



Academic & Staff Assistance Program

Universidad de California, Santa Barbara

Programa de Asistencia Académica y de Personal (ASAP)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS ASAP

BIENVENIDO

Bienvenido al Programa de Asistencia Académica y de Personal de UCSB (ASAP). **ASAP es un servicio profesional que ofrece consultas, evaluaciones breves, asesoramiento a corto plazo y derivaciones a la comunidad por parte de expertos en salud mental . para el personal académico de la UCSB, la facultad, el personal y los miembros elegibles de la familia.** Su cita de hoy es una oportunidad única para hablar con un clínico de ASAP que lo ayudará a identificar y aclarar sus objetivos y opciones . Para brindarle un mejor servicio, a continuación encontrará información importante sobre los servicios que puede recibir en ASAP. Lea este *Consentimiento Informado para los Servicios ASAP* y discuta cualquier pregunta o inquietud que tenga con su médico .

CONFIDENCIALIDAD

ASAP cumple con los lineamientos profesionales, legales y éticos establecidos por la Asociación Estadounidense de Psicología, la Junta de Ciencias de la Conducta y el Estado de California. Toda la información sobre interacciones con ASAP los médicos son confidenciales, excepto como se indica a continuación. La información sobre contactos con ASAP no entra en archivos académicos o de personal.

EXCEPCIONES A LA CONFIDENCIALIDAD

- Para proporcionar la mejor atención posible, un médico puede analizar el contenido de las sesiones de asesoramiento con otro personal de asesoramiento que se someterá a los mismos estándares de confidencialidad.
- Un médico está legalmente obligado a informar evidencia de que existe un peligro claro e inminente de daño para el cliente y / u otros.
- Un médico está legalmente obligado a informar abuso sexual real o presunto o negligencia física de menores, adultos dependientes o ancianos.
- Lo más pronto posible se le puede solicitar a ASAP, por orden judicial o citación judicial, que divulgue información y / o solicite a un médico que testifique en una audiencia en la corte.
- El cliente puede dar su consentimiento por escrito a ASAP para divulgar información específica a una persona o agencia designada.

SERVICIOS E MERGENCY

Lo antes posible está abierto de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. y no ofrece servicios de emergencia fuera del horario de atención . En una emergencia, puede tratar de comunicarse con su médico, pero es importante tener un plan alternativo. Informe a su médico con anticipación si conoce una crisis pendiente o factores estresantes importantes para los cuales sería apropiado desarrollar un plan de crisis. Identifique los servicios que están disponibles para usted en todas las horas del día. Si tiene una emergencia, siempre puede llamar al 911 o dirigirse a la sala de emergencias más cercana.

RECONOCIMIENTO

Su firma a continuación indica que ha leído y entendido la información provista en este *Consentimiento Informado para los Servicios ASAP* . Si tiene alguna pregunta o no tiene claro nada en este formulario, siéntase libre de hablar con su médico .

- Entiendo que mi elegibilidad para participar depende de mi condición de empleado de UCSB o de un familiar que viva con un empleado de UCSB, es decir, un cónyuge / pareja y / o niños mayores de 18 años.
- Entiendo que soy un participante pleno en este proceso y que los tipos de servicios y referencias que recibo se determinarán en consulta con el personal de ASAP y conmigo.
- Entiendo la naturaleza y los límites de la confidencialidad.
- Entiendo que ASAP no brinda servicios de emergencia. Entiendo que es mi responsabilidad desarrollar un plan sobre cómo obtener atención de emergencia si es necesario.
- Entiendo que puedo consultar con el Administrador de ASAP en cualquier momento si tengo alguna inquietud acerca de los servicios ASAP que he recibido.
- Entiendo que no hay costo por los servicios proporcionados por el personal de ASAP. Si se realizan derivaciones que no están totalmente cubiertas por mis beneficios, dichos costos serán de mi exclusiva responsabilidad.
- He leído y entiendo el *consentimiento informado para los servicios ASAP* y he tenido la oportunidad de discutir cualquier pregunta que tenga. Solicito y acepto voluntariamente recibir servicios de asesoramiento de ASAP. Entiendo que puedo suspender los servicios de asesoramiento en cualquier momento.

He leído el **consentimiento informado para los servicios de ASAP** y estoy de acuerdo con los límites y excepciones establecidos.

Nombre impreso
nacimiento

Fecha de

Firma

Fecha

Firma del clínico / testigo

Fecha

NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA Y NÚMERO DE TELÉFONO

Rev. 09/17