

### INFORMACIÓN GENERAL

Yo, \_\_\_\_\_ He sido informado y entiendo que los servicios prestados por ASG pueden incluir una ingesta, proceso de diagnóstico, evaluación de las necesidades de tratamiento y/o rehabilitación y cualquier evaluación adicional, terapias y/o medicamentos que puedan ser recomendados o proporcionados por la ASG y sus programas. Entiendo que la información recopilada a través de las intervenciones anteriores se utilizará para ayudarme a desarrollar un plan de crisis cuando sea necesario. He tenido estos servicios explicados a mí y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Cualquier pregunta que hice fueron respondidas plenamente a mi satisfacción.

Entiendo y reconozco que los resultados de las evaluaciones se pondrán a mi disposición según corresponda de acuerdo con la ley. Entiendo que todas las evaluaciones, tratamientos y servicios son voluntarios y puedo solicitar, rechazar y/o terminar cualquiera o todos ellos en cualquier momento que la solicitud de ASG cumpla. Entiendo que las consecuencias, si las hay, se me explicarán si me niego o termino la evaluación, el tratamiento o los servicios.

### CONFIDENCIALIDAD

Entiendo y reconozco que ASG practica y garantiza la estricta confidencialidad de mi información con las siguientes excepciones:

1. Si he firmado un formulario de consentimiento para divulgar información designada a partes nombradas.
2. Si hay una orden judicial firmada por un juez que dirija la divulgación de la información designada a las partes nombradas.
3. Si ASG determina que existe una amenaza percibida de daño a mí mismo o a otros, ASG está legalmente obligado a divulgar cierta información a las partes designadas.
4. Si ASG cree que existe una sospecha de abuso que involucra a niños u otras personas vulnerables (por ejemplo, adultos discapacitados intelectuales o ancianos), ASG está legalmente obligada a divulgar cierta información a las partes designadas.
5. Si ASG está obligado a defenderse de una reclamación o investigación, puede utilizar cierta información designada en su defensa.
6. Si ASG forma parte de una auditoría legítima, cierta información puede ser revelada.
7. Si ASG está obligado a revelar cierta información con el fin de obtener el pago de un tercero pagador.

Entiendo y reconozco que la información demográfica y de utilización con respecto a mi tratamiento y/o servicios puede ser reportada en forma estadística al Estado de Maryland y/o a la organización de atención administrada contratada. Esta información se mantendrá confidencial y no podrá ser divulgada a ninguna otra agencia o persona sin mi consentimiento, excepto como se identificó previamente. Entiendo que la información obtenida por las fuerzas del orden durante mi participación con ASG puede no estar cubierta por la política de confidencialidad de ASG. Toda la información sobre el abuso de sustancias será confidencial de acuerdo con 42 CFR Parte 2.

Entiendo que aunque la correspondencia por correo electrónico y mensaje de texto puede no ser considerada como una forma preferida de comunicación entre el consumidor y el personal, puede haber ocasiones en las que estas formas de comunicación pueden ser útiles y necesarias. Entiendo que cualquier información transmitida por correo electrónico o mensaje de texto será limitada y no se utilizará para proporcionar ningún tipo de tratamiento. Se le informa que ASG no puede garantizar la privacidad completa con respecto a los mensajes de texto y correos electrónicos que envíe. También entiendo que ASG aplicará salvaguardias razonables para proteger la confidencialidad con respecto a estas formas de comunicación.

### HONORARIOS

Reconozco que cualquier cargo por evaluaciones, tratamiento y/o servicios proporcionados por ASG se carga a la organización de atención administrada contratada o a mi plan de seguro. Entiendo que los servicios proporcionados por agencias, programas o empresas que trabajan con ASG se facturan y se pagan de acuerdo con los programas de esa agencia, o los procedimientos de la compañía. También entiendo que ASG no es responsable de explicar las disposiciones contenidas en los programas de otra agencia o la estructura o procedimientos de facturación de la empresa.

### NOTIFICACIONES

Reconozco que se me ha proporcionado una copia de la Notificación de Derechos Humanos de ASG, Prácticas de Privacidad de la HIPAA, Procedimientos de Quejas e información de orientación general. Reconozco que esta información me fue explicada satisfactoriamente y se me dio la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecho con las respuestas que se me dieron.

### DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO

Por mi firma, indico que he revisado y entiendo la información anterior. Reconozco que mis derechos como consumidor me han sido explicados satisfactoriamente y tuve la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecho con las respuestas que se me han dado. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento. Doy voluntariamente mi consentimiento informado para la evaluación, tratamiento y/o servicios.

Firma de Representación del Consumidor o Consumidor	Fecha
Nombre impreso del representante del consumidor	Relación de Representante con Consumidor
Firma del personal	Fecha

**Las personas que reciben servicios de cualquier programa tienen derecho a los siguientes derechos humanos.**

**No Discriminación:** Usted tiene derecho a recibir tratamiento independientemente de su raza, color, religión, credo, ascendencia, origen nacional, discapacidad física o mental, estado de veterano, género, identidad de género, expresión de género, edad, estado socioeconómico, capacidad intelectual, orientación sexual, opinión política, apariencia personal, características físicas, estado civil o familiar o cualquier otra característica protegida por la ley. Usted será tratado con cortesía, respeto y pleno reconocimiento de su individualidad. Usted tiene derecho a la dignidad, la privacidad y el cuidado humano. Usted tiene derecho a vivir tan normalmente como sea posible mientras recibe atención y tratamiento.

**Información general:** Usted tiene derecho a ser informado sobre todas las reglas del programa y los servicios y la naturaleza de los servicios prestados. Antes de su admisión al programa, se le informará de las políticas de admisión, asistencia y alta. Usted tiene derecho a saber por qué está siendo dado de alta y el plan para sus requisitos de salud mental y salud física después de que usted es dado de alta. Usted tiene derecho a ser informado de todos los programas y servicios de la empresa. Usted tiene el derecho de acceder a un médico privado de su elección a su propio costo.

**Tarifas:** En un lenguaje claro que usted pueda entender y antes de ser admitido en el programa, usted tiene derecho a saber cuánto cuesta su tratamiento, quién pagará por ello, cualquier límite a la cantidad que pagarán, y cualquier cantidad por la cual usted es responsable del pago. Usted tiene derecho a estar libre de explotación con fines de lucro. Esto incluye el uso indebido de cualquier fondo para su uso o cuidado.

**Servicios de Tratamiento:** Todos los servicios se proporcionarán de acuerdo con las leyes y regulaciones federales, estatales y locales pertinentes. Su tratamiento se proporcionará en el entorno menos restrictivo que esté disponible y adecuado para sus necesidades. Se le informará qué miembro(s) del personal son responsables de su cuidado. Se le pedirá que participe en el desarrollo de su plan de tratamiento y su tratamiento será proporcionado de acuerdo con el plan que ayudó a desarrollar. Usted puede solicitar una revisión de su plan de tratamiento en cualquier momento. Usted tiene derecho a ser informado de los tipos alternativos de tratamiento. Se le informará sobre cualquier cambio (y por qué) en su tratamiento. Usted tiene derecho a que le expliquen su atención y a ser informado de lo que haremos si rechaza cualquier tratamiento. Usted tiene el derecho de rechazar el tratamiento, pero si el tratamiento es ordenado por un tribunal, estaremos obligados a informar al tribunal de su decisión.

**Medicamentos:** Usted puede rechazar los medicamentos como parte de su tratamiento. Si decide tomar medicamentos, se le informará de las razones de la misma, lo que se pretende hacer, de cualquier efecto secundario común, y de cualquier riesgo asociado con el medicamento.

**Investigación:** Usted tiene el derecho de negarse a participar en cualquier ensayo de investigación. Se le informará si va a participar en algún ensayo de medicamentos (u otro tratamiento) antes de ser colocado en un ensayo de investigación. Si decide participar en un juicio de este tipo, se le proporcionará toda la información relevante requerida por la ley para que pueda tomar una decisión informada sobre su participación.

**Uso de los medios de comunicación:** Usted tiene derecho a saber si se utilizará algún dispositivo de grabación de audio o visual, televisión, películas o fotografías en su tratamiento. Usted tiene derecho a rechazar el uso de dichos dispositivos y a entender qué resultados sucederán, si los hay, si se niega a que se utilicen.

**Restricciones:** Usted tiene derecho a estar libre de todas las restricciones químicas y físicas. La Compañía no utilizará restricciones, intervenciones restrictivas o reclusión en ninguno de los participantes inscritos en ningún programa. Todo el personal abordará situaciones de conflicto con intervenciones positivas, como separar a las personas y hablar de problemas.

**Confidencialidad:** Toda la información registrada en su expediente, de acuerdo con la política de registros médicos es confidencial, excepto por *excepciones legales o reglamentarias, incluyendo lo siguiente:*

- Ha firmado y completado un formulario *de Autorización para divulgar información de salud privada* que es válido durante no más de un año a partir de la fecha en que se firma o hasta que se completen los propósitos previstos. Usted puede cancelar por escrito o verbalmente su autorización en cualquier momento.
- Hay una orden judicial firmada por un juez debidamente designado o electo.
- Existe una amenaza percibida de lesiones para usted o para otros o existe la probabilidad de que cometa un delito grave o un delito menor violento.
- Existe la sospecha de abuso que involucre a niños u otras personas vulnerables.
- Los representantes de una fuente de financiación para su tratamiento o servicios requieren que sus registros se pongan a su disposición.
- Usted es un recluso en el Departamento de Corrección y está determinado a necesitar tratamiento para enfermedades mentales, discapacidades del desarrollo o abuso de sustancias.
- Usted está recibiendo tratamiento médico de emergencia (sólo la información necesaria para cumplir con la emergencia será liberada)

**Revisión de registros:** Usted (o su persona legalmente responsable) tiene derecho a revisar su registro de acuerdo con los procedimientos de la empresa y los requisitos legales. Puede ponerse en contacto con el director del programa para solicitar una copia de su registro.

**Libre de abusos:** Usted tiene derecho a estar libre de abuso mental o físico, acoso, castigo físico o humillantes, amenazantes o acciones de explotación. Usted tiene derecho a que cualquier denuncia de abuso sea reportada a las agencias locales de aplicación de la ley.

**Legal:** Usted tiene derecho a la representación de un abogado en asuntos relacionados con su cuidado. Usted puede consultar con un abogado y hacer que su abogado entreviste a miembros del personal que trabajan con usted o que previamente trabajaron con usted en circunstancias razonables. Es posible que tenga acceso a sus registros médicos de acuerdo con los procedimientos de la compañía y las regulaciones legales. Usted tiene derecho a que su abogado proporcione información antes de una audiencia u otro procedimiento judicial.

**Instrucción Anticipada para el Tratamiento de Salud Mental:** Las personas de Maryland tienen el derecho fundamental de controlar las decisiones sobre su atención de salud mental. El estado de Maryland ha establecido una manera adicional y no exclusiva para que una persona ejerza el derecho a dar su consentimiento o a rechazar el tratamiento de salud mental cuando la persona no tiene suficiente comprensión o capacidad para tomar o comunicar decisiones de tratamiento de salud mental. Usted tiene el derecho de completar una directiva avanzada de salud mental para dar a conocer sus decisiones. Si usted está interesado, comuníquese con el Centro de Derecho de Discapacidad de Maryland al 1-800-233-7201 o TTY 410-727-6387

**Quejas:** Usted tiene derecho a presentar una queja que tenga y a entender cómo manejamos su queja. Los consumidores de Maryland también tienen el derecho de comunicarse con la Oficina de Calidad del Cuidado de la Salud con el Departamento de Salud de Maryland, la agencia estatal designada bajo la ley federal y estatal para proteger y abogar por los derechos de las personas con discapacidades. **No use le penalizará** por presentar una queja o queja sobre su atención o tratamiento.

**Entrada en los Servicios:** Usted tiene el derecho de proporcionar información sobre la calidad del servicio y la atención que recibió. Hay varias maneras de proporcionar dicha entrada. Usted puede:

- Completar la Encuesta de Satisfacción del Consumidor
- Llame al CEO/Presidente de la Compañía para proporcionar
- Envíe una declaración al Director de Cumplimiento Corporativo al: 810 Tyvola Road Suite 126 Charlotte, NC 28217.

**Estándares de Conducta Profesional:** Usted tiene derecho a ser atendido con el máximo respeto y con un alto nivel de atención de calidad. La Compañía se adhiere a los Estándares de Conducta Profesional descritos por el Código de ética de la Asociación Americana de Consejería. Cada consejero también se adhiere a las Normas éticas de conducta profesional de su junta de licencias.

## PROCEDIMIENTOS DE QUEJA

El siguiente es un esquema de los Procedimientos de Quejas para los consumidores que reciben servicios de La Compañía.

A los consumidores se les dará información sobre la política de quejas en el momento de la admisión y se les pedirá que firmen un formulario que reconozca la recepción de la póliza. Las quejas/quejas informales son informes destinados o capaces de resolver las preocupaciones lo antes posible. Las quejas formales son cuando las preocupaciones son de naturaleza más atroz (por ejemplo, violación de derechos, discriminación, acoso, etc.) y una queja informal no es apropiada.

Todas las quejas/quejas formales de los consumidores serán respondidas de la siguiente manera:

1. Los consumidores pueden iniciar una queja o queja informando a un consejero, al Coordinador Clínico/Supervisor o a cualquier miembro del personal de su preocupación.
2. A continuación, se pedirá a los consumidores que presenten la queja inicialmente al personal de atención directa por escrito o verbalmente. El personal de atención directa informará al Coordinador Clínico/Supervisor de tal preocupación.
3. Si el personal de atención directa no puede resolver la queja a satisfacción del consumidor, se le pedirá al consumidor que se reúna con el Coordinador Clínico/Supervisor para revisar la queja y determinar una resolución o plan de acción dentro de los 5 días hábiles de la queja/queja inicial. (Los consumidores con dificultades de alfabetización pueden comunicarse con el Coordinador Clínico/Supervisor por teléfono, y el Coordinador Clínico/Supervisor documentará dicha llamada).
4. Si el consumidor aún no está satisfecho con la resolución o plan de acción, se le pedirá al consumidor que se reúna con el Director del Programa. Una vez que el consumidor se haya reunido con el Director del Programa, el Director del Programa resolverá el problema o llevará el problema al Director de Cumplimiento Corporativo para una decisión final. El Director del Programa proporcionará una respuesta por escrito al consumidor dentro de los 5 días de la reunión que incluye:
  - a. Un resumen de la queja/queja presentada por el consumidor
  - b. La decisión del Director del Programa con respecto a la queja
  - c. Explicación de que el consumidor puede pedir al Director del Programa que presente la queja/queja al Director de Cumplimiento Corporativo para su revisión

Cada consumidor tiene el derecho adicional de abordar una queja con el Centro de Derecho de Discapacidad de Maryland al 1-800-233-7201 o TTY 410-727-6387 o la LBHA apropiada. Los datos de contacto estarán disponibles bajo petición.

El Director del Programa conservará todos los archivos de quejas de los consumidores y revisará todas las quejas con el Director de Cumplimiento Corporativo y, si corresponde, con el Comité de Operaciones.

Todos los consumidores deben ser informados de que, en cualquier momento, pueden buscar asistencia externa con su queja / queja, como de la fuente de referencia o de otras agencias.

La Compañía con el cumplimiento de la política de LBHA y/o Departamento de Salud con respecto a cualquier queja presentada contra la Compañía ante la LBHA o dhS.

Los consumidores estarán libres de cualquier forma de represalia o barreras a los servicios como resultado de cualquier acción que tomen con respecto a la presentación de una queja.

Este es el aviso de que el consumidor puede presentar cualquier inquietud y / o queja por escrito a: The Affiliated Santé Group, 12200 Tech Road, Suite 330, Silver Spring, MD 20904, ATTN: Director de Cumplimiento Corporativo.



**Authorization for the Release/Exchange of Protected Health Information**

Nombre de la agencia/persona con la que se puede publicar o intercambiar información. ("Parte receptora")	Nombre de la agencia/persona con la que la información puede ser liberada o intercambiada. ("Fiesta de liberación/intercambio")
---	---

Yo, \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Información obtenida de otras agencias	<input type="checkbox"/> Panorámica de descarga/transición
<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Resultados y recomendaciones de evaluación	<input type="checkbox"/> Información sobre medicamentos
<input type="checkbox"/> Participación y asistencia	<input type="checkbox"/> Información médica	<input type="checkbox"/> Plan de tratamiento
<input type="checkbox"/> Registro médico completo	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Para el propósito específico de:

<input type="checkbox"/> Ayudar y coordinar servicios	<input type="checkbox"/> Propósitos legales
<input type="checkbox"/> Propósitos de seguro/atención administrada	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Esta Autorización es válida hasta un año después de la fecha de firma, durante el período de tiempo necesario para cumplir con su propósito, o hasta la fecha expresada por el cliente (indique la fecha si es inferior a un año) \_\_\_\_\_

La excepción a este período de tiempo es en el caso de divulgaciones para transacciones financieras, o según lo autorice la ley, donde la Autorización es válida indefinidamente. También entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización en cualquier momento y que para ello debo firmar la *Sección de Revocación* en este formulario. Además, entiendo que cualquier acción tomada de conformidad con esta Autorización antes de la fecha y hora de revocación es legal y vinculante. Entiendo que la información puede ser divulgada verbalmente, por escrito, por correo, a través de medios electrónicos seguros o facsímil seguro.

De acuerdo con 42CFR Parte 2, entiendo que mi información no debe ser re-divulgada por el solicitante de la información sin mi autorización adicional por escrito y que esta información puede estar protegida por el Reglamento Federal de Confidencialidad de Abuso de Sustancias. En cualquier caso, el destinatario no debe volver a divulgar dicha información sin mi autorización adicional por escrito a menos que la ley estatal o federal disponga lo contrario.

Entiendo que si mi registro contiene información relacionada con enfermedades crónicas, abuso de alcohol, abuso de drogas, condiciones psicológicas o psiquiátricas, o pruebas genéticas, esta divulgación incluirá esa información a menos que excluya específicamente dicha información de la divulgación.

También entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago por servicios o mi elegibilidad para beneficios; sin embargo, si un proveedor de no tratamiento (por ejemplo, compañía de seguros) solicita un servicio con el único propósito de crear información de salud (por ejemplo, examen físico), ese servicio puede ser denegado si no se da autorización. Si el tratamiento está relacionado con la investigación, el tratamiento puede ser denegado si no se da autorización.

Además, entiendo que puedo solicitar una copia de esta Autorización firmada.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente o Representante legalmente asignado      Fecha de Nacimiento del Cliente      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo      Fecha

**Sección de Revocación**

Por la presente solicito que se revoque esta Autorización para divulgar información de salud de \_\_\_\_\_  
(Nombre del Cliente) en \_\_\_\_\_ (Fecha de la Firma Original), en efectivo \_\_\_\_\_ (Fecha de hoy) en \_\_\_\_\_ (Hora).

Entiendo que cualquier acción tomada en esta Autorización antes de esta fecha y hora de revocación es legal vinculante para anuncios.

_____	_____	_____
<i>Firma del cliente</i>	<i>Fecha</i>	<i>Hora</i>
_____	_____	_____
<i>Firma de testigo</i>	<i>Fecha</i>	<i>Hora</i>

**Sección de Revocación Verbal**

Por la presente atestimo la solicitud verbal de revocación de esta Autorización por \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ (Fecha) A las \_\_\_\_\_ (Hora).

Se ha informado al cliente de que cualquier acción tomada en esta Autorización antes de la fecha de revocación es legal y vinculante.

_____	_____	_____	_____
<i>Firma del personal</i>	<i>Fecha y hora</i>	<i>Firma de testigo</i>	<i>Fecha y hora</i>