

PROGRESS COUNSELING GROUP

DIVULGACIÓN, CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACUERDO FINANCIERO

(Servicios Presenciales y por Telehealth | Práctica Multiestatal | Operaciones con Soporte de IA)

Entidad Legal:

Moore Consulting Holdings, LLC

d/b/a Progress Counseling Group (“PCG”)

Oficina Administrativa:

213 South Dillard Street, Suite 120B

Winter Garden, FL 34787

Teléfono de la Práctica: (877) 885-5850

Ubicaciones de Servicio:

Progress Counseling Group opera múltiples consultorios ambulatorios de consejería en varios estados de los Estados Unidos, incluidos, entre otros, Florida y Carolina del Norte, y brinda servicios de manera presencial y por telehealth.

Fecha de Vigencia: 17 de enero de 2026

AVISO IMPORTANTE

Progress Counseling Group no es un proveedor de tratamiento de emergencia ni está disponible las 24 horas.

Si usted está experimentando una emergencia médica o de salud mental, llame al 911 o acuda de inmediato a la sala de emergencias más cercana.

1. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO (TODOS LOS CLIENTES)

Doy mi consentimiento voluntario para recibir servicios ambulatorios de consejería en salud mental y servicios relacionados de Progress Counseling Group.

Entiendo que:

- **Los servicios pueden brindarse en cualquier ubicación de PCG o mediante telehealth**
- **La consejería implica la aplicación de teorías, técnicas e intervenciones de salud mental**

- Se me han explicado la naturaleza, los objetivos, los posibles riesgos y los beneficios de la consejería
- Existen alternativas razonables, incluida la opción de no recibir tratamiento
- No se pueden garantizar resultados específicos
- Puedo retirar mi consentimiento y discontinuar los servicios en cualquier momento sin penalidad
- Puedo solicitar un proveedor diferente o buscar una segunda opinión en cualquier momento

2. CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE MENORES (SI APLICA)

Si los servicios se brindan a un menor:

- Declaro que soy el padre, madre o tutor legal del menor nombrado a continuación y que tengo la autoridad legal para otorgar el consentimiento para el tratamiento.

Entiendo que:

- El acceso de los padres o tutores a los registros del menor se rige por la ley específica del estado
- Cierta información puede ser retenida cuando su divulgación pueda razonablemente causar daño o cuando la ley lo permita o lo exija
- Los derechos de confidencialidad de los menores varían según el estado
- Doy mi consentimiento para el tratamiento en nombre del menor y acepto todos los términos de este documento.

3. DIVULGACIÓN SOBRE PRÁCTICA MULTIESTATAL Y LICENCIAMIENTO

Los clínicos de Progress Counseling Group están licenciados en uno o más estados de los Estados Unidos.

Entiendo que:

- Los servicios se brindan conforme a las leyes y requisitos de licenciamiento del estado en el que me encuentro físicamente al momento de recibir el servicio
- Los proveedores solo pueden prestar servicios en estados donde estén debidamente licenciados o legalmente autorizados
- Si me traslado o viajo a otro estado, debo notificar a PCG antes de recibir servicios

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELEHEALTH (TODOS LOS CLIENTES)

Doy mi consentimiento para recibir servicios de salud mental mediante telehealth.

Entiendo que:

- Los servicios de telehealth utilizan tecnologías seguras de comunicación electrónica
- Los servicios de telehealth se consideran legalmente prestados en el lugar donde me encuentro físicamente
- Debo estar ubicado en un estado donde mi proveedor esté autorizado para ejercer
- El telehealth puede implicar riesgos como interrupciones técnicas o fallas de equipos
- Soy responsable de garantizar la privacidad en mi ubicación
- Soy responsable de proteger mis credenciales de acceso
- El telehealth puede no ser apropiado para todas las situaciones clínicas
- Tanto mi proveedor como yo podemos discontinuar los servicios de telehealth si se considera clínicamente inapropiado

Protocolo de Emergencia:

En caso de una crisis durante los servicios de telehealth, acepto comunicarme de inmediato con el 911 o con los servicios de emergencia locales.

5. USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA) Y DIVULGACIÓN DE AUTOMATIZACIÓN

Progress Counseling Group utiliza herramientas habilitadas con inteligencia artificial (IA) y tecnologías automatizadas para respaldar ciertas funciones administrativas, operativas, de calidad y de comunicación de la práctica.

Alcance del Uso de IA

Las herramientas de IA pueden utilizarse para:

- Programación de citas y recordatorios
- Procesos de admisión y flujos administrativos
- Apoyo a la documentación y organización de datos
- Aseguramiento de calidad, auditorías y monitoreo de cumplimiento

Análisis operativos e informes

Enrutamiento y priorización de comunicaciones con clientes

Toma de Decisiones Clínicas

Entiendo que:

- Las herramientas de IA NO diagnostican, tratan ni toman decisiones clínicas de manera independiente
- Los clínicos licenciados siguen siendo los únicos responsables del juicio clínico, la planificación del tratamiento y las decisiones de atención
- Los resultados asistidos por IA, si se utilizan, son revisados por personal humano y no sustituyen el criterio profesional

Protección de Datos

Entiendo que:

- Las herramientas de IA utilizadas por PCG están sujetas a HIPAA y a las leyes de privacidad aplicables
- Los proveedores de IA deben operar bajo Acuerdos de Asociado Comercial (BAA) compatibles con HIPAA cuando se involucre PHI
- Mi información no se vende ni se utiliza para entrenar sistemas de IA públicos o de consumo

6. CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES LEGALES

Los servicios de salud mental son confidenciales y están protegidos por leyes federales y estatales.

La información confidencial puede divulgarse sin mi autorización cuando la ley lo requiera o lo permita, incluyendo:

- Riesgo de daño grave para mí o para otras personas
- Sospecha de abuso, negligencia o explotación de un menor, una persona anciana o una persona con discapacidad
- Órdenes judiciales, citaciones o investigaciones legales
- Actividades de pago, facturación, operaciones de atención médica y cumplimiento
- Según lo descrito en el Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA

7. AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA (SOLO ACUSE DE RECIBO)

Reconozco que:

- He recibido o se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA de Progress Counseling Group: -

<https://progresscounselinggroup.com/privacy-policy/notice-of-hipaa-privacy-practices/>

- Entiendo mis derechos con respecto a la Información de Salud Protegida (PHI)
- Entiendo las obligaciones legales de PCG bajo HIPAA
- Entiendo que firmar este formulario NO es una condición para recibir tratamiento

8. CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIONES (TELÉFONO, CORREO ELECTRÓNICO, TEXTO)

Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones relacionadas con:

- Programación y recordatorios de citas
- Coordinación de atención
- Facturación y asuntos administrativos
- Las comunicaciones pueden realizarse mediante:
- Llamadas telefónicas o mensajes de voz
- Correo electrónico
- Mensajes de texto (SMS), incluidos sistemas de mensajería o enrutamiento asistidos por IA

Entiendo que:

- La frecuencia de los mensajes puede variar
- Pueden aplicarse cargos por mensajes y datos
- Puedo optar por no recibir mensajes no clínicos respondiendo STOP
- Las comunicaciones electrónicas pueden implicar cierto riesgo de privacidad

9. PAGO Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo que:

- Los servicios se brindan bajo un modelo de pago por servicio
- Las tarifas se divulgan antes de prestar los servicios
- El pago vence al momento del servicio, salvo acuerdo previo
- Los copagos, coseguros y deducibles son mi responsabilidad

- Las determinaciones de cobertura del seguro son realizadas únicamente por mi aseguradora
- El uso del seguro requiere la divulgación de información diagnóstica y de tratamiento, la cual pasa a formar parte de mi expediente médico
- Si los beneficios del seguro no pueden verificarse con anticipación, autorizo a PCG a cargar el método de pago registrado una vez que se determinen los beneficios.

10. AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO

Autorizo a Progress Counseling Group a:

- Almacenar de forma segura mi método de pago registrado
- Cargar mi método de pago por:
 - Honorarios de sesiones
 - Saldos pendientes
 - Cancelaciones tardías o cargos por inasistencia
 - Pagos devueltos o disputas válidas
 - Puede aplicarse una tarifa administrativa de \$40 por pagos devueltos o disputados.

11. POLÍTICA DE INASISTENCIA Y CANCELACIÓN TARDÍA

Entiendo y acepto que:

- Las citas canceladas con menos de 24 horas de anticipación pueden incurrir en un cargo por inasistencia de \$125
- Los cargos por inasistencia no son facturables al seguro
- Las inasistencias repetidas pueden resultar en la terminación de los servicios

12. TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS

Cualquiera de las partes puede terminar los servicios en cualquier momento.

PCG puede terminar los servicios por razones que incluyen, entre otras:

- Inasistencias repetidas
- Falta de pago
- Idoneidad clínica
- Preocupaciones de seguridad, límites o cumplimiento

- Cuando sea apropiado, se proporcionarán referencias.

13. ACUSE DE RECIBO Y FIRMA

Al firmar a continuación, reconozco que:

- He leído y entiendo este documento
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas
- Entiendo el uso de sistemas asistidos por IA por parte de PCG
- Acepto voluntariamente todos los términos anteriores