



Permiso General

ME HAN DADO UNA COPIA DE "NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD" DE CARIDADES CATOLICAS Y UNA COPIA DE "DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE".

Entiendo que los servicios que recibiré mientras un cliente de Caridades Católicas (Proveedor) dependen de mi firma en este documento de permiso.

Por favor complete la siguiente información:

En caso de una emergencia autorizo al Proveedor contactar a \_\_\_\_\_ a (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_. Mi relación con este contacto es \_\_\_\_\_.

Proveedor puede enviar estado de cuenta y cualquier comunicación necesaria usando lo siguiente (1 de estos debe ser marcado)

- checkbox email \_\_\_\_\_
checkbox Correo USPS \_\_\_\_\_

Deseo que el proveedor se comunique de la siguiente forma (favor marcar todas las áreas que sean aceptables para comunicarnos con usted);

- checkbox Favor contactarme a mi teléfono de la casa: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_.
checkbox Proveedor puede dejar su nombre y número de tel. solo cuando llaman en una maquina o con una persona.
checkbox Proveedor puede dejar un mensaje detallado cuando ellos llaman en una maquina o con una persona.
checkbox Favor contactarme a mi teléfono celular: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_.
checkbox por texto checkbox deje mensaje de voz checkbox enviar recordatorios de cita por texto
checkbox Proveedor puede dejar su nombre y número de tel. solo cuando llaman en una maquina o con una persona.
checkbox Proveedor puede dejar un mensaje detallado cuando ellos llaman en una maquina o con una persona.
checkbox Favor contactarme al trabajo: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_.
checkbox Proveedor puede dejar su nombre y número de teléfono solo cuando ellos llaman.
checkbox Proveedor puede dejar un mensaje detallado cuando ellos llaman.
checkbox Proveedor puede enviarme información por fax: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_.
checkbox Proveedor puede enviarme email a la siguiente dirección de email: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente en imprenta \_\_\_\_\_

Firma del Cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de Persona Autorizada Representativa (si menor de 18) \_\_\_\_\_

Parentesco del Cliente checkbox Pariente checkbox Guardián Legal checkbox Otro \_\_\_\_\_

Firma del Personal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE



Debido a que nuestro interés es asistirle a usted en el cumplimiento y la protección de sus necesidades le estamos informado de sus derechos al hacer uso de nuestros servicios, así como las responsabilidades son importantes las cuales le ayudaran a beneficiarse plenamente en el servicio particular que va a recibir. Le solicitamos que lea y firme esta notificación de Derechos & Responsabilidades del Cliente, así como también una autorización general la cual permitirá a Caridades Católicas a compartir ciertos aspectos de su información de salud protegida para tratamiento, factura y funciones de los cuidados de salud. Su firma en estos dos documentos será necesaria antes de recibir servicios.

### DERECHOS

#### √ **Derecho a Saber**

Usted tiene el derecho a entender lo más completamente posible los resultados y efectos deseados de cualquier servicio profesional en el cual usted participa. Como proveedores de servicios humanos profesionales, estamos firmemente comprometidos a un servicio donde el cliente es visto como un socio en una atmosfera de aprendizaje y crecimiento. Nosotros haremos todo esfuerzo para desarrollar un plan de servicio con usted que sea sensible a sus necesidades. También le invitamos a hacer preguntas o expresar cualquier preocupación que tenga acerca de los servicios que recibe.

#### √ **El derecho a confidencialidad**

Desde que el enfoque de nuestro trabajo junto consiste áreas de su vida que son sensitivas y personales, estamos comprometidos a respetar su privacidad y confidencialidad. Nosotros no podemos divulgar ninguna información que usted ha compartido sin su permiso. Nosotros solamente compartiremos información con otros o recibiremos historia de su desempeño con ellos si nosotros tenemos su consentimiento por escrito. En caso que yo y/o miembros de mi familia reciban servicios de varios proveedores de Caridades Católicas, Yo doy mi consentimiento para que esos proveedores consulten entre ellos para asegurar nuestros mejores intereses.

Sin embargo en esta póliza hay excepciones legalmente requeridas, una de las cuales consiste en la divulgación relacionada con abuso y negligencia. Como profesionales de servicios humanos, se nos exige por ley y ética profesional reportar cualquier sospecha razonable de abuso o negligencia a

la jurisdicción apropiada. Además estamos obligados a reportar nuestras dudas si sospechamos auto-lesiones o que usted pueda causar daño a otros.

#### √ **Colegiales Graduados**

Caridades Católicas es una facultad de entrenamiento invitando los colegiales graduados quienes traen con ellos lo último en tecnologías de programas acreditados en colegios y universidades en nuestra área. Un colegial puede ser asignado como proveedor de sus servicios. Si se le asignara un colegial como proveedor a sus servicios se le informara.

#### √ **El derecho a quejarse**

Si usted no está satisfecho(a) con su tratamiento o los servicios que recibe, usted tiene derecho a contactar el Director Ejecutivo y presentar una queja formal. Si decide hacerlo, simplemente necesita escribir o llamar el Director Ejecutivo usando nuestro número de teléfono normal. Nosotros tratamos estas quejas muy seriamente y hacemos todo esfuerzo para resolverlos de manera justa y parcial.

#### √ **El derecho de rechazar o terminar el servicio**

Dado que el servicio profesional que ofrecemos es voluntario en naturaleza, usted tiene el derecho a decir no a cualquier recomendación o propuesta que le ofrecen. Además, usted también tiene derecho a decidir por cuanto tiempo quiere hacer uso de nuestros servicios y terminar ese servicio. (ver enseguida: *Terminación de Servicios*).

### RESPONSABILIDADES

#### √ **Mantener las Citas**

Usted es responsable por cumplir sus citas para los servicios por los cuales usted ha solicitado. Si usted sabe de antemano que va a necesitar cancelar una cita, se espera que nos notifique veinte- cuatro horas antes. De otra forma le cobraremos el costo usual por faltar o cancelar tarde las citas. Esta póliza es similar a la mayoría de profesionales, es basada en la pérdida disponible de servicios a otros clientes y la pérdida del tiempo del personal profesional. (Será un costo mínimo de \$10 por todas las cancelaciones tarde o faltas de citas aunque su servicio en particular sea proveído gratis.)

#### √ **Pagando su Parte**

Usted será responsable por los pagos de acuerdo con el acuerdo elaborado con su proveedor de servicios. Habrá un costo (o parte de un costo) por servicios telefónicos que son terapéuticos en naturaleza (fuera de hacer citas o cambiar citas, etc.). Hay una expectativa continua que usted informe a su proveedor acerca de aumento o disminución en sus ingresos, el cual podría afectar sus pagos. A pesar de la inhabilidad de pagar su cuota en nuestra escala variable no será una barrera para el servicio, falta de pago de la cuota acordada puede resultar en la interrupción del servicio.

#### √ **Terminación de Servicios**

Si decide terminar los servicios, le pedimos que se lo comunique directamente a su proveedor de servicios. Mientras nosotros respetamos su derecho de suspender los servicios, terminando puede ser un paso importante, nosotros le recomendamos que hable sobre esta decisión con su proveedor de servicios.

Es su responsabilidad de mantener sobriedad mientras participa en los programas y servicios de Caridades Católicas. Si el personal profesional decide que usted está impedido por sustancias controladas, incluyendo medicinas recetadas que le previenen beneficiarse del servicio o son un peligro para usted u otros, su cita será aplazada para más tarde. Si es apropiado el personal puede sugerir una entidad más capacitada en dependencia química, o, deberá ser evaluado(a) como peligrosamente bajo la influencia por las autoridades legales.

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Representante de Agencia: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Caso \_\_\_\_\_

Caso # \_\_\_\_\_

INFORMACION INICIAL (Primera Sesión)

1. Favor describir en pocas palabras la preocupación que lo trae aquí. (Problemas actuales)
  
2. ¿Qué esperanza/sueño cree será diferente o cambiara al venir aquí? (Meta)
  
3. ¿Cuáles son sus recursos o fortalezas que le ayudaran a lograr sus esperanzas o sueños? (Fortalezas)
  
4. ¿Qué le impide obtener su sueño o esperanza para cambiar? (Barreras)

El Stress y las transiciones de la vida pueden afectar su salud física. Recomendamos a todos que se hagan un examen de salud preventiva cada año.

5. ¿Ha visto a su doctor en los últimos 12 meses? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

6a. ¿Cuántas veces en el último año ha tomado bebidas alcohólicas 4(mujeres), 5 (hombres) o más en un día?  
 Nunca                      1-3 Veces                      4-6 Veces                      6+

6b. ¿Cuántas veces en el último año ha usado drogas ilegales o usado medicamentos recetados sin razón medica?  
 Nunca                      1-3 Veces                      4-6 Veces                      6+

\_\_\_\_\_  
 Firma del Cliente                      Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del Cliente /Pariente (Si es Menor) Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma de la Terapeuta, Credenciales Fecha

## Acuerdo de Costo

---

Caridades Católicas es una agencia social privada, sin ánimos de lucro que es financiada a través de donaciones, subsidios, pagos y United Way.

### Pago por Servicios

Se espera que el pago se haga al inicio de cada sesión. Algún otro acuerdo de pago se puede hablar con su proveedor de servicios. Balances mensuales se deben pagar en diez (10) días de la fecha de factura.

### Seguro

Caridades Católicas acepta algunos planes de seguro. Pagos o co-pagos, co-seguro, y cualquier deducible se esperan al inicio de cada sesión.

### Escala Variable

Una escala variable es disponible para clientes que no tienen seguro. Con el fin de determinar el costo apropiado, el cliente necesitara proveer información y documentación.

### Póliza de Cancelación de Citas

Si usted necesita cancelar una cita, le pedimos que notifique a su proveedor de servicios al menos 24 horas antes. Se le cobrara su cuota acordada por faltas y cancelaciones de cita tarde. Para los servicios que se dan sin costo, hay un costo de \$10 por faltas y cancelaciones de cita tarde. Desde que al seguro no se le puede cobrar por citas que no atiende, los co-pagos no se aceptan por citas que no atiende, hay un costo de \$25 para nuestros clientes con seguro por faltar o cancelar tarde las citas. Pagos de estos costos se espera antes del inicio de la siguiente sesión.

### Acuerdo del Costo

Entiendo que mi costo es \$ \_\_\_\_\_ por hora (o servicio) y esperamos que el pago de este costo se haga al inicio de cada sesión. (Para clientes Asegurados, Entiendo esta es mi contribución estimada del costo pero puede cambiar basado en reembolso del seguro). Entiendo que si falto al pago del costo asignado, Se terminaran los servicios al menos que hayan arreglos para hacer el pago. También entiendo que este costo (o parte de este costo) puede ser aplicado a servicios telefónicos que son de naturaleza terapéutica.

Cliente(persona responsable financieramente): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Representante de la Agencia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Caso# \_\_\_\_\_

La Persona de Contacto (Imprenta): \_\_\_\_\_ Personal Tel, ext.: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a Catholic Charities, Diocese of Covington, 3629 Church Street, Covington, KY 41015 Tel: 859.581.8974 fax:859.581.9595

A \_\_\_\_\_ revelar copias de mi historial a: \_\_\_\_\_ recibir copias de mi historial de: \_\_\_\_\_ o intercambiar mi información médica con:

Persona Especifica/Entidad: \_\_\_\_\_ Tel. # \_\_\_\_\_ Fax# \_\_\_\_\_

Dirección/Ciudad/Estado/Zona Postal: \_\_\_\_\_

- Yo autorizo que la siguiente información sea compartida/obtenida
Plan de Tratamiento, Diagnostico, Asistencia, Evaluación Psiquiátrica, Progreso, Análisis de Orina, Notas de Progreso, Avance Psiquiátrico, Historial Completo, Evaluación Neurológica, Resultados de examen Psicológico, Medicamentos Actuales/Historia Medica, Otro, Especificar:

Esta autorización incluye pero no es limitada a historiales relacionados a: Diagnósticos y/o tratamiento de condiciones relacionadas con alcohol/abuso de drogas, resultados de exámenes de SIDA/VIH, Complejo Relacionado con SIDA ARC, diagnósticos y/o tratamiento, diagnostico y/o tratamiento relacionado a otras enfermedades contagiosas y/o abuso sexual.

Historial Solicitado por el periodo de DE (Fecha) \_\_\_\_\_ A Presente \_\_\_\_\_

Iniciales Abajo:

Esta autorización se vencerá en 1 año a no ser que de una fecha específica aquí \_\_\_\_\_

Todas las autorizaciones se vencerán 90 días después que los servicios terminen a no ser que especifique una fecha aquí \_\_\_\_\_

Si rehúso firmar esta autorización NO afectara mi habilidad de recibir tratamiento. Entiendo que yo tengo el derecho de acortar o alargar el periodo de esta autorización a cualquier momento, el cual requiere que se escriba una autorización nueva. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que será usada o compartida y pueda que haya un costo. También entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito y a cualquier momento, y que la revocación será efectiva excepto al punto en que la Diócesis de Caridades Católicas de Covington hayan tomado acciones de seguridad en mi autorización.

PROHIBICION DE REDISTRIBUIR: Esta información ha sido compartida a usted de un historial el cual está protegido por la ley de confidencialidad y la Ley Federal. Regulaciones Federales le prohíbe compartir esta información sin un consentimiento por escrito a la persona a quien le interesa o permitido por Regulaciones Federales. La autorización general para revelar su información médica u otra no es suficiente para este propósito. Las reglas Federales restringen cualquier uso de la información a investigación criminal o acusar a un paciente de abuso de alcohol o drogas.

Firma (Cliente/Pariente/Guardián/Representante Personal-Circule Una) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Personal, credenciales \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si yo revoco esta autorización por escrito, Lo puedo hacer completando la siguiente sección designada o sometiendo una declaración escrita a mi terapeuta/trabajadora. También entiendo que la persona u organización que autoricé a recibir la información definida arriba no está sujeta a las leyes de privacidad Federal o salud del estado, ellos tal vez más adelante den la información de salud protegida, y esto tal vez no siga protegida por estas leyes.

Revocación:
Por el presente revoco la autorización: \_\_\_\_\_
Cliente/Pariente/Guardián/Representante Personal y Fecha \_\_\_\_\_ Firma de la personal testigo de revocación y fecha \_\_\_\_\_

UNA VEZ FIRMADA ESTA AUTORIZACION DEBE OFRECER UNA COPIA AL CLIENTE.

Un fax de este documento firmado se puede aceptar en lugar de la original.