

## '23 Updated Informed Consent

### I. Services Offered

The Bridge offers several types of services to Palatine and surrounding communities.

- Individual and Family Counseling is provided to youth under the age of 21 and their families. Youth must be 18 at the time of referral.
- Individual counseling may be offered to different family members when a counselor assesses this would be beneficial in the treatment of the referred client.
- Group counseling is offered throughout the year. The Bridge sends information to all families for ease of registration.

### II. The Team

You will be assigned a therapist, counselor, or therapist intern. If you are assigned a therapist intern, your child/family's treatment will include intensive supervision and on-going support by a licensed clinician. Therapist interns are assigned to the agency for approximately 9 months at which time your child/family's therapy will be reassigned to another team member. We work closely within our team to ensure that your services are not disrupted due to a change in therapist.

### III. Confidentiality:

Confidentiality is our highest priority. This priority is consistent with the Illinois Confidentiality Act of 1979. All members of your therapy team are required by legal and ethical standards to maintain strict professional confidentiality. The individual or family requesting services is the primary source of information to The Bridge staff. Collateral contacts, if made, are based on need, and require the written consent of those people served. There are two situations that are exceptions under the Confidentiality Act. These are: disclosure of suspected or known child abuse and neglect, and disclosure by a client of intent to seriously harm or end the life of self or others. We are mandated by law to report these situations to the proper authorities.

Per Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Code (405 ILCS 5/3-550) (a) Any minor 12 years of age or older may request and receive counseling services or psychotherapy on an outpatient basis. The consent of the minor's parent, guardian, or person in loco parentis shall not be necessary to authorize outpatient counseling services or psychotherapy.

### IV. Mandated Reporter

The Bridge therapists, counselors, and interns are all mandated reporters. If any child or family member reports abuse or neglect of a child, or the staff has suspicion to believe that the child has been abused or neglected, they are mandated by law to report to the DCFS Abuse Hotline. The Bridge staff are not required by law to alert you of the report.

### V. Safety

The Bridge provides a safe, therapeutic environment. If, at any time, a therapist, counselor, or intern feels that a child/family member's behavior compromises the safety of the children and families or staff, we will end your session and ask you to leave and/or contact the police to intervene immediately.

If a child presents with suicidal ideation that puts the child in imminent danger, The Bridge will ask you the parent/guardian to take them to the hospital then 911 will be called to escort you. If a child presents with homicidal ideation that presents a clear and present danger to themselves or others, The Bridge is required by the state of Illinois to file a report with the Illinois FOID Mental Health Reporting System.

**\*DHS FOID Mental Health Reporting System was authorized by the FOID Act (430 ILCS 65) \***

### VI. Electronic Communication:

You can contact your counselor via electronic communication with questions and/or to cancel/reschedule your appointment. It is important for you to know that this form of communication does not meet State and Federal privacy guidelines for sharing of personal health information. Your counselor will be limited in the amount and type of responses provided via electronic communication for privacy reasons. It is best practice that any therapy related questions or issues be addressed via telephone or in your next therapy session. Any electronic transmissions of information by you may be retained in your client record.

### VII. Records:

The Bridge Youth and Family Services utilizes an electronic health records system to store all client information. You have the right to request your records at any point in time. To obtain your records, a written request must be submitted to the Clinical Director. Your request will be reviewed by the Clinical Director and all requested information will be provided to you within 2-3 weeks. The Bridge stores all client records for approximately 5 years following client discharge.

### VIII. After-Hours Emergencies:

Please know that your counselor does not provide twenty-four (24) hour emergency therapy services. Should you experience a mental health emergency please call 911.

### IX. Interpretation Services:

The Bridge Youth and Family Services utilizes and has access to language interpretation services. The language service utilized is HIPPA compliant and complies with all confidentiality requirements. If you require language interpretation services, please indicate so during your screening call with one of The Bridge's intake coordinators.

### Acknowledgment and Statement of Understanding:

By signing this Informed Consent Agreement, you acknowledge The Bridge Youth and Family Services policies and procedures have been explained to you, you have had an opportunity to ask questions, and that any questions you have about this statement have been answered to your satisfaction. Your signature below indicates that you have read and fully agree to the policies and procedures of The Bridge Youth and Family Services as well as consent to treatment.

### I. Servicios Ofrecidos

The Bridge ofrece varios tipos de servicios a Palatine y las comunidades circundantes.

- Se brinda asesoramiento individual y familiar a jóvenes menores de 21 años y sus familias. Los jóvenes debe tener 18 años al momento de la referencia.
- Se puede ofrecer consejería individual a diferentes miembros de la familia cuando un consejero(a) evalúa que esto sería beneficioso en el tratamiento del cliente referido.
- Se ofrece asesoramiento grupal durante todo el año. The Bridge envía información a todas las familias para facilitar el registro.

### II. El Equipo

Se le asignará un terapeuta, un consejero(a) o un terapeuta en prácticas. Si se le asigna un terapeuta en prácticas, el tratamiento de su hijo(a)/familia incluirá supervisión intensiva y apoyo continuo por parte de un terapeuta certificado. Los terapeutas en prácticas se asignan a la agencia durante aproximadamente 9 meses, momento en el cual la terapia de su hijo(a)/familia se reasignará a otro miembro del equipo. Trabajamos en colaboración cercana con nuestro equipo para asegurar que sus servicios no se vean interrumpidos debido a un cambio de terapeuta.

### III. Confidencialidad

La confidencialidad es nuestra máxima prioridad. Esta prioridad es consistente con la Ley de Confidencialidad de Illinois de 1979. Todos los miembros de su equipo de terapia están obligados por normas éticas y legales a mantener una estricta confidencialidad profesional. El individuo o familia que solicita los servicios es la principal fuente de información para el personal de The Bridge. Los contactos colaterales, si se realizan, se basan en la necesidad y requieren el consentimiento por escrito de las personas atendidas. Hay dos situaciones que son excepciones bajo la Ley de Confidencialidad. Estas son: revelación de sospecha o conocimiento de abuso y negligencia infantil, y revelación por parte de un cliente de la intención de dañar gravemente o acabar con su vida o la de otros. Estamos obligados por ley a informar estas situaciones a las autoridades correspondientes.

Según el Código de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo de Illinois (405 ILCS 5/3-550) (a) Cualquier menor de 12 años de edad o más puede solicitar y recibir servicios de consejería o psicoterapia de forma ambulatoria. No será necesario el consentimiento del padre, guardián(a) o persona apoderada del menor para autorizar los servicios de consejería o psicoterapia ambulatoria.

### IV. Informante Obligatorio

Los terapeutas, terapeutas en prácticas, y consejeros de The Bridge son todos informantes obligatorios. Si algún niño o miembro de la familia informa de abuso o el descuido de un niño, o si el personal tiene sospechas para creer que el niño ha sido abusado o desatendido, la ley les exige que informen a la línea directa de abuso del DCFS. El personal de The Bridge no está obligado por ley a alertarlo sobre el informe.

**V. Seguridad**

The Bridge proporciona un ambiente seguro y terapéutico. Si, en cualquier momento, un terapeuta, consejero(a) o un terapeuta en prácticas siente que el comportamiento de un niño/miembro de la familia compromete la seguridad de los niños y las familias o el personal, finalizaremos su sesión y le pediremos que se retire y/o nos comunicaremos con la policía para que intervenga inmediatamente. Si un niño presenta una ideación suicida que lo pone en peligro inminente, The Bridge le pedirá al padre/guardián(a) que lo lleve al hospital y se llamará al 911 para que lo acompañe. Si un niño presenta una ideación homicida que representa un peligro claro y presente para sí mismo o para los demás, el Estado de Illinois requiere que The Bridge presente un informe ante el Sistema de informes de salud mental FOID de Illinois. \*El Sistema de Informes de Salud Mental FOID del DHS fue autorizado por la Ley FOID (430 ILCS 65) \*

**VI. Comunicación Electrónica:**

Puede ponerse en contacto con su terapeuta/consejero(a) a través de comunicación electrónica con preguntas y/o para cancelar/reprogramar su cita. Es importante que sepas que esta forma de comunicación no cumple con las pautas de privacidad estatales y federales para compartir información de salud personal. Su terapeuta/consejero(a) estará limitado en la cantidad y el tipo de respuestas proporcionadas a través de la comunicación electrónica por razones de privacidad. Es una buena práctica que cualquier pregunta o problema relacionado con la terapia ser dirigido a través de teléfono o en su próxima sesión de terapia. Cualquier transmisión electrónica de información por parte de usted puede ser retenido en su registro de cliente.

**VII. Registros:**

The Bridge Youth and Family Services utiliza un sistema de registros de salud electrónico para archivar toda la información del cliente. Tiene derecho a solicitar sus registros en cualquier momento. Para obtener sus registros, se debe presentar una solicitud por escrito a la Directora Clínica. Su solicitud será revisada por la Directora Clínica y se le proporcionará toda la información solicitada dentro de 2 a 3 semanas. The Bridge archivar todos los registros de los clientes durante aproximadamente 5 años después de la descarga del cliente.

**VIII. Emergencias Fuera del Horario de Atención:**

Tenga en cuenta que su terapeuta/consejero(a) no brinda terapia de crisis o de emergencia las veinticuatro (24) horas. Si experimenta una emergencia que necesita atención de salud mental inmediata, usted debe comunicarse inmediatamente con el 911.

**IX. Servicios de Interpretación:**

The Bridge Youth and Family Services utiliza y tiene acceso a servicios de interpretación de idiomas. El servicio de idiomas utilizado cumple con HIPPA y cumple con todos los requisitos de confidencialidad. Si necesita servicios de interpretación de idiomas, indíquelo durante su llamada de selección con uno de los coordinadores de admisión de The Bridge.

**Reconocimiento y Declaración de Comprensión**

Al firmar este Acuerdo de Consentimiento Informado, usted reconoce que The Bridge Youth and Family Services se le han explicado las políticas y los procedimientos, ha tenido la oportunidad de hacer preguntas, y que cualquier pregunta que tenga sobre esta declaración ha sido respondida a su entera satisfacción. La firma a continuación indica que ha leído y está totalmente de acuerdo con las políticas y los procedimientos de The Bridge Youth and Family Services, así como con el consentimiento para el tratamiento.

Client:	Date:	Other:	Date:
Bridge Staff	Date:		

1. The Bridge se compromete a brindar servicios de asesoramiento a los niños y sus familias para abordar problemas emocionales y de comportamiento. Aunque el enfoque del tratamiento está en el niño, creemos firmemente que la familia es una parte integral del tratamiento. Por lo tanto, se requiere que los padres participen en sesiones de asesoramiento con su hijo y que colaboren con el terapeuta de su hijo según sea necesario.

The Bridge no realiza evaluaciones forenses; (aquellos con el fin de evaluar la idoneidad para la custodia o hacer recomendaciones de custodia). The Bridge no se especializa en procedimientos legales entre padres ni testifica sobre cuestiones de custodia.

Nuestro papel es satisfacer las necesidades individuales del niño y proporcionar un entorno seguro y de apoyo para el niño. The Bridge también fomenta la colaboración entre los padres para ayudar al niño a lidiar con muchos de los problemas emocionales que surgen durante y después del divorcio. El enfoque del tratamiento está en los problemas del niño. En las familias donde los padres están divorciados y comparten la custodia compartida, o buscan el divorcio, The Bridge trabaja con ambos padres para satisfacer las necesidades emocionales de sus hijos. Sin embargo, en los casos en que haya tensión en la familia, The Bridge hablará con cada padre por separado, brindando la misma información. Si los padres son hostiles entre sí en el sitio, la gerencia acompañará a los padres fuera del sitio y/o escalará al siguiente nivel de apoyo.

En las familias donde uno de los padres tiene la custodia exclusiva, The Bridge recomienda que ambos padres participen en el tratamiento de sus hijos. En caso de que el tutor único se niegue a permitir la participación del padre sin custodia, solicitaremos esta decisión por escrito. Este documento pasará a formar parte del expediente. No compartir información con el padre sin custodia a menos que tengamos una divulgación de información. Si los padres están separados, seguimos los acuerdos de custodia si existen, luego establecemos expectativas de comunicación con ambos padres.

He leído y entiendo la posición de The Bridge sobre padres divorciados/divorciados.

**Guardian**

\_\_\_\_\_

Other:

Date:

\_\_\_\_\_



## **Attendance Policy**

Weekly sessions are scheduled according to your self-reported availability during the consultation meeting. Changes can be made directly with your counselor either through email, telephone, or in-person. Here is our policy:

- Cancellation without good reason, 2 weeks in a row will lose their appointment slot.
- No call no shows 2 weeks in a row means termination of services.
- 3 weeks consecutive of cancellations, means the case is terminated.

Clients may go back on the waitlist by calling intake again.

Good reason is: illness, death, extenuating circumstances.

**\*\*Vacation should be communicated well in advance and is considered not a good reason for cancellation. \*\***

---

## **Póliza de asistencia**

Las sesiones semanales se programan de acuerdo con su disponibilidad auto informada durante la reunión de consulta. Los cambios se pueden hacer directamente con su consejero ya sea por correo electrónico, teléfono o en persona. Esta es nuestra póliza:

- Cancelación sin motivo justificado, 2 semanas seguidas perderán su turno de cita.
- Si no llama y no se presenta 2 semanas seguidas, significa la terminación de los servicios.
- 3 semanas consecutivas de cancelaciones, significa que el caso está terminado.

Los clientes pueden volver a la lista de espera llamando nuevamente a admisión.

Buena razón es: enfermedad, muerte, circunstancias atenuantes.

**\*\*Las vacaciones deben comunicarse con suficiente antelación y no se consideran un buen motivo de cancelación. \*\***

### '23 Updated Rights and Responsibilities

#### YOUR RIGHTS

You have a right...

1. To individualized service, to participate in treatment planning, and to have access to qualified staff.
2. To request the opinion of a consultant at personal expense and to request a review of your treatment plan.
3. To know the professional status of the staff members responsible for your care.
4. To have audiovisual equipment used only after your informed consent.
5. To know the risks, side effects, benefits and/or experimental nature of treatment procedures.
6. To know the alternative treatment procedures available, to refuse treatment and or medication, and to know the consequences for treatment refusal.
7. To know the cost of services rendered.
8. To know if limitations to duration of service exist.
9. To know how to initiate a complaint or grievance procedure.
10. To see your therapy records.
11. To have no written or verbal information regarding your treatment released from this facility, to the extent permitted by law, without your informed, voluntary written consent.
12. To insert a written statement into your record regarding services provided or that you wish to receive.
13. To be informed of any statement or response to above statements made by staff of The Bridge.
14. To contact a third party payer regarding services provided (insurance company, State of Illinois, or other if applicable).

#### YOUR RESPONSIBILITIES

1. **Appointments:** Schedule appointments directly with your therapist and consistently attend such appointments. When parents/guardians are not in the counseling room with their child(ren) they must remain on the Bridge premises.
  2. **Fees:** Fees are discussed at the time of the initial interview. No client will be refused Bridge services based on their inability to finance such services.
  3. **Insurance Reimbursement:** Some services are eligible for reimbursement. Your therapist will work with you to comply with the requirements of your insurance company if you are using these benefits. The Bridge cannot guarantee insurance reimbursement. As a client, you retain responsibility for all fees.
  4. **Payment For Service:** Please pay at the time of service. We reserve the right to charge for appointments missed without 24 hours notification. In case of an after hour emergency, please call (847)776-3720 (24 hours).
- I HAVE READ THE ABOVE RIGHTS AND RESPONSIBILITIES AND AGREE TO COMPLY WITH THESE POLICIES.

#### SUS DERECHOS

Usted tiene el derecho ...

1. A servicio individualizado, a participar en el plan de tratamiento, y a tener acceso a trabajadores con credenciales.
2. A pedir una opinion de un consultante asumiendo la responsabilidad de los cargos y a pedir un repaso de mi plan de tratamiento.
3. A saber el estado profesional de los trabajadores responsables de mi tratamiento.
4. A dar o negar mi consentimiento para el uso de equipo audiovisual.
5. A saber los riesgos, beneficios del tratamiento, al igual que ha saber cuando se usa un tratamiento experimental.
6. A saber los tratamientos alternativos disponibles, a rechazar los servicios y/o medicamentos, y a saber las consecuencias cuando rechace servicios.
7. A saber los precios de los servicios que se ofrecen.
8. A saber si hay limitaciones en la cantidad de servicios.
9. A saber como iniciar o hacer una queja.
10. A mirar mis archivos personales de las sesiones en las que participado.
11. A que informacion escrita o verbal no se intercambie sin permiso voluntario y escrito, hasta el punto que lo permita la ley.
12. A poner una declaración escrita en mi archivo sobre los servicios que he recibido o los que quisiera recibir.
13. A ser informado sobre cualquier declaracion o respuesta que los empleados de "The Bridge" tengan a las declaraciones previamente listadas.
14. A contactar a terceros en cuato a servicios rendidos ( ejemplos incluyen, companias de seguro, El Estado de Illinois, o qualquier otra agencia si aplica).

#### SUS RESPONSABILIDADES:

1. Citas: Usted es responsable de agendar las citas directamente con su terapeuta/consejero, al igual que usted es responsable de asistir consistentemente sus citas. Los padres deben estar presente en la oficina "The Bridge" aunque no esten participando directamente en el tratamiento de sus hijos.
  2. Tarifa/Cuota: La tarifa/cuota es determinada en la primera cita o por telefono en la primera llamada. Ningun cliente sera rechazado basado en su ingreso o falta de recursos para pagar.
  3. Rembolso de la compañía de seguro medico: Algunos de nuestros servicios pueden ser cobrados a su compañía de seguro medico. Su terapeuta/consejero hablara con usted sobre la posibilidad de obtener pago a traves de su compañía de seguro medico. "The Bridge" no puede garantizar pago o rembolso de su compañía de seguro. Es su responsabilidad como cliente pagar la porcion que su seguro no cobra.
  4. Pagos por servicio: Le pedimos por favor que pague el mismo día que va a recibir el servicio. Nos reservamos el derecho de cobrar la tarifa completa por sesiones que no se hayan cancelado con 24 horas de anticipacion.
- En caso de emergencia llame al (847) 776-3720 (24 horas al dia).

YO HE LEIDO LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES. ESTOY DE ACUERDO EN CUMPLIR CON MIS RESPONSABILIDADES.

Client:	Date:	Other:	Date:
Clinician		Date:	

### '23 Updated Telehealth Informed Consent

I hereby consent for myself and/or my child to participate in telemental health as part of my services, if applicable. I understand that telemental health is the practice of delivering clinical health care services via technology assisted media or other electronic means between a practitioner and a client who are located in two different locations. I understand the following with respect to telemental health:

- 1) I understand that I have the right to withdraw consent at any time without affecting my right to future care, services, or program benefits to which I would otherwise be entitled.
- 2) I understand that there are risks and consequences associated with telemental health, including but not limited to, disruption of transmission by technology failures, interruption and/or breaches of confidentiality by unauthorized persons, and/or limited ability to respond to emergencies.
- 3) I understand that there will be no recording of any kind of the online sessions by either party. All information disclosed within sessions and written records pertaining to those sessions are confidential and may not be disclosed to anyone without written authorization, except where the disclosure is permitted and/or required by law.
- 4) I understand that the privacy laws that protect the confidentiality of my protected health information ("PHI") also apply to telemental health unless an exception to confidentiality applies.
- 5) I understand that if I am having suicidal or homicidal thoughts, actively experiencing psychotic symptoms or experiencing a mental health crisis that cannot be resolved remotely, it may be determined that telemental health services are not appropriate and a higher level of care is required.
- 6) I understand that during a telemental health session, we could encounter technical difficulties resulting in service interruptions. If this occurs, end and restart the session. If we are unable to reconnect within ten minutes, please call your therapist at \_\_\_\_\_ to discuss since we may have to re-schedule.

#### EMERGENCY PROTOCOLS

I agree to provide my location to my therapist in case of an emergency. I agree to inform my therapist of the address where I am at the beginning of each session. My therapist will require that an emergency contact person may be contacted in a life-threatening emergency only. This person will only be contacted to go to my location or take me to the hospital in the event of an emergency.

Por la presente, doy mi consentimiento para que yo y/o mi hijo(a) participemos en la salud telemental como parte de mis servicios, si corresponde. Entiendo que la salud telemental es la práctica de brindar servicios clínicos de atención médica a través de medios asistidos por tecnología u otros medios electrónicos entre un(a) terapeuta y un cliente que se encuentran en dos lugares diferentes. Entiendo lo siguiente con respecto a la salud telemental:

- 1) Entiendo que tengo derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho al cuidado, los servicios o los beneficios del programa futuros a los que de otra manera tendría derecho.
- 2) Entiendo que existen riesgos y consecuencias asociados con la salud telemental, que incluyen, entre otros, interrupción de la transmisión por fallas tecnológicas, interrupción y/o violación de la confidencialidad por parte de personas no autorizadas y/o capacidad limitada para responder a emergencias.
- 3) Entiendo que no habrá grabación de ningún tipo de las sesiones en línea por ninguna de las partes. Toda la información revelada dentro de las sesiones y los registros escritos relacionados con esas sesiones son confidenciales y no pueden divulgarse a nadie sin autorización por escrito, excepto cuando la divulgación esté permitida y/o exigida por la ley.
- 4) Entiendo que las leyes de privacidad que protegen la confidencialidad de mi información médica protegida ("PHI") también se aplican a la salud telemental a menos que se aplique una excepción a la confidencialidad.
- 5) Entiendo que si tengo pensamientos suicidas u homicidas, si tengo síntomas psicóticos activos o si tengo una crisis de salud mental que no se puede resolver de forma remota, se puede determinar que los servicios de salud telemental no son apropiados y se requiere un mayor nivel de atención.
- 6) Entiendo que durante una sesión de salud telemental, podríamos encontrar dificultades técnicas que resulten en interrupciones del servicio. Si esto ocurre, finalice y reinicie la sesión. Si no podemos volver a conectarnos dentro de los diez minutos, llame a su terapeuta al \_\_\_\_\_ para hablar, ya que es posible que tengamos que reprogramar.

#### PROTOCOLOS DE EMERGENCIA

Acepto proporcionar mi ubicación a mi terapeuta en caso de una emergencia. Acepto informar a mi terapeuta de la dirección en la que me encuentro al inicio de cada sesión. Mi terapeuta requerirá que se pueda contactar a una persona de contacto de emergencia solo en una emergencia que ponga en peligro la vida. Esta persona solo será contactada para ir a mi ubicación o llevarme al hospital en caso de emergencia.

Emergency Contact/Contacto de Emergencias	Phone Number/Numero de Telefono

I further consent that my therapist may contact emergency services to conduct a well-being check on me in the event that my emergency contact cannot be reached during a life-threatening emergency.

Además, doy mi consentimiento para que mi terapeuta pueda comunicarse con los servicios de emergencia para realizar un control de mi bienestar en caso de que no pueda comunicarse con mi contacto de emergencia durante una emergencia que ponga en peligro mi vida.

Client Name/Nombre del Cliente	Client: _____	Date: _____
Parent/Guardian Name/Nombre de Padre/Guardian:	Other: _____	Date: _____
Clinician	Date: _____	