



Bienvenido(a) a LifeWorks NW

Toda persona merece recibir apoyo ocasionalmente y nos complace poder darle nuestro apoyo. Queremos que el tiempo que esté con nosotros sea lo más agradable posible.

El pedir ayuda por una adicción o un problema de salud mental puede causar temor, incertidumbre e incluso estrés, y esto es algo que entendemos. Nuestra misión es darle a la gente las herramientas y los recursos que necesitan para llevar una vida saludable y productiva. Al principio puede ser difícil establecer confianza, especialmente si algo malo le ha ocurrido, pero queremos trabajar con usted y asegurarnos de que se sienta seguro y en confianza.

Comprendemos que podrá preocuparle su privacidad y queremos asegurarle de que la protegeremos a través de nuestras políticas bien establecidas. Quizás le inquiete la posibilidad de no poder pagar el costo del tratamiento. Por favor no le dé la espalda a la ayuda que podemos ofrecerle, independientemente de su capacidad para pagarla.

Recuerde que el pedir ayuda es algo positivo, y es el primer paso para llevar una vida más saludable y feliz. Una condición mental o una adicción no deben ser un motivo para sentir vergüenza; una de cada cinco personas es diagnosticada con una condición mental y una de cada diez tiene un problema de adicción. Siéntase orgulloso de pedir ayuda. En LifeWorks NW queremos escuchar su historia y trabajar con usted para lograr sus metas.

Todos los servicios que proporcionamos son personalizados de acuerdo a sus necesidades. Ofrecemos una amplia gama de servicios a todos nuestros clientes. Después de hacer una evaluación inicial, nuestro personal trabajará con usted para identificar metas y un plan de cuidado que se adapten a sus necesidades. Supervisamos el progreso y la satisfacción a todo lo largo del proceso y los servicios. Si en cualquier momento no le satisface nuestra atención, no deje de informarlo a sus proveedores de ayuda asignados y, si el problema no se soluciona, tenemos siempre a su disposición una línea telefónica para presentar quejas (503.645.3581, extensión 2450).

Le deseamos todo lo mejor en el recorrido que está por comenzar y nos alegra saber que ha comenzado a solicitar apoyo. Esperamos mantenernos a su disposición. Valoramos su opinión, así que no dude en contactarnos al teléfono 503.645.3581 o por correo postal en "14600 NW Cornell Road, Portland, OR 97229" con cualquier inquietud, sugerencia o problema que tenga, o sencillamente para informarnos sobre su experiencia aquí en LifeWorks NW. Visite nuestro sitio web www.lifeworksnw.org para obtener más información y recursos.



Atentamente,

Mary Monnat, presidenta y directora ejecutiva



Consentimiento para recibir tratamiento Derechos y responsabilidades

Bienvenido(a) a LifeWorks NW. Esperamos ofrecerle servicios de salud de alta calidad. Nos comprometemos a crear un entorno libre de barreras para todas las personas con

discapacidades. Ofrecemos dispositivos de ayuda para quienes tienen impedimentos visuales o auditivos. Tal como ocurre en cualquier relación durante tratamientos, tanto el cliente como el proveedor tienen muchos derechos y responsabilidades. Además de todos los derechos legales y constitucionales pertinentes, toda persona que recibe los servicios tiene los derechos que se describen más adelante en este documento. Por favor examínelo cuidadosamente y hable con su profesional clínico sobre cualquier pregunta o inquietud que tenga. Donde este documento indique “usted”, se refiere al cliente y/o el tutor legal del cliente.

NECESIDAD MÉDICA

Generalmente, los servicios de tratamiento se limitan a los que se consideran “médicamente necesarios” para el diagnóstico y tratamiento de condiciones específicas. Los servicios deben ser los apropiados para tratar el problema y consistentes con las normas de buena práctica aceptadas por los profesionales acreditados. Siempre que sea posible, usamos metodologías de corta duración, enfocadas en soluciones y orientadas a metas para reducir los problemas.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Usted tiene derecho a elegir entre una gama de servicios y apoyos apropiados que están disponibles y son consistentes con el *Plan de servicios*, son culturalmente apropiados, se prestan en el entorno más integrado de la comunidad, bajo las condiciones menos restrictivas para la libertad individual, que son menos intrusivas para la persona y proveen el mayor nivel de independencia posible. Usted tiene derecho a acceder a los servicios que proveen sus iguales y a recibir medicamentos que se consideren necesarios, apropiados y específicos para las necesidades clínicas que le han diagnosticado.

Usted tiene derecho a inspeccionar su expediente de servicios de conformidad con el estatuto ORS 179.505. Usted tiene derecho a participar en el desarrollo de un *Plan de servicios* escrito, a recibir servicios consistentes con dicho plan y a participar en revisiones y evaluaciones periódicas de los servicios y las necesidades de apoyo, a asistir en el desarrollo de este plan y a recibir una copia escrita del *Plan de servicios*. Usted tiene derecho a solicitar la participación de su familia y su tutor legal en la planificación y prestación de los servicios. Usted tiene derecho a recibir notificación previa de su transferencia, a menos que las circunstancias para dicha transferencia puedan poner en peligro su salud y seguridad.

Usted tiene derecho a recibir un trato digno y respetuoso, sin abusos ni negligencias, y a notificar cualquier incidente de abuso o negligencia sin temor a sufrir represalias. Usted tiene derecho a la libertad de religión. Usted tiene derecho a permanecer libre de reclusiones y restricciones.

COORDINACIÓN DE CUIDADOS CON SU MÉDICO Y OTROS PROVEEDORES DE LA RED

Queremos enfatizar la importancia que tiene la coordinación de su cuidado con su proveedor médico primario y otros proveedores de servicio (p. ej., adicción y salud mental). Le exhortamos a hablar con su médico sobre sus necesidades de atención conductual y el tratamiento que está recibiendo. Esto es especialmente importante cuando el tratamiento incluye el uso de medicamentos. Si usted no tiene un médico, le urgimos a que seleccione uno.

Nuestros profesionales médicos trabajarán directamente con su médico primario y, cuando sea apropiado, lo remitirán nuevamente a su médico primario para la administración continua de medicamentos. Si usted está recibiendo servicios de salud mental, estaremos compartiendo información y coordinando su cuidado con otros profesionales dentro de la red de su seguro médico. Esto tiene la

finalidad de garantizar que todos los profesionales trabajen unidos para atenderle de manera efectiva. Ya no requerimos que usted firme un formulario que nos autorice a comunicarnos con su médico primario sobre su tratamiento de salud mental debido a que las nuevas leyes sobre atención médica establecen que debemos compartir dicha información sobre su salud mental con su médico primario. No revelaremos a su médico primario información sobre el tratamiento de adicción que usted recibe en LifeWorks NW a menos que usted lo autorice por escrito. Solicitamos a quienes reciben servicios de tratamiento de adicción que firmen un formulario que nos autorice a comunicarnos con su médico primario sobre su tratamiento.

BENEFICIOS Y RIESGOS

El tratamiento de salud conductual tiene beneficios y riesgos. El tratamiento generalmente es efectivo para ayudar a personas a resolver los problemas por los cuales están solicitando ayuda. Usualmente reduce considerablemente la sensación de angustia, mejora las relaciones personales y resuelve problemas específicos. Según nuestra experiencia, la mayoría de las personas se benefician de nuestros servicios. Usted tiene derecho a solicitar que le expliquen todos nuestros servicios, incluyendo los resultados esperados y los posibles riesgos. Usted tiene derecho a negarse a participar en experimentos.

Puede haber riesgos asociados con los servicios de salud conductual. Trabajamos estrechamente con usted para limitar los riesgos asociados con el tratamiento. Su profesional clínico examinará con usted los posibles riesgos del tratamiento. Existe el riesgo de que ocurran efectos secundarios molestos cuando se utilizan medicamentos. El psiquiatra o enfermero le informará sobre dichos efectos. Consideramos que el obtener ayuda supera el riesgo la mayoría de las veces. El no recibir tratamiento también conlleva riesgos ya que frecuentemente el problema empeora si no se trata.

Usted tiene derecho a discontinuar su tratamiento en cualquier momento. Sin embargo, le alentamos a hablar abiertamente con su profesional clínico sobre dicha decisión. Su profesional clínico también podría sentir la necesidad de terminar su tratamiento si en su opinión no lo está beneficiando.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

Usted tiene derecho a dar su consentimiento informado antes de que comiencen los servicios, excepto si se trata de una emergencia médica o si lo autorizan las leyes.

En cuanto a servicios para menores, contamos con un modelo familiar y consideramos que es importante que los padres y los tutores legales participen en el tratamiento de un niño o un adolescente. Todos los niños menores de 14 años deben obtener el consentimiento de un padre o su tutor legal para recibir nuestros servicios. En el caso de adolescentes de 14 años de edad o más que estén acompañados por uno de sus padres, tratamos de obtener el consentimiento de ambos (o del tutor legal). Los menores de edad pueden dar su consentimiento informado para recibir servicios en las siguientes circunstancias: son menores de 18 años y legalmente casados; tienen 16 años de edad o más y son legalmente independientes de conformidad con una orden judicial; o tienen 14 años de edad o más y van a recibir servicios ambulatorios solamente. Los servicios ambulatorios no incluyen servicios prestados a través de programas residenciales o de programas de hospitalización parcial o por día. En el caso de adolescentes de 14 años de edad o más que solicitan servicios de salud mental sin sus padres (o su tutor legal), haremos todo esfuerzo posible para involucrar a los padres (o el tutor legal) a menos que exista una razón de peso para no hacerlo, si el menor ha sido objeto de abuso por uno de sus padres o si los padres no están dispuestos a involucrarse.

ACCESO DE PADRES SIN CUSTODIA LEGAL A LOS EXPEDIENTES

Ambos padres de un menor que recibe tratamiento tienen derecho a ver y copiar la hoja clínica del menor. Ambos padres también tienen derecho a hablar con cualquier miembro del personal que ha tenido contacto con su hijo(a). Esto se aplica aun cuando la persona no esté casada con el padre o la

madre del menor, e incluso a quien tenga la custodia exclusiva. Solamente un tribunal puede limitar este derecho para padres que no tienen custodia legal.

EMERGENCIAS

La mejor persona para ayudarle en una situación de emergencia es su profesional clínico primario o su coordinador de servicios. Por favor llame a esta persona a su sitio de trabajo usual durante nuestro horario de trabajo regular. Si su profesional clínico no está disponible, lo conectaremos con otro profesional clínico que podrá ayudarle. En situaciones de emergencia fuera de nuestro horario de trabajo regular, llame al consultorio donde le atienden usualmente y le darán un número telefónico alternativo.

DECLARACIÓN DE TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL

Toda persona adulta de conformidad con la ley tiene derecho a completar un formulario de *Declaración de tratamiento de salud mental*. Este formulario le permite tomar decisiones anticipadas sobre su tratamiento ante la posibilidad de tener una emergencia de salud mental que le impida tomar por cuenta propia decisiones sobre su tratamiento. Su profesional clínico puede darle una copia de la *Declaración de tratamiento de salud mental*, directrices escritas y el nombre de una persona a quien puede contactar para solicitar ayuda e información para llenar el formulario. Hable con su profesional clínico si tiene preguntas al respecto.

LA PRIVACIDAD Y SUS LÍMITES

Nuestro *Aviso sobre prácticas de privacidad* describe cómo podremos usar y revelar su información médica. Usted puede solicitar en cualquier momento una copia de dicho aviso a su profesional clínico o a cualquier recepcionista en nuestras oficinas.

Usted tiene derecho a la confidencialidad y a consentir que su información se revele de conformidad con las normativas ORS 107.154, 179.505, 179.507, 192.515, 192.507, 42 CFR parte 205.50.

El trabajo que hacemos en nuestras localidades es confidencial. La información sobre su estado de salud mental, la prestación de cuidados o el pago por los cuidados se considera "información médica protegida" (*Protected Health Information, PHI*). Leyes federales y estatales protegen esta información tal como se describe más detalladamente en nuestro *Aviso sobre prácticas de privacidad*. Esto significa que la información que usted nos proporciona es privada. Como norma general, no compartiremos ninguna información suya con ninguna persona que no pertenezca a nuestro centro, a menos que usted lo autorice por escrito. Para coordinar su cuidado, podríamos pedirle una autorización escrita para compartir información con terceros que se involucren en su cuidado. Usted puede oponerse a esta solicitud, pero en circunstancias limitadas podríamos tener que descontinuar la prestación de su servicios si no podemos coordinar su cuidado. Si usted ha participado en cualquiera de los programas de LifeWorks NW, incluyendo programas de tratamiento por alcohol y drogas, los expedientes asociados estarán disponibles para las personas que ahora le prestan servicios.

Para proteger su privacidad, no nos comunicaremos con usted por correos electrónicos o textos para informarle de sus necesidades o su cuidado. Si necesita comunicarse con nosotros por correo electrónico o textos, tendremos que revisar este proceso con usted.

La información escrita sobre usted se mantiene en un expediente clínico confidencial resguardado cuando no se está utilizando. Si desea ver su expediente, le pedimos que haga una cita con su profesional clínico para que le explique el expediente y responda sus preguntas.

Generalmente, antes de dar información a terceros que no pertenecen a nuestras clínicas, usted debe llenar previamente una autorización para revelar información confidencial (*Authorization to Release Confidential Information*). Dicha autorización designa quién recibe qué tipo de información y por cuánto

tiempo. Si desea revocar una autorización, comuníquelo a su profesional clínico o envíe una declaración escrita a: "ATTN: Records Department, 14600 NW Cornell Rd, Portland, OR 97229". Usted puede revocar una autorización en cualquier momento, excepto por cualquier medida que hayamos tomado basados en la autorización. No podemos anular medidas que ya hayamos tomado de conformidad con una autorización.

EXCEPCIONES A LA CONFIDENCIALIDAD

Hay ocasiones en las que podríamos compartir su información médica protegida sin su consentimiento. Estas incluyen:

Colegas del personal, asesores y supervisores. Su profesional clínico podría hablar con otros miembros del personal sobre usted para solicitar recomendaciones sobre su tratamiento o coordinar su cuidado. Esto se hace siempre de manera profesional y respetándolo a usted como persona.

Coordinación del cuidado de salud mental. Su profesional clínico podría compartir y recibir información sobre su tratamiento según sea necesario para coordinar su cuidado. Compartiremos solamente la información necesaria para que sus servicios y su tratamiento se lleven a cabo sin repeticiones y de la mejor manera posible.

Servicios farmacéuticos. Si le recetan medicamentos en nuestra clínica, coordinaremos dichas recetas con su farmacia de confianza. Compartiremos solamente la información que se necesite para administrar sus medicamentos de manera efectiva.

Declaración de la FDA. Podríamos compartir información con la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para colaborar con la investigación de efectos adversos importantes de los medicamentos que le receta LifeWorks NW.

Situaciones de emergencia. Podríamos compartir información sobre usted con otros profesionales o agencias en emergencias médicas o de salud mental, o para hacer seguimientos después de tales emergencias.

Futuras lesiones. Si determinamos que usted u otra persona podría sufrir una lesión en el futuro (incluyendo posible suicidio), podríamos vernos obligados a compartir su información médica protegida con las autoridades apropiadas.

Abuso de menores, abuso de ancianos o abuso de adultos con trastornos mentales. Hay ocasiones en que debemos notificar a las autoridades posibles situaciones de abuso. Esto incluye daño a menores, ancianos o adultos que reciben servicios de salud mental. Según las leyes de notificación obligatoria de Oregón, el abuso de menores incluye abuso físico, negligencia, lesión mental o maltrato emocional, abuso o explotación sexual, y amenaza de daño a menores que puede incluir la exposición a violencia doméstica y la exposición a la elaboración de metanfetaminas. La ley también nos da el derecho a revelar información confidencial para cooperar con una investigación de posible abuso. Acataremos estas leyes y cumpliremos nuestra obligación ética de garantizar la seguridad de estos individuos. En ciertas circunstancias, las leyes no requieren que los psicólogos informen de abusos; sin embargo, todos los psicólogos empleados por LifeWorks NW comunicarán cualquier información sobre daño o abuso que reciban. Por ser una entidad comunitaria financiada por el estado, estamos obligados a informar de cualquier abuso de adultos que reciben servicios de salud mental.

Crímenes cometidos contra nosotros. Notificaremos a la policía y los tribunales cualquier crimen que un cliente cometa en cualquiera de nuestros programas o localidades o contra cualquier persona que trabaje con nosotros, o sobre cualquier amenaza de cometer tales crímenes.

Citación u orden judicial. Si se nos ordena comparecer en un tribunal, podríamos tener que proporcionar información clínica sobre usted sin su permiso. Revelaremos la información según la solicite el tribunal o las leyes estatales y federales.

Investigación, auditorías y evaluación. Podríamos permitir que ciertos funcionarios vean nuestra información clínica para fines de investigación científica, auditorías fiscales, evaluación de programas o revisión de colegas. No se revelará ninguna identidad particular excepto cuando sea esencial para los fines de la investigación, evaluación, revisión o auditoría.

Agencias gubernamentales. Podríamos revelar información a agencias gubernamentales cuando sea necesario para garantizar la compensación de los servicios que le prestamos.

Actividades de supervisión de la salud. Podríamos revelar su información médica a una agencia de salud que supervisa el sistema de cuidado de salud y vela por el cumplimiento de las normas de los programas de salud del gobierno, tales como Medicare o Medicaid.

Defunciones. Podremos revelar información clínica a un médico forense o examinador de conformidad con las leyes.

Uso y revelación con autorización. En todos los demás casos, revelaremos información médica protegida de conformidad con los términos de una autorización escrita firmada por usted o por una persona que esté autorizada para revelar información médica protegida en su nombre. Usted puede revocar cualquier autorización, excepto hasta el punto en que hayamos tomado medidas basados en la revocación. Ninguna revocación tiene validez en cuanto a la inspección de registros cuyo fin sea verificar gastos efectuados por entidades gubernamentales o en su nombre.

COMUNICACIONES POR MENSAJES DE TEXTO

Usted podrá comunicarse con su profesional clínico por mensajes de texto si se ha inscrito en un programa que cuenta con personal equipado con dispositivos de comunicación por mensajes de texto. Usted también podrá optar por recibir recordatorios automatizados de consultas por mensajes de texto. Lifeworks NW acatará todas las prácticas de privacidad de la mensajería de textos y no revelará información médica privada por mensajes de texto. Si usted elige comunicarse por mensajes de texto, se le entregará nuestra política de mensajería de texto y se le pedirá que lea y firme un formulario de consentimiento. Su profesional clínico examinará sus expectativas sobre las comunicaciones por texto y responderá las preguntas que tenga sobre estas prácticas.

SOLICITUD PARA ENMENDAR SUS EXPEDIENTES

Usted tiene derecho a solicitar que se enmiende su información de salud que mantenemos en su expediente clínico. Podremos denegar su solicitud en circunstancias limitadas, que incluyen aquellas en que la información que usted solicita enmendar es precisa y está completa.

SEGURIDAD

La seguridad de nuestro personal y nuestros consumidores en el sitio de trabajo tiene gran prioridad. Las armas de fuego y otras armas peligrosas están prohibidas en nuestras instalaciones. La violencia física, los actos hostiles, la intimidación, el acoso y otros comportamientos perturbadores son inaceptables y podrían causar la denegación de sus servicios aquí.

Si usted trae niños para recibir servicios clínicos, tome previsiones para supervisarlos adecuadamente en la sala de espera. Si trae niños cuando usted va a recibir servicios clínicos, deberán acompañarle durante su sesión. También requerimos que los niños no traigan armas de juguete a nuestros centros.

Para su seguridad y la confidencialidad de todos los consumidores, le pedimos que permanezca acompañado por un miembro del personal mientras esté dentro de las áreas clínicas.

LOS SEGUROS Y LOS CUIDADOS MÉDICOS ADMINISTRADOS

Si usted solicita a su seguro médico que pague el tratamiento que recibe aquí, es probable que soliciten información sobre sus problemas y el tratamiento que recibe, al igual que estados de cuenta detallados de los cargos. Mediante la firma de un *Acuerdo de tarifas* y este formulario de *Consentimiento para recibir tratamiento* y su autorización para enviar las facturas a su seguro médico, usted nos autoriza también a revelar información sobre su tratamiento a su empresa aseguradora. Podremos enviar las facturas a su seguro médico a través de sistemas electrónicos. Usted tiene derecho a revisar cualquier información que enviamos a su empresa aseguradora. Por favor informe a su profesional clínico primario si desea revisar esta información.

TARIFAS Y PAGOS

LifeWorks NW cobra todos los servicios que presta, estos incluyen asesoramientos, consultas, preparación de informes especiales o resúmenes de tratamientos, o cualquier otro servicio que usted pueda solicitar. Si su seguro médico o el patrocinador de los servicios no cubre algún servicio, se espera que usted se responsabilice por el pago. La cantidad que deberá pagar se discutirá con usted por adelantado. Después, se le pedirá que firme un *Acuerdo de tarifas*.

Usted debe informarnos inmediatamente de cualquier cambio en su seguro médico, incluyendo Oregon Health Plan. Si su seguro cambia y cesa su cobertura, usted será responsable por la factura. Si tiene preguntas sobre su cobertura, su confidencialidad o cualquier otro aspecto de su tratamiento, contacte a su profesional clínico.

Usted tiene derecho a que le informen de nuestras políticas y procedimientos, los acuerdos de servicios y las tarifas que aplican a los servicios prestados, y a que un padre con custodia, un tutor legal o un representante le ayude a comprender cualquier información presentada.

POLÍTICA DE CANCELACIONES Y POLÍTICA DE IMPAGO

Las cancelaciones y el incumplimiento de las citas interfieren sustancialmente en nuestra habilidad para darle un buen servicio. Si usted no va a poder asistir a una cita, requerimos que la cancele por teléfono con una antelación mínima de 24 horas, o a más tardar el lunes a las 8 a.m. si tiene una cita ese día. Si no cancela una cita por adelantado, se le podría cobrar una tarifa de ausencia. Los pagos por incumplimiento de citas deben pagarse en la siguiente cita. Si usted no paga la tarifa, más cualquier saldo que adeude al momento de su cita, su profesional clínico podría denegarle el servicio. Su estado de cuenta podría entregarse a una agencia de cobranza si usted no paga las tarifas que adeuda.

Si usted no se presenta a sus citas de medicación continuas, le pediremos que solicite una cita a su terapeuta primario a fin de eliminar las barreras que impiden su cumplimiento consistente de sus citas médicas.

Además, si usted no cancela o no asiste a sus citas en tres ocasiones diferentes, su caso podría cerrarse con la agencia. Una nueva solicitud de servicios puede tardar hasta 90 días y deberá volver a llenar todos los documentos de admisión. Igualmente, si no tenemos contacto con usted por tres meses o más, cerraremos su caso con nuestra agencia, a menos que usted haya hablado sobre esta ausencia con su profesional clínico.

QUEJAS Y RECLAMOS

Cualquier persona que recibe servicios, así como su padre, la madre o el tutor legal, puede presentar un reclamo a LifeWorks NW, a la División o al plan de cuidados médicos administrados de la persona.

Las personas cuyos servicios son financiados por Medicaid deben seguir los procedimientos de reclamo y apelación descritos en las normas OAR 410-141-0260 a 410-141-0266.

Las personas cuyos servicios no son financiados por Medicaid deben ver el documento "Grievance and Appeals" (*Reclamos y apelaciones*) publicado en el vestíbulo de la clínica.

Deseamos discutir y resolver cualquier queja prontamente cuando se presente. Usted puede solicitar en cualquier momento conversar con el supervisor de su profesional clínico. LifeWorks NW cuenta con un procedimiento de reclamos escritos diseñado para solucionar problemas que no se resuelven extraoficialmente. Usted puede compartir sus inquietudes sobre nuestros servicios o solicitar una copia del procedimiento de quejas y reclamos llamando al teléfono 503.645.3581 ext. 2450. Alguien se comunicará prontamente con usted para atender sus inquietudes.

También hay entidades normativas locales y nacionales, al igual que asociaciones profesionales, que supervisan el trabajo de su profesional clínico. Si usted lo solicita, le ayudaremos a comunicarse con estas asociaciones.

Usted tiene derecho a presentar reclamos y apelar las decisiones tomadas sobre los reclamos.

AVISO DE INFORMACIÓN QUE REVELAMOS

Le informaremos de (y usted podrá solicitar) un listado de ciertas instancias en que hemos revelado información médica protegida. Esto no incluye información que usted ha autorizado que revelemos, ni aplica a solicitudes que tengan más de seis años o a información revelada antes del 1º de enero de 2014.

Usted tiene derecho a ejercer todos los derechos antes mencionados y estipulados en OAR 309-019-0115 y en todos los Estatutos Revisados de Oregón (*Oregon Revised Statutes*) y las Normas Administrativas de Oregón (*Oregon Administrative Rules*) (incluyendo, entre otros, todos los derechos estipulados en los estatutos ORS de 109.610 a 109.697, si se trata de un menor de edad, y todos los derechos estipulados en ORS 426.385 si la persona está internada), sin temor a ningún tipo de represalia o sanción. Usted tiene derecho a que le informen al comenzar los servicios, y periódicamente en adelante, de los derechos que garantiza esta norma. Usted tiene derecho a ejercer todos los derechos descritos en esta norma sin temor a ningún tipo de represalia o sanción.

NOTIFICACIÓN DE DERECHOS

El presente documento es un formulario escrito de sus derechos personales como cliente. Si se solicita, podemos proporcionar el formulario en un formato alterno o en un lenguaje apropiado según las necesidades de cada individuo. Usted, o su custodio legal cuando corresponda, debe recibir una explicación de estos derechos y de cómo ejercerlos. Las políticas de derechos personales, apelaciones y reclamos están publicadas en cada vestíbulo de las instalaciones de LifeWorks NW que prestan servicios ambulatorios.

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR

Este aviso entró en vigor el 1º de septiembre de 2017

DERECHO A MODIFICAR LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO

Lifeworks NW se reserva el derecho a modificar en cualquier momento los términos de las secciones de este consentimiento. Publicaremos cualquier cambio en nuestras salas de espera y en nuestro sitio web www.lifeworksnw.org.



AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

EL PRESENTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ESTA INFORMACIÓN.

LÉALO CUIDADOSAMENTE.

Nota: Las referencias a "usted/su" incluyen también a menores de edad que reciben tratamiento.

El presente aviso le informa las maneras en que podremos usar o divulgar su información médica protegida. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y la revelación de su información médica protegida. Debemos proteger la privacidad de su información médica y entregarle el presente aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad. Cuando usamos o revelamos su información médica protegida, tenemos la obligación de cumplir con los términos de este aviso (o de cualquier otro aviso que esté en vigor en la fecha del uso o la revelación).

Si tiene preguntas sobre este aviso, comuníquese con su terapeuta primario o con nuestro oficial de privacidad.

Quiénes acatan este aviso

Este aviso describe las prácticas de privacidad que cumplen nuestros empleados, incluyendo el personal clínico y administrativo.

Nuestras obligaciones con respecto a la privacidad

El trabajo que hacemos en LifeWorks NW es confidencial. La información sobre su estado de salud, la prestación de cuidados o el pago por los cuidados se considera "información médica protegida" (*Protected Health Information, PHI*). Esto significa que la información que usted nos proporciona es privada.

Las leyes federales y estatales protegen esta información. Como norma general, no compartiremos ninguna información suya con ninguna persona que no pertenezca a LifeWorks NW a menos que, 1) usted lo autorice por escrito o 2) las leyes nos autoricen a revelar la información.

Creamos un expediente del cuidado y los servicios que usted recibe con nosotros. Dicho expediente incluye información médica protegida. Requerimos este expediente para darle un cuidado de calidad y para acatar requisitos legales. Este expediente se protege con sistemas físicos y electrónicos.

Para proteger su privacidad, no nos comunicaremos con usted por correo electrónico para informarle de sus necesidades o su cuidado.

Uso y revelación de información sin su autorización

Podremos usar o revelar su información médica protegida sin su autorización en determinadas circunstancias:

Colegas del personal, asesores y supervisores. Su profesional clínico podría hablar con otros miembros del personal sobre usted para solicitar recomendaciones sobre su tratamiento o coordinar su cuidado. Esto se hace siempre de manera profesional y respetándolo a usted como persona.

Servicios farmacéuticos. Si le recetan medicamentos en LifeWorks NW, coordinaremos dichas recetas con su farmacia de confianza. Compartiremos solamente la información que se necesite para administrar sus medicamentos de manera efectiva.

Situaciones de emergencia. Podríamos compartir información sobre usted con otros profesionales o agencias en emergencias médicas o de salud mental, o para hacer seguimientos después de tales emergencias.

Futuras lesiones. Si determinamos que usted u otra persona podría sufrir una lesión en el futuro (incluyendo posible suicidio), podríamos vernos obligados a compartir su información médica protegida con las autoridades apropiadas.

Abuso de menores, abuso de ancianos o abuso de adultos con trastornos mentales. Hay ocasiones en que debemos notificar a las autoridades posibles situaciones de abuso. Esto incluye daño a menores, ancianos o adultos que reciben servicios de salud mental. Según las leyes de notificación obligatoria de Oregón, el abuso de menores incluye abuso físico, negligencia, lesión mental o maltrato emocional, abuso o explotación sexual, y amenaza de daño a menores que puede incluir la exposición a violencia doméstica y la exposición a la elaboración de metanfetaminas. La ley también nos da el derecho a revelar información confidencial para cooperar con una investigación de posible abuso. Acataremos estas leyes y cumpliremos nuestra obligación ética de garantizar la seguridad de estos individuos. En ciertas circunstancias, las leyes no requieren que los psicólogos informen de abusos; sin embargo, todos los psicólogos empleados por LifeWorks NW comunicarán cualquier información sobre daño o abuso que reciban. Por ser una entidad comunitaria financiada por el estado, estamos obligados a informar de cualquier abuso de adultos que reciben servicios de salud mental.

Crímenes cometidos contra nosotros. Notificaremos a la policía y los tribunales cualquier crimen que un cliente cometa en cualquiera de nuestros programas o localidades o contra cualquier persona que trabaje con nosotros, o sobre cualquier amenaza de cometer tales crímenes.

Citación u orden judicial. Si se nos ordena comparecer en un tribunal, podríamos tener que proporcionar información clínica sobre usted sin su permiso. Revelaremos la información según la solicite el tribunal.

Acceso de padres sin custodia legal a los expedientes. Ambos padres de un menor que recibe tratamiento tienen derecho a ver y copiar la hoja clínica del menor. Ambos padres también tienen derecho a hablar con cualquier miembro del personal que ha tenido contacto con su hijo(a). Esto se aplica aun cuando la persona no esté casada con el padre o la madre del menor, e incluso a quien tenga la custodia exclusiva. Solamente un tribunal puede limitar este derecho para padres sin custodia legal.

Investigación, auditorías y evaluación. Podríamos permitir que ciertos funcionarios vean nuestra información clínica para fines de investigación científica, auditorías fiscales, evaluación de programas o revisión de colegas. No se revelará ninguna identidad particular excepto cuando sea esencial para los fines de la investigación, evaluación, revisión o auditoría.

Actividades de supervisión de la salud. Podríamos revelar su información médica a una agencia de salud que supervisa el sistema de cuidado de salud y vela por el cumplimiento de las normas de los programas de salud del gobierno, tales como Medicare o Medicaid.

Entidades gubernamentales y de financiamiento. Podríamos revelar información a entidades gubernamentales y/o de financiamiento cuando sea necesario para garantizar la compensación de los servicios que le prestamos.

Defunciones. Podremos revelar información clínica a un médico forense o examinador de conformidad con las leyes.

Uso y revelación con autorización

En todos los demás casos, revelaremos información médica protegida de conformidad con los términos de una autorización escrita firmada por usted o por una persona que esté autorizada para revelar

información médica protegida en su nombre.

Usted puede revocar (anular) cualquier autorización en cualquier momento, a menos que hayamos tomado alguna medida basados en la autorización. No podemos revocar una autorización que tenga relación con medidas del gobierno (o de terceros que actúen en nombre del gobierno) para verificar sus desembolsos.

Sus derechos personales

Solicitudes de información adicional y quejas. Si desea obtener información adicional sobre sus derechos de privacidad o considera que podríamos haber violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que hemos tomado sobre el acceso a la información médica, puede contactar a nuestro Oficial de Privacidad. También puede presentar una queja por escrito al director de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (Office of Civil Rights of the U.S. Department of Health and Human Services). Si usted lo solicita, la Oficina de Privacidad puede darle la dirección exacta del director. No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

Derecho a recibir comunicaciones confidenciales Cumpliremos cualquier solicitud razonable que usted haga por escrito para recibir su información médica por medios de comunicación alternativos o en sitios alternativos.

Derecho a inspeccionar y copiar su información médica. Usted puede solicitar acceso a su expediente médico y sus registros de facturación que conservamos a fin de inspeccionarlos y solicitar copias. En circunstancias limitadas, podríamos negarle el acceso a todos, o una parte de, sus expedientes si determinamos que podría perjudicar su tratamiento. Si desea acceder a sus expedientes, le pedimos que hable con su profesional clínico primario o con el supervisor de su profesional clínico.

Derecho a enmendar sus expedientes. Usted tiene derecho a solicitar que se enmiende su información de salud que mantenemos en su expediente médico o sus registros de facturación. Si desea que se enmiende su expediente, pida un formulario de solicitud de enmienda al personal de la recepción y entrégueles el formulario debidamente llenado. Podremos denegar su solicitud en circunstancias limitadas, que incluyen aquellas en que la información que usted solicita enmendar es precisa y está completa.

Derecho a recibir un recuento de la información revelada. Si usted lo solicita, puede recibir un recuento de ciertas instancias en que hemos revelado su información médica. Esto incluye un recuento de cualquier revelación realizada en cualquier período anterior a la fecha de su solicitud, siempre que no exceda seis años y no aplique a información revelada antes del 14 de abril de 2003. Si solicita un recuento en más de una ocasión durante un período de doce (12) meses, podríamos cobrarle por el informe del recuento.

Fecha de entrada en vigor y duración de este aviso

Este aviso entró en vigor el 15 de mayo de 2007.

Derecho a modificar los términos de este aviso

Nosotros podemos modificar los términos de este aviso en cualquier momento. Si modificamos este aviso, podríamos aplicar todos los términos nuevos a toda la información médica que mantenemos, incluyendo cualquier información creada o recibida antes de haber emitido el aviso nuevo. Si modificamos este aviso, pondremos el aviso nuevo en las áreas de espera de LifeWorks NW y en nuestro sitio web www.lifeworksnw.org. También le entregaremos una copia del aviso en su siguiente cita después de haber modificado el aviso. Usted también puede solicitar un aviso nuevo a la Oficina de Privacidad.

Oficina de Privacidad



Oficial de Privacidad
LifeWorks NW
14600 NW Cornell Road
Portland, OR 97229
Número telefónico: (503) 645-3581

Políticas sobre las actividades de los clientes durante sus citas en los centros de LifeWorks.

POLÍTICA SOBRE EL USO DE TABACO

Está prohibido fumar en todos los centros de LifeWorks NW. Si necesita fumar, por favor hágalo afuera en la acera pública y asegúrese de tirar las colillas de sus cigarrillos en los basureros asignados.

UN SITIO DE TRABAJO LIBRE DE TABACO

LifeWorks NW se compromete firmemente a mantener y mejorar la salud y el bienestar de todos sus empleados y clientes. Por lo tanto, se prohíbe el uso de todo producto que tenga tabaco o nicotina, a excepción de los sustitutos de la nicotina aprobados por la FDA. También se prohíbe fumar cigarrillos electrónicos de conformidad con esta política.

Para proteger la salud de todos nuestros empleados y clientes, los productos que tienen tabaco o nicotina (a menos que estén aprobados por la FDA) y los cigarrillos electrónicos están prohibidos en todas las edificaciones, los centros o los terrenos de LifeWorks NW y en los vehículos que pertenecen a la agencia de LifeWorks NW.

TELÉFONOS CELULARES EN EL VESTÍBULO

Le pedimos que no hable por su teléfono celular en el vestíbulo de LifeWorks NW como una cortesía a nuestros otros clientes. Si necesita hacer o recibir una llamada telefónica, por favor hágalo afuera del vestíbulo, enfrente del edificio.

POLÍTICA SOBRE MASCOTAS

LifeWorks NW tiene la política de permitir solamente que animales de servicio (no animales para apoyo emocional) acompañen a los clientes dentro de los centros de la agencia.

Según la ADA los animales de servicio son aquellos que han sido entrenados para llevar a cabo tareas de ayuda a personas discapacitadas que no podrían realizar dichas tareas por cuenta propia.

POLÍTICA SOBRE ARMAS

Las armas o cualquier artículo que pueda dar la impresión de ser un arma están prohibidos en todos los centros de LifeWorks NW.

1.3 Armas

LifeWorks NW prohíbe a cualquier persona que entre en sus centros, excepto por integrantes de los cuerpos policiales, que porte un arma de fuego u otras armas de cualquier tipo, independientemente de si la persona tiene licencia para portar el arma. Se prohíbe también a todos los empleados que porten armas en el transcurso y el ejercicio de su trabajo para LifeWorks, independientemente de si están o no en una propiedad de LifeWorks NW, y de si tienen o no licencia para portar armas.



CTT _____ SIGN/REC: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

He leído o me han leído cuidadosamente toda la información anterior, **he comprendido perfectamente dicha información, incluyendo los procedimientos para quejas o reclamos y mis derechos personales.** Mi firma más abajo indica que se me han explicado las directrices de confidencialidad para los clientes, así como los derechos y responsabilidades de los clientes, y he recibido información sobre la "Declaración de tratamiento de salud mental". Este documento me autoriza a tomar decisiones sobre mi cuidado si pierdo mi capacidad para tomarlas debido a una emergencia de salud mental. Si decido llenar una declaración, hablaré con mi profesional clínico sobre dicha decisión.

- Deseo recibir más información sobre la *Declaración de tratamiento de salud mental*
- Deseo recibir más información sobre las instrucciones anticipadas de cuidado de salud
- Se me ha entregado una declaración de divulgación profesional (si lo requiere la junta de certificación de profesionales clínicos).

Por la presente, doy libremente mi consentimiento informado en mi nombre, y/o en nombre de mi hijo(a) o dependiente legal menor de edad, para recibir tratamiento en Lifeworks NW.

Nombre del cliente en letra de molde Firma Fecha

Nombre del tutor legal en letra de molde Firma Fecha

Relación con el cliente

*Certifico que este documento fue firmado en mi presencia.**

Nombre y título del testigo Firma Fecha

Mediante la presente doy fe de que he recibido una copia de mis derechos personales
NOMBRE DEL CLIENTE

Nombre del cliente en letra de molde Firma Fecha

Nombre del tutor legal en letra de molde Firma Fecha

Relación con el cliente

Este consentimiento informado firmado se recibió por fax.

Nombre y título del destinatario del fax Firma Fecha

*NOTA: Si no se tiene la firma del cliente, el testigo certifica que el cliente no pudo firmar en dicho momento, aunque se hicieron todos los intentos razonables para informarle de todos sus derechos y responsabilidades.