfono por parte de los terapeutas durante el TFAT es temporal y no continuará después de que finalice la emergencia de COVID-19.**

Cliente	Fecha	Cliente	Fecha
---------	-------	---------	-------

Cliente	Fecha	Cliente	Fecha
---------	-------	---------	-------

Testigo	Fecha
---------	-------

Initials _____

TFAT PLAN DE SEGURIDAD

1. Identifique los nombres y números de teléfono de tres personas de contacto de emergencia, así como la información de contacto de su proveedor local de servicios de emergencia. Estas personas / entidades pueden ser contactadas en caso de emergencia o crisis.

Personas para el contacto en emergencia:

1) Nombre: _____ teléfono: _____

2) Nombre: _____ teléfono: _____

3) Nombre: _____ teléfono: _____

Proveedor local de servicios de emergencia: (ej. hospital)

Nombre de la organización: _____

Teléfono de la organización: _____

Dirección de la organización: _____

Policía: _____ Paramédicos: _____

Recursos adicionales:

Si no está en peligro inmediato, pero le gustaría hablar con alguien, puede acceder a los siguientes recursos. Ambos son gratuitos, confidenciales y están abiertos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Recurso: Línea de Vida Nacional para la Prevención del Suicidio Teléfono #: 1-800-628-9454

Recurso: Línea de texto de crisis

Info de contacto: Text HOME a 741741

1. **Si hay una emergencia durante la sesión, mi terapeuta tiene permiso para contactar a mis contactos de emergencia y servicios de emergencia.**
2. **Antes de comenzar la terapia de cada semana, el terapeuta verificará mi ubicación exacta.**
3. Le proporcioné al Centro MFT un número de teléfono que funciona para contactarme si la conexión TFAT falla durante la sesión.
4. El Centro MFT me proporcionó un número de contacto para comunicarme con mi terapeuta. Si el Centro MFT no me devuelve la llamada dentro de los cinco minutos, entonces llamaré al número proporcionado.
5. **Nos comunicaremos con Zoom compatible con HIPAA.**

Initials _____

Cliente Fecha Cliente Fecha

Cliente Fecha Cliente Fecha

(o persona autorizada para firmar por el cliente): _____

Persona autorizada para firmar por el cliente, relación con el cliente: _____

Testigo Fecha

Initials _____