



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA/CONSENTIMIENTOS/CONTRATOS

SECCIÓN 1:

- CARÁCTER
- TARJETA DE MEDICAID Y TARJETA DEL SEGURO SOCIAL
- INFORMACIÓN DE ADMISIÓN Y VERIFICACIÓN DEL SEGURO DEL CONSUMIDOR

SECCIÓN 2:

- CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y LIBERTAD DE ELECCIÓN
- DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA, PROCEDIMIENTO DE QUEJAS, POLÍTICA DE RESTRICCIÓN
- AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA
- AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN E INTERCAMBIO RECÍPROCO DE INFORMACIÓN PROTEGIDA
- MANUAL DEL CONSUMIDOR Y CONSENTIMIENTO PARA MEDIOS Y FOTOGRAFÍA
- TUTELA Y DOCUMENTACIÓN JUDICIAL (SI APLICA)
- DIVERSOS (CORRESPONDENCIA, FAX, ETC.)

SECCIÓN 3:

- NOTAS DE SERVICIO
- DOCUMENTOS DE TUTELA (si corresponde)

SECCIÓN 4:

- PARTE 1: EVALUACIONES DEL COMPORTAMIENTO
- PARTE 2: IM+CANS
- PARTE 3: REGISTRO DE MEDICAMENTOS DEL CONSUMIDOR
- PARTE 4: EVALUACIÓN DE RIESGOS PARA LA SALUD DE IM+CAN
- PARTE 5: EVALUACIÓN DE ABUSO DE SUSTANCIAS (SI APLICA)

SECCIÓN 5:

- CONTABILIDAD DE LA INFORMACIÓN A REVELAR
- VARIOS



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

SECCIÓN I:

Hoja de presentación

Información sobre la admisión de la tarjeta

médica/tarjeta del Seguro Social

Verificación del seguro



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

Portada de la página de inicio

Número de cliente: _____ ICD-10 código: _____

Fecha de facturación de la evaluación: _____ DOA: _____

Nombre completo: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: M / F Raza/Origen nacional: _____

Seguro de enfermedad #: _____

Nombre del trabajador de elegibilidad: _____ Número de contacto: _____
(12 dígitos)

Previous services? Sí NO Si es así, ¿está firmado el formulario de autorización?

Sí NO

Tutor Legal Principal: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Inicio: _____ Celular: _____
Trabajo: _____

Otro cuidador: _____ Relación: _____

¿Custodia legal? SÍ NO

Si no, ¿formulario de liberación firmado? SÍ NO



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código postal: _____
Fecha de nacimiento: _____ Casa: _____
Celular: _____ Trabajo: _____ DOA: _____

Información de contacto de emergencia:

Nombre: Parentesco: _____ Dirección: _____
Teléfono: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Código postal: _____
¿Medicaid verificado? SÍ NO Fecha de verificación: _____



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

Formulario de información de admisión

Número de historial médico:		Fecha de hoy:
Nombre y número de contacto de la fuente de referencia:		
Nombre del cliente:		
Dirección del cliente:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono fijo:	Teléfono del trabajo/alternativo:	
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social (últimos 4 solamente):	
Género:	Edad:	Mejor horario para llamar:
Nombre del tutor:		Teléfono:
Fecha de nacimiento del tutor:	Número de Seguro Social:	
Dirección del tutor:		
Ciudad Guardiania:	Estado:	Código postal:
Nombre del pariente más cercano:		
Dirección del pariente más cercano:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nombre del contacto de emergencia:		
Dirección:		Teléfono:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Números de teléfono de contacto de emergencia alternativos:		
Médico de atención primaria:		Teléfono:
¿Servicios de salud mental actuales o anteriores? S/N	Tipo/Proveedor:	
Diagnóstico previo/actual:		
Medicamentos previos/actuales:		
Nombre del asegurado:		
Nombre del titular de la tarjeta (tal como aparece en la tarjeta):		
Fecha de nacimiento del titular:	Número de Seguro Social (solo los últimos 4):	
Número de suscriptor:	Grupo #:	



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

Número de teléfono de la compañía de seguros (en el reverso de la tarjeta):	
MCO o Impact Access: S/N	Número de teléfono del proveedor (en la tarjeta de Medicaid):

VERIFICACIÓN DE SEGURO DEL CONSUMIDOR

Nombre del consumidor:		Número de Seguro Social (solo los últimos 4):
Fecha de nacimiento:	Sexo: M / F	Casado/a/Soltero/a/Divorciado/a/Viudo/a (marque con un círculo)
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono fijo/celular:	Correo electrónico:	
¿Le interesaría recibir comunicaciones a través de su correo electrónico? (Ejemplos: recordatorios de citas, actualizaciones administrativas y boletines de salud). Sí No		
Nombre del empleador:		Número de teléfono del empleador:
Dirección del empleador:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Médico de atención primaria:		Monto del copago: \$
¿Cómo se enteró de nuestra Agencia?		
Nombre del garante:		SSN:
Relación con el paciente: (marque con un círculo) Yo mismo Cónyuge Padre		DOB:
Dirección:		Ph #:
Nombre del empleador:		Teléfono del empleador:
Dirección del empleador:		
Ciudad	Estado	Código postal:
Nombre:		Dirección:
Teléfono fijo/celular:	Teléfono del trabajo:	Relación:
Nombre del plan:		I.D. Número:
Dirección:		Número de grupo:
Titular de la póliza:		Fecha De entrada en vigor:
Titular de la póliza SSN:	Titular de la póliza DOB:	Sexo: M / F
Nombre del plan:		I.D. Número:
Dirección:		Número de grupo:
Titular de la póliza:		Fecha De entrada en vigor:
Titular de la póliza SSN:	Titular de la póliza DOB:	Sexo: M / F
Nombre del plan:		I.D. Número:
Dirección:		Número de grupo:
Titular de la póliza:		Fecha De entrada en vigor:
Titular de la póliza SSN:	Titular de la póliza DOB:	Sexo: M / F



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar esta factura a mi compañía de seguros y solicité el pago de los beneficios a nuestra agencia. Reconozco que soy responsable financieramente del pago, independientemente de si está cubierto por el seguro.

Firma

Firma: _____ Fecha: _____



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

SECCIÓN 2:

CONSENTIMIENTOS



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

Consentimiento para el tratamiento de salud conductual

Nombre del cliente: _____ Número de registro: _____

Yo, _____ Por la presente, doy mi consentimiento voluntario para la evaluación y/o tratamiento por parte de Family First Mental Health. Entiendo que esta evaluación/tratamiento puede incluir la derivación a un terapeuta/psiquiatra ambulatorio para una entrevista psiquiátrica y/o supervisión de la medicación, la derivación a un psicólogo para pruebas psicológicas, terapia individual, familiar o grupal, mentoría u otros servicios de salud mental y abuso de sustancias. Me reservo el derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento. Además, me reservo el derecho a rechazar cualquier servicio o tratamiento que se ofrezca en cualquier momento.

Aviso al Consumidor

La política de Family First Mental Health es que, como consumidor de nuestra agencia, usted reciba el tratamiento adecuado y la continuidad de su atención. Para lograrlo, es posible que se comparta información entre agencias de tratamiento para garantizar la calidad de la atención. Se le podría solicitar que firme un Consentimiento para la Divulgación de Información, en caso de que sea necesario compartir información confidencial. La prestación de los servicios no estará sujeta a la firma de este consentimiento. El consumidor o la persona legalmente responsable deberá dar su consentimiento para la Divulgación de Información Confidencial de forma voluntaria. La información también se podrá compartir con las agencias pertinentes según sea necesario para proteger su seguridad y bienestar, así como el de otras personas (consulte la sección "Divulgación de Información"). Los registros de su tratamiento se guardan bajo llave.

Confidencialidad

Las leyes y regulaciones federales protegen la confidencialidad de los registros de los clientes que mantiene este programa. Por lo general, el programa no puede informar a personas externas que un consumidor asiste al programa ni divulgar información que lo identifique como cliente en tratamiento.

A MENOS QUE:

[1] El consumidor consienta por escrito; [2] la divulgación esté permitida por orden judicial; [3] la divulgación se realice al personal en caso de emergencia médica o a personal cualificado para fines de investigación, auditoría o evaluación del programa.

La infracción de las leyes y reglamentos federales por parte de un programa constituye un delito. Las presuntas infracciones pueden denunciarse a las autoridades competentes de conformidad con las regulaciones federales. Las leyes y reglamentos federales no protegen la información sobre un delito cometido por un paciente, ya sea en el programa o contra cualquier persona que trabaje para el programa, sobre cualquier amenaza de cometer dicho delito. Las leyes y reglamentos federales no protegen la información sobre sospechas de abuso o negligencia infantil, que no se denunciará, conforme a la ley estatal, a las autoridades estatales o locales competentes. (Véase 42 USC 290dd-3 y USC 290ee-3 para las leyes federales y 42 CFR Parte 2 para las regulaciones federales).

Admisión a Servicios

Si estoy aquí para recibir servicios de salud mental, esto es para verificar que me han ofrecido una derivación para recibir asesoramiento, pruebas, una evaluación médica y/o tratamiento para la tuberculosis y otras enfermedades contagiosas.



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

Firma del consumidor/tutor

Fecha

Firma del coordinador de admisión

Fecha



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

PRIMERO Libertad de Elección

Este formulario debe completarse después de que todos los consumidores de Family First Mental Health hayan determinado su elegibilidad.

Yo, _____, he sido informado sobre los servicios disponibles para mí o mi hijo/a. Entiendo que tengo derecho a elegir el proveedor de mi preferencia y que se me ofrecerá asistencia para la transferencia si no decido quedarme con nuestra agencia.

Mientras mantenga la elegibilidad para los servicios, seguiré teniendo la oportunidad de elegir entre los proveedores. Entiendo que tengo derecho a rechazar los servicios.

Rechazar los servicios no me impide recibir otros servicios para los que pueda calificar.

Al firmar, confirmo que he recibido orientación sobre la Libertad de Elección.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

RELLENE SÓLO SI EL CONSUMIDOR DESEA INFORMACIÓN ADICIONAL

Al firmar a continuación, solicito nombres de otros proveedores en el área que brinden los mismos servicios.

Nombre de la empresa proporcionada: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Firma del personal: _____ Fecha: _____



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

RECONOCIMIENTO DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PARTICIPANTE DEL PROGRAMA

Todos los participantes de nuestra agencia tienen derechos humanos, civiles y personales que deben ser respetados y honrados. Además, es responsabilidad de todos los participantes del programa actuar de manera que respete los derechos de los demás. Family First Mental Health Services (FFMHS) se compromete a proteger los derechos individuales y a brindar servicios en un entorno que se caracterice por la dignidad y el respeto de todas las personas, y que responda a las necesidades, capacidades y características únicas de cada persona atendida por la organización.

Derechos de los participantes del programa: Como participante del programa, usted tiene derecho a:

- Estar completamente informado sobre el curso de su atención y las decisiones que puedan afectar su tratamiento.
- Revocar su consentimiento para el tratamiento en cualquier momento
- Información oportuna y precisa para ayudarle a tomar decisiones acertadas sobre su tratamiento.
- Participar plenamente como participante activo en las decisiones relacionadas con su tratamiento.
- Tener una persona identificada por escrito que dirigirá y coordinará su tratamiento
- Solicitar un cambio en la persona que dirige y coordina nuestro tratamiento, si así lo desea.
- Recibir servicios en un entorno libre de toda forma de abuso, incluyendo, entre otros, (a) abuso financiero, (b) abuso físico y castigo, (c) abuso y explotación sexual, (d) abuso psicológico incluyendo humillación, negligencia, represalias, amenazas y explotación, y (e) toda forma de aislamiento y restricción.
- Tener información sobre su tratamiento y su confidencialidad protegida en la mayor medida permitida por las leyes y regulaciones federales y estatales de confidencialidad.
- Presentar una queja o reclamo sobre los servicios que recibe sin temor a represalias ni represalias de ningún tipo.
- Tener familiares, amigos u otras personas involucradas en su tratamiento con su consentimiento y aprobación.
- Recibir servicios que cumplan con todas las leyes, normas y regulaciones federales y estatales aplicables.
- Presente una queja ante un tercero externo si considera que la organización no ha abordado satisfactoriamente alguna de sus inquietudes o no aborda adecuadamente ninguna queja formal que presente
 - Para solicitar una transferencia a otro programa si cree que no está recibiendo atención que satisfaga sus necesidades y preferencias.
- También podría tener derechos adicionales según las regulaciones federales, estatales y locales. Su coordinador de servicios le informará sobre cualquier derecho adicional que pueda tener.



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

**RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS Y
RESPONSABILIDADES DEL PARTICIPANTE DEL PROGRAMA
SERVICIOS DE SALUD MENTAL FAMILY FIRST**

Responsabilidades del participante del programa: Como participante del programa de nuestra agencia, usted tiene la responsabilidad de:

- Abstenerse de toda forma de violencia física o abuso hacia otros participantes del programa, personal o visitantes.
- Abstenerse de lenguaje abusivo, comportamiento disruptivo o conducta sexual manifiesta.
- Abstenerse de merodear fuera de las instalaciones de la organización.
- Abstenerse de introducir cualquier tipo de arma en las instalaciones o propiedad de la organización.
- Abstenerse de traer drogas ilícitas (ilegales) o alcohol a las instalaciones de la organización.
- Abstenerse de consumir drogas ilícitas o alcohol mientras participa en los servicios de la organización.
- Use tabaco sólo en las áreas designadas
- Asistir a todos los servicios requeridos por la organización para cumplir con los objetivos acordados.
- Notificar a cualquier proveedor de tratamiento externo (médico, trabajador social, consejero, etc.) sobre la participación en los servicios, en caso de que su tratamiento afecte o comprometa la prestación de dichos servicios.
- Tratar a los demás participantes del programa, al personal y a los visitantes de manera respetuosa.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Proporcionado por: _____ Fecha: _____



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIONES DEL CONSUMIDOR

Nombre del consumidor: _____

En Family First Mental Health, nos preocupa cualquier problema que pueda experimentar con este programa. Para abordar cualquier problema, necesitamos que nos lo hagan saber. Por lo tanto, hemos establecido un Procedimiento de Quejas que le solicitamos que utilice. Si tiene algún problema con los servicios que usted o su hijo/a reciben, o si cree que se ha violado alguno de sus derechos o los de su hijo/a, por favor, informe su inquietud a través de:

1. Primero, informe el problema a su consejero/a o al administrador del programa, o al de su hijo/a. Si bien puede presentar su queja verbalmente, de ser posible, le sugerimos que la presente por escrito. A menos que el administrador del programa o su designado esté de vacaciones, debería recibir una respuesta a su queja en un plazo de cinco (5) días hábiles.
2. El gerente del programa o su designado debe investigar todas las presuntas violaciones o quejas. Esta investigación puede deberse a una queja externa o a la política de la agencia para investigar ciertas situaciones. Estas situaciones incluyen, entre otras: agresión entre pares, fugas y/o presunto maltrato por parte del personal de Family First Mental Health Services. Estas situaciones se investigan para garantizar que nuestro personal siga el protocolo establecido para mantener la seguridad de los clientes del programa. El gerente del programa o su designado realizará entrevistas individuales con todos los clientes y el personal involucrados en el incidente. Con base en los hallazgos, el gerente del programa o su designado resolverá la queja y tomará las medidas disciplinarias correspondientes. Se le notificará sobre los resultados de cualquier investigación relacionada con usted o su hijo/a.
3. Si no está satisfecho con la respuesta del Gerente de Programa o su designado, puede presentar su queja ante el Comité Local de Derechos Humanos, ya sea por escrito o solicitando comparecer en persona en su reunión. Puede contactar con este comité a través del Defensor de Derechos Humanos.
4. Usted conserva el derecho de buscar otras vías más allá del Comité Local de Derechos Humanos que puedan estar disponibles, y considera apropiado manejar cualquier queja que pueda tener con la prestación del servicio.

Firma del cliente/padre/tutor

Fecha

Firma del personal de FFMH

Fecha



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

POLÍTICA DE RESTRICCIÓN

Los empleados de Family First Mental Health no utilizarán restricciones físicas con ningún paciente en nuestro servicio. FFMH utilizará alternativas a las restricciones físicas (Intervención para la Prevención de Crisis) mediante técnicas de desescalada cuando un paciente se vuelva incontrolable durante el servicio.

El protocolo de FFMH establece que el tutor informe al gestor de casos de FFMH sobre todos los niveles de incidentes. Si el paciente se convierte en un peligro para sí mismo, se le indicará al tutor que llame al 911.

FFMH debe documentar todos los incidentes que ocurran mientras el paciente esté en nuestro servicio como un informe interno de incidentes o un informe de incidentes críticos, según la gravedad de la situación.

Firma del consumidor/tutor

Fecha

Representante de FFMH

Fecha



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

Family First Mental Health
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Fecha de entrada en vigor: 1/10/2023

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE.

Los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad («Aviso») se aplican a Family First Mental Health, sus afiliados y sus empleados. Family First Mental Health compartirá la información médica protegida de los pacientes según sea necesario para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, según lo permita la ley.

La ley nos exige mantener la privacidad de la información médica protegida de nuestros pacientes y notificarles sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a dicha información. Estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso mientras permanezca vigente. Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este Aviso según sea necesario y de implementar un nuevo aviso de prácticas de privacidad para toda la información médica protegida que Family First Mental Health mantiene. Estamos obligados a notificarle en caso de una violación de su información médica protegida no segura. También estamos obligados a informarle que puede existir una disposición en la ley estatal relacionada con la privacidad de su información médica que pueda ser más estricta que una norma o requisito bajo la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico ("HIPAA"). Puede obtener una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad revisado o información relacionada con una ley estatal específica enviando una solicitud por correo al Oficial de Privacidad a la dirección que figura a continuación.

USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

Autorización y consentimiento: Salvo lo indicado a continuación, no utilizaremos ni divulgaremos su información médica protegida para ningún otro fin que no sea el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, a menos que usted haya firmado un formulario que autorice dicho uso o divulgación. Tiene derecho a revocar dicha autorización por escrito, la cual entrará en vigor una vez que la recibamos. Sin embargo, dicha revocación no será efectiva si hemos tomado alguna medida basándonos en la autorización, o si la autorización se obtuvo como condición para obtener una cobertura de seguro, o si otra ley otorga a la aseguradora el derecho a impugnar una reclamación en virtud de la póliza o de la propia póliza.

Usos y divulgaciones para el tratamiento: Utilizaremos y divulgaremos su información médica protegida según sea necesario para su tratamiento. Los médicos, enfermeros y otros profesionales involucrados en su atención utilizarán la información de su historial médico y la información que usted proporcione sobre sus síntomas y reacciones al tratamiento, que puede incluir procedimientos, medicamentos, pruebas, historial médico, etc.

Usos y divulgaciones para pagos: Utilizaremos y divulgaremos su información médica protegida según sea necesario para fines de pago. Durante el curso normal de nuestras operaciones, podríamos enviar información sobre sus procedimientos y tratamientos médicos a su compañía de seguros para gestionar el pago de los servicios que le brindamos. También podríamos utilizar su información para elaborar una factura que le enviaremos a usted o a la persona responsable de su pago.



FAMILY FIRST

MENTAL HEALTH

Usos y divulgaciones para operaciones de atención médica: Utilizaremos y divulgaremos su información médica protegida según sea necesario y lo permita la ley para nuestras operaciones de atención médica, lo que puede incluir la mejora clínica, la revisión por pares profesionales, la gestión empresarial, la acreditación y la obtención de licencias, etc. Por ejemplo, podemos usar y divulgar su información médica protegida con el fin de mejorar el tratamiento clínico y la atención al paciente.

Personas involucradas en su atención: Ocasionalmente, podemos divulgar su información médica protegida a familiares, amigos y otras personas designadas que participen en su atención o en el pago de la misma, para facilitar su participación en el cuidado o el pago de su atención. Si no está disponible, está incapacitado o se enfrenta a una situación médica de emergencia y determinamos que una divulgación limitada puede ser lo mejor para usted, podemos compartir información médica protegida limitada con dichas personas sin su aprobación. También podemos divulgar información médica protegida limitada a una entidad pública o privada autorizada para colaborar en las labores de socorro en caso de desastre, para que dicha entidad pueda localizar a un familiar u otras personas que puedan participar en algún aspecto de su atención.

Socios Comerciales: Ciertos aspectos y componentes de nuestros servicios se realizan mediante contratos con personas u organizaciones externas, como auditorías, acreditaciones, recopilación de datos de resultados, servicios legales, etc. En ocasiones, podríamos necesitar proporcionar su información médica protegida a una o más de estas personas u organizaciones externas que nos asisten en nuestras operaciones de atención médica. En todos los casos, exigimos a estos socios que protejan adecuadamente la privacidad de su información.

Citas y Servicios: Podríamos contactarlo para actualizar sus citas o brindarle información sobre su tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Tiene derecho a solicitar, y atenderemos sus solicitudes razonables, recibir comunicaciones sobre su información médica protegida por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Por ejemplo, si desea que los recordatorios de citas no se dejen en el buzón de voz ni se envíen a una dirección específica, atenderemos sus solicitudes razonables. En dicha solicitud, deberá proporcionar una dirección o método de contacto alternativo adecuado. También tiene derecho a solicitar que no le enviemos materiales de marketing en el futuro y haremos todo lo posible por atender dicha solicitud. Debe realizar dichas solicitudes por escrito, incluyendo su nombre y dirección, y enviar dicho escrito al Responsable de Privacidad a la dirección que figura a continuación.

Investigación: En circunstancias limitadas, podremos usar y divulgar su información médica protegida con fines de investigación. En todos los casos en que no se obtenga su autorización específica, su privacidad estará protegida por estrictos requisitos de confidencialidad aplicados por una Junta de Revisión Institucional que supervisa la investigación o por declaraciones de los investigadores que limitan el uso y la divulgación de su información.

Recaudación de fondos: Podremos usar su información para contactarle con fines de recaudación de fondos. Podremos divulgar esta información de contacto a una fundación relacionada para que esta pueda contactarle con fines similares. Si no desea que nosotros o la fundación nos pongamos en contacto con usted para recaudar fondos, debe enviar dicha solicitud por escrito al Responsable de Privacidad a la dirección que figura más abajo.



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

Otros usos y divulgaciones: La ley nos permite y/o nos exige realizar otros usos y divulgaciones de su información médica protegida sin su consentimiento o autorización para lo siguiente:

- o Cualquier propósito requerido por ley;
- o Actividades de salud pública, como la notificación obligatoria de vacunas, enfermedades, lesiones, nacimientos y defunciones, o en relación con investigaciones de salud pública;
- o Si sospechamos de abuso o negligencia infantil: si creemos que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- o A la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para reportar eventos adversos, defectos de productos o participar en el retiro de productos del mercado;
- o A su empleador cuando le hayamos brindado atención médica a solicitud de su empleador.
- o A una agencia de supervisión gubernamental que realice auditorías, investigaciones o procedimientos civiles o penale
- o Citación judicial o administrativa, o solicitud de descubrimiento:
- o A las autoridades policiales, según lo exija la ley, si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo divulgaremos esta información si usted está de acuerdo o cuando la ley lo exija o autorice.
- o A médicos forenses y/o directores de funerarias, de conformidad con la ley;
- o Si es necesario para gestionar una donación de órganos o tejidos, o un trasplante para usted;
- o Si usted es miembro de las fuerzas armadas, también podríamos divulgar su información médica protegida para actividades de seguridad nacional o inteligencia; y
- o A las agencias de compensación laboral para la determinación de los beneficios de compensación laboral.

DIVULGACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN:

Notas de psicoterapia: Debemos obtener su autorización específica por escrito antes de divulgar cualquier nota de psicoterapia, a menos que la ley lo permita. Sin embargo, existen ciertos fines para los cuales podemos divulgar notas de psicoterapia sin su autorización por escrito, incluyendo los siguientes: (1) para llevar a cabo ciertos tratamientos, pagos o actividades de atención médica (por ejemplo, su uso para su tratamiento, para nuestra propia formación y para defendernos en una acción legal u otro procedimiento que usted inicie); (2) al



FAMILY FIRST

MENTAL HEALTH

Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para determinar nuestro cumplimiento con la ley; (3) según lo exija la ley; (4) para actividades de supervisión sanitaria autorizadas por la ley; (5) a médicos forenses o investigadores médicos según lo permita la ley estatal; o (6) para prevenir o mitigar una amenaza grave o inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público.

Información genética: Debemos obtener su autorización escrita específica antes de usar o divulgar su información genética para fines de tratamiento, pago o atención médica. Podemos usar o divulgar su información genética, o la información genética de su hijo, sin su autorización escrita solo cuando lo permita la ley.

Marketing: Debemos obtener su autorización para cualquier uso o divulgación de su información médica protegida con fines de marketing, excepto si la comunicación se realiza mediante (1) una comunicación presencial con usted o (2) un regalo promocional de valor nominal.

Venta de información protegida: Debemos obtener su autorización antes de recibir una remuneración directa o indirecta a cambio de su información médica; sin embargo, dicha autorización no es necesaria cuando el propósito del intercambio sea:

- o Actividades de salud pública;
- o Fines de investigación, siempre que recibamos únicamente una tarifa razonable basada en el costo para cubrir los gastos de preparación y transmisión de la información para fines de investigación;
- o Fines de tratamiento y pago;
- o Operaciones de atención médica que impliquen la venta, transferencia, fusión o consolidación de la totalidad o parte de nuestro negocio, y para la debida diligencia relacionada;
- o Pago que proporcionamos a un socio comercial por actividades que implican el intercambio de información médica protegida que el socio comercial realiza en nuestro nombre (o el subcontratista realiza en nombre de un socio comercial) y la única remuneración proporcionada es por el desempeño de dichas actividades;
- o Proporcionarle una copia de su información médica o un informe de las divulgaciones; Divulgaciones requeridas por ley;
- o Divulgaciones de su información de salud para cualquier otro propósito permitido por y de acuerdo con la Regla de Privacidad de HIPAA, siempre que la única remuneración que recibamos sea una tarifa razonable basada en el costo para cubrir el costo de preparar y transmitir su información de salud para tal propósito o sea una tarifa expresamente permitida por otra ley; o
- o Cualquier otra excepción permitida por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.



FAMILY FIRST

MENTAL HEALTH

DERECHOS QUE USTED TIENE CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

Acceso a su información médica protegida: Tiene derecho a copiar o inspeccionar gran parte de la información médica protegida que conservamos en su nombre. Para la información médica protegida que mantenemos en cualquier registro electrónico designado, puede solicitar una copia en un formato electrónico razonable, si es fácilmente reproducible. Las solicitudes de acceso deben presentarse por escrito y estar firmadas por usted o su representante legal. Puede obtener un "Formulario de Acceso del Paciente a la Información Médica" en la recepción. Se le cobrará una tarifa razonable por la copia, además de los costos de envío y materiales para su información médica protegida. Si solicita copias adicionales, se le cobrará una tarifa por la copia y el envío.

Modificaciones a su información médica protegida: Tiene derecho a solicitar por escrito la modificación o corrección de su información médica protegida que mantenemos. No estamos obligados a realizar las modificaciones solicitadas, pero consideraremos cuidadosamente cada solicitud. Todas las solicitudes de modificación deben presentarse por escrito, estar firmadas por usted o su representante legal y deben indicar los motivos de la solicitud. Si se realiza una solicitud de modificación o corrección, podremos notificar a otros colaboradores si consideramos que dicha notificación es necesaria. Puede obtener un "Formulario de Solicitud de Modificación" del personal de recepción o de la persona responsable de los registros médicos.

Informe de Divulgación de su Información Médica Protegida: Tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones que hayamos realizado de su información médica protegida después del 14 de abril de 2003. Las solicitudes deben presentarse por escrito y estar firmadas por usted o su representante legal. Los formularios de solicitud de informe están disponibles a través de la persona de recepción o la persona responsable de los registros médicos. El primer informe en un período de 12 meses es gratuito; se le cobrará una tarifa por cada informe posterior que solicite dentro del mismo período de 12 meses. Se le notificará la tarifa al momento de su solicitud.

Restricciones sobre el uso y la divulgación de su información médica protegida: Tiene derecho a solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su información médica protegida para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar la mayoría de las solicitudes de restricción, pero intentaremos satisfacer las solicitudes razonables cuando corresponda. Sin embargo, tiene derecho a restringir la divulgación de su información médica protegida a un plan de salud si la divulgación es para realizar pagos u operaciones de atención médica y no está exigida por ley, y la información médica protegida se refiere únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el cual usted, o alguien ajeno al plan de salud en su nombre, ha pagado a Family First Mental Health en su totalidad. Si aceptamos alguna restricción discrecional, nos reservamos el derecho de eliminarla según corresponda. Le notificaremos si eliminamos una restricción impuesta de acuerdo con este párrafo. También tiene derecho a retirar, por escrito o verbalmente, cualquier restricción comunicándoselo a la persona responsable de los registros médicos.

Derecho a Notificación de Incumplimiento: Nos tomamos muy en serio la confidencialidad de la información de nuestros pacientes y estamos obligados por ley a proteger la privacidad y seguridad de su información médica protegida mediante las medidas de seguridad adecuadas. Le notificaremos en caso de que se produzca o pueda producirse una infracción que involucre o pueda afectar su información médica no protegida y le informaremos de las medidas que puede tomar para protegerse.

Copia impresa de este Aviso: Tiene derecho, incluso si ha aceptado recibir notificaciones electrónicamente, a obtener una copia impresa de este Aviso. Para ello, solicítela al Responsable de Privacidad a la dirección que figura **a continuación**.



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

Quejas: Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito ante el Oficial de Cumplimiento. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No se tomarán represalias por presentar una queja.

Para obtener más información: Si tiene preguntas, necesita más ayuda con respecto a este Aviso o desea presentar una solicitud de conformidad con él, puede comunicarse con el Oficial de Cumplimiento de Salud Mental de Family First por teléfono al 708-852-5259 o a la siguiente dirección: 1010 W Lake Street, Oak Park, IL 60301.

Este aviso de prácticas de privacidad también está disponible en nuestro sitio web de Family First Mental Health en www.familyfirstmentalhealth.com

Recibo del cliente mediante firma:

Nombre del cliente: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y/O OBTENER INFORMACIÓN

NOMBRE: _____ DOB: _____

Yo, _____, Por la presente doy mi consentimiento para que Family First Mental Health

Divulgar y/o obtener información de:

NOMBRE: _____ AGENCIA: _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD/ESTADO: _____
TELÉFONO: _____ FAX: _____

Esta información se divulga/obtiene con el propósito de

INFORMACIÓN SOLICITADA:

<input type="checkbox"/> Evaluaciones	<input type="checkbox"/> Psicológico
<input type="checkbox"/> Plan Educativo Individualizado	<input type="checkbox"/> Historial médico y examen físico
<input type="checkbox"/> Historial Social	<input type="checkbox"/> Registro de vacunación
<input type="checkbox"/> Notas de Progreso	<input type="checkbox"/> Calificaciones
<input type="checkbox"/> Evaluaciones Psiquiátricas	<input type="checkbox"/> Registro de asistencia/disciplina
<input type="checkbox"/> Resúmenes de Alta	<input type="checkbox"/> Actualización mensual
<input type="checkbox"/> Correspondencia Escrita y Verbal	<input type="checkbox"/> Nota de admisión
<input type="checkbox"/> Evaluación Educativa	<input type="checkbox"/> Otros

Me informaron sobre la información solicitada/divulgada y los beneficios de su divulgación

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Firma del testigo/personal de salud mental de Family First

Fecha

CUALQUIER PERSONA O AGENCIA QUE RECIBA ESTA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL NO DEBERÁ DIVULGARLA A



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

TERCEROS A MENOS QUE LA PERSONA CONSIENTE O QUE LA LEY PERMITA O EXIJA UNA DIVULGACIÓN ADICIONAL SIN CONSENTIMIENTO.

TODAS LAS ÁREAS EN BLANCO DE ESTE FORMULARIO DEBEN COMPLETARSE ANTES DE LA FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR. FOTOCOPIA DE ESTE FORMULARIOAUTORIZACIÓN COMPLETA SE CONSIDERA TAN VÁLIDA COMO LA ORIGINAL. LA DURACIÓN DEL CONSENTIMIENTO NO SUPERARÁ LOS 90 DÍAS DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN O UN AÑO, LO QUE OCURRA PRIMERO. EL CLIENTE, EL PADRE O EL AR PODRÁN TERMINAR ESTA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO.



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

RECIBO DEL MANUAL DEL CONSUMIDOR

Reconozco que he recibido una copia del Manual del consumidor durante la Orientación y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Firma del tutor/consumidor

Fecha

Firma del personal de salud mental de Family First

Fecha



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

CONSENTIMIENTO PARA MEDIOS Y FOTOGRAFÍA

Yo, _____ (tutor/consumidor) por la presente autoriza a Family First Mental Health a hacer uso de lo siguiente (marque todas las casillas autorizadas por este consentimiento):

- Grabaciones audiovisuales del consumidor
- Fotografía de la imagen del consumidor
- Fotografías e historias relacionadas con el consumidor para el sitio web de Family First Mental Health y/o redes sociales

O

- Rechazo** cualquier autorización de grabaciones audiovisuales e imágenes fotográficas del consumidor.

____ Entiendo que esta autorización tendrá una vigencia limitada hasta que me den de alta del programa y que tengo derecho a modificar o revocar este consentimiento en cualquier momento.

____ Entiendo que cualquier medio que se utilice, bajo la autorización de este consentimiento, podrá seguir utilizándose a discreción de Family First Mental Health, a menos que se presente una revocación por escrito de dicho uso, firmada por mí o por mi padre/madre/tutor (si corresponde).

____ Family First Mental Health podrá utilizar equipos de monitoreo dentro del entorno de servicio por motivos de seguridad. El uso de equipos de monitoreo está siempre prohibido en baños y dormitorios.

Firma del cliente

Fecha

Firma del padre/tutor (si corresponde)

Fecha

Representante de la FFMH

Fecha



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

INSERTAR TODA LA CORRESPONDENCIA

- **PORTADAS DE FAX**
- **CARTAS**
- **DIRECCIONES**
- **COPIAS DE CORREOS ELECTRÓNICOS, ETC.**



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

SECCIÓN 3:

NOTAS DE SERVICIO

TRAMITES DE TUTELA



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

NOTAS DE SERVICIO

- Notas de desarrollo del plan de servicio/Reuniones de equipo
- Nota CM
- Notas de apoyo familiar y comunitario



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

NOTAS

- 1. LAS NOTAS DEBEN ARCHIVARSE EN ORDEN CRONOLÓGICO, CON LA MÁS RECIENTE ARRIBA.**
- 2. TODAS LAS NOTAS DEBEN ESTAR APROBADAS, FIRMADAS Y FECHADAS.**
- 3. FORMULARIOS DE NOTA DE MUESTRA ESTÁN DISPONIBLES EN LA DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.**
- 4. LA DOCUMENTACIÓN DEBE ESTAR ESCRITA A MÁQUINA O DE FORMA LEGIBLE EN TINTA NEGRA, DE FORMA LEGIBLE Y CON ABREVIATURAS DESCIFRABLES.**
- 5. SE PROHÍBE EL USO DE CORRECTORES LÍQUIDOS O CINTA. CONSULTE EL MANUAL DEL PROVEEDOR DEL DSS DE ILLINOIS PARA INFORMAR SOBRE LAS MEDIDAS CORRECTIVAS, SI ES NECESARIO.**
- 6. SI SE UTILIZAN ABREVIATURAS, EL PROVEEDOR DEBE MANTENER UNA LISTA DE LAS ABREVIATURAS Y SUS SIGNIFICADOS.**
- 7. REFERENCIAR A LAS PERSONAS POR SU NOMBRE COMPLETO, CARGO Y AFILIACIÓN A LA AGENCIA O PROVEEDOR AL MENOS UNA VEZ EN CADA NOTA.**
- 8. LAS NOTAS DEBEN INGRESARSE AL SISTEMA AYM DENTRO DE LAS 24 HORAS POSTERIORES A LA PRESENTACIÓN DEL SERVICIO.**



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

SECCIÓN 3

**INSERTAR DOCUMENTOS DE TUTELA
DEL TUTOR LEGAL (si corresponde)**

Ejemplo: DSS, padre con custodia, abuelo(s) que tienen la custodia legal

NO APLICA

Firma: _____ **Título:** _____



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

SECCIÓN 4

PARTE 1:

Evaluación del comportamiento CGAS GAF OTRO:

PARTE 2:

IM+CANS (Evaluación de esperanza de vida, cuidadores y riesgos para la salud) y actualizaciones

PART 3:

Registro de Identificación de Medicamentos del Consumidor y Registro de Administración de Medicamentos (MAR)

PARTE 4:

Encuesta de salud personal IM+CANS

PARTE 5:

Evaluación de abuso de sustancias (según corresponda)



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

PARTE 1:

**INSERTAR LA HERRAMIENTA DE
EVALUACIÓN DEL
COMPORTAMIENTO
COMPLETADA, LAS HOJAS DE
TRABAJO Y LOS RESULTADOS**



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

PARTE 2:

**INSERTAR IM+CANS, Actualizaciones y Reseñas
(CANS de Esperanza de Vida, CANS para Cuidadores y CANS de Evaluación
de Riesgos para la Salud)**



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

PARTE 3:

Registro de medicamentos del consumidor y registro de administración de medicamentos (MAR)



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS DEL CONSUMIDOR

	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	MÉDICO QUE RECETA	DOSIS RECETADA	FORMA	FRECUENCIA	FECHA DE VIGENCIA	FECHA DE SUSPENSIÓN
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							

Los medicamentos de consumo deben identificarse en el momento de la ingesta y cualquier cambio/adición/eliminación debe anotarse anteriormente.



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

PARTE 4:

Encuesta de salud personal IM+CANS



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

PARTE 5:

INSERTAR EVALUACIÓN DE ABUSO DE SUSTANCIAS

(Si no aplica, por favor indíquelo a continuación)

NO APLICA

Firma: _____ **Título:** _____



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

SECCIÓN 5:

CONTABILIDAD DE LA INFORMACIÓN A REVELAR

MISCELÁNEOS



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

AUTORIZACIONES/COLABORACIÓN

- Autorizaciones / Colaboración Miscelánea
- Formulario de autorización de servicio para tutor legal
- Notas para pacientes ambulatorios
- Colaboración de notas médicas



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

--	--	--	--	--	--



FAMILY FIRST
MENTAL HEALTH

Fecha:

Nombre del consumidor/padre:

Dirección:

Estimado:

Espero que esta carta le resulte bien. En Family First Mental Health, nos hemos dado cuenta de que no hemos tenido noticias tuyas desde hace tiempo. Para que su caso permanezca abierto, es requisito que reciba y participe activamente en el tratamiento de forma constante. Si aún le interesan nuestros servicios, contáctenos dentro de los diez días hábiles para programar una cita.

Si no tenemos noticias tuyas para [fecha faltante], cerraremos su caso en ese momento. Si posteriormente decide que desea continuar con los servicios, simplemente llámenos al número que aparece a continuación y le ayudaremos a reanudarlos.

Atentamente,

SALUD MENTAL FAMILIAR PRIMERO

Firma

Nombre: _____ Credenciales: _____

Número de Teléfono: _____