

Nombre del Cliente _____

Fecha _____

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

Por este medio, el Centro para el Autismo informa a _____ (cliente / padre / tutor legal) que el correo electrónico no cifrado no es una forma segura de comunicación. Existe cierto riesgo de que cualquier información médica identificable individualmente y otra información sensible o confidencial que pueda estar contenida en dicho correo electrónico pueda ser mal dirigida, divulgada o interceptada por terceros no autorizados. Sin embargo, puede dar su consentimiento para recibir un correo electrónico nuestro con respecto a su tratamiento. Usaremos la cantidad mínima necesaria de información médica protegida en cualquier comunicación, como solo el nombre de pila.

- ☐ Doy mi consentimiento y acepto el riesgo de recibir información por correo electrónico / mensaje de texto. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.
Mi correo electrónico es: _____
- ☐ Doy mi consentimiento y acepto el riesgo de recibir información a través de mensajes de texto. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.
Mi número de celular para enviar mensajes de texto es: _____
- ☐ No doy mi consentimiento para recibir información por correo electrónico. Entiendo que puedo cambiar de opinión y dar mi consentimiento más tarde.

Entiendo que este consentimiento entra en vigor a partir de la fecha de la firma, seguirá siendo válido por un año a partir de la fecha de la firma y puede ser revocado por el padre / tutor legal en cualquier momento durante este período de tiempo.

Firma del Cliente (14 años o más)

Fecha

Firma del padre / tutor legal del Cliente

Fecha

Relación con el Cliente

Firma del personal que obtiene el consentimiento

Fecha

☐ (Marque si corresponde) El Cliente no puede proporcionar una firma físicamente y, en cambio, ha dado su consentimiento verbal libremente según lo autorizado anteriormente, y comprende completamente la naturaleza de este formulario. *

Firma de la persona del personal o testigo

Fecha

Firma de la persona del personal o testigo

Fecha

** Se requieren dos firmas de testigos cuando el Cliente no puede firmar físicamente y ha dado su consentimiento verbal.*

Nombre del Cliente _____

Fecha _____

**Telemedicina PHMC Telehealth
Consentimiento y Confirmación de Lectura**

PHMC Telehealth es una propuesta de Public Health Management Corporation y sus subsidiarios (referidos aquí colectivamente como “PHMC”) y es un servicio de telemedicina utilizado por los profesionales de PHMC para ser usado por los pacientes de PHMC y sus proveedores. Este Consentimiento y Confirmación de Lectura describe sus derechos y responsabilidades respecto a acceder y recibir servicios de salud a través de la tecnología de telemedicina. Los Términos y Condiciones de Uso de PHMC, la Política de Privacidad de PHMC y la Notificación de Prácticas de Privacidad HIPAA son aplicables a los usuarios de PHMC Telehealth. El uso de PHMC Telehealth está sujeto a este Consentimiento y Confirmación de Lectura de Telemedicina PHMC Telehealth. Usted certifica, por tanto, que es un paciente o el progenitor/tutor legal del paciente y puede proporcionar consentimiento válido para usted, que está de acuerdo con los términos de este Consentimiento y Confirmación de Lectura, y que ha recibido y revisado la Notificación de Prácticas de Privacidad HIPAA. Usted tiene también derecho a recibir una copia en papel (si no se le ha proporcionado ya una copia en papel) de la Notificación de Prácticas de Privacidad HIPAA de PHMC contactando con el Privacy Officer de PHMC en el 215-985-6242 o por correo en Public Health Management Corporation, a la atención de: Privacy Officer, 1500 Market Street, LM15, Philadelphia, PA 19102.

- PHMC Telehealth no debe usarse nunca durante emergencias. Por favor, llame al 911 o acuda a sus servicios de emergencias locales en situaciones de emergencia.

Yo consiento y confirmo lo siguiente:

1. PHMC Telehealth es un servicio de telemedicina que conecta a los proveedores de PHMC con pacientes ya existentes para realizar visitas a través de una conexión interactiva y en directo de audio y/o video. PHMC Telehealth se ofrece a los pacientes de PHMC para que puedan obtener servicios en localizaciones convenientes, y para permitir que el paciente y el proveedor intercambien información general y de salud de manera confidencial a través de métodos electrónicos. El proveedor del paciente decidirá si una visita a través de video/audio es apropiada para el paciente y discutirá con usted las opciones de cuidados, tratamientos y los servicios específicos que se ofrecen a través de la tecnología.

2. En una visita con PHMC Telehealth, el proveedor está en una localización (lugar a distancia) y el paciente está en otra localización (lugar originario), y las dos localizaciones pueden estar en diferentes estados y estar sujetas a dos leyes estatales diferentes, lo que de hecho puede afectar a la habilidad del proveedor de recetar ciertos medicamentos.

3. PHMC o el proveedor debe solicitar cierta información acerca de usted. Por ejemplo, el proveedor puede preguntarle información personal y médica, como el nombre del paciente para verificar la identidad o la información del seguro de salud, información acerca de la condición del actual del paciente o acerca de su historial médico, consentimiento para un tratamiento específico y/o confirmación de la dirección del paciente, incluyendo el estado. Cualquier información que usted proporcione al proveedor o PHMC en relación con la visita debe ser información de salud veraz, exacta, completa y actual. En caso contrario, la calidad y la efectividad de los servicios proporcionados pueden verse afectada.

4. La decisión de participar en una visita de PHMC Telehealth es voluntaria, y usted puede finalizar el uso de PHMC Telehealth en cualquier momento. PHMC y el proveedor también pueden terminar la visita por video o el uso de PHMC Telehealth por cualquier motivo incluyendo, pero no limitado a, que el proveedor tome la decisión de que el paciente debe ser visto en persona; la incapacidad o falta de voluntad por su parte o por parte del paciente para usar PHMC Telehealth de manera apropiada; o preocupaciones acerca del equipo utilizado.

5. El proveedor de PHMC conducirá la visita por telemedicina como considere apropiado y determinará el diagnóstico y el tratamiento.

6. El proveedor de PHMC puede solicitar asistencia del personal del edificio, un cuidador o de usted (si usted es el progenitor/tutor legal) que esté en la ubicación del paciente para facilitar los servicios, o puede solicitar que usted (si es el progenitor/tutor legal) no esté presente durante la visita. Dado que el proveedor puede estar localizado en un edificio de PHMC, puede haber otro personal de PHMC, como manejadores de casos o enfermeros, así como otros profesionales necesarios de PHMC, que estén presentes o sean capaces de ver la visita/o escuchar sin su consentimiento.

7. Usted es el único responsable de la información que, intencionalmente o de manera inadvertida, comunica a personas no relacionadas con PHMC durante la visita por telemedicina. Por tanto, el uso de PHMC Telehealth puede no ser adecuado si hay información confidencial que solo desea discutir directamente con usted, como paciente, o si es el progenitor/guarda legal para su

Nombre del Cliente _____
niño y/o el proveedor del niño.

Fecha _____

8. ENTIENDE QUE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE USO DE PHMC, LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD DE PHMC Y LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA SON APLICABLES A LOS USUARIOS DE PHMC TELEHEALTH, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO A, TODOS LOS TÉRMINOS REFERENTES A LA SEGURIDAD, NO GARANTÍAS Y LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD. CONFIRMA QUE HA REVISADO CUIDADOSAMENTE Y QUE ESTÁ DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE USO, LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD DE PHMC Y LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA DE PHMC ANTES DEL USO DE PHMC TELEHEALTH. SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS DE ESTAS POLÍTICAS, NO DEBERÍA USAR PHMC TELEHEALTH.

9. Usted acepta seguir las instrucciones de uso de PHMC Telehealth. Aparte de la información recibida de un proveedor de PHMC o de otro proveedor de salud, ninguna información recibida en, o a través de, PHMC o PHMC Telehealth debería ser tratada como consejo médico.

10. El audio y las imágenes transmitidas durante una visita de PHMC Telehealth podrían ser conservadas por PHMC en el historial médico del paciente y pueden ser usadas, mantenidas, compartidas y protegidas como cualquier otra información de salud protegida ("PHI" por su término en inglés - protected health information) bajo HIPAA. En general, PHMC puede usar o divulgar cualquier información de salud protegida (PHI) obtenida durante una visita de PHMC Telehealth sin su consentimiento para tratamiento (incluyendo a proveedores de tratamiento que no pertenecen a PHMC), pago, operaciones internas o por otras razones, por ejemplo, si es requerido por ley. Por favor, véase la Notificación de Prácticas de Privacidad de PHMC para obtener más información acerca de cómo PHMC protege la información de salud protegida o PHI.

11. PHMC cumple con la ley y con las prácticas adecuadas de la industria para asegurar la seguridad de una visita de PHMC Telehealth. Sin embargo, ningún sistema puede estar perfectamente protegido contra los riesgos, como una filtración causada por una intrusión intencionada, la revelación de información de manera inadvertida, o los fallos o limitaciones del equipo usado para transmitir datos relevantes que pudiera causar retrasos o la imposibilidad de proporcionar una evaluación o tratamiento.

12. Si tiene alguna pregunta acerca de PHMC Telehealth o este Consentimiento y Confirmación de Lectura, por favor, póngase en contacto con el Compliance Director de PHMC en el 215-985-2538. Al aceptar los términos del Consentimiento y Confirmación de Lectura, confirma que se han contestado sus preguntas antes de iniciar la visita con PHMC Telehealth. PHMC es consciente de que usted puede tener más preguntas en el momento de la visita por vídeo, y esas preguntas serán contestadas en ese momento.

13. Este Consentimiento y Confirmación de Lectura aplica a cada visita realizada a través de PHMC Telehealth. Se le solicitará que proporcione un consentimiento separado, tal y como es requerido por ley y por la política de PHMC, por ejemplo, para los procedimientos médicos.

14. Si está aceptando los términos de este Consentimiento y Confirmación de Lectura en representación de un paciente, usted tiene la autoridad legal adecuada como progenitor o tutor legal. La página web de PHMC Telehealth no está dirigida a niños menores de 13 años (incluso aunque el paciente sea menor de 13 años). Esto significa que si usted es el progenitor o tutor legal que actúa en representación del paciente menor de 13 años, usted será considerado el usuario exclusivo de PHMC Telehealth, y cualquier y toda la información proporcionada en PHMC Telehealth en representación del paciente es proporcionada únicamente por usted.

Firma del Cliente (14 años de edad o mayor)

Fecha

Firma del Padre/Guardián del Cliente

Fecha

Relación con el Cliente

Firma del Personal Obteniendo el Consentimiento

Fecha

Nombre del Cliente _____

Fecha _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DEL CLIENTE

Doy consentimiento para recibir tratamiento en The Center for Autism. Entiendo que los servicios proporcionados por The Center for Autism son Servicios Ambulatorios de Salud Mental. Entiendo que el/los servicio(s) que _____ (Nombre del Cliente) va a recibir (son) OUTPATIENT SERVICES. He recibido una explicación sobre la(s) intervención(es) propuesta(s), tratamiento(s) y/o medicamento(s). También se me han explicado los beneficios o daños potenciales, además de los posibles efectos secundarios, de la(s) intervención(es) o tratamiento(s) propuesto(s). Entiendo que tengo el derecho a rechazar las intervenciones de tratamiento, incluyendo medicamentos.

Doy mi permiso a The Center for Autism para enviar facturas a mi Asistencia Médica, o a la compañía aseguradora asignada a mi plan de servicios Administrados de Salud Mental, para los servicios proporcionados a _____ (Nombre del Cliente). Además, asigno los pagos y beneficios para The Center for Autism a los Planes de Seguro Médico utilizados en el momento en que los servicios fueron proporcionados.

También entiendo que existen algunas instancias en las que mi consentimiento no es necesario para el suministro de información relevante sobre el tratamiento. Los individuos que no necesitan pedir permiso del Cliente son: profesionales involucrados en el tratamiento de salud mental del Cliente o profesionales a los que el Cliente ha sido referido, profesionales que proporcionen cuidados médicos de emergencia, un abogado representando a la persona en una audiencia de internamiento, un juzgado, profesionales conduciendo un programa o para la revisión de uso en inspecciones/auditorías de cumplimiento y pagadores terciarios (aquellos que pagan por el tratamiento). Estas personas sólo pueden acceder a la información necesaria para el propósito específico para la que ha sido solicitada.

Favor de identificar el programa por el cual este consentimiento de tratamiento representa:

☐ Asesoramiento & Evaluaciones/Terapia Ambulatoria

Por favor, marque según corresponda:

- ☐ Doy consentimiento a que dejen mensajes de voz:
- ☐ En el contestador de mi casa
- ☐ A la persona que conteste el teléfono en mi casa
- ☐ En el contestador de mi lugar de trabajo
- ☐ A la persona que conteste el teléfono en mi lugar de trabajo.
- ☐ No doy consentimiento a dejar mensajes de voz en mi casa o en mi trabajo

Firma del Cliente (14 años o mayor)

Fecha

Firma del Padre/Guardián del Cliente

Fecha

Relación con el Cliente

Nombre del Cliente _____

Fecha _____

☐ **(Marque si aplica) El Cliente es físicamente incapaz de proporcionar una firma y, en su lugar, ha dado consentimiento verbal autorizando lo dicho en este documento, entendiendo completamente la naturaleza del mismo. ***

Firma de la persona del personal o testigo

Fecha

Firma de la persona del personal o testigo

Fecha

**La firma de dos testigos es requerida cuando el Cliente es físicamente incapaz de firmar y ha dado consentimiento verbal*

Nombre del Cliente _____

Fecha _____

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFIAR Y GRABAR VÍDEOS/AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS

Autorizo a the Center for Autism para crear y usar o suministrar fotografías, vídeo, audio u otras imágenes (colectivamente, "Fotografías") de _____, con fecha de nacimiento _____, para los propósitos de (marque todos los que apliquen):

- ☐ **Sí** ☐ **No** **Enseñanza y Educación:** Las fotografías pueden ser utilizadas para formación interna o externa, con fines de supervisión, además de con fines educacionales y profesionales (por ejemplo, presentaciones en conferencias profesionales) en el que puede haber público ajeno al Centro presente.
- ☐ **Sí** ☐ **No** **Documentación de Hitos:** Las fotografías pueden ser suministradas a las familias de otros clientes con el fin de compartir recuerdos.
- ☐ **Sí** ☐ **No** **Relaciones Públicas:** Las fotografías pueden ser utilizadas para relaciones públicas y mercadeo (folletos, páginas web, boletines informativos, vídeos) o para su uso en medios de comunicación cuando realizan cobertura informativa o reportajes acerca de The Center for Autism o sus programas.

Entiendo que, según lo acordado en esta autorización, The Center for Autism no revelará información personal adicional que pueda identificar al individuo en el momento de suministrar la fotografía (incluyendo, pero no limitada a, el nombre del individuo, edad, fecha de nacimiento, número de la seguridad social, dirección o información sobre el tratamiento) con propósitos ajenos al tratamiento, pago, u operaciones de salud, sin haber obtenido primero un permiso expreso, a menos que sea requerido o permitido por la ley. Entiendo que una vez las Fotografías sean distribuidas de acuerdo con lo que estipula esta autorización, éstas pueden ser distribuidas de nuevo por el receptor, ya que no están protegidas por la ley.

Entiendo que las Fotografías pueden ser utilizadas con fines de tratamiento y para documentación médica, y pueden ser incluidas en el expediente médico del individuo. El individuo puede ser grabado en vídeo en cualquier momento mientras esté en el edificio, con propósitos médicos y/o de seguridad.

Entiendo que esta autorización es efectiva desde la fecha indicada en este documento y que será válida hasta un año después de la fecha en que sea firmada, o hasta que sea revocada de otra manera. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento a través de petición verbal o escrita, excepto en el caso de la información ya compartida tal y como se estipula en este documento. También se me ha informado de que es mi derecho revisar la información que va a ser suministrada, de acuerdo con las regulaciones de acuerdo a las regulaciones de Pennsylvania Mental Health Records Confidentiality, 55 Pa. Code 5100.31-39.

Entiendo que todos los derechos de reproducción y propiedad asociados con cualquier Fotografía incluidas en esta autorización son y continuarán siendo propiedad de The Center for Autism, sus sucesores y/o cesionarios, y renuncio a cualquier derecho de compensación que pueda surgir o esté relacionado con el uso de las Fotografías. Estoy de acuerdo en liberar y eximir de responsabilidad a The Center for Autism y sus oficiales, agentes y

Nombre del Cliente _____ Fecha _____

trabajadores de y en contra de cualquier reclamación, daños o responsabilidad que surja a raíz o relacionado con el uso de las Fotografías estipulado en esta autorización.

Certifico que se me ha explicado este documento en su totalidad y que entiendo su contenido. También certifico que entiendo completamente el significado y el impacto de esta autorización. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que The Center for Autism condicionará el tratamiento a la ejecución de esta autorización.

Firma del Cliente (14 años o mayor)

Fecha

Firma del Padre/Guardián del Cliente

Fecha

Relación con el Cliente

Firma del Personal Obteniendo el Consentimiento

Fecha

☐ (Marque si aplica) El Cliente es físicamente incapaz de proporcionar una firma y, en su lugar, ha dado consentimiento verbal autorizando lo dicho en este documento, entendiendo completamente la naturaleza del mismo. *

Firma de la persona del personal o testigo

Fecha

Firma de la persona del personal o testigo

Fecha

**La firma de dos testigos es requerida cuando el Cliente es físicamente incapaz de firmar y ha dado consentimiento verbal*

Nombre del Cliente _____ Fecha _____

PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CON EL MÉDICO DE CABECERA

Yo, (Nosotros) _____ Padre(s) o Guardián de _____, nacido
en _____ (Fecha de Nacimiento), autorizo a The Center for Autism y a
_____ (Nombre del Médico de cabecera)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____

Número de teléfono: _____

a compartir o suministrar información (expedientes médicos y de salud mental) pertinente a mi hijo/hija. La información que puede ser compartida está limitada al plan de tratamiento. El propósito de esta autorización es asegurar la continuidad de los servicios en todos los entornos.

Entiendo que esta autorización es efectiva desde la fecha indicada en este documento y que será válida hasta un año después de la fecha en que sea firmada o hasta que sea revocada de otra manera.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento a través de una petición verbal o por escrito, excepto en el caso de la información ya compartida tal y como se estipula en este documento. Se me ha informado que es mi derecho revisar la información que vaya a ser suministrada, de acuerdo con la Section 5100.31-39 of the Mental Health Procedures Act of 1976.

Certifico que se me ha explicado este documento en su totalidad y que entiendo su contenido. También certifico que entiendo completamente las implicaciones que existen en el suministro de expedientes confidenciales.

Firma del Cliente (14 años o mayor)

Fecha

Firma del Padre/Guardián del Cliente

Fecha

Relación con el Cliente

Firma del Personal Obteniendo el Consentimiento

Fecha

☐ (Marque si aplica) El Cliente es físicamente incapaz de proporcionar una firma y, en su lugar, ha dado consentimiento verbal autorizando lo dicho en este documento, entendiendo completamente la naturaleza del mismo. *

Firma de la persona del personal o testigo

Fecha

Firma de la persona del personal o testigo

Fecha

**La firma de dos testigos es requerida cuando el Cliente es físicamente incapaz de firmar y ha dado consentimiento verbal*

Nombre del Cliente _____

Fecha _____

**Consentimiento informado del cliente para proveedores de seguros contratados y Profesionales de la Salud del
Comportamiento – Política # 600.02**

Política: The Center for Autism (CFA) requiere que el intercambio de información entre las aseguradoras sea hecho de manera apropiada, confidencial y rápida para así lograr una coordinación de servicios más segura y efectiva.

Propósito: El propósito de esta política/documento es el intercambio de información en todos los niveles de servicios de salud mental y entre todos los tipos de proveedores de salud mental, incluyendo los médicos de cabecera.

1. Requisitos para el intercambio de información a través de todos los niveles de servicios de salud mental y entre todos los tipos de proveedores de salud mental:

De	Para	Condiciones que requieren intercambio	Mínimo de información para Intercambiar
CFA, proveedores de Seguros Comerciales, Proveedores de Planes de Servicios Administrados de Salud Mental (tanto de Medicaid como los que no son de Medicaid).	CFA, proveedores de Seguros Comerciales, Proveedores de Planes de Servicios Administrados de Salud Mental (tanto de Medicaid como los que no son de Medicaid).	Cuando la autorización de servicios es necesaria para el tratamiento, información de pago y cualquier información sobre el tratamiento para mantener el cumplimiento de las normas de los Centros para Medicaid y Medicare.	Determinación de Necesidad Médica, facturas/detalles/ información financiera y cualquier expediente de tratamiento requerido para mantener el cumplimiento de facturación. Coordinación específica de asuntos relacionados con el tratamiento/cuidado que sean identificados por CFA y/o los proveedores de seguro
The Center for Autism (CFA)	Otros profesionales/proveedores de salud mental.	Cuando se hace o se recibe un referido o cuando el individuo está en tratamiento con otro profesional de salud mental.	1. Diagnóstico, Medicamento(s) Recetado (s) <i>(Solamente para psiquiatras y otros profesionales autorizados para recetar medicamentos)</i> 2. Cualquier problema o situación de riesgo significativa 3. Severidad del problema 4. Frecuencia del tratamiento 5. Recomendaciones/plan de tratamiento 6. Coordinación de cuidados.

Nombre del Cliente _____

Fecha _____

Psicólogos y Psiquiatras que realizan las pruebas	The Center For Autism (CFA)	Cuando se recibe un referido para pruebas psicológicas o psiquiátricas. Cuando se recibe una recomendación para tratamiento psicológico o psiquiátrico.	Resumen del informe de los resultados de las pruebas psicológicas y las recomendaciones de tratamiento para y del profesional de salud que les derivó.
---	-----------------------------	---	--

2. Consentimiento y Confidencialidad de la persona Inscrita

De acuerdo al Acta de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996, toda información que pueda identificar a las personas involucradas en el intercambio de información es confidencial.

The Center for Autism requiere que el proveedor de salud mental obtenga un permiso por escrito y firmado en el cual se da la autorización para compartir y obtener información antes de que se produzca ningún intercambio de la información requerida por esta política.

Sin embargo, hay instancias en las cuales el consentimiento no es necesario para divulgar información. Los individuos que no necesitan pedir permiso del Cliente/miembro son: profesionales involucrados en el tratamiento de salud mental del Cliente o profesionales a los que el Cliente ha sido referido, profesionales que proporcionen cuidados médicos de emergencia, un abogado representando a la persona en una audiencia de internamiento, un juzgado, profesionales de aseguradoras o profesionales clínicos conduciendo programa o para la revisión de uso en inspecciones/auditorías de cumplimiento, pagadores terciarios, pagadores comerciales u organizaciones de servicios administrados (aquellos que pagan por el tratamiento).

Si un individuo rechaza el intercambio de información para la coordinación de cuidados y tratamiento, esto debe documentarse en el expediente de tratamiento del individuo. El proveedor debe considerar los riesgos de no comunicar información, incluso sin el consentimiento de la persona, especialmente en aquellas instancias donde el individuo esté en peligro o cuando el cliente esté recibiendo una medicación que podría ser potencialmente peligrosa si se combina con otros medicamentos. Esta documentación cumplirá con el deber del profesional médico o proveedor de divulgar información necesaria, y este caso será considerado como "no aplicable" en los controles.

3. Entiendo que la información de salud protegida incluye cualquier información creada o recibida por The Center for Autism en cualquier forma, que identifique a la persona y que esté relacionada con el pasado, el presente o el futuro de la misma. Esta información es específica de:

1. Salud mental o física de la persona
2. Proporcionar servicios de salud a la persona
3. Pago para servicios de salud proporcionados a la persona

Por la presente doy mi consentimiento a The Center for Autism para enviar las facturas a mi Asistencia Médica, Compañía de Seguros Comercial, o a la Organización de Servicios de Salud Conductual que me ha sido asignada por los servicios proporcionados a _____ (Nombre del Cliente).

Nombre del Cliente _____

Fecha _____

Firma del Cliente (14 años o mayor)

Fecha

Firma del Padre/Guardián del Cliente

Fecha

Relación con el Cliente

Firma del Personal Obteniendo el Consentimiento

Fecha

☐ (Marque si aplica) El Cliente es físicamente incapaz de proporcionar una firma y, en su lugar, ha dado consentimiento verbal autorizando lo dicho en este documento, entendiendo completamente la naturaleza de este. *

Firma de la persona del personal o testigo

Fecha

Firma de la persona del personal o testigo

Fecha

**La firma de dos testigos es requerida cuando el Cliente es físicamente incapaz de firmar y ha dado consentimiento verbal*

Nombre del Cliente _____

Fecha _____

NO SHOW Y POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Como cliente de The Center for Autism (CFA), es su responsabilidad acudir a las citas concertadas. Si no puede acudir a su cita, por favor, llame a CFA al teléfono (215-220-2126) para cambiarla. Cualquier cliente que no llegue a la cita y no haya avisado con anterioridad se considerará "Ausente". Si llega tarde a su cita, puede que se le vea durante el resto del tiempo designado y es posible que tenga que volver otro día para completar la cita. Para los clientes que lleguen más de 15 minutos tarde la cita será cancelada y tendrá que ser vistos otro día. Recomendamos que llegue con 15 minutos de antelación para su cita para que pueda completar los documentos necesarios. Los clientes y familias que tengan 2 ausencias consecutivas serán referidos a otra agencia externa. Los clientes y familias que cambien una cita en 3 ocasiones consecutivas (citas iniciales) serán referidos a una agencia externa. Esto no incluye los cambios de cita debido a situaciones urgentes y a emergencias.

Yo, _____, comprendo la política de ausencias y cancelaciones.

Firma del Cliente (14 años de edad o mayor)

Fecha

Firma del Padre/Guardián del Cliente

Fecha

Relación con el Cliente

Firma del Personal Obteniendo el Consentimiento

Fecha

☐ (Marque si aplica) El Cliente es físicamente incapaz de proporcionar una firma y, en su lugar, ha dado consentimiento verbal autorizando lo dicho en este documento, entendiendo completamente la naturaleza de este. *

Firma de la persona del personal o testigo

Fecha

Firma de la persona del personal o testigo

Fecha

**La firma de dos testigos es requerida cuando el Cliente es físicamente incapaz de firmar y ha dado consentimiento verbal*

Nombre del Cliente _____

Fecha _____

DOCUMENTO DE DERECHOS DEL PACIENTE

The Center for Autism provee servicios ambulatorios de salud mental. The Center for Autism se somete a la política de proporcionar los siguientes derechos a las personas que reciban servicios de salud mental en Pennsylvania: ✦ El derecho a ser tratado con dignidad y respeto.

- ✦ *El derecho a elegir la participación en programas o servicios basada en la información sobre las reglas, tratamiento, precio, riesgo, derechos y responsabilidades.*
- ✦ *El derecho a hacer preguntas sobre los servicios y recibir respuestas a estas preguntas.*
- ✦ *El derecho a participar en todas las decisiones relacionadas con el tratamiento o servicios.*
- ✦ *El derecho a solicitar cambios en el tratamiento o servicios.*
- ✦ *El derecho a recibir tratamiento en el ambiente menos restringido – uno que proporcione la mayor libertad e independencia adecuada para las necesidades individuales del tratamiento.*
- ✦ *El derecho a negarse a recibir tratamiento o participar de servicios a no ser que la participación en dichos servicios o tratamiento haya sido ordenada por un juzgado.*
- ✦ *El derecho a ser informado acerca de las reglas que, de ser violadas, resultarían en que fuera dado de alta del programa.*
- ✦ *El derecho a participar en decisiones acerca de ser dado de alta de un programa y a recibir una notificación por adelantado sobre el alta que haya sido propuesta, a no ser que el comportamiento individual de una persona amenace el bienestar de otra persona.*
- ✦ *El derecho a saber el nombre de los medicamentos recetados, la razón para recetar dichos medicamentos y los posibles efectos secundarios.*
- ✦ *El derecho a negarse a tomar medicamentos (esta decisión no debe tomarse inmediatamente sin antes consultar con el psiquiatra para evaluar el riesgo o peligro).*
- ✦ *El derecho a que la familia esté involucrada en el tratamiento.*
- ✦ *El derecho a rechazar que la familia participe en el tratamiento.*
- ✦ *El derecho a no ser sujeto a abuso verbal, físico, sexual, emocional o financiero; tratamiento injusto o desagradable.*
- ✦ *El derecho a presentar quejas, a que estas sean escuchadas, a recibir una respuesta pronta, sin ser sujeto a maltrato o amenazas como resultado de ello.*
- ✦ *El derecho a presentar una queja por escrito si no está satisfecho con la respuesta a la queja.*
- ✦ *El derecho a recibir la asistencia de un intercesor de su elección. Como, por ejemplo, un familiar, un/a amigo/a, un trabajador social, un miembro de una organización o comité de defensa al consumidor.*
- ✦ *El derecho a revisar su expediente con dos excepciones. Secciones limitadas del expediente del consumidor puede no ser compartidas con el Cliente si el líder del equipo de tratamiento ha anotado por escrito que ver cierta información*



**THE CENTER
for
AUTISM**
a PHMC affiliate

4601 Market Street
Philadelphia, PA 19139

215.878.3400 **PHONE**
215.878.2082 **FAX**
THECENTERFORAUTISM.ORG

Nombre del Cliente _____ Fecha _____

específica sería a) dañino para el tratamiento individual de la persona, o b) revelaría la identidad o rompería la confidencialidad de alguien que ha proporcionado información de manera confidencial.

- ✦ *El derecho a decidir quién más puede ver su expediente, con varias excepciones. Aquellos que no necesitan obtener permiso del consumidor son los siguientes: personas involucradas en el tratamiento individual de salud mental de la persona o a quien la persona haya sido referido para tratamiento, personas que proporcionen tratamiento médico de emergencia, un(a) abogado(a) que esté representando a la persona en una audiencia para ser internado, un juzgado, personas que estén conduciendo un programa o comité de revisión de utilización, o un pagador terciario (aquel que paga por el tratamiento). Estas personas pueden acceder únicamente a la información necesaria para cumplir con el propósito específico por el cual la información ha sido solicitada.*
- ✦ *El derecho a ejercer todos los derechos civiles y legales de los ciudadanos de los Estados Unidos; por ejemplo, el derecho de votar en las elecciones, casarse, obtener licencia de conducir, tener un testamento, etc.*
- ✦ *El derecho a no ser discriminado por razones de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad de origen, orientación sexual, incapacidad o estado matrimonial.*

En The Center for Autism proporcionamos a todos los pacientes el documento de Derechos del Cliente en el cual se explican y describen los derechos y responsabilidades, se proporcionan instrucciones sobre cómo presentar una queja por escrito y se identifica a las organizaciones de apoyo al consumidor. Aquellas personas que reciben tratamiento de salud mental en una residencia o que están internados en un hospital tienen derechos adicionales. En The Center for Autism estamos disponibles para discutir estos derechos con usted si así lo desea.

Las personas que reciben servicios de salud mental en Filadelfia tienen las siguientes responsabilidades:

1. Participar, lo más que le sea posible, en su tratamiento. Hacer el esfuerzo de:
 - Activamente tomar parte en el desarrollo del plan de tratamiento individualizado.
 - Informarle al personal del centro de cuáles son sus necesidades y deseos sobre los servicios •
Compartir con el personal del centro información relevante a su tratamiento o servicio.
2. Respetar los derechos de otros consumidores y personal del centro
3. Respetar las reglas establecidas por la agencia donde se reciben los servicios; expresar su opinión si las reglas no le parecen razonables.
4. Darle al personal del centro la oportunidad

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

¿Cualquier persona puede presentar una queja? Sí. Cualquier persona que haya presenciado o tenga conocimiento de una violación a los derechos del consumidor puede informar a la agencia.

¿Qué ocurrirá si presento y una vez presente una queja? Personas le pedirán que proporcione detalles sobre lo ocurrido, cuándo y dónde ocurrió y quién estuvo involucrado. Usted no debe ser intimidado, castigado, amenazado o forzado a dejar el programa por presentar una queja. Los programas de la Comunidad de Salud Mental de Filadelfia ni permiten ni toleran el maltrato a los consumidores o la terminación de servicios porque alguien haya traído a colación un problema. Lo que la agencia hará acerca de la situación depende de cuál sea el problema concreto, pero están obligados a darle una respuesta en un corto periodo de tiempo, informándole de las medidas que se van a tomar y qué pasos van a dar para impedir que ocurra de nuevo.

¿Quién puede ayudarme a presentar una queja? Usted puede preguntarle a un miembro de su familia, amigo(a), mediador, trabajador social o cualquier persona que usted elija para que lo ayude. Si siente que necesita la ayuda o asistencia de un



**THE CENTER
for AUTISM**
a PHMC affiliate

4601 Market Street
Philadelphia, PA 19139

215.878.3400 **PHONE**
215.878.2082 **FAX**
THECENTERFORAUTISM.ORG

Nombre del Cliente _____

Fecha _____

mediador, usted puede recurrir al grupo de mediación para el consumidor en su misma agencia o puede elegir uno de la lista de grupos de mediación que está adjunta a su copia de este documento.

¿Cómo presento una queja? Si usted se siente cómodo, dígame a la persona que usted piensa que lo ha tratado injustamente que usted tiene una queja. Explíquele a él o ella lo que usted cree que está mal y qué quisiera cambiar.

Si usted se siente incómodo o siente que no puede discutir el tema directamente con la persona, o si siente que la situación no se ha resuelto, usted debe notificar al Director de Servicios Ambulatorios del Centro, quien tratará de resolver el problema. Dentro de un periodo de 48 horas, el Director de Servicios Ambulatorios del Centro documentará su inquietud y la propuesta para solucionarlo; usted tendrá la oportunidad de comentar por escrito, comunicando su satisfacción con el proceso y/o su resultado.

The Center for Autism

Clinical Director
3905 Ford Rd Suite 6
Philadelphia, PA 19131
215-878-3400

PHMC Total Quality Management

Managing Director of TQM
1500 Market Street Suite 1500
Philadelphia, PA
215-985-6242

¿Qué pasa si no puedo resolver el problema dentro de la agencia? Si cree que el Centro no ha abordado satisfactoriamente su queja y cree que la situación no mejorará sin una intervención externa, comuníquese con su proveedor primero y luego con el Departamento de Salud Conductual y Servicios para Discapacidades Intelectuales de la Ciudad de Filadelfia en la siguiente dirección:

Para miembros de CBH:

ATTN: Provider Network Operations
Community Behavioral Health (CBH)
801 Market Street., 7th Floor
Philadelphia, PA 19107
Telefono: 888-545-2600

Manager, Quality Improvement

City of Philadelphia

Department of Behavioral Health and Intellectual Disability Services

Division of Mental Health Services 1101

Market Street, 7th Floor

Philadelphia, PA 19107-2907

El personal del Departamento de Salud del Comportamiento y Servicios para Discapacidades Intelectuales (DBHIDS, por sus siglas en inglés) investigará haciendo preguntas a las personas involucradas y a todos los demás que tengan conocimiento de la situación y tratarán de resolver el problema. Alguien de DBHIDS responderá a su queja dentro de los siete días.

Pennsylvania Department of Public Welfare

Room 105, Building #57

Norristown State Hospital

1001 Sterigere Street

Norristown, PA 19401

¿Qué sucede si el OMH / DBHIDS del Departamento de Bienestar Público no puede ayudarme a resolver mi problema?

Si no está satisfecho con la respuesta de OMH / DBHIDS, puede apelar al Comité de Derechos Humanos de MH. El Comité de Derechos Humanos es un grupo de ciudadanos designados por la Junta Asesora de MH para proteger los derechos de las

Nombre del Cliente _____ Fecha _____

personas que reciben servicios de salud mental. La mayoría de los miembros del comité son consumidores de servicios de salud mental.

¿Cómo apelo al Comité de Derechos Humanos? Puede apelar al Comité de Derechos Humanos enviando su queja y documentación al presidente del Comité de Derechos Humanos. La dirección es:

**Human Rights Committee Chairperson
C/O Philadelphia DBHIDS
Division of Mental Health Services
1101 Market Street, 7th Floor
Philadelphia, PA 19107**

¿Qué sucede cuando presento una apelación? El Comité de Derechos Humanos investigará haciendo preguntas a todos los involucrados en la denuncia, así como a cualquier otra persona que tenga información adicional sobre la situación. Se le invitará a reunirse con el Comité en un plazo de 30 días. Puede pedirle a un familiar, un amigo, un defensor o cualquier otra persona que elija que lo acompañe y hable en su nombre. La persona o personas a las que acusas de violar tus derechos también pueden ser invitadas a asistir a la reunión.

El Comité tomará una decisión después de la reunión. Los hallazgos y recomendaciones del Comité de Derechos Humanos se enviarán por escrito al Comisionado Adjunto de Salud para Salud Mental / Retraso Mental, que es la máxima autoridad en el sistema de salud mental de la comunidad de Filadelfia, dentro de los tres días hábiles. También se le enviará una copia de las conclusiones y recomendaciones del comité a usted y a la persona o personas acusadas de violar sus derechos.

¿Qué acción se tomará? En un plazo de 30 días, la Comisión Adjunta para MH/MR enviará un informe escrito al Comité de Derechos Humanos planteando las acciones que deben ser tomadas en respuesta a las recomendaciones del Comité. Copias de este informe también le serán enviadas a usted y a todas las demás personas involucradas en la queja.

He leído este formulario o me lo han leído. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y esas preguntas han sido respondidas.

Mi firma en este documento indica que se me ha entregado una copia del formulario de derechos del cliente, una lista de organizaciones de defensa y que comprendo el contenido de este documento.

Firma del cliente (14 años o más) _____ Fecha

Firma del padre/tutor legal del cliente _____ Fecha

Firma del personal que obtiene el consentimiento _____ Fecha

☐ **(Marque si corresponde) El paciente no puede proporcionar una firma físicamente y, en cambio, ha dado su consentimiento verbal libremente según lo autorizado anteriormente, y comprende completamente la naturaleza de este formulario. ***

Firma de la persona del personal o testigo _____ Fecha

Firma de la persona del personal o testigo _____ Fecha

** Se requieren dos firmas de testigos cuando el paciente no puede firmar físicamente y ha dado su consentimiento verbal.*

Nombre del Cliente _____

Fecha _____

ORGANIZACIONES DE APOYO

Mental Health Partnerships Philadelphia SHARE is run by and for mental health consumers. It provides both individual and systems advocacy. It operates self-help and consumer advocacy groups in Central, West and Northeast Philadelphia. Staff can assist with problems involving mental health services, housing, government benefits, and legal matters. 833 Chestnut Street Suite 1100 Philadelphia, PA 19107 215-751-1800 800-688-4226 x216	National Alliance for Mentally Ill (NAMI) The Alliance for Mental Ill (AIM) is an advocacy group organized to give support to the families of consumers of mental health services, and to assist families in obtaining better treatment for relatives with mental illness. NAMI is strongly associated with DBHIDS, Mental Health Association, Family Resources Network, Family Inclusion and Community Integrated Services NAMI Philadelphia 520 Delaware Ave Philadelphia, PA 19123 267-687-4381	Consumer Satisfaction Team CST is staffed entirely by individuals and family members of individuals who have received behavioral health services. CST strives to ensure desires and needs are relayed to DBHIDS and through officially supported and funded services. 520 N. Delaware Avenue 7th Floor Philadelphia PA 19123 215-923-9627
Education Law Center The Education Law Center-PA is a non-profit law firm dedicated to ensuring that all of Pennsylvania's children have access to quality public education. 1800 JFK Blvd., Suite 1900-A Philadelphia, PA 19103 215-238-6970	Pennsylvania Mental Health Consumers' Association (PMHCA) PMHCA is a network of self-help groups and consumer-run alternatives dedicated to restoring respect, human rights, and dignity to mental health consumers in PA 4105 Derry Street Harrisburg, PA 17111 1-800-887-6422 717-564-4930 PMHCA@pmhca.org	Disability Rights Network Protects and advocates for individuals with disabilities and their families to ensure they live the lives they choose, free from abuse, neglect, discrimination and segregation. 1800 JFK Boulevard, Suite 900 Philadelphia, PA 19103 215-238-8070
Parents Involved Network (PIN) PIN is an organization that assists parents or caregivers of children and adolescents with emotional and behavioral needs. PIN provides information, resources, support services and advocacy. PIN can also provide information regarding Behavioral Rehabilitative Services. 1211 Chestnut Street Philadelphia PA, 19107 267-507-3860	Autism Society of America (ASA) Greater Philadelphia Chapter ASA is a non-profit, all volunteer parentdirected association dedicated to the general welfare of all individuals with autism, pervasive developmental disorders and other profound disorders of communication and behavior. P.O. Box 60159 King of Prussia, Pa 19406-0159 Phone: 610-358-5256	Hispanos Unidos Para Ninos Excepcionales (HUNE) HUNE provides advocacy and support for Latino families that have children with disabilities. 2200 N. 2nd Street Philadelphia, PA 19133 Phone Number: 215-425-6203 www.huneinc.org



**THE CENTER
for
AUTISM**
a PHMC affiliate

4601 Market Street
Philadelphia, PA 19139

215.878.3400 **PHONE**
215.878.2082 **FAX**
THECENTERFORAUTISM.ORG

Nombre del Cliente		Fecha
ASCEND ASCEND – www.ascendgroup.org OR infor@ascendgroup.org ASCEND provides support, information, resources, and advocacy for Asperser’s Syndrome (NOTE: there is a \$35 fee to access their resources database). ASCEND families and individuals hold many meets up groups throughout the year. You can sign up them at this website: http://www.meetup.com/autism-414/	SEAMAACC: Southeast Asian Mutual Assistant Associations Coalition - www.seamaac.org 1711 South Broad Street 215-467-0690 SEAMACC is a multi-service center offering social supports and activities for Asian families.	Drop-In Centers Drop-In Centers provide consumers with peer support, referrals to mental health services, individual advocacy, and advocacy to improve the mental health system. A drop-in center is a safe haven for adults, an accepting place for anyone in need of support, advocacy and self-empowerment on their recovery journey. Northeast Philadelphia Consumer Center Provides central location for self-help and mutual support, information, and resource sharing, as well as opportunities to socialize. Everyone in the center - staff included - has had some experience with mental illness and the mental health system can share their experience with other consumers. 6801 Frankford Avenue Philadelphia, PA 19135 215-624-6163 A New Life Care (Resource Learning Center) Recovery Learning Centers connect participants to natural community supports along with offering a warm and welcoming place to come to engage in the service system. Offering unique facility-based options, the Centers are actively engaged in connecting people to resources and services in community environments. In all instances, the focus of these services will be driven by the service participant with an aim toward community integration and the use of existing community resources. 3119 Spring Garden Street Philadelphia, PA 19104 215-243-0550

Nombre del Cliente _____

Fecha _____

Public Health Management Corporation
Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A LA INFORMACIÓN. LÉALA CON ATENCIÓN.

Las leyes exigen que Public Health Management Corporation preserve la privacidad de su información médica protegida y le suministremos este aviso que describe nuestras prácticas de privacidad. La protección de la privacidad y la confidencialidad de la información sobre nuestros participantes es muy importante para Public Health Management Corporation. En consecuencia, nos esforzamos por cumplir con cada una de las siguientes prácticas en todo lo que hacemos.

Información médica protegida (en inglés, "PHI") significa información médica que lo identifica personalmente, según se define en la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico de 1996 ("HIPAA") que PHMC recibe o genera y que se relaciona con el estado anterior, presente o futuro de salud física y mental de la persona; la provisión de servicios de atención médica a una persona; o el pago anterior, presente o futuro por la provisión de servicios de atención médica a una persona; y que identifica a la persona o con respecto a la cual hay motivos razonables para creer que la información puede ser usada para identificar a la persona.

USOS Y DIVULGACIÓN AUTORIZADOS:

Se requiere su consentimiento o autorización para que utilicemos o divulguemos su información médica protegida (PHI):

Para su tratamiento: Con su consentimiento, podemos emplear y divulgar su PHI al fin de asegurar que usted reciba los servicios de atención médica apropiados y necesarios. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica a otro proveedor de atención médica que participe en su atención, o a quien lo remitimos para recibir servicios adicionales relacionados con la salud.

También se necesita su autorización para divulgar su PHI en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- ☐ Anotaciones de psicoterapia
- ☐ Investigación
- ☐ Recaudación de fondos y marketing
- ☐ En cualquier circunstancia en la que recibamos una remuneración por la PHI
- ☐ Información sobre vacunación (no tiene que ser escrita, puede ser verbal)
- ☐ Para la divulgación a un tercero, como por ejemplo a un abogado o representante médico
- ☐ Otros usos y divulgaciones no descritos en este aviso

OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

Estamos autorizados y obligados a usar su información médica con varios objetivos. Las siguientes categorías describen diferentes modos en los que usamos y revelamos la PHI. Sin embargo, los usos o las divulgaciones que se nos permite hacer generalmente corresponden a una de las siguientes categorías.

PARA EL PAGO:

Podemos utilizar y divulgar su PHI de modo que podamos obtener el pago por el tratamiento y los servicios que le proporcionamos, de su parte, de una compañía de seguros, de una fuente de fondos o de otro tercero responsable de los pagos. Por ejemplo, tal vez tengamos que darles a su compañía de seguros o a otro pagador información sobre su diagnóstico, tratamiento y los servicios que le proporcionamos para que PHMC reciba el pago y/o la consolidación de la deuda por el tratamiento y/o los servicios que le proporcionamos.

Nombre del Cliente _____

Fecha _____

PARA LAS OPERACIONES INTERNAS DE PHMC:

Podemos utilizar y divulgar su PHI para nuestras operaciones internas. Las operaciones se definen como las actividades necesarias para el funcionamiento de nuestras oficinas, mantener la licencia, la acreditación, obtener financiación y asegurar que nuestros participantes reciban una atención y/o servicios de calidad. Por ejemplo, podemos usar su PHI para evaluar el tratamiento que le proporcionamos y los servicios que le brindamos y/o coordinamos para que usted pueda evaluar nuestro desempeño en la satisfacción de sus necesidades.

A LOS SOCIOS COMERCIALES:

Ciertos aspectos y componentes de los servicios ofrecidos por PHMC se prestan a través de contratos con personas y/u organizaciones externas. Algunos ejemplos de estas personas y/u organizaciones externas incluyen otros proveedores de servicios debidamente designados. Por ejemplo, podría ser necesario para nosotros proporcionar ciertos aspectos de su PHI a una o más de estas personas u organizaciones externas a fin de coordinar un tratamiento y/o servicios adecuados para usted.

SEGÚN LO EXIGEN LAS LEYES:

Podemos usar o revelar su PHI para cualquier fin exigido por ley. Por ejemplo, las leyes federales, estatales o locales pueden exigirle a PHMC usar o divulgar su PHI para responder a una orden judicial o divulgar su PHI ante las autoridades apropiadas para los fines de hacer cumplir las leyes. Otro ejemplo son los registros de vacunación de niños requeridos por escuelas de acuerdo con la ley estatal.

A AGENCIAS GUBERNAMENTALES DE SUPERVISIÓN:

Podemos usar o revelar su PHI si lo autorizan las leyes a una agencia gubernamental de supervisión que lleva a cabo auditorías, investigaciones o procesos civiles o penales. Por ejemplo, el Departamento de Bienestar Público que lleva a cabo auditorías de pagos de la asistencia médica por los servicios proporcionados.

PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA:

Podemos divulgar su PHI a las autoridades correspondientes si sospechamos de abuso o abandono de niños; también podemos suministrar su PHI si consideramos que usted es víctima de abuso, abandono o violencia familiar.

PARA ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA:

Podemos utilizar o divulgar cierta PHI para actividades de salud pública, como aviso de enfermedades, lesiones, nacimientos y muertes, y para investigaciones de salud pública. También podemos divulgar su PHI a médicos forenses, examinadores médicos y/o directores de funerarias según lo autorizan las leyes.

PARA PREVENIR UNA AMENAZA GRAVE CONTRA LA SALUD O LA SEGURIDAD PÚBLICA:

Podemos usar y revelar su PHI cuando sea necesario para prevenir un riesgo grave contra su salud o seguridad, o la salud y la seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, la divulgación se haría solamente a una agencia o persona capaz de ayudar a prevenir el daño amenazado.

CON FINES MILITARES:

Podemos usar o revelar su PHI si usted es integrante de las fuerzas militares según lo exijan los servicios de las Fuerzas Armadas, y también podemos suministrar su PHI para otras funciones gubernamentales especializadas, como la seguridad nacional o actividades de inteligencia.

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES LABORALES: Podemos divulgar su PHI, si se lesiona en el trabajo, a agencias de seguro de indemnización por accidentes laborales o programas similares que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, según lo exijan o permitan las leyes.

Nombre del Cliente _____

Fecha _____

AL MINISTRO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS:

Si lo exigen las leyes, revelaremos su PHI al ministro del Departamento de Salud y Servicios Humanos para el cumplimiento de la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico.

RESTRICCIÓN DE DIVULGACIÓN:

Restringimos la divulgación de PHI en caso de que una persona haya pagado de su bolsillo los servicios de atención médica.

PUBLIC HEALTH MANAGEMENT CORPORATION

SUS DERECHOS EN RELACIÓN CON LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Usted tiene los siguientes derechos con relación a la información médica protegida que mantenemos sobre usted:

DERECHO DE INSPECCIONAR Y COPIAR:

Tiene derecho a inspeccionar y copiar su PHI que está en nuestro poder. Ciertas solicitudes de acceso a su PHI deben presentarse por escrito, deben indicar que desea acceder a su PHI y usted o su representante las deben firmar. Por ejemplo, las solicitudes de copias de registros de tratamiento/servicios.

DERECHO A SOLICITAR COPIAS ELECTRÓNICAS:

Tiene derecho a solicitar una copia electrónica para usted, o una persona designada, de la PHI electrónica en la versión que desee.

DERECHO A SOLICITAR CORRECCIONES:

Tiene derecho a solicitar que se enmiende o corrija su PHI en nuestro poder, si considera que su PHI es incorrecta o está incompleta. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe presentarse por escrito y ante nuestra oficina. Debe declarar en su solicitud por qué considera que la PHI es incorrecta o está incompleta. No estamos obligados a realizar todas las modificaciones solicitadas, pero analizaremos con atención cada solicitud. Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a presentar una declaración breve que adjuntará a su PHI o a que se adjunte su solicitud de enmienda a la PHI.

DERECHO A UN INFORME DE DIVULGACIONES:

Tiene derecho a solicitar, y le debemos proporcionar, una lista de ciertas divulgaciones de su PHI. No se nos exige que incluyamos las divulgaciones para llevar a cabo su tratamiento, el pago del tratamiento y/o los servicios que le proporcionamos y/o para nuestras operaciones internas. Para solicitar esta lista o informe de divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito a nuestra oficina.

DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES:

Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la PHI suya que usamos o revelamos para los fines de tratamiento, pago u operaciones internas, divulgaciones hechas a personas que participan de su atención, divulgaciones para los efectos de socorro en casos de desastre y en el caso de que se pague de bolsillo un servicio en particular. Por ejemplo, puede solicitar que no divulguemos la PHI a su cónyuge. Su solicitud debe describir detalladamente la restricción que usted solicita. HIPAA no requiere que nosotros estemos de acuerdo con su solicitud, pero que acataremos las solicitudes razonables cuando corresponda. Conservamos el derecho de levantar una restricción acordada si consideramos que dicha revocación es apropiada. En la eventualidad de una revocación por nuestra parte, le informaremos sobre ella. También tiene derecho a revocar, por escrito u oralmente, cualquier restricción acordada. La solicitud de restricción (o la revocación de una restricción existente) se puede hacer comunicándose con PHMC al número de teléfono o la dirección que siguen.

DERECHO A SOLICITAR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES: Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre la PHI de determinada manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede pedir que solo nos pongamos en contacto con usted en el trabajo o por correo postal. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos. Para solicitar comunicaciones confidenciales, su solicitud debe ser por escrito a nuestra oficina. No le preguntaremos el motivo de su solicitud, y cumpliremos con toda solicitud razonable.

DERECHO A DEJAR DE RECIBIR COMUNICACIONES:

Puede solicitar dejar de recibir cualquiera de nuestros mensajes con fines de recaudación de fondos o marketing.

Nombre del Cliente _____

Fecha _____

DERECHO A AVISO:

Tiene derecho a recibir un aviso en el caso de que haya una infracción o divulgación involuntaria de su PHI.

DERECHO A UNA COPIA IMPRESA DE ESTA DECLARACIÓN:

Puede pedirnos que le entreguemos una copia de este aviso en cualquier momento mediante una solicitud en persona o por escrito. Tenga en cuenta que conservamos el derecho de modificar este aviso.

QUEJAS:

Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante nosotros o ante el ministro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Para presentar una queja ante nosotros, póngase en contacto con nuestra oficina por escrito. No se le sancionará por presentar una queja. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, póngase en contacto con nuestro funcionario de privacidad: Privacy Officer, Public Health Management Corporation, 260 South Broad Street, Philadelphia, PA 19102.

Nombre del Cliente _____

Fecha _____

PUBLIC HEALTH MANAGEMENT CORPORATION

CONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DEL PARTICIPANTE SOBRE NPP (siglas en Inglés)

Para ofrecer servicios de cuidado de salud y ayudar a usted, el cliente, será necesario para Public Health Management Corporation (PHMC) usar y/o divulgar su información médica protegida para propósitos de tratamiento, pago, y operaciones administrativas internas. Para PHMC es importante mantener la confidencialidad de esa información. El Aviso de Prácticas de Privacidad de PHMC describe con más detalles los usos y divulgaciones de su información de salud protegida ("PHI" por sus siglas en Inglés) que son necesarios y las obligaciones de PHMC de proteger esa información. Usted tiene el derecho de revisar el Aviso antes de firmar este Conocimiento y Consentimiento. Al firmar este Conocimiento y Consentimiento, usted se está poniendo de acuerdo que CFA, un programa de PHMC, el personal profesional, el personal administrativo y otros participantes involucrados en su cuidado de salud puedan usar y divulgar su PHI (por sus siglas en Inglés) en conexión con su cuidado, tratamiento, pago y operaciones administrativas internas.

PHMC puede cambiar en el futuro el Aviso de Prácticas de Privacidad. Si PHMC cambia las prácticas de privacidad, usted puede obtener una copia del Aviso actualizado visitando el sitio de internet WWW.phmc.org, o solicitando una copia en persona, o enviando una solicitud escrita a:

Privacy Officer
Public Health Management Corporation
Center Square East, 1500 Market Street, LM 500, East Tower Philadelphia,
PA 19102

Usted tiene el derecho de solicitar que PHMC restrinja como su información de salud es usada o divulgada para tratamiento, pago, u operaciones de cuidado de salud. PHMC no está obligado a estar de acuerdo con las restricciones que usted solicite, pero si PHMC está de acuerdo con una solicitud de restricción, PHMC está obligado a cumplir con esas restricciones.

Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento, por escrito, excepto hasta el punto de que PHMC previamente haya usado o divulgado su información de salud protegida según las regulaciones de este Consentimiento.

Yo constato que me ha sido ofrecida/recibida una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Public Health Management Corporation. Yo doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información de salud personal como está resumido en el Aviso de Prácticas para tratamiento, pago y operaciones administrativas internas.

Firma del cliente (14 años o más)

Número de identificación del participante

Firma del padre/tutor legal del cliente

Fecha

Firma del personal que obtiene el consentimiento

Fecha

☐ El participante/tutor legal se niega a firmar. _____

Firma del personal

Fecha