



17 Memorial Medical Drive  
Greenville, SC 29605

115 Southport Rd, Ste. F  
Spartanburg, SC 29306

Teléfono: (864) 283 - 0637 Fax: (864) 283 - 0638

## Información del Paciente

<b>Nombre del Paciente</b>		<b>Segundo Nombre del Paciente</b>		<b>Apellido del Paciente</b>		<b>Pronombre Personal</b>			
_____		_____		_____		_____			
<b>Fecha de Nacimiento del Paciente</b>		<b>Número de Seguro Social del Paciente</b>		<b>Género</b>		<b>Raza del Paciente</b>			
_____		_____		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> White			
<b>Estado Civil del Paciente</b>		<b>Correo Electrónico</b>		<b>Número de Teléfono</b>		<b>(Si el paciente es menor de edad) Nombre de Tutor Legal</b>			
_____		_____		_____		_____			
<b>Nombre (s) de Tutor adicional y relación</b>				<b>Nombre del Grupo/Instalación</b>					
_____				_____					
<b>Dirección de Casa</b>		<b>Dirección Secundaria (Si aplica)</b>		<b>Ciudad</b>		<b>Estado</b>		<b>Código Postal</b>	
_____		_____		_____		_____		_____	
<b>Nombre del contacto de emergencia</b>		<b>Número de teléfono de contacto de emergencia</b>		<b>Nombre del Médico de Atención Primaria</b>		<b>Si no tiene un médico de atención primaria, ¿está interesado en conocer los servicios médicos de nuestra clínica?</b>			
_____		_____		_____		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
<b>Fuente de referencia (Administrador de casos, nombre de agencia)</b>									
_____									

## Información del seguro

<b>Nombre de la compañía de seguros de Medicaid</b>		<b>Número de identificación de Medicaid</b>		<b>Nombre del Titular de la Póliza</b>		<b>Fecha de Nacimiento del Asegurado</b>	
_____		_____		_____		_____	

¿Tiene un seguro adicional que no sea un plan de Medicaid?

Si  No

Nombre de la compañía de seguros privada

Número de Identificación Principal

Nombre del Titular de la Póliza

Fecha de Nacimiento del Asegurado

Relación del Asegurado Con El Cliente

## Información del Garante

La información del garante es información de la parte responsable. El garante es siempre el paciente, a menos que el paciente sea un menor de edad o un adulto incapacitado. El garante de un niño menor (un niño que es menor de 18 años de edad excepto un menor emancipado) es el padre que presenta al niño para los servicios en el momento de la visita inicial.

Relación con el paciente

Yo mismo  Padres o tutores legales

Numero de Licencia de conducir (o de manejo)

Estado Emitido

Nombre del garante

Fecha De Nacimiento del garante

Dirección Postal (si es diferente a la del paciente)

Número de Seguro Social del Garante

Numero de Licencia de conducir (o de manejo)

Estado Emitido

Mejor Número de Contacto

Género

Masculino

Femenino

Otro

Nombre del Empleador

Explain

## Póliza de Seguro y Financiera (lea atentamente antes de firmar)

Certifico que yo, y/o mis dependientes tienen cobertura con

y (si corresponde)

y cedo directamente a Carolina Family Services todos los beneficios de seguro, si se me paga de otra manera por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos pagados o no por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los envíos de seguros. El centro mencionado anteriormente puede utilizar mi información de atención médica y puede divulgar dicha información a la Compañía de Seguros (es) con nombre anterior y sus agentes con el propósito de obtener el pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando mi tratamiento actual haya terminado o haya sido cancelado por los Servicios Familiares de Carolina.

Además, si tiene un seguro primario / comercial que no sea Medicaid, DEBE proporcionarnos la información. El no revelar esta información que resulte en la denegación de servicios, puede resultar en su responsabilidad de pago. Por lo tanto, es su responsabilidad notificar al personal de CFS sobre cualquier cambio en su cobertura de seguro.

Firma del cliente o tutor legal (nombre del tutor si es menor de 18 años)

Relación con el cliente

[Empty box for signature]

**Programa de asistencia financiera de CFS**

Este programa está diseñado para brindar asistencia a pacientes y familias que atraviesan dificultades financieras y desean recibir apoyo de CFS. CFS organiza varios eventos durante todo el año que brindan suministros gratuitos y otra ayuda específica para alimentos, pañales, artículos de tocador y útiles escolares.

**¿Está interesado en inscribirse en el Programa de asistencia financiera?**

Si  No



17 Memorial Medical Drive  
Greenville, SC 29605

115 Southport Rd, Ste. F  
Spartanburg, SC 29306

Teléfono: (864) 283 - 0637 Fax: (864) 283 - 0638

## Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA)

Toda la información revelada por usted en una sesión de asesoramiento o apoyo conductual y la mayor parte de la información incluida en su archivo de asesoramiento / terapia (todos los registros médicos u otra información médica identificable individualmente que se mantenga o divulgue en cualquier forma ) se considera " información de salud protegida "por HIPAA. Como tal, su información médica protegida no se puede distribuir a nadie más sin su consentimiento o autorización expresa, voluntaria e informada por escrito. Las excepciones a esto se definen inmediatamente a continuación.

El uso o divulgación de la siguiente información médica protegida no requiere su consentimiento o autorización:

- Usos y divulgaciones requeridos por ley, aplicación de la ley, procedimientos judiciales y administrativos.
- Usos y divulgaciones sobre víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Usos y divulgaciones para actividades de salud y supervisión.
- Usos y divulgaciones con fines de investigación.
- Usos y divulgación para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad.
- Usos y divulgación para la compensación de trabajadores

### Por favor, indique su preferido de contacto y la divulgación de información de HIPAA

Cómo le gustaría ser contactado con respecto a citas, tratamiento y/u otra información pertinente a su atención médica y/o pago por su atención médica proporcionada en Carolina Family Services, Inc?

**Cualquier método de contacto (teléfono, mensaje de texto, correo electrónico)**

**Contacto limitado (especificar):**

#### Select all that apply

Teléfono  Correo electrónico  Texto

#### Phone

Teléfono del trabajo  Teléfono móvil  Teléfono de casa

#### Correo electrónico

#### Número de texto

¿Cuál es el mejor número para dejar un mensaje de texto o mensaje de texto "confidencial"?

## **DERECHOS DEL CLIENTE CFS**

- I. Como cliente, tiene derecho a ver su expediente médico.
- II. Como cliente, tiene derecho a recibir una copia de su archivo, pero cualquier copia consistirá en documentos generados únicamente por CFS. Además, se le cobrará una tarifa de copia de \$ .25 por página.
- III. Como cliente. Tiene derecho a solicitar modificaciones a su expediente médico.
- IV. Como cliente, tiene derecho a recibir un historial de todas las divulgaciones de información médica protegida.
- V. Como cliente, tiene derecho a restringir el uso y la divulgación de su información médica protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones, pero esto puede resultar en obligaciones financieras por los servicios prestados.
- VI. Si opta por divulgar cualquier información médica protegida, se le pedirá que firme un formulario de Divulgación de información que detalla exactamente a quién y qué información desea divulgar.
- VII. Como cliente, tiene derecho a presentar una queja ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si siente que sus derechos, aquí explicados, han sido violados.

## **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROFESIONAL**

**I. Comprensión de los servicios:** Carolina Family Services ofrece una amplia gama de servicios integrados, como salud conductual y servicios médicos para médicos. Todos los servicios de CFS son una relación de colaboración entre usted y su consejero, médico y / o personal de apoyo comunitario (CSS). Cada miembro de esta relación de trabajo tiene ciertas responsabilidades para garantizar la continuidad del tratamiento. Su consejero, médico y / o CSS contribuirán con su conocimiento, experiencia y habilidades clínicas para brindar apoyo, alivio y tratamiento efectivo de los síntomas presentados. Usted, como cliente o familiar, tiene la responsabilidad de aportar una actitud de cooperación y compromiso con el proceso terapéutico y con todos los tratamientos y recomendaciones médicas.

No hay garantías con respecto al resultado del tratamiento. Su dedicación y motivación pueden aumentar la probabilidad de una experiencia satisfactoria y una remisión observada de los síntomas. Además, los servicios en CFS están diseñados para ayudar a cultivar el cambio para usted, su hijo y su familia. A veces, este tipo de cambio es difícil porque suscita sentimientos, pensamientos y preocupaciones que la gente trata de mantener en su interior, lo que puede ser perjudicial. Al igual que con cualquier tratamiento, Carolina Family Services ha intentado anticipar cualquier riesgo que pueda enfrentar como resultado de recibir servicios de apoyo conductual, pero si tiene alguna pregunta con respecto a sus riesgos o su consentimiento, hable durante su sesión inicial con su terapeuta, CSS. o médico. Sin embargo, es importante tener en cuenta que los beneficios de la terapia y / o los servicios médicos o de medicamentos para usted o su hijo pueden incluir la reducción de síntomas, una vida y una nutrición saludables, una mejor conducta, una comunicación eficaz, relaciones saludables y síntomas positivos del estado de ánimo.

**II. Cita:** Todas las visitas son solo con cita previa y pueden programarse con cualquier miembro del personal de CFS. Planee participar de manera oportuna, ya que perder un tiempo valioso afecta negativamente su tratamiento.

Si necesita reprogramar su cita, debe notificar a CFS con al menos 24 horas de anticipación para evitar que se cierre su caso y se cancele el tratamiento. Si pierde o cancela su cita, es SU responsabilidad comunicarse con nuestra oficina para programar una nueva cita. Tenga en cuenta: Dos o más citas perdidas en un período de 6 meses con MENOS DE 24 horas de aviso resultarán en el cierre del caso y el alta de todos los servicios de CFS

**III. Cuota:** Aceptamos todos los planes de Medicaid de Carolina del Sur. No aceptamos ni aceptamos dinero de los beneficiarios de SC Medicaid, ni solicitamos ni aceptamos copagos. Sin embargo, otros clientes asegurados fuera de SC Medicaid y MCO afiliadas estarán sujetos a las tarifas de pago por cuenta propia que se enumeran a continuación. Para ayudar con el costo de los servicios, los miembros de seguros privados y los no asegurados, no cubiertos por Medicaid, recibirán una Super Bill para el reembolso directo de sus respectivas compañías de seguros por los Servicios de Salud Mental prestados. No podemos garantizar que recibirá el pago ya que algunos proveedores no reconocen un Súper Factura ni cubrirán los servicios de tratamiento de salud mental para proveedores fuera de la red, pero brindaremos este servicio como cortesía. Sin embargo, es responsabilidad del paciente y / o del garante cubrir todos y cada uno de los gastos no pagados por los planes de seguro y actualizar todos y cada uno de los cambios en la cobertura de seguro del paciente.

## SERVICIOS PRINCIPALES DE LIPS Y RBHS

- Evaluación Diagnóstica = \$160.00
- Evaluación De Diagnóstico De Seguimiento = \$100.00
- Terapia Individual (30 minutos)= \$50.00
- Terapia Individual (40-50 minutos) = \$95.00
- Terapia Individual (50-60 minutos) = \$120.00
- Terapias Familiares (60 minutos) = \$120.00
- Terapia De Pareja (60 minutos) = \$115.00
- Evaluación CALOCUS= \$150.00
- Evaluaciones Especializadas (por hora)= \$100-\$150

## SERVICIOS MÉDICOS (PEDIÁTRICOS)

Para nuevos pacientes

- Exámenes (periódicos/preventivos) de salud infantil/de niños - \$200.00
- Visita por enfermedad (60 minutos) - \$300.00
- Visita por enfermedad (30 minutos) - \$200.00

Para pacientes establecidos

- Exámenes (periódicos/preventivos) de salud infantil/de niños - \$175.00
- Visita por enfermedad (60 minutos) - \$275.00
- Visita por enfermedad (30 minutos) - \$175.00

Otros servicios para pacientes nuevos o establecidos

- Examen físico de deport (para pacientes nuevos o establecidos) - \$100.00
- Vacunas/inmunización - varía
- Evaluaciones - varía

## GESTIÓN DE MEDICAMENTOS

- Evaluación Médica Completa = \$450
- Gestión de medicamentos (15 minutos) = \$40 or \$160 por hora

## SERVICIOS DE APOYO COMUNITARIO

- Modificación De Comportamiento (15 minutos) = \$20
- Apoyo Familiar (15 minutos) = \$20
- PRS (15 minutos) = \$20
- Manejo De Crisis (30 minutos) = \$60
- Manejo De Crisis (60 minutos) = \$120
- SPD/Reuniones Del Equipo De Tratamiento (15 minutos) = \$10

**IV. Confidencialidad:** La comunicación entre usted y su equipo de apoyo (terapeuta, médico y personal de apoyo de la comunidad) es confidencial. Esto significa que los miembros de su equipo no discutirán su caso oralmente o por escrito sin su permiso expreso por escrito sobre la divulgación de información (consulte la siguiente sección sobre "Capacitación y supervisión"). Sin embargo, todo el personal de CFS tiene la obligación ética y legal de romper la confidencialidad en las siguientes circunstancias:

1. Si existe una razón para creer que ha ocurrido abuso o negligencia de un niño, anciano o adulto dependiente.
2. Peligros ambientales observados que afectan la seguridad de los clientes, niños u otros miembros vulnerables de la familia.
3. Si hay motivos para creer que tiene la intención seria de hacerse daño a sí mismo, a otra persona o a la propiedad mediante un acto violento, puede cometer o tiene la intención de cometer.
4. Si revela que, a sabiendas, desarrolla, duplica, imprime, descarga, transmite o accede a través de cualquier medio o intercambio electrónico o digital, una película, fotografía o video en el que un niño participa en un acto de conducta sexual obscena.
5. Si introduce su condición emocional en un proceso judicial o es presentada por otra Agencia que requiere recomendaciones o conocimientos profesionales.
6. Si hay una orden judicial o una citación solicitando la divulgación inmediata de sus registros.

**V. Confidencialidad Para niños:** Para garantizar la seguridad y la confianza, los clientes niños y adolescentes deben sentir que pueden hablar libremente sin las consecuencias de revelar a sus padres o autoridades. Por lo tanto, todos los servicios proporcionados a niños mayores de 12 años son estrictamente confidenciales.

1. Para los adolescentes de 12 a 19 años, todas las conversaciones entre cualquier especialista en salud conductual o profesional médico y el cliente son confidenciales y el cliente es confidencial. Sin embargo, el personal de CFS revelará información a los padres si: 1) el niño corre un riesgo grave de hacerse daño a sí mismo o a otros; y 2) el niño está involucrado en un comportamiento potencialmente autodestructivo como el uso intensivo de drogas o el sexo sin protección; 3) existen situaciones que pueden dificultar gravemente el tratamiento. En el

último caso, CFS puede optar por no compartir los detalles de la información, pero puede negarse a continuar con el caso si el niño no se da a conocer por sí mismo. Muchas veces, el terapeuta utilizará la información compartida por el niño para guiar y dirigir a los padres hacia una paternidad más eficaz. Sin embargo, CFS no divulgará rutinariamente a los padres problemas de uso de drogas menores, prácticas sexuales protegidas y seguras, problemas relacionados con la preferencia sexual o expresión de género, infracciones legales o violaciones de las reglas de la casa que los padres desconocen.

2. Los adolescentes deben saber que los padres pueden presentar una acción judicial para abrir sus registros. Sin embargo, CFS desaconseja esta práctica y se reserva el derecho de rechazar los servicios para los padres que no darán su consentimiento para permitir que el terapeuta revele solo lo necesario para promover su progreso. Para ser claros, la terapia no puede ser efectiva si los niños creen que el terapeuta es un conducto de información para sus padres. Si los padres desean discutir este asunto con el terapeuta, se les anima a hacerlo antes de que se programe un tiempo individual con el niño.

3. Los registros de los niños pueden ser solicitados por un miembro de la familia, tutor legal, médico o cualquier otra agencia externa. Sin embargo, CFS se reserva el derecho de rechazar la divulgación de registros a CUALQUIER individuo con un caso pendiente o fundado de abuso, negligencia o violencia doméstica, que involucre al cliente u otro miembro de la familia, los registros serán rechazados y las personas deberán buscar un abogado o solicitar una citación para los registros de un juez de la corte de familia a su cargo, ya que esta es nuestra responsabilidad. política, y el consentimiento refleja que está de acuerdo y se adherirá a esta política.

**VI. Capacitación Y Supervisión Clínica:** Carolina Family Services es un centro de capacitación para pasantes de licenciatura, maestría y doctorado, asociados de consejería con licencia y otros apoyos médicos o paraprofesionales. Todo el personal de apoyo conductual está bajo la supervisión de profesionales de salud mental con licencia, supervisores con licencia y bajo la atención directa de un pediatra. Como tal, deben asistir semanalmente a las reuniones mensuales de supervisión y personal donde se puede discutir su caso y se puede revelar información privada. Con el fin de garantizar que los pasantes reciban la mejor capacitación posible y que los clientes estén bien atendidos, sus sesiones pueden ser grabadas en video o en audio. Las cintas se revisan bajo supervisión y siempre se borran de manera oportuna. Sin embargo, debe aceptar que su caso puede ser discutido en supervisión para recibir servicios en CFS por parte de un personal con licencia provisional, personal de apoyo comunitario o apoyo paraprofesional, ya que esta es una licencia SC y un requisito de Medicaid para quienes no tienen un título médico.

Todos nuestros terapeutas tienen licencia a través de la Junta Examinadora de SC para la Licencia de Consejeros Profesionales, Terapeutas Matrimoniales y Familiares y Especialistas Psicoeducativos. Esta Junta está ubicada en The Synergy Center (Kingstree Building) en Columbia, Carolina del Sur al 803-896-4652 (la dirección postal es P.O. Box 11329 Columbia, SC 29211-1329). Además, todos nuestros terapeutas cumplen con el Código de Ética de la Asociación Estadounidense de Consejería. Empleamos una variedad de terapeutas con una variedad de experiencias y conocimientos. Durante su primera sesión con su terapeuta, le proporcionarán una declaración que detalla su educación, capacitación, límites de licenciatura y experiencias clínicas. Además, son responsables de proporcionar su declaración de divulgación profesional, que debe incluir el estado de su licencia y la información del supervisor. En caso de que tenga un problema con el terapeuta o los servicios prestados a su hijo, comuníquese con nuestra Directora Clínica, Tamara Siders (Tamara@CarolinaFamily.org) o con la Directora Ejecutiva, Jennifer Brooks (jennifer@carolinafamily.org).

Nuestro pediatra tiene licencia a través de la Junta de Examinadores Médicos de SC (SC # 29420) ubicada en 110 Centerview Drive, Columbia SC 29210. También es miembro de la Junta Americana de Pediatría ID #: 1005344.

**VII. Información de contacto:** CFS tiene dos ubicaciones físicas: 17 Memorial Medical Drive Greenville, SC 29605 (dirección postal principal); y 115 F Southport Road Spartanburg SC 29303. Nuestro horario de oficina en Greenville es de lunes a jueves de 8:30 a. m. a 8:00 p. m, viernes de 9:00 a.m. a 1:00 p.m, y de lunes a jueves, de 8:30 a. m. a 8:00 p. m. en nuestra ubicación de Spartanburg, pero también puede comunicarse con nosotros en cada una de nuestras ubicaciones llamando a nuestra línea principal al (864) 283-0637. Si perdimos su llamada o se está comunicando con nosotros fuera de nuestro horario designado, puede dejar un mensaje de voz confidencial. Todas las llamadas realizadas el viernes o durante el fin de semana se devuelven cuando el horario normal se reanuda el lunes. Nuestra dirección de correo electrónico es info@carolinafamily.org y se revisa al menos una vez al día. Nuestro sitio web es www.carolinafamily.org y contiene más información sobre Carolina Family Services y todos los servicios que brindamos. Además, puede enviarnos información por fax al (864) 283-0638.

**VIII. Servicios De Emergencia Y Crisis:** Los consejeros y terapeutas verifican el correo de voz y los mensajes de correo electrónico durante el horario laboral normal, pero no se proporcionan servicios de crisis. Los mensajes que se dejen fuera del horario de atención normal de CFS se recogerán el siguiente día hábil. Si tiene una emergencia que necesita atención inmediata, es posible que deba buscar ayuda en el departamento de servicios de emergencia más cercano o llamar a la policía local. Sin embargo, RBHS y especialistas de apoyo comunitario están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana para emergencias consideradas. La información sobre su contacto personal se proporcionará durante su cita inicial de admisión en el hogar. En caso de que no pueda comunicarse con su especialista en el hogar, comuníquese con nuestra Directora Ejecutiva, Jennifer Brooks (Jennifer@carolinafamily.org).

**Médico:** Por favor limite las llamadas fuera del horario de atención a problemas urgentes y emergencias. Para reabastecimiento de recetas, solicitudes de citas y otros asuntos que no sean urgentes, puede dejar un mensaje de voz o llamar durante el horario normal de atención. Para las llamadas fuera del horario de atención, las llamadas se examinarán para verificar la naturaleza de la emergencia y luego se remitirán al médico para obtener una respuesta en 1 hora. Para los pacientes no asegurados por SC Medicaid, se aplicará un cargo de \$ 50 por las llamadas fuera del horario de atención que no conduzcan a una visita al consultorio o al departamento de emergencias.

**IX. Manejo De Medicamentos:** La política de CFS es mantener un sistema de administración de medicamentos seguro y competente que se basa en las mejores prácticas y el proceso de atención de todos los clientes que incluye: reconocimiento del problema / necesidad, evaluación, diagnóstico (s), administración de medicamentos, manejo, monitorear y revisar el enfoque de atención individualizado y centrado en la persona, así como la documentación consistente con los estándares de gestión y administración de medicamentos. Debido a esto, todos los clientes que reciben administración de medicamentos deben participar en los servicios básicos y / o los servicios de apoyo comunitario. Los clientes dados de alta con éxito pueden mantener la administración de medicamentos cuando una cita puente con un médico de atención primaria no está disponible.

Todas las solicitudes de reabastecimiento de medicamentos deben abordarse en el momento de su visita con el médico. Si existen circunstancias atenuantes, puede llamar al consultorio para comunicarse con su médico acerca de una solicitud de reabastecimiento de medicamentos. Sin embargo, todas las solicitudes de reabastecimiento deben procesarse durante el tiempo de su cita. Es SU RESPONSABILIDAD informarnos al menos 5 días antes de que su hijo se quede sin medicamentos. El no proporcionar al médico y al personal de CFS al menos 5 días puede resultar en lapsos en el tratamiento debido a la disponibilidad limitada de nuestro Médico. Si necesita más ayuda, llame a nuestras oficinas al 864-283-0637. Tenga en cuenta que cualquier reabastecimiento de medicamentos recetados deberá recogerse en la oficina de CFS Greenville durante el horario laboral normal. Esto se aplica tanto a los medicamentos controlados como a los no controlados.

**X. Registros Médicos:** CFS maneja la divulgación y / o divulgación de todos los registros médicos confidenciales de los pacientes de una manera que se adhiere estrictamente a las leyes, reglas y regulaciones estatales y federales. Los registros médicos originales son propiedad de CFS y, como tal, no se divulgarán de nuestra Agencia a menos que sea de acuerdo con una orden judicial, una citación o debido a una solicitud directa con una divulgación de información. Nunca se permite que los registros médicos originales abandonen nuestra Agencia sin la autorización y aprobación previas del proveedor o proveedores tratantes o su designado. Por lo tanto, requerimos de 5 a 7 días hábiles para procesar las solicitudes de registros a menos que se considere una emergencia. Todas las solicitudes aceleradas deberán dirigirse a nuestro departamento de registros con una solicitud específica a [shantel@carolinafamily.org](mailto:shantel@carolinafamily.org).

**XI. Terminación Del Tratamiento:** Tiene derecho a finalizar el tratamiento en cualquier momento, por cualquier motivo y sin obligación alguna, a excepción del pago de tarifas por servicios ya prestados. Tiene derecho a cuestionar cualquier aspecto de su tratamiento con su consejero, médico o especialista en apoyo comunitario. También tiene derecho a esperar que su consejero mantenga límites profesionales y éticos al no entablar otras relaciones personales, financieras o profesionales con usted.

CFS se reserva el derecho de interrumpir el asesoramiento, el apoyo comunitario o el tratamiento médico en cualquier momento, lo que incluye, entre otros, una violación por su parte de este Consentimiento para el tratamiento, un cambio o una reevaluación por parte de CFS de sus necesidades terapéuticas, la capacidad de CFS para abordar esas necesidades, u otras circunstancias que lleven a CFS a concluir, a su sola y absoluta discreción, que sus necesidades de consejería se atenderían mejor en otro centro de consejería. En tales circunstancias, CFS sugerirá un consejero o una agencia de asesoramiento adecuados y hará las derivaciones necesarias para la continuidad de la atención. Dado que contamos con personal con licencia provisional o empleado doblemente, algunos miembros del personal de apoyo a la salud del comportamiento generalmente tienen contrato con CFS. Por lo tanto, es posible que su personal deje CFS antes del alta del tratamiento. Si esto ocurre, tomaremos medidas razonables para garantizar una transición sin problemas dentro de nuestra agencia a otro especialista. En el caso de que no podamos continuar con dichos servicios, aseguraremos las referencias a las Agencias apropiadas, pero es su responsabilidad buscar dicho tratamiento como resultado de esas referencias o recomendaciones.

**XII. Tratamiento Y Consentimiento De Telesalud (Actualizado 2020-debido a COVID-19):** La telesalud se define como el uso de tecnologías de información y telecomunicaciones electrónicas para respaldar la distancia en la atención de salud clínica, conductual, médica y mental. Los sistemas electrónicos interactivos incorporan protocolos de seguridad de software y redes para proteger la información del paciente y salvaguardar los datos intercambiados. Al igual que con cualquier procedimiento médico, puede haber riesgos potenciales asociados con el uso de telesalud. Los riesgos de estos servicios consisten en lo siguiente:

1. La terapia llevada a cabo en línea es de naturaleza técnica y ocasionalmente pueden surgir problemas con las dificultades de conexión a Internet. Las interrupciones del servicio están fuera del control de CFS.
2. La información transmitida puede no ser suficiente (p. Ej., Mala resolución de video) para permitir que el psiquiatra o el terapeuta tomen decisiones médicas adecuadas.
3. Pueden producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento debido a deficiencias o fallos del equipo.
4. Aunque es muy poco probable, los protocolos de seguridad pueden fallar y provocar una violación de la privacidad de la información médica confidencial.
5. La falta de acceso a toda la información que podría estar disponible en una visita cara a cara, pero no en una sesión de telesalud, puede resultar en errores en el juicio del proveedor.

### **XIII. Derechos Y Responsabilidades Del Cliente Por El Uso De Telesalud**

- Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a los servicios de telesalud.
- Entiendo que la tecnología utilizada por el proveedor está encriptada para evitar el acceso no autorizado a mi información médica privada.
- Tengo derecho a negar o retirar mi consentimiento para el uso de telesalud durante el curso de mi atención en cualquier momento.



- Entiendo que el proveedor tiene derecho a retener o retirar su consentimiento para el uso de telesalud durante el curso de mi atención en cualquier momento.
- Entiendo que todas las reglas y regulaciones que se aplican a la práctica de la medicina en el estado de Carolina del Sur también se aplican aquí.
- Entiendo que el proveedor no grabará ninguna de nuestras sesiones de telesalud sin notificación y consentimiento, pero que pueden usarse durante la supervisión y el personal del equipo de tratamiento.
- Acepto asumir la total responsabilidad por la seguridad de cualquier comunicación o información de tratamiento relacionada con mi propia computadora y con mi propia ubicación física.
- No grabaré ninguna sesión de telesalud sin el consentimiento por escrito del proveedor. Informaré al proveedor si alguna otra persona puede oír o ver alguna parte de nuestra sesión antes de que comience la sesión.
- He leído y entendido todas las políticas de CFS y que se aplican a toda la telemedicina, así como a todas las visitas en persona.

**XIV. Otras Políticas Y Procedimientos**

Supervisar A Los Niños: Los niños menores de 18 años DEBEN ser supervisados en TODO momento por un padre, tutor o representante de la agencia. El personal de Carolina Family Services y sus entidades no son responsables de la seguridad, el cuidado, la supervisión o el entretenimiento de CUALQUIER niño que se deje desatendido, incluidos los pacientes. Si bien entendemos que la participación de los padres es importante en la terapia, es SU responsabilidad garantizar el cuidado de los niños que acompañan a los pacientes a Carolina Family Services. Además, en ningún momento se debe dejar a un niño en el vestíbulo mientras un tutor abandona el edificio o sus instalaciones. El no respetar o acatar esta política puede resultar en la terminación inmediata y el alta de Carolina Family Services.

Libertad de Elección: Me han informado y me han proporcionado opciones alternativas de servicios disponibles para mi hijo, mi familia o para mí. Entiendo que tengo derecho a elegir al proveedor de estos servicios y se me ha dado la oportunidad de elegir entre los proveedores de Medicaid inscritos en la comunidad, ya sea por mi agente de referencia o por mi propia voluntad. He seleccionado, Carolina Family Services, para proporcionar los servicios ofrecidos, que incluyen terapias básicas, servicios médicos y tratamiento de RBHS. Mientras siga siendo elegible para CUALQUIER servicio de salud conductual, seguiré teniendo la oportunidad de elegir entre proveedores calificados de Medicaid y tengo el derecho de terminar con CFS en cualquier momento mediante notificación por escrito o verbal. También entiendo que tengo derecho a rechazar los servicios de salud conductual, y esta negativa no me impide recibir otros servicios de Medicaid para los que puedo calificar con otras agencias.

Protocolos de Seguridad para COVID-19: La pandemia actual ha afectado la forma en que operamos de manera segura y realizamos las tareas laborales habituales. Por lo tanto, CFS y su personal han implementado protocolos y estándares de seguridad que deben cumplirse en todo momento para mantener el tratamiento. Con efecto inmediato, todo el personal y los pacientes se someterán a controles diarios de temperatura antes de ingresar a los edificios del CFS. El personal en el hogar usará PPE y mantendrá estándares apropiados de distanciamiento social cuando corresponda. Se requiere que todos los pacientes y familiares usen una mascarilla a menos que tengan una condición que impida el uso de tales mascarillas y equipo. Además, los pacientes menores de edad pueden estar acompañados por no más de 2 miembros de la familia, quienes aceptan cumplir con un control de temperatura y el uso de una mascarilla o escudo antes de ingresar al edificio. En caso de que no se puedan cumplir los protocolos de seguridad, los pacientes y sus familias pueden convertir los servicios a Telesalud mientras estén disponibles. La negativa total a adherirse a los protocolos COVID-19 resultará en el cierre del caso y una remisión a una agencia externa.

HE LEÍDO ESTE CONSENTIMIENTO Y DIVULGACIÓN PROFESIONAL Y LO ENTIENDO COMPLETAMENTE.

ACEPTO EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE MI INFORMACIÓN PERSONAL CON FINES DE TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA. HE LEÍDO Y ENTIENDO LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA CON RESPECTO A TODOS LOS SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO, INCLUYENDO TELESALUD, Y DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TODOS ESTOS SERVICIOS. HE LEÍDO Y ENTIENDO TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN LAS PÁGINAS ANTERIORES SOBRE CONFIDENCIALIDAD Y SUPERVISIÓN, Y HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE DISCUTIR CUALQUIER PREGUNTA O INQUIETUD DE MI SATISFACCIÓN. TAMBIÉN RECONOZCO QUE HE RECIBIDO UNA COPIA DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA.

**Firma Del Paciente (o firma del TUTOR LEGAL si el paciente es MENOR de edad)**

**Date**

---

Si firma como representante personal del paciente, describa su relación con el paciente y la fuente de su autoridad para firmar este formulario.

**Relación Con El Paciente**

**Imprimir Nombre**

---

En el tratamiento, a menudo vemos a familiares y otros adultos de apoyo que desean participar. Enumere a todos los demás participantes que estén de acuerdo y puedan participar en cualquier servicio de tratamiento con CFS. Al incluir su nombre a continuación, ha aceptado permitir la discusión de la información de salud protegida en las sesiones, y ha informado a esos participantes de cualquier riesgo impuesto

o real que puedan experimentar al participar en el tratamiento:

**Participantes con consentimiento adicional (enumere TODOS los posibles miembros):**

---



17 Memorial Medical Drive  
Greenville, SC 29605

115 Southport Rd, Ste. F  
Spartanburg, SC 29306

Teléfono: (864) 283 - 0637 Fax: (864) 283 - 0638

## Autorización Para Divulgar/Divulgar Información De Salud

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Segundo Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Apellido del Paciente \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_

Dirección de Casa \_\_\_\_\_ Dirección Secundaria (Si aplica) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social del Paciente \_\_\_\_\_ Género    **Explain** \_\_\_\_\_

**Raza del Paciente**  American Indian or Alaska Native  Asian  Black or African American  Hispanic or Latino  Native Hawaiian or Other Pacific Islander  White

**Fecha de Nacimiento del Paciente** \_\_\_\_\_

**MI AUTORIZACION:**

**Solicito y autorizo la divulgación de información DE lo siguiente (incluya familiares que puedan estar involucrados en el tratamiento clínico)**

**Doy permiso para que Carolina Family Services divulgue registros A lo siguiente: (Incluya a familiares que puedan estar involucrados en el tratamiento clínico)**

**Lo que autorizo a ser revelado (marque todo lo que corresponda):**

- Evaluaciones (Diagnostic, Follow-up, CALOCUS, Psychiatric)  Notas de Servicio Clínico-Terapia
- Notas de manejo de medicamentos psiquiátricos  Planes de tratamiento  Evaluaciones / medidas de detección utilizadas
- Resúmenes de progreso del tratamiento  Cartas de recomendación
- Resumen de descarga/Terminación de la Información de Servicio  Notas del médico  Registros de vacunas
- Resultados de laboratorio u otros exámenes de detección  Historial médico completo del médico (excluyendo salud conductual)

**Nota importante: Esto incluye un permiso específico para liberar lo siguiente:**

1. . Todos los registros y otra información relacionada con mi tratamiento, hospitalización y atención ambulatoria para mi(s) impedimento(s),

incluyendo, pero no limitado a:

- Insuficiencia(s) psicológica, psiquiátrica u otro impedimento mental (excluye "notas de psicoterapia" a menos que se solicite o subacuerque lo contrario).
- Abuso de drogas, alcoholismo u otro abuso de sustanciasv Diagnósticos médicos, auto-divulgaciones sobre la historia clínica o información de diagnóstico pasado
- Anemia de células falciformes
- Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), incluyendo el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o pruebas para detectar el VIH o la enfermedad de transmisión sexual.

2. Información sobre cómo mi(s) impedimento(s) afecta mi capacidad para completar tareas y actividades de la vida diaria y afecta mi capacidad de trabajo.

3. Copias de las pruebas o evaluaciones educativas, incluidos los programas de educación individualizados, evaluaciones psicológicas y del habla, observaciones y evaluaciones de maestros, y cualquier otro registro que pueda ayudar a evaluar mi nivel funcional o el de mi hijo.

4. Información creada después de la firma de esta autorización, así como información anterior que puede ser pertinente para la liberación solicitada.

**ENTIENDO QUE:**

- Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento.
- Aquí hay algunas circunstancias en las que la información puede ser revelada a otras partes involucradas con el propósito de facturación o por citación.
- Puedo recibir una copia de este formulario a petición.
- Puedo pedirle a la fuente que me permita inspeccionar u obtener una copia del material que debe divulgar Carolina Family Services antes de la divulgación autorizada.

TENGA EN CUENTA: Los registros seleccionados aleatoriamente son leídos por personal de licencias, auditores de seguros y revisores homólogos para los organismos de acreditación. La información detallada, incluyendo nombre, edad, diagnósticos de salud mental, y razones de admisión, propósito de tratamiento, etc., también puede ser reportada o divulgada al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur. Si le preocupa que su información sea revelada o desea saber si su información ha sido divulgada, entonces tiene derecho a solicitar esta información.

**Firma del Paciente / Cliente**

**Nombre del Paciente / Cliente**

\_\_\_\_\_  
**Apellido del Paciente / Cliente**

**For Office Use Only**

Click to Sign

**Witness Signature**

**Witness Name**

\_\_\_\_\_  
**Relationship**

**Firma del Tutor Legal (si el paciente es menor de 18 años)**

**Nombre del Tutor Legal**

\_\_\_\_\_  
**Relación**

4

## Sube Lo Siguiete Tomando Una Foto

**La Tarjeta De Medicaid O La Tarjeta De Seguro Privado Del Paciente**

---

**La Tarjeta De Seguro Secundaria Del Paciente**

---

**La Tarjeta De Seguro Social Del Paciente**

**Su Licencia De Conducir O Tarjeta De Identificación**