

MANUAL DEL CLIENTE

para los cinco condados de Mid-Shore



300 Talbot Street Easton, MD 21601

410-822-1018

forallseasonsinc.org

Horario: 8:00 a. m. – 5:00 p. m., de lunes a jueves

8:00 a. m. – 4:30 p. m., viernes

ÍNDICE

BIENVENIDA DE PARTE DE LA DIRECTORA EJECUTIVA.....	3
UBICACIONES Y SERVICIOS DE FOR ALL SEASONS	4
PLANOS DE LAS OFICINAS	5
CÓDIGO DE ÉTICA	8
DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS Y LAS RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE	8
RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE	10
POLÍTICA DE CANCELACIÓN/INASISTENCIAS	11
CRITERIOS PARA DAR EL ALTA Y PROCEDIMIENTOS	11
POLÍTICA DE QUEJAS DEL CLIENTE	11
REPRESALIAS.....	12
NOTIFICACIÓN AL CLIENTE DE LAS PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN MÉDICA (HIPAA) Y TÍTULO 42 DEL CFR.....	12
DERECHOS DEL CLIENTE EN CUANTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA	14
DEBERES DE LA ORGANIZACIÓN	14
DENUNCIAR VIOLACIONES DE DERECHOS DE PRIVACIDAD	14
CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS DEL CLIENTE.....	15
INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CLIENTE	16
USO DE TABACO	16
RECLUSIÓN Y RESTRICCIÓN.....	16
POLÍTICA DE ARMAS	16
SALUD, SEGURIDAD Y EL USO DE ALCOHOL Y DROGAS ILEGALES	17
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO	18
CONSENTIMIENTO PARA SEGUIMIENTO	19
INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA SERVICIOS DE SALUD MENTAL.....	19
AUTORIZACIÓN PARA RECABAR/PROPORCIONAR INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL	21
DECLARACIÓN DE POLÍTICA FINANCIERA Y ACUERDO DE PAGO DEL CLIENTE	22
LISTA DE ORIENTACIÓN DEL CLIENTE.....	24

BIENVENIDA DE PARTE DE LA DIRECTORA EJECUTIVA

Bienvenido a For All Seasons, Inc.

For All Seasons es un establecimiento centrado en las personas donde los clientes encuentran tratamiento personalizado y comprensivo. El personal de For All Seasons está conformado por un equipo de profesionales que cumplen con los estándares más altos.

Este manual incluye información importante y útil que servirá para maximizar el éxito de su experiencia de tratamiento. Le recomendamos que lea con atención este manual para que se familiarice con For All Seasons y sus políticas y procedimientos operativos.

Durante su primera sesión, su profesional clínico revisará este manual con usted y comenzará su evaluación inicial. Este proceso consistirá en revisar varios aspectos de su vida y funcionamiento. Su participación activa y contribución son fundamentales para desarrollar un plan “centrado en la persona”. Este plan le permitirá identificar inquietudes específicas que desee abordar durante su tratamiento y establecer metas individuales. Su plan “centrado en la persona” puede incluir psicoterapia, manejo de medicamentos, programas grupales, defensa y apoyo ante crisis. Al inicio de su tratamiento, su profesional clínico hablará con usted sobre los criterios de para dar el alta para que usted y él se mantengan centrados en la resolución de problemas.

Esperamos trabajar con usted.

Mis mejores deseos.



Beth Anne Langrell

Directora Ejecutiva

UBICACIONES Y SERVICIOS DE FOR ALL SEASONS

For All Seasons opera cinco oficinas clínicas además de una línea directa para clientes en crisis y casos de asalto sexual que funciona las 24 horas del día. La información de contacto de las oficinas y los servicios de apoyo se listan abajo.

Oficina administrativa y del condado de Talbot

300 Talbot Street
Easton, MD 21601
Teléfono: 410-822-1018
Fax: 410-820-5884

Oficina del condado de Dorchester

208 Cedar Street
Cambridge, MD 21613
Teléfono: 410-822-1018

Oficina del condado de Kent

516 Washington Avenue
Chestertown, MD 21620
Teléfono: 410-822-1018

Oficina del condado de Caroline

114 Market Street
Suites 205 & 207
Denton, MD 21629
Teléfono: 410-822-1018

Oficina del condado de Queen Anne

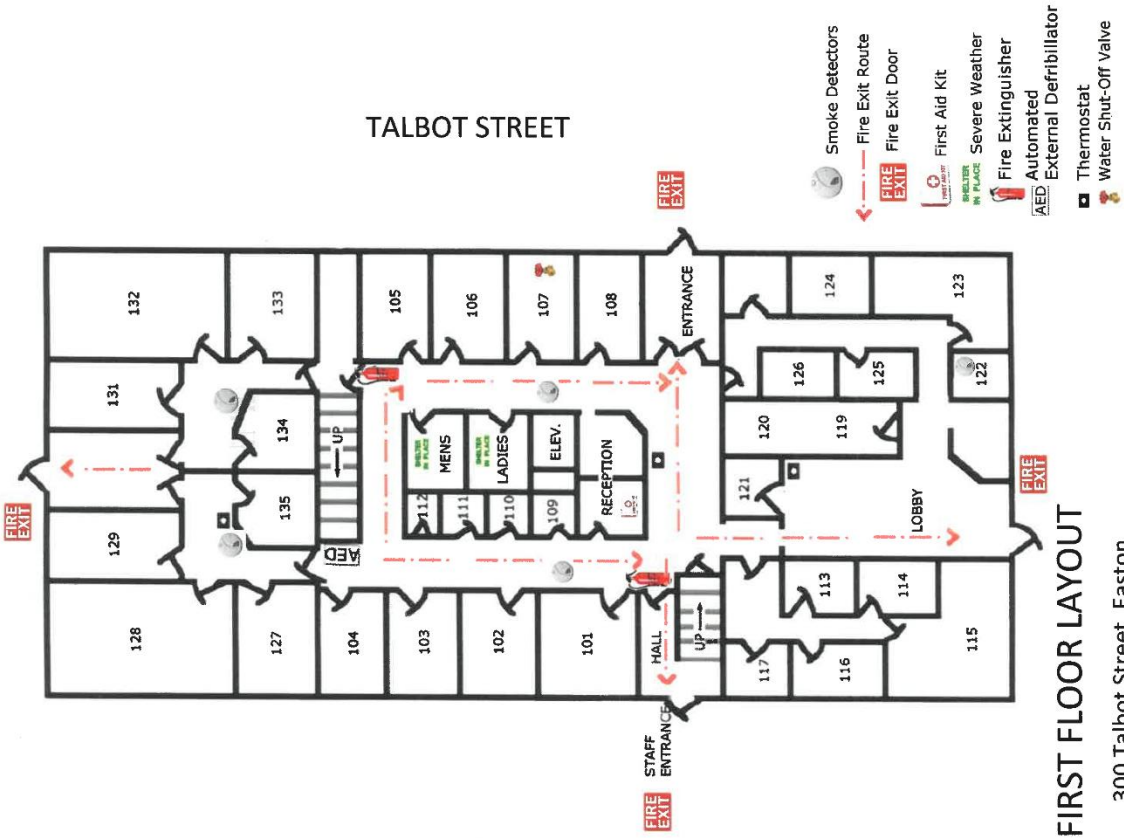
206 Del Rhodes Street
Suite 203
Queenstown, MD 21658
Teléfono: 410-822-1018

Línea directa para clientes en crisis y casos de asalto sexual que funciona las 24 horas del día

800-310-7273 o 410-820-5600

Línea de ayuda en español 410-829-6143 (llame o envíe un mensaje de texto)

SOUTH AURORA STREET



FIRST FLOOR LAYOUT

300 Talbot Street, Easton

SOUTH AURORA STREET

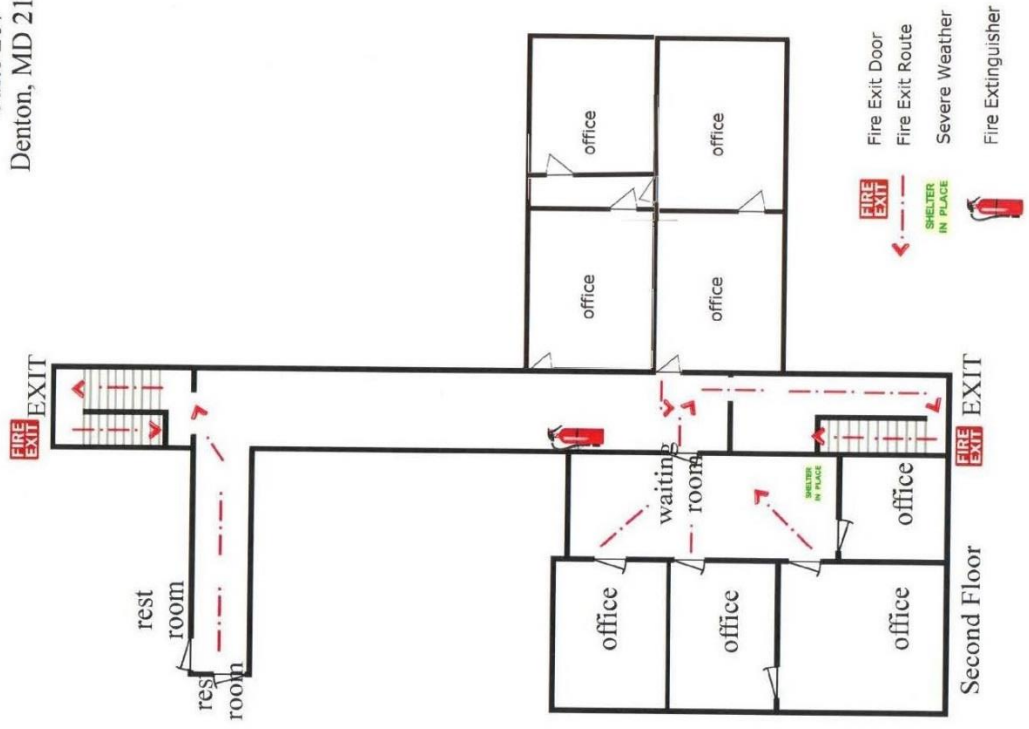


SECOND FLOOR LAYOUT

300 Talbot Street, Easton

DENTON OFFICE

FOR ALL SEASONS, INC.
 114 Market Street
 Suite 207
 Denton, MD 21629



CAMBRIDGE OFFICE

FOR ALL SEASONS, INC.
 208 Cedar Street
 Cambridge, MD 21613



- Fire Extinguisher
- Severe Weather Shelter
- Fire Exit Door
- Fire Exit Route
- First-Aid Kit

CHESTERTOWN OFFICE

FOR ALL SEASONS, INC.
 516 Washington Street
 Suite 4
 Chestertown, MD 21620



QUEENSTOWN OFFICE

FOR ALL SEASONS, INC.
 206 Del Rhodes Street
 Suite 203
 Queenstown, MD 21658



CÓDIGO DE ÉTICA

For All Seasons, Inc. tiene el compromiso de brindar servicios de calidad mediante un personal calificado y al mismo tiempo promover los siguientes principios éticos:

1. Competencia: mantener un personal calificado que cumpla requisitos de educación, capacitación y experiencia; mantenerse al corriente con los desarrollos en las áreas de práctica individual, y proseguir estudios profesionales continuos.
2. Integridad: promover la honestidad, la justicia y el respeto entre los miembros del personal, las personas y el público.
3. Responsabilidad profesional: promover estándares profesionales de conducta; incluida la conducta personal en la medida en que esta afecte las actividades profesionales de un miembro del personal o la reputación de la organización.
4. Respeto de los derechos, la dignidad y el bienestar de los demás: respetar la privacidad y la autonomía de las personas; eliminar o evitar prejuicios o prácticas discriminatorias.
5. Responsabilidad social: cumplir con la ley y promover el desarrollo de políticas sociales que velen de la mejor manera posible por los intereses de las personas y el público.
6. Responsabilidad legal: cumplir con todas las regulaciones, estatutos y estándares pertinentes impuestos por los requisitos del Donante o Patrocinador.
7. Alcance de la práctica: promover la atención de calidad al aceptar remisiones solo dentro del alcance individual de competencia y hacer remisiones con base en las necesidades individuales; FAS no abandonará a las personas y hará las remisiones adecuadas para las personas cuyas necesidades no se puedan cubrir de manera razonable.

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS Y LAS RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

Los clientes recibirán la Declaración de los derechos y las responsabilidades del cliente anualmente y reconocerán su recepción.

Los clientes tienen **DERECHO** a:

1. Revisar sus registros o los registros de sus hijos con su proveedor de tratamiento. Puede solicitar un resumen escrito de su tratamiento o copias de sus registros mediante el Supervisor de Servicios al Cliente, que deben incluir los planes de alta y transición, si corresponden. FAS se reserva el derecho a cobrar una tarifa por la reproducción de los registros clínicos y requiere un tiempo mínimo de espera de dos semanas para la entrega de este resumen.

2. Ser un participante activo en su tratamiento o en el tratamiento de su hijo (planificación, evaluación y cumplimiento de las metas).
3. Ser tratado con dignidad, respeto e individualidad teniendo en cuenta su privacidad.
4. No sufrir abusos, represalias, humillación, negligencia ni explotación financiera o de otra naturaleza.
5. Ser informado de la disponibilidad de opciones de tratamiento. Participar en la formulación, la evaluación y la revisión periódica de su plan de tratamiento escrito personalizado, incluyendo solicitar formas específicas de tratamiento, ser informado de la razón por la cual las formas de tratamiento solicitadas no se pusieron a su disposición y ser informado del pronóstico del tratamiento.
6. Proporcionar su rechazo o consentimiento informado con respecto a la prestación de servicios, la divulgación de información, los servicios concurrentes o el personal encargado de la prestación de servicios.
7. Que el proveedor que receta le dé información sobre el nombre, el propósito y los posibles efectos secundarios de los medicamentos recetados como parte de su plan de tratamiento.
8. Ser informado sobre los recursos comunitarios de autoayuda que le pueden ayudar a alcanzar sus metas.
9. Tener acceso a servicios de emergencia de parte de FAS para emergencias de salud conductual las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana. (800) 310-7273
10. Dar su opinión en cuanto a la satisfacción y el beneficio de los servicios recibidos a través de encuestas de satisfacción del cliente, grupos de enfoque, formularios de reclamos, etc.
11. Presentar una queja si no está satisfecho con los servicios que recibió o si considera que se han transgredido sus derechos legales.
12. Rechazar servicios.

RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

Los clientes tienen la **RESPONSABILIDAD** de:

1. Participar activamente en todas las áreas de su tratamiento o el tratamiento de su hijo (p. ej., planificación, evaluación y cumplimiento de las metas).
2. Llegar a tiempo a las citas o informarle a FAS con al menos 24 horas de anticipación si no puede asistir a su cita programada o sesión de grupo. Se les solicita a los clientes, que estén enfermos o se sientan mal, que no vayan a las citas.
3. Registrar su ingreso antes de cada cita con una identificación con fotografía y su tarjeta de seguro. Notificarle a For All Seasons de inmediato cualquier cambio de información, incluyendo: dirección, número de teléfono, empleo, cobertura de seguro o ingresos.
4. Pagar por cada cita en el momento en que se presten los servicios, de acuerdo con su acuerdo de pago.
5. Llegar a acuerdos de pago antes de las citas si no puede pagar por los servicios.
6. Cumplir con la política según la cual es necesario llegar a arreglos de pago para manejar los cargos que no se hayan pagado o estén en mora. (Vea la Política de pago del cliente).
7. Solicitar la reposición de medicamentos recetados por lo menos 3 días hábiles completos antes de necesitarlos.
8. Notificarle a For All Seasons si no recibirá servicios por tres (3) o más meses, pero espera reanudar los servicios después de ese tiempo.
9. Notificarle a su proveedor si desea dejar de recibir servicios o hacer un cambio en los servicios que recibe.

POLÍTICA DE PAGO DEL CLIENTE

A menos que se haya llegado a otros arreglos de pago, el pago por servicios (o copago, según corresponda) se debe hacer al momento de cada cita. Se facturará a los clientes por cualquier saldo pendiente que exista en una cuenta. Se les enviarán dos cartas de recordatorio a las personas con saldos pendientes en sus cuentas. Se remitirá a una agencia de cobros a aquellas personas cuyas cuentas tengan saldos pendientes que no se hayan conciliado dentro de los primeros 60 días después de recibir la segunda carta de recordatorio.

EXPECTATIVAS CON EL CLIENTE AL MOMENTO DE REGISTRARSE PARA LAS CITAS

Como cliente de For All Seasons, se espera que muestre una identificación con una fotografía y su información de seguro al momento de presentarse a cada cita. Si no tiene esta información, no lo podrán ver para su cita.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN/INASISTENCIAS

For All Seasons, Inc. le presta servicios fundamentales a la comunidad y la lista de personas que buscan tratamiento continúa creciendo. Para seguir siendo cliente de esta agencia, tiene la responsabilidad de llegar a tiempo y presentarse a todas las citas programadas. En caso de que deba cancelar una cita, tiene la responsabilidad de hacerlo con al menos 24 horas de anticipación. Si las cancelaciones o las inasistencias se convierten en un problema, la falta de cumplimiento podría resultar en la discontinuación de los servicios.

CRITERIOS PARA DAR EL ALTA Y PROCEDIMIENTOS

La planificación del alta comienza en la entrada. Trabajando juntos, el cliente y el profesional clínico desarrollarán un plan centrado en la persona con el fin de determinar el momento adecuado para dar el alta. En algunas ocasiones, se dará el alta por una razón que no sea la compleción del plan de tratamiento. Los clientes pueden recibir el alta si no cumplen con las recomendaciones del tratamiento, violan las políticas de For All Seasons, Inc. o se comportan de manera agresiva o violenta. El alta no se dará como castigo o represalia por manifestar síntomas de algún trastorno.

POLÍTICA DE QUEJAS DEL CLIENTE

For All Seasons, Inc. entiende que pueden surgir diferencias y desacuerdos entre el cliente y el proveedor clínico o que es posible que un cliente tenga una inquietud en cuanto al funcionamiento general de la agencia. FAS tiene como objetivo manejar todas las quejas de manera profesional y trabajar con el cliente para lograr una resolución oportuna.

Hay dos maneras a través de las cuales un cliente puede expresar una queja o una inquietud: 1. al contactar al Director Clínico o, 2. al completar un Formulario de queja del cliente. Los formularios están disponibles sin inconvenientes en cada una de los centros de For All Seasons. El cliente completa este formulario y se lo regresa a la persona encargada de la recepción de la oficina de Easton. Se hará todo lo posible por resolver la queja o la inquietud a través de discusiones con el Director Clínico tan pronto como se presente la queja.

Si la queja no se puede resolver a través de una discusión con el Director Clínico, entonces el cliente debe completar el Formulario de queja formal del cliente y dirigirlo al Director Ejecutivo. Esta acción dará paso a una queja formal. El Director Ejecutivo dará acuse de recibo de la queja formal por escrito dentro de los primeros tres (3) días hábiles después de la recepción del Formulario de queja formal del cliente completo. Se programará una conferencia para que el cliente se reúna con el Director Ejecutivo. El Director Ejecutivo investigará la queja y le dará una notificación escrita de los hallazgos al cliente dentro de veintiún (21) días.

Si la resolución propuesta no es satisfactoria para el denunciante, este, acompañado del Director Ejecutivo, se reunirá con el Presidente de la Junta de For All Seasons para promover la resolución de la queja. Esta reunión debe solicitarse dentro de los primeros cinco (5) días hábiles tras la notificación de los hallazgos y se programará dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de la solicitud de una reunión. Tras esta reunión, el Presidente de la Junta investigará la queja y comunicará una decisión dentro de los primeros cinco (5) días hábiles contados a partir de la reunión. Si la resolución propuesta sigue sin satisfacer al denunciante, este último puede contactar por escrito al Director Ejecutivo de Mid-Shore Behavioral Health, Inc., 28578 Mary's Court, Easton, MD 21601. Esta agencia tiene responsabilidades de supervisión por los servicios públicos de salud mental en la región de Mid-Shore.

REPRESALIAS

En caso de que se presente una queja, ya sea internamente ante FAS o ante una organización de afuera, For All Seasons tiene como política estricta no permitir que la queja resulte en la imposición de represalias contra el denunciante, en la creación de una barrera para la prestación de servicios o en el rechazo por parte de los empleados de For All Seasons de proporcionarle disposición o asistencia al denunciante que busca un defensor.

NOTIFICACIÓN AL CLIENTE DE LAS PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN MÉDICA (HIPAA) y TÍTULO 42 DEL CFR

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA Y RELACIONADA CON DROGAS Y ALCOHOL SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. SERVICIOS AL CLIENTE PUEDE PROPORCIONARLE ESTE AVISO CUANDO USTED LO SOLICITE. LÉALO DETENIDAMENTE.

Dos leyes federales protegen la información relacionada con su atención médica, incluido el pago por la atención médica:

- La Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA"), Título 42, Código de Estados Unidos (U.S.C.), Párrafo 1320d y

siguientes, Título 45, Código de Regulaciones Federales (C.F.R.), Partes 160 y 164.

- Ley de Confidencialidad, Título 42 del U.S.C., párrafo 290dd-2, Título 42 del C.F.R. Parte 2.

De acuerdo con estas leyes, For All Seasons, Inc. no puede comunicarle a ninguna persona fuera de la agencia que usted recibe servicios en For All Seasons, For All Seasons tampoco puede divulgar ninguna información que lo identifique de forma alguna o divulgar cualquier otra información protegida excepto en los casos en que las leyes federales lo permitan.

FAS debe obtener su consentimiento escrito antes de poder divulgar información sobre usted por razones de pago. *Por ejemplo*, FAS debe obtener su consentimiento escrito antes de poder divulgarle información a su fuente de pago para que le paguen por los servicios. Por lo general, usted también firma un consentimiento escrito antes de que FAS pueda compartir información para tratamientos u operaciones de atención médica. Sin embargo, las leyes federales permiten que FAS divulgue información *sin* su permiso escrito en los siguientes casos:

1. Conforme a un acuerdo con una organización calificada de servicios/asociado comercial.
2. Para investigaciones, auditorías o evaluaciones.
3. Para denunciar un delito cometido en los predios de FAS o en contra del personal de FAS.
4. Al personal médico en una emergencia médica; incluyendo ideación suicida u homicida.
5. A las autoridades adecuadas para denunciar supuesto abuso o negligencia infantil.
6. Según lo permita una orden judicial.

Por ejemplo, FAS puede compartir información sin su consentimiento para obtener servicios legales y financieros, o con un centro médico para brindarle atención médica a usted, siempre y cuando haya un acuerdo establecido con una organización calificada de servicios/asociado comercial.

Antes de que FAS puede utilizar o divulgar cualquier información sobre su salud de una manera que no se haya descrito arriba, primero debe obtener su consentimiento específico por escrito que le permita hacer la divulgación. Usted puede revocar por escrito en cualquier momento cualquier consentimiento escrito.

FAS hace llamadas automáticas de recordatorio como una cortesía hacia los clientes. Si no desea recibir una llamada de recordatorio, infórmele a servicios al cliente o a su profesional clínico asignado.

DERECHOS DEL CLIENTE EN CUANTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

De acuerdo con la HIPAA, tiene derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica. FAS no está obligada a aceptar ninguna restricción que usted solicite, pero, de hacerlo, está vinculada por ese acuerdo y no podrá usar o divulgar ninguna información que usted haya restringido, excepto si es necesario en una emergencia médica.

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted a través de medios alternativos o en una ubicación alternativa. FAS tendrá en cuenta tales solicitudes que sean razonables y no le exigirá una explicación. De acuerdo con la HIPAA, también tiene derecho a inspeccionar y copiar la información de atención médica sobre usted que FAS mantenga, excepto en la medida en que la información contenga notas de terapia o información compilada para su uso en una audiencia civil, penal o administrativa o en otras circunstancias limitadas.

De acuerdo con la HIPAA, también tiene derecho, con algunas excepciones, a modificar la información de atención médica que FAS mantenga en sus registros, y a solicitar y a recibir explicaciones de las divulgaciones de cualquier información relacionada con su salud hechas por FAS durante los seis años previos a su solicitud. También tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso.

DEBERES DE LA ORGANIZACIÓN

FAS está obligada por ley a mantener la privacidad de su información médica y a informarle mediante un aviso sobre los deberes legales de la compañía y sus prácticas de privacidad respecto a su información médica. FAS está obligada por ley a cumplir con los términos de este aviso. FAS se reserva el derecho a cambiar los términos de este aviso y a aplicar las disposiciones del aviso nuevo a toda la información médica protegida que mantenga. Tales cambios se les comunicarán a los clientes mediante la entrega de una copia del aviso revisado. Los exclientes que hagan solicitudes adecuadas recibirán una copia del aviso actualizado al momento de la solicitud.

DENUNCIAR VIOLACIONES DE DERECHOS DE PRIVACIDAD

Puede presentar una queja ante For All Seasons, Inc., Mid-Shore Behavioral Health, Inc. y la Secretaría del Departamento de Servicios Humanos y Médicos de Estados Unidos si considera que se han violado sus derechos de privacidad según la HIPAA. Tales quejas se deben proseguir inicialmente a través de la Política de queja del cliente de For All Seasons. No se ejercerán represalias en su contra por presentar una queja. Revise las secciones anteriores para obtener información adicional sobre los procedimientos de queja.

La violación de la Ley de Confidencialidad por parte de un programa es un delito. Las violaciones supuestas de la Ley de Confidencialidad se pueden informar al Fiscal de Distrito de Estados Unidos en el distrito donde ocurra la violación. Para obtener más información, puede contactar al Director Ejecutivo de FAS a través del (410) 822-1018.

CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS DEL CLIENTE

Las leyes y las regulaciones federales y los estatutos estatales protegen la confidencialidad de los registros del cliente. Si tiene preguntas sobre cómo estas exclusiones a la confidencialidad pueden afectarlo, hable con cualquier miembro del personal de FAS. No se compartirá con terceros ninguna información y/o copias de los registros concernientes a tratamientos o servicios pasados o presentes brindados por FAS al cliente al que se hace referencia arriba, a menos que:

1. El cliente, o aquellos autorizados por las leyes federales y o estatales, le dé su consentimiento escrito a FAS para que comparta tal información con un tercero.
2. Un tribunal competente ordene la divulgación, y FAS haya recibido una copia de esta orden antes de la divulgación solicitada.
3. El profesional clínico tenga una “obligación de advertir” en caso de que haya una situación peligrosa. En situaciones de crisis en las que un cliente esté en riesgo inminente de hacerse daño a sí mismo o a otros, y en que el desarrollo de un plan de seguridad personal no sea viable, es posible contactar a las autoridades locales y/o a un equipo médico de emergencia sin la autorización previa del cliente.
4. Las leyes y regulaciones federales y estatales no protegen ninguna información concerniente al supuesto abuso sexual, abuso físico o negligencia contra un niño y/o adulto vulnerable.

a. Abuso contra niños o adultos vulnerables

El personal, que sospeche que existe negligencia, abuso físico o abuso sexual contra un niño o adulto vulnerable, debe denunciar los supuestos hechos ante el Departamento de Servicios Sociales en la jurisdicción donde ocurrió u ocurre actualmente el abuso o la negligencia.

b. Sobrevivientes adultos de abuso sexual

El personal está obligado a denunciar cualquier abuso sexual pasado ante el Departamento de Servicios Sociales, lo cual incluye información sobre el agresor (nombre, dirección, lugar donde ocurrió el abuso, etc.), incluso si el agresor ya murió.

La violación de las leyes y regulaciones federales y/o los estatutos federales es un delito. Es posible denunciar las supuestas violaciones ante los funcionarios adecuados. (Vea 42 U.S.C. 290 dd-3 y 42 U.S.C. 290 ee-3 para conocer las leyes federales y 42 CFR Parte 2 para conocer las regulaciones federales).

FAS respeta todos los requisitos gubernamentales. Tiene derecho a la privacidad y FAS salvaguardará su privacidad. FAS ha desarrollado un proceso de privacidad del cliente que protegerá su información personal. Si, por alguna razón, considera que FAS ha violado su

derecho a la privacidad como cliente, puede presentar una queja formal ante la siguiente entidad:

Office for Civil Rights

**U.S. Department of Health and Human Services
150 S. Independence Mall West
Suite 372 Public Ledger Building
Philadelphia, PA 19106-9111
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
202-619-3818 (Fax) ocrmail@hhs.gov**

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CLIENTE

Uso de tabaco

For All Seasons (FAS) está comprometida con proporcionarles a todos sus clientes y visitantes un entorno seguro y saludable. Fumar y el uso de tabaco y de productos de tabaco sin humo, que son riesgos de seguridad y salud reconocidos, no está permitido en las instalaciones de For All Seasons (FAS) ni dentro de un perímetro de 20 pies de ningún edificio, esto incluye, entre otros, fumar cigarrillos o productos de tabaco, dispositivos de nicotina o vaporizadores, tabaco sin humo y todos los demás productos de tabaco. El interés de la agencia en establecer estas políticas no está basado en juicios morales ni se hace con la intención específica de denegar un grupo de derechos individuales por encima de otros, sino en establecer controles y salvaguardas en beneficio del público. Cuando se solicite, FAS proporcionará información concerniente a los efectos de fumar, los productos de tabaco sin humo, el uso del tabaco y la disponibilidad de los programas para dejar de fumar.

RECLUSIÓN Y RESTRICCIÓN

For All Seasons no usa ningún método de reclusión, contención o restricción de derechos ni intervenciones de tratamientos especiales.

POLÍTICA DE ARMAS

Las armas de cualquier tipo están prohibidas dentro de cualquier edificio o en cualquier propiedad poseída, alquilada o arrendada por For All Seasons. Esta política aplica para todo el personal, los clientes y los visitantes, y se hará cumplir rigurosamente.

Procedimientos de emergencia

Todos los miembros del personal han sido capacitados para responder a incendios, desastres naturales, condiciones meteorológicas adversas y otras emergencias y están bien informados sobre los planes de evacuación. Por su seguridad, en caso de una emergencia, siga las instrucciones del personal. Consulte las rutas de evacuación y las áreas de “lugares de refugio” de las instalaciones de FAS (en las páginas 5-7 de este documento). En caso de que

haya un visitante problemático, aléjese de forma segura del área y evite tener contacto con la persona. En esta situación, es recomendable que apague su teléfono celular.

Salud, seguridad y el uso de alcohol y drogas ilegales

La salud y la seguridad del personal, de los clientes y de los visitantes de For All Seasons es un asunto de preocupación constante para la administración. Es importante que usted tenga en cuenta ciertas precauciones.

1. En cada entrada está publicado un mapa del sitio que muestra las salidas más cercanas, la ruta de evacuación, la ubicación de los extintores de fuego y los botiquines de primeros auxilios. Estos mapas también muestran el área a la que debe dirigirse en caso de condiciones meteorológicas adversas si no hay tiempo de evacuar hacia un refugio. Usted debería estar familiarizado con la información contenida en estos mapas (que también se incluyen en las páginas 5-7 de este manual).
2. El personal de FAS tiene una responsabilidad principal con la seguridad y el bienestar de todos los clientes, compañeros de trabajo y el público y, además, trabaja para mantener un entorno seguro y saludable. Si en algún momento siente que hay algo que podría ser potencialmente inseguro, infórmese a alguien y esto será abordado lo antes posible.
3. El personal ha sido capacitado para responder a incendios, desastres naturales, condiciones meteorológicas adversas y otras emergencias. Por su seguridad, en caso de una emergencia, siga las instrucciones del personal. Consulte las rutas de evacuación y las áreas de “lugares de refugio” designadas para cada oficina (en las páginas 5-7 de este documento).
4. FAS tiene la intención de abordar las necesidades y proteger los derechos de los clientes, del personal y de los visitantes en lo concerniente a las enfermedades infecciosas. Con la finalidad de controlar la propagación de enfermedades infecciosas, le pedimos a todos los clientes, al personal y a los visitantes que laven sus manos después de comer, de usar el baño o de fumar tantas veces como sea necesario para mantener sus manos limpias. Para controlar aún más la propagación de enfermedades infecciosas, absténgase de venir a la agencia si está enfermo. En estas ocasiones le solicitamos que llame para cancelar y volver a programar su cita.
5. Si un cliente se presenta en una sede de la agencia bajo la influencia del alcohol o de las drogas, el cliente será retenido en las instalaciones de FAS hasta que el cliente inicie comunicaciones con una persona que pueda transportarlo(a) inmediatamente a su hogar o a algún otro lugar seguro. Si el cliente se niega a contactar a alguien, el personal llamará al 911 y solicitará ayuda.

Si tiene alguna pregunta, inquietud o comentario concerniente a cualquier información contenida en este manual, contacte al Director Ejecutivo al 410-822-1018.

LOS SIGUIENTES FORMULARIOS DEBEN SER FIRMADOS POR EL CLIENTE Y CONSERVARSE EN EL REGISTRO DEL CLIENTE

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

1. Yo, quien suscribe, por medio del presente doy mi autorización para recibir cualquier evaluación, tratamiento u otro procedimiento que sea considerado razonable y necesario por el personal de FAS para mi diagnóstico, tratamiento, seguimiento o remisión en For All Seasons, Inc. Esto puede incluir, pero no se limita a, recibir atención de emergencia, evaluaciones psicosociales, evaluaciones psiquiátricas, asesoría, administración de medicamentos y cualquier otro servicio de salud conductual proporcionado como parte de mi tratamiento. Mi consentimiento también incluirá un historial personal, el cual ayudará al personal en el desarrollo de un plan de tratamiento y en la provisión del tratamiento. De ser pertinente, también doy mi autorización a ser sometido a análisis de orina aleatorios para determinar si he consumido alcohol o drogas. Autorizo recibir terapia individual, de pareja, familiar y/o grupal según lo considere necesario el personal de FAS. Autorizo al personal de For All Seasons, Inc., incluyendo a mis psiquiatras, enfermeras, médicos clínicos e internos y al personal, a compartir información dentro de la agencia sobre mi tratamiento.

2. Por medio del presente reconozco que el tratamiento de salud mental y de abuso de sustancias puede tener limitaciones, las cuales el cliente puede discutir con el profesional clínico si tiene alguna inquietud.

3. Por medio del presente autorizo el pago directo a For All Seasons, Inc. de los beneficios que se me adeuden por razón de tratamientos, procedimientos y medicamentos que se me hayan proporcionado y además cedo cualquier beneficio importante adeudado; este pago total no excederá los servicios regulares de For All Seasons, Inc., ni de su personal por el tratamiento que se me haya proporcionado. Estoy de acuerdo con que una fotocopia de esta autorización sea tan válida como el documento original.

4. SOLO PARA PACIENTES DE MEDICARE

Autorizo a cualquier persona que posea información médica o de otro tipo sobre mí a revelar a la administración del Seguro Social, sus intermediarios u operadores cualquier información necesaria para este o cualquier reclamo subsecuente de Medicare. Doy mi permiso para que una copia de esta autorización se use en lugar del documento original y solicito que el pago de los beneficios del seguro médico se haga a mi nombre o a nombre de la parte que acepte la asignación de tal reclamo.

5. PACIENTES/CLIENTES MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD (los niños mayores de 16 años de edad pueden dar autorización para recibir psicoterapia; sin embargo, no pueden dar autorización para recibir servicios psiquiátricos sin el consentimiento de sus padres hasta cumplir los 18 años de edad).

Certifico que soy el padre custodio. _____ (Inicial)

Sí No N/A **No hay asuntos legales/de custodia que impidan que mi hijo reciba servicios**

Sí No N/A **Le he proporcionado una copia de acuerdo de custodia a For All Seasons, Inc.**

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: por medio del presente

DOY MI CONSENTIMIENTO NO DOY MI CONSENTIMIENTO

CONSENTIMIENTO PARA SEGUIMIENTO

Tras la terminación de los servicios, es posible que FAS quiera contactarlo para saber sobre su estado y para que responda algunas preguntas concernientes a su satisfacción con los servicios que recibió. El propósito de esta información es garantizar la continuidad del cuidado y proporcionarle a FAS información estadística pertinente. Usted puede revocar el permiso de seguimiento en cualquier momento al proporcionar una notificación escrita o al rehusarse a participar en cualquier cuestionario de seguimiento. Los seguimientos serán iguales para todos los clientes atendidos independientemente del estado de remisión.

CONSENTIMIENTO PARA SEGUIMIENTO: por medio del presente

DOY MI CONSENTIMIENTO NO DOY MI CONSENTIMIENTO

FAS tiene permiso para contactarme por teléfono, correo postal o correo electrónico para obtener información de seguimiento y para responder preguntas concernientes a mi satisfacción con los servicios y mi estado actual.

Nombre del cliente en letra de imprenta: _____

Firma del cliente/tutor legal: _____ **Fecha:** _____

Firma del médico clínico: _____ **Fecha:** _____

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Las leyes de Maryland le confieren a cualquier persona mayor de 16 años de edad el derecho a estar involucrada en las decisiones sobre su tratamiento de salud mental. Sin embargo, el padre o tutor de una persona menor de 18 años de edad puede autorizar el tratamiento, incluso si hay alguna objeción por parte del menor de edad. La ley también señala que, en ocasiones, algunas personas son incapaces de tomar decisiones sobre el tratamiento. Las leyes de Maryland establecen que usted tiene derecho a tomar decisiones por anticipado, incluyendo decisiones de tratamiento de salud mental, a través de un proceso llamado instrucciones anticipadas. Una instrucción anticipada se puede usar para indicar su elección de tratamiento o se puede usar para designar a un agente de atención médica, que es alguien que tomará las decisiones de atención médica por usted.

A. Si usted es una persona que padece una enfermedad mental, este documento le dará la oportunidad de desempeñar un papel importante en la toma de decisiones concernientes a su tratamiento de salud mental cuando ya no sea capaz de hacerlo. Este documento le permite expresar su consentimiento o rechazo de medicamentos para tratar a su enfermedad mental y otras decisiones de atención médica, incluyendo el uso de reclusión y restricción. Tenga en cuenta que, en situaciones limitadas, las leyes de Maryland permiten que un proveedor de atención médica anule su rechazo a aceptar medicamentos para tratar un trastorno mental si usted está internado en un hospital psiquiátrico involuntariamente.

B. Este documento puede ser completado por cualquier individuo de dieciocho años de edad que no haya sido determinado incapaz de tomar decisiones informadas. Una instrucción anticipada puede ser oral o escrita. De ser escrita, debe estar firmada y fechada, y dos testigos deben firmar también el documento. El agente de cuidados médicos no puede ser un testigo. Además, al menos uno de los testigos no puede ser una persona que sepa que tiene derecho a beneficiarse por su muerte, por ejemplo, a través de herencias monetarias o beneficios del seguro. Los testigos deben firmar el documento que establezca que conocen personalmente a la persona que da la instrucción y que esta parece estar en pleno uso de sus facultades mentales.

C. Si usted desea guiar a sus proveedores de atención médica en lo concerniente a qué tratamiento desea recibir si llegara a perder la capacidad de dar su consentimiento, y usted **NO QUIERE UN AGENTE DE CUIDADOS MÉDICOS**, complete el formulario titulado “Instrucción Anticipada para Agente de Cuidados Médicos”. Es importante que su agente de cuidados médicos esté informado sobre su enfermedad mental y sobre las decisiones que usted ha tomado en este formulario. Recomendamos encarecidamente que hable sobre el contenido de este formulario con su familia, sus amigos cercanos y sus proveedores de cuidados mentales.

E. La Procuraduría General ha emitido un dictamen que permite que un agente de cuidados médicos interne a un individuo en un centro, incluyendo un hospital psiquiátrico. Si usted desea que su agente de cuidados médicos sea capaz de tomar esta decisión, debe especificarlo.

F. Bajo ciertas circunstancias, las leyes de Maryland permiten la administración de medicamentos para el tratamiento de un trastorno mental por encima de los deseos expresados por la persona, o colocar a una persona en reclusión o restricción en contra de los deseos expresados por la persona.

He recibido, leído y entendido La introducción a la instrucción anticipada para el tratamiento de salud mental antes presentada y he decidido lo siguiente:

___ En la actualidad tengo una Instrucción anticipada para servicios de salud mental (ver copia adjunta).

___ En la actualidad no tengo una Instrucción anticipada para servicios de salud mental y solicito la asistencia del personal designado para hacer una en este momento (ver copia adjunta).

___ En la actualidad no tengo una Instrucción anticipada para servicios de salud mental y no deseo tenerla en este momento.

Nombre del cliente en letra de imprenta: _____

Firma del cliente/tutor legal: _____ **Fecha:** _____



AUTORIZACIÓN PARA RECABAR/PROPORCIONAR INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo, _____, le doy mi consentimiento a For All Seasons, Inc.
(Nombre de la persona que consiente la divulgación)

para que recabe y/o proporcione información concerniente a _____
(Nombre del cliente)

proveniente y/o para _____ sobre
(Nombre de la persona y de la organización/agencia)

_____ para el propósito de
(Especifique la información que se divulgará)

tratamiento terapéutico.

Entiendo que la información en mi registro médico puede incluir información sobre enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o conductual y sobre tratamientos por el abuso de alcohol o drogas.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo de forma escrita y que debo presentar mi revocación escrita ante el departamento de gestión de información médica. Entiendo que la revocación no aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza. Salvo que se revoque de alguna otra forma, esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición: _____. Si no especifico una fecha, un evento o una condición de vencimiento, esta autorización expirará en un año.

Comprendo que autorizar la divulgación de esta información médica es voluntaria, que puedo negarme a firmar esta autorización y que no necesito firmar este formulario para garantizar mi tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se usará o divulgará, según lo establecido en CFR. 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva consigo el potencial de una redivulgación autorizada y que la información puede no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo contactar al director ejecutivo.

Firma del cliente/tutor legal: _____ **Fecha:** _____



DECLARACIÓN DE POLÍTICA FINANCIERA Y ACUERDO DE PAGO DEL CLIENTE

1. **AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN:**
Por medio del presente autorizo a For All Seasons, Inc. a revelar información médica concerniente a mis tratamientos médicos según lo soliciten terceras partes a fin de asegurar el pago de los servicios proporcionados por For All Seasons, Inc.
2. **AUTORIZACIÓN PARA PAGAR BENEFICIOS DEL SEGURO:**
Por medio del presente autorizo que cualquier beneficio de seguro o de terceros, relacionado con este tratamiento de salud mental, sea pagado directamente a For All Seasons, Inc.
3. **CAMBIOS EN LA COBERTURA:**
Le notificaré de inmediatamente a For All Seasons, Inc. si hay algún cambio o interrupción en la cobertura del seguro.
4. **GARANTÍA DE PAGO:**
Teniendo en consideración la aceptación por parte For All Seasons, Inc. del cliente antes mencionado y los servicios proporcionados a este cliente, quien suscribe por medio del presente garantiza el pago de cualquier y todos los cargos hechos por For All Seasons, Inc.
5. **ACUERDOS DE PAGO Y POLÍTICAS DE PAGO:**
Entiendo que, salvo que haga acuerdos de pagos con el coordinador de facturación de FAS, el pago o el copago por los servicios se debe realizar al momento de cada sesión de tratamiento individual. Si necesito llegar a acuerdos de pago o si necesito ser colocado en una escala variable de pagos, haré una solicitud de acuerdo de pago y proporcionaré información financiera precisa y la actualizaré cada 6 meses.
6. **POLÍTICA DE FALTA DE PAGO**
En un esfuerzo por adoptar una política que será aplicada de forma igualitaria a todos los clientes de la agencia, se seguirán los siguientes lineamientos:
 - A. Los clientes que tengan un saldo pendiente de \$100.00 o más serán notificados de que deben pagar al menos \$10.00 de este saldo además de su copago/tarifa en cada cita.
 - B. No pagar cuentas con saldos pendientes de \$100.00 o más puede resultar en la suspensión de los servicios hasta que el cliente realice un pago. La programación de citas volverá a iniciar después de la recepción del saldo pendiente.
 - C. En caso de que transcurran 60 días sin que se haga el pago completo, el cliente será notificado del pago pendiente 30 días después de la fecha de la carta de notificación, a menos que se reciba el saldo pendiente.
 - D. Se les enviará a los clientes que tengan saldos pendientes de \$100,00 o más tres cartas en un período de tres meses para solicitar el pago.
 - E. Las cuentas con saldos pendientes que no sean pagados dentro de un periodo de 60 días serán referidas a una agencia cobro.

Si quien suscribe no realiza algún pago adeudado en virtud de este documento, For All Seasons, Inc. puede, en cualquier momento subsecuente y sin notificación o demanda, declarar que el saldo total pendiente de la cuenta está vencido y es pagadero inmediatamente. Quien suscribe promete pagar todos los gastos de cobranza, incluyendo, entre otros, los costos de tribunales, los honorarios de abogados y otras comisiones de cobro en los que la agencia incurra, o en los que terceros incurran en nombre de la agencia, por exigir un pago después de un fallo por incumplimiento.

7. **ASIGNACIÓN DE MEDICARE:**

Certificó que la información que he proporcionado con el objetivo de solicitar pago en virtud del Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier persona que posea información médica o de otro tipo sobre mí a revelar a la administración del Seguro Social, sus intermediarios u operadores cualquier información necesaria para este o cualquier reclamo relacionado con Medicare. Entiendo que soy responsable de cualquier deducible o coseguro aplicable.

8. Si más de una persona firma este acuerdo/declaración, su responsabilidad será conjunta y solidaria.

He leído y entiendo la Declaración de política financiera y el Acuerdo de pago del cliente de For All Seasons. Al firmar este documento se entiende que toda la información médica, de diagnóstico y de tratamiento solo será revelada a las compañías de seguros pertinentes según lo designado por el firmante. Entiendo que estoy obligado a pagar por los servicios que For All Seasons, Inc. me proporcione conforme al acuerdo financiero escrito.

Nombre del cliente en letra de imprenta: _____

Firma del cliente/tutor legal: _____ **Fecha:** _____

Nombre en letra de imprenta del firmante adicional: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

LISTA DE ORIENTACIÓN DEL CLIENTE

Con mi firma abajo, certifico que las declaraciones listadas a continuación son verdaderas.

- Me ofrecieron una copia del Manual del Cliente y las Reglas del Programa de For All Seasons, Inc. y revisé esta información con el personal.
- Me han informado sobre la evaluación inicial, cómo se desarrollará mi plan de tratamiento, cómo se espera que yo participe en el desarrollo del plan y en la consecución de mis metas y mi curso de tratamiento previsto.
- Entiendo el horario laboral de For All Seasons, Inc. y cómo acceder a los servicios fuera del horario (portada).
- Me han proporcionado un mapa del sitio de la instalación que incluye: salidas de emergencias, extintores de incendio, botiquines de primeros auxilios, refugios de emergencia y baños (página 5).
- Entiendo la información sobre el Código de Ética de For All Seasons, Inc. (página 8).
- Entiendo la sección de derechos del cliente de la manual (página 8).
- Entiendo las diferentes formas en las que puedo proporcionar comentarios y sugerencias sobre mis servicios (página 9).
- Entiendo la política de inasistencia/cancelación (página 9).
- Entiendo la información sobre la planificación del alta (página 10).
- Entiendo el procedimiento de reclamo/queja/apelación (página 10).
- Entiendo el aviso de prácticas de privacidad de For All Seasons, Inc. (página 10).
- Entiendo el acuerdo de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) del cliente (página 10).
- Entiendo las políticas de confidencialidad de For All Seasons, Inc. (página 12).
- Me han informado sobre la respuesta del personal de For All Seasons, Inc. en caso de que se identifique un riesgo potencial para mi bienestar (página 12).
- Entiendo las políticas de salud y seguridad de For All Seasons, Inc. concernientes al uso de productos de tabaco, la reclusión/restricción, las armas, las drogas legales e ilegales y los medicamentos recetados que sean traídos a las instalaciones de For All Seasons, Inc., (página 13).
- Entiendo y he firmado un consentimiento para recibir tratamiento (página 15).
- Me han preguntado si tengo una instrucción anticipada y me han ofrecido enseñarme sobre esto si lo deseo (página 16).
- Me han preguntado si he dado mi permiso para recabar o proporcionar mi información médica confidencial a cualquier otro individuo o proveedor y he firmado este formulario, si corresponde (página 17).
- Entiendo y he firmado los formularios con la descripción y la explicación de las obligaciones financieras, los honorarios y cualquier acuerdo financiero por los servicios proporcionados por For All Seasons, Inc. (página 18).
- Me he reunido con la persona responsable de la coordinación de mi servicio.

Nombre del cliente en letra de imprenta: _____

Firma del cliente/tutor legal: _____ **Fecha:** _____

Firma del médico clínico: _____ **Fecha:** _____