

Salud conductual del río Cumberland, Inc.
Consentimiento general y reconocimiento

Nombre: _____

Nombre de Registro Social _____

PERMISO PARA TRATAMIENTO: Por la
presente autorizo al personal de Cumberland River Behavioral Health a brindar tratamiento y/o servicio a: hijo, cónyuge, Otro
_____, ☐ ser, ☐ ☐
☐ (especificar): _____.

Iniciales del cliente

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS CLIENTES/CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS INDIVIDUALES.

Por la presente, reconozco que se me han explicado mis derechos y responsabilidades como cliente de Cumberland River Behavioral Health y que se me ha dado una explicación por escrito de estos derechos y responsabilidades (ver otra página).

La confidencialidad de sus registros, que esta agencia mantiene, está protegida por las leyes y reglamentos estatales. Por lo general, no podemos comunicar a ninguna persona ajena a esta agencia que usted recibe servicios en ella ni divulgar información que lo identifique como consumidor, a menos que:

- 1. USTED CONSIENTE POR ESCRITO, o
- 2. LA DIVULGACIÓN ESTÁ PERMITIDA POR ORDEN JUDICIAL, o
- 3. LA DIVULGACIÓN SE REALIZA A PERSONAL MÉDICO EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA O A PERSONAL CALIFICADO PARA INVESTIGACIÓN, AUDITORÍA O EVALUACIÓN DE PROGRAMAS, o
- 4. AMENAZAS CON HACERTE DAÑO A TI MISMO O A UNA PERSONA IDENTIFICADA

Iniciales del cliente

También debe saber que las leyes y reglamentaciones estatales no protegen ninguna información sobre sospecha de abuso o negligencia infantil, incluido el abuso conyugal, de ser denunciada ante las leyes estatales o las autoridades locales.

REMISIÓN DE TUBERCULOSIS: La tuberculosis (TB) está aumentando en Estados Unidos. Como parte de su tratamiento con esta agencia, le recomendamos hacerse una prueba cutánea de tuberculosis. La detección temprana de la tuberculosis puede ser muy beneficiosa y el tratamiento es muy eficaz. Las pruebas cutáneas de tuberculosis se realizan diariamente en el departamento de salud local.

Iniciales del cliente

INFORMACIÓN DE REGISTRO DE VOTANTES: Como resultado de la Ley Nacional de Registro de Votantes, estamos obligados a determinar si usted es un votante registrado.

Iniciales del cliente

Soy un votante registrado. El cliente ☐ Si ☐ No ☐ No aplica.
Si no, ☐ presente reconozco que me han entregado un formulario de registro de votante o no deseo ☐ registrarme como votante.

NOTIFICACIÓN DE SEGUIMIENTO: Los representantes de esta agencia pueden comunicarse con usted durante el curso del tratamiento y/o después de la finalización del tratamiento para determinar su satisfacción con los servicios recibidos en esta agencia.

Iniciales del cliente

Permiso para llamar: ☐ Sí ☐ No
Permiso para enviar mensajes de texto: ☐ Sí ☐ No, Número de teléfono celular: _____
Permiso para enviar correo electrónico: ☐ Sí ☐ No, Dirección de correo electrónico: _____
Cumberland River Behavioral Health tiene mi permiso para llamar a mi casa sin marcar * 67 para bloquear llamadas.
Sé que Cumberland River puede aparecer en mi identificador de llamadas.

Iniciales del cliente

FIRMAS: He leído y comprendido la información anterior y he recibido una copia de este formulario.

Firma del Cliente y/o Tutor Legal

Fecha

Testigo

Fecha

Acuse de recibo del paquete de información del cliente

Nombre: _____

Número de Seguro Social: _____

1. He recibido el folleto de la Guía de información para clientes de Cumberland River Behavioral Health.

Iniciales del cliente

2. Cumberland River Behavioral Health puede facturar a mi fuente de pago:

☐ Número de Medicaid: _____

☐ Número de Medicare: _____

Autorización Extendida de Medicare: Solicito que el pago del programa de seguro médico se realice a Cumberland River Behavioral Health, Apartado Postal 568, Corbin, KY 40702, por cualquier factura de servicios prestados por un médico o proveedor de la agencia. Autorizo la divulgación de cualquier información para procesar dichas reclamaciones.

Iniciales del cliente

☐ Seguro: Número de póliza: _____ Número de grupo Autorizo a CRBH a _____

Autorizarse con el suscriptor de la póliza de seguro según sea necesario.

Autorizo el pago de beneficios médicos a CRBH por los servicios prestados.

Autorizo la divulgación de información necesaria para procesar mi reclamo.

☐ Tarifa de pago propio \$ _____ por sesión.

3. Me han explicado el Aviso de Prácticas de Privacidad y entiendo que se pueden presentar quejas a las siguientes personas/agencias: Iniciales del Cliente

Defensora del Pueblo del Río Cumberland: Gail Buck - Teléfono 606-528-7010 ext. 233
Responsable de Privacidad del Río Cumberland: Responsable de Privacidad del Río Cumberland - Teléfono 606-528-7010
o correo electrónico: hipaa@crccc.org
Programa de Acreditación de la Comisión Conjunta (JCAHO): 1-800-994-6610 o correo electrónico: complaint@jointcommission.org

Iniciales del cliente

4. Se me ha entregado una copia de la Política de Derechos Individuales/Quejas.

5. ¿Tiene una directiva anticipada? Sí, ¿una directiva anticipada psiquiátrica? ☐ Sí ☐ No. Si no, ¿le gustaría ayuda para completar?

Iniciales del cliente

6. Nombres y números de contacto de emergencia médica:

Nombre/Número de contacto: _____

Nombre/Número de contacto: _____

Nombre/Número de contacto: _____

Iniciales del cliente

Autorizo a CRBH a contactar a la persona mencionada anteriormente en caso de emergencia para recibir tratamiento médico. Entiendo que esta información puede incluir mi tratamiento para:

☐ Abuso de drogas VIH

☐ Pruebas de VIH

☐ Alcoholismo

☐ SIDA

Prohibición de Redivulgación: Esta información le ha sido revelada a partir de los registros de personas cuya confidencialidad está protegida por la ley federal. Las regulaciones federales (42 CFR Parte 2) le prohíben realizar cualquier otra redivulgación de esta información sin el consentimiento expreso por escrito de la persona a quien pertenece o según lo permita de otra manera la 42 CFR Parte 2. La autorización general para la divulgación de información no es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar penalmente o procesar a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas. Doy este consentimiento voluntariamente y he sido informado del tipo específico de información que se ha solicitado y de los beneficios y desventajas de divulgar la información que se me ha explicado. También entiendo que la prestación de servicios no depende de mi decisión con respecto a la divulgación de información.

FIRMAS: He leído y comprendido la información anterior y he recibido una copia de este formulario.

Firma del Cliente y/o Tutor Legal

Fecha

Testigo

Fecha