



Declaración de sus derechos con practicantes de salud mental sin licencia

Maria Parra, Psy.D.
Cardinal Wisdom, LLC
www.mariaparrapsyd.com
1964 Rahncliff Court, #200
Eagan, MN 55122
Telephone: (952) 855-2564

EL ESTADO DE MINNESOTA NO HA ADOPTADO ESTÁNDARES EDUCATIVOS Y DE CAPACITACIÓN UNIFORMES PARA TODOS LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL.

Como cliente de Cardinal Wisdom, LLC, usted tiene sin preguntar el derecho a:

1. Ser tratado de manera profesional, respetuosa, competente y ética en conformidad con todas las leyes estatales aplicables y siguiendo normas éticas profesionales.
2. Recibir información completa sobre los conocimientos, habilidades, experiencia y credenciales de su proveedor de tratamiento. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre su atención, comuníquese directamente con la Dr. Parra al (952) 855-2564 o mariaparrapsyd@gmail.com. También puede comunicarse con OCAP (Oficina de Prácticas Alternativas) al (651) 201-3728.
3. A que la información que divulgue a su proveedor de salud mental se mantenga confidencial dentro de los límites de la ley estatal y federal. Las comunicaciones entre los proveedores de salud mental y los clientes suelen ser confidenciales, a menos que la ley exija su divulgación. Los proveedores de salud mental le informarán sobre las excepciones legales a la confidencialidad y, en caso de que surja tal excepción, compartirán solo la información que exija la ley. Ejemplos de tales excepciones incluyen, pero no se limitan a: abuso de un niño, abuso de un adulto incapacitado, órdenes de la corte y amenazas significativas contra sí mismo, a otros o a propiedades.
4. A un entorno seguro y saber que los servicios brindados son efectivos y de una calidad consistente con el estándar de atención dentro de esta profesión y saber que las relaciones sexuales entre un proveedor de salud mental y un cliente o excliente son una violación de la ley.
5. Obtener información, según lo permita la ley, relacionada con la evaluación, los procedimientos de evaluación y los diagnósticos de salud mental del proveedor de salud mental. Además, tiene derecho a un servicio de calidad, atención considerada y respetuosa. Tiene derecho a comprender el alcance de su problema, el tratamiento recomendado, el costo del tratamiento y el resultado esperado, y el derecho a rechazar el tratamiento.

6. Participar significativamente en la planificación, implementación y terminación o derivación de su tratamiento.

7. Ser informado del costo de los servicios profesionales antes de recibirlos.

8. Al consentimiento informado documentado: a ser informado de los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto, los riesgos y beneficios de los tratamientos alternativos y los riesgos y beneficios de no recibir tratamiento. Al obtener el consentimiento informado para un tratamiento para el que no se ha establecido la seguridad y eficacia, los terapeutas informarán a sus clientes de ello y del carácter voluntario de su participación. Además, los clientes tienen derecho a ser informados de sus derechos y responsabilidades, y de las políticas de práctica del proveedor de salud mental con respecto a la confidencialidad, horas de oficina, honorarios, no llegar a las citas, políticas de facturación, comunicaciones electrónicas, problemas de atención administrada, administración de registros y otros asuntos relevantes, excepto que la ley disponga lo contrario.

9. Recibir una copia de su historial de salud mental dentro de los 30 días previa solicitud por escrito (excepto que la ley disponga lo contrario), mediante el pago de una tarifa nominal diseñada para sufragar los costos administrativos de reproducir el registro.

Intervención de crisis: si tiene una emergencia psiquiátrica que pone en peligro la vida, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Si tiene una necesidad urgente de hablar con un profesional de la salud mental y/o tiene una crisis emocional, llame o mande un texto a 988 disponible 24 horas al día, 7 días a la semana.

Responsabilidades del cliente: Asumir la responsabilidad de usted mismo en la terapia mejorará en gran medida su progreso. Sus responsabilidades incluyen:

- a) ser honesto, abierto y estar dispuesto a compartir información: sus inquietudes, antecedentes de salud mental, tratamiento previo, medicamentos recetados y cualquier otra información importante sobre usted;
- b) hacer preguntas cuando no entienda algo o necesite una aclaración;
- c) participar en la formación de su plan de tratamiento y seguirlo;
- d) cumplir con las citas y **si necesita cancelarlas hacerlo 48 horas antes de la cita en días hábiles** si no puede asistir; y
- e) no participar en interacciones acosadoras o abusivas de ningún tipo

Yo (escriba su nombre en letra de imprenta) _____ reconozco con mi firma que he recibido y entiendo la Declaración de Derechos del Cliente de Atención Médica Complementaria y Alternativa.

Firma _____

Fecha de firma _____