ALASKA BEHAVIORAL HEALTH

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS

Nombre del Cliente: _____ **# de Cliente:** _____

Yo, _____ (o _____)
Nombre del Cliente — Representante autorizado actuando a nombre del cliente

solicito y voluntariamente consiento recibir servicios de salud mental de parte de Alaska Behavioral Health (Organización). y su personal de salud mental. Dicha atención podría incluir procedimientos de diagnóstico rutinarios y/o servicios relacionados que el personal de salud mental podría recomendar como clínicamente necesario. La Organización no me ha dado garantías en cuanto al resultado de los servicios o la evaluación.

Entiendo que como parte de mi tratamiento médico, esta Organización origina y mantiene registros de salud que se utilizan para el Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Médica.

Con su permiso podríamos pedirle que grabemos su sesión para proporcionar retroalimentación de calidad, directrices a su médico y para mejorar la calidad general de la atención que le brindamos. Este registro se mantiene en un lugar seguro hasta que sea revisado por un supervisor y luego es guardado en un lugar seguro. Entiendo que mi sesión con mi terapeuta podría ser grabada con fines de calidad después de obtener mi consentimiento.

Consentimiento del CCBHC para la Recopilación de Datos

Debido a que usted está recibiendo servicios en Alaska Behavioral Health y que somos un Centro Certificado de Salud Conductual Comunitaria (CCBHC), puede participar en un esfuerzo para recopilar información que nos ayudará a servir mejor a nuestra comunidad. Los datos que proporcionamos a la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés) no son identificables individualmente por ellos.

Este formulario proporciona información para que pueda tomar una decisión informada sobre su participación. Favor de leer este formulario cuidadosamente y hacer preguntas de tener alguna.

¿Cuál es el propósito de la recopilación de datos?

Alaska Behavioral Health es financiado parcialmente por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos/Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA). Como parte de este financiamiento, SAMHSA requiere que Alaska Behavioral Health recopile y reporte información sobre todas las personas atendidas en nuestra Organización para evaluar la efectividad del programa. Si decide participar, la información que nos proporcione nos ayudará a mejorar nuestros servicios.

¿Qué información me pedirán?

Si acepta participar, recopilaremos información durante una entrevista estructurada y en persona con usted cuando comience a recibir servicios, cada seis meses que permanezca en los servicios y cuando deje los servicios. La entrevista estructurada utilizará las Medidas Nacionales de Resultados (NOMs, por sus siglas en inglés) de SAMHSA, Medidas a nivel de cliente Programas de Servicio Discrecional que proporcionan Herramientas de Servicios Directos, versión para niños o adultos.

Completado por:
Nombre del Cliente:
ID del Cliente:

ALASKA BEHAVIORAL HEALTH

La información demográfica, incluyendo género, etnia, raza y mes y año de nacimiento se obtendrá en la primera entrevista. En cada entrevista, se harán preguntas a los participantes sobre:

- Funcionamiento
- Familia y Despliegue Militar
- Uso de sustancias
- Violencia y Trauma
- Vivienda
- Educación
- Delincuencia y Justicia Penal
- Percepción de la Atención
- Conectividad Social

¿Cómo se protegerá mi privacidad?

La información recopilada por el personal de Alaska Behavioral Health durante la entrevista estructurada se ingresará en una base de datos segura de SAMHSA llamada Sistema de Rendición de Cuentas y Presentación de Informes sobre el Desempeño (SPARS, por sus siglas en inglés). SPARS es un sistema basado en la web protegido por contraseña para informar sobre los programas financiados por SAMHSA. Su nombre no será proporcionado a SAMHSA. En su lugar, su información será identificada con un Número asignado por el personal de Alaska Behavioral Health. Este número no incluye ninguna parte de su nombre, fecha de nacimiento o número de seguro social. Este número de identificación está diseñado para rastrear a un destinatario específico a lo largo de su entrevista mientras se mantiene el anonimato.

¿Cómo se utilizará la información?

El propósito principal de la recopilación de datos es mejorar los servicios de Alaska Behavioral Health. Su médico revisará los resultados con usted para ayudar a planificar los servicios en curso. Además, sus respuestas serán utilizadas para determinar la efectividad de los servicios de Alaska Behavioral Health. Los resultados de los análisis clínicos podrían ser utilizados para informar sobre los servicios del programa.

SAMHSA utiliza datos agregados para llevar a cabo la evaluación del desempeño de los programas financiados con fondos federales. Los datos agregados se refieren a la información desvinculada que se recoge de múltiples fuentes y se combina en informes resumidos, normalmente con fines de información pública o análisis estadístico. Con conjuntos de datos agregados, no es posible identificar la información que ha sido proporcionada por un encuestado determinado.

¿Cuáles son los riesgos potenciales de mi participación?

Los principales riesgos de la participación incluyen la posible incomodidad al responder preguntas sobre asuntos delicados y la posibilidad de que alguien que no ha autorizado pueda acceder a su información médica

Completado por:
Nombre del Cliente:
ID del Cliente:

protegida. Con respecto al primer riesgo, Alaska Behavioral Health hace todo lo posible para proporcionar un entorno terapéutico seguro y apoyador. Su médico estará disponible para brindar asistencia y ha sido adiestrado en formas de discutir información delicada y personal. Además, si decide participar, tiene derecho a negarse a contestar cualquier pregunta(s). Con respecto al segundo riesgo, Alaska Behavioral Health cuenta con políticas y procedimientos estrictos para cumplir con las leyes estatales y federales que protegen la confidencialidad de la información médica y el uso de sustancias. Además, su información no puede ser identificada individualmente por SAMHSA, más bien la información se evalúa completamente.

¿Cuáles son los beneficios potenciales de mi participación?

Su participación ayudará a Alaska Behavioral Health a mejorar los servicios para individuos y familias de nuestra comunidad. También le proporcionará información importante sobre su bienestar que facilitará el tratamiento y la planificación del alta.

Su participación es voluntaria:

Su participación en la evaluación es voluntaria. Si decide no participar en la recopilación de datos, no se le denegarán los servicios y el tratamiento no se verá afectado. Además, si usted y/o su hijo eligen participar, usted es libre de retirar su consentimiento/asentimiento y suspender la participación en cualquier momento sin que esta decisión afecte su cuidado y tratamiento con Alaska Behavioral Health.

¿Y si tengo preguntas?

Usted recibirá una copia de este formulario de consentimiento/asentimiento para sus archivos. Si tiene preguntas sobre la evaluación, puede discutirlas con su médico o con Pamela Kennedy, Oficial de Privacidad de Alaska Behavioral Health. Estarán encantados de responder a sus preguntas o discutir cualquier inquietud.

Oficial de Privacidad:
Pamela Kennedy, LPC-S, CHPC
Directora de Calidad
(907) 561-1000

Consentimiento

Se me ha dado la oportunidad de formular preguntas sobre todos y cada uno de los aspectos de esta evaluación y los procedimientos implicados. Entiendo que los evaluadores y el personal del programa han establecido procedimientos para proteger la confidencialidad de los registros relacionados con mi participación. Consiento a el uso y la divulgación de mis registros por Alaska Behavioral Health según descrito anteriormente, y la divulgación de información a SPARS y SAMHSA. Entiendo que puedo optar por no participar en la recopilación de datos o revocar mi consentimiento en cualquier momento, y que si lo hago no se me negarán servicios o beneficios.

Entiendo que mis registros de tratamiento/rehabilitación de alcohol y/o drogas (de haber alguno) están protegidos bajo la Ley de Responsabilidad de Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), y sus regulaciones promulgantes, y que, dependiendo de la naturaleza del registro y el tratamiento involucrado, mis registros también podrían estar protegidos bajo los reglamentos federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes de trastorno por uso de sustancias, 42 C.F.R. Parte 2. Entiendo que sólo la información de salud cubierta por 42 C.F.R. Parte 2 (es decir, consumo de alcohol y drogas o tratamiento) seguirá siendo protegido por la ley de redescerrar una vez que salga de Alaska

Completado por:
Nombre del Cliente:
ID del Cliente:

ALASKA BEHAVIORAL HEALTH

Behavioral Health. Sin embargo, si la información está cubierta únicamente por la ley HIPAA, está sujeta a un redescierre por parte del destinatario y podría dejar de estar protegida. Entiendo que mis registros que están sujetos a la HIPAA no pueden ser revelados más allá de lo permitido bajo este consentimiento, a menos que la ley permita otra cosa.

Este consentimiento no expirará hasta seis (6) meses después de completar los servicios con Alaska Behavioral Health, o hasta que revoque este consentimiento, lo que ocurra antes. **Si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita a Alaska Behavioral Health para los registros médicos generales, y por escrito u oralmente para los registros de tratamiento del trastorno del uso de sustancias**. Esta revocación no se aplicará a la información que ya haya sido liberada en respuesta a esta autorización.

Mi firma a continuación indica mi acuerdo para participar en servicios de salud conductual en Alaska Behavioral Health y refleja mi decisión de participar en el proceso de recopilación de datos del CCBHC.

FIRMA DEL CLIENTE	FECHA
TESTIGO	FECHA
(Adultos) FIRMA DE FAMILIAR/TUTOR LEGAL O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA

CLIENTES MENORES SOLAMENTE ¿Es usted el padre o tutor del cliente menor de edad? SÍ ☐ NO ☐

De contestar "SÍ" a la pregunta anterior, por favor proporcione una **identificación con foto a la recepción**.

Si está firmando como el cuidador para el cliente menor: Reconozco que estoy firmando como el cuidador de este menor. Atestiguo que el padre/tutor legal no está disponible para firmar por los servicios médicos necesarios en la Organización a pesar de los intentos de comunicarse con el pariente o tutor legal.

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA

Nombre en Letra de Molde y Parentesco con el Cliente:_____

PERSONAL solamente: Documento(s) obtenido(s) (circule uno): Documentación Legal de la Tutela; Inhabilidad de Comunicarse con el Tutor; Inhabilidad de presentar documentación

Completado por:
Nombre del Cliente:
ID del Cliente:

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

AKAIMS MDS ~ A ser completado por el Personal si el cliente no tiene la habilidad de hacerlo.

Perfil del Cliente

1. ***Nombre (Primer y Apellido):*** _____
2. ***Nombre de Soltera:*** _____
3. ***Alterno/Otros nombres por los cuales es conocido:*** _____
4. ***Género del Cliente (circule la respuesta):***

   Mujer Hombre
   Mujer Convirtiéndose en Hombre Mujer Anteriormente Hombre
   Hombre Convirtiéndose en Mujer Hombre Anteriormente Mujer
   Sin Respuesta Desconocido

5. Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy): __ __ / __ __ / __ __ __ __
6. Número de Seguro Social: __ __ __ -- __ __ -- __
7. Número de ID de Médicaid: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
8. Dirección Postal Actual: (Puede recibir correspondencia) ☐ _____
9. Dirección Física Actual _____
10. Número(s) de Teléfono:
    DE LA CASA: _____ ☐Primario
    MÓVIL: _____ ☐Primario
    ¿Le gustaría recibir mensajes de texto o llamadas de recordatorio automatizadas? ☐Sí ☐No
11. ¿Dónde nació? _____
12. ¿Es usted ciudadano americano (circule la respuesta): Sí No

Por favor circule: ¿Puede usted: Hablar - Leer - Escribir en el idioma Inglés? Sí No ¿Necesita un intérprete? Sí No

13. ¿Qué idioma prefiere hablar? _____
14. ¿Tiene un tutor legal? En caso afirmativo, Nombre: _____
    Dirección: _____
15. Nombre de Contacto de Emergencia/Contacto Alternativo: _____
    Número(s) de teléfono: (permitido llamar)☐ _____
16. Preferencia religiosa: _____☐ Sin Respuesta

Demografías *(Información Adicional)*

Raza(s): Marque todas las que apliquen:

- ☐ Indio Americano
- ☐ Asiatico
- ☐ Negro/Afroamericano
- ☐ Caucasico
- ☐ Nativo de Hawaii
- ☐ Isleño Pacífico
- ☐ Otro _____

Nativo de Alaska

- ☐ Aleut
- ☐ Athabascan
- ☐ Haida
- ☐ Inupiat
- ☐ Tlingit
- ☐ Tsimshian
- ☐ Yupik
- ☐ Otro _____

Etnicidad: Marque uno

- ☐ No español/hispano/latino
- ☐ Chicano/Otro tipo de hispano
- ☐ Cubano
- ☐ Hispano
- ☐ Mexicano Americano
- ☐ Puertorriqueño
- ☐ Español/hispano/latino

Ingresos Anuales del Hogar
Marque Uno

- 0-$999
- $1.000-4,999
- $5,000-9,999
- $10,000-19,999
- $20,000-29,999
- $30,000-39,999
- $40,000-49,999
- $50,000 y más

Educación: Marque uno

- ☐ Nada de escuela
- ☐ Si de K al 11, cuantos años? _____
- ☐ GED
- ☐ Diploma de Escuela Secundaria
- ☐ Adiestramiento Vocacional
- ☐ Clases de Educación Especial no Clasificadas
- ☐ Bachillerato (BA, BS)
- ☐ Trabajo posgraduado (sin grado)
- ☐ Maestría
- ☐ Doctorado/Grado profesional
- ☐ 1 año Post Secundario
- ☐ 2 años Post Secundario (incl.. grado AA)
- ☐ 3 años Post Secundario
- ☐ 4+ años Post Secundario (ningún grado)
- ☐ Otro _____

Para el Uso del Personal Solamente:
Iniciales del Médico/Miembro del Personal: _____
Iniciales del Entrante de Datos: _____

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

AKAIMS MDS ~ A ser completado por el Personal si el cliente no tiene la habilidad de hacerlo.

Estado de Veterano: Marque uno

- ☐ Retirado del ejército; no combate
- ☐ Nunca en servicio militar
- ☐ Veterano de la Era de Vietnam; combate
- ☐ Veterano de la Era de Vietnam; no combate
- ☐ Veterano de la Guerra del Golfo, combate
- ☐ Veterano de la guerra de Irak; combate
- ☐ Guerra Afgana, combate
- ☐ En reservas/Guardia Nac; combate
- ☐ En reservas/Guardia Nac; no combate
- ☐ Militares dependientes
- ☐ En Servicio Activo; combate
- ☐ En Servicio activo ; no-combate
- ☐ Retirado del ejército; no combate
- ☐ Separado, No-Comandante, Baja Honorable
- ☐ Separado, No-Combate, Excepto Baja Honorable
- ☐ Desconocido
- ☐ Veterano de otras eras
- ☐ No aplica

Información Médica y de Tratamiento *(Perfil de Admisión)*

1. ***¿Ha estado alguna vez en el hospital o tratamiento residencial por abuso de sustancias?*** ____Sí ____No
   En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____
2. ***¿Ha estado en el hospital en los últimos 6 meses por problemas médicos causados por el abuso de sustancias?***
   ____Sí ____No En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____
3. ***¿Cuántas hospitalizaciones ha tenido por enfermedad mental?*** _____
4. ***Sólo se requiere si es MUJER***: Embarazada: ___Sí ___No ___Desconocido ***En caso afirmativo,*** fecha de nacimiento: __ __/ __ __/ __ __
5. ***Usuario de drogas inyectables:*** ___Sí o ___No

Información Financiera (Admisión)

Estado de Empleo: Marque uno

- ☐ Discapacitado
- ☐ Empleado a Tiempo Completo
- ☐ Empleado a Tiempo Parcial
- ☐ Ama de Casa
- ☐ En las Fuerzas Armadas
- ☐ No en la Fuerza Laboral/Otro
- ☐ No está buscando trabajo
- ☐ Residente/Recluso
- ☐ Retirado
- ☐ Empleado Temporal/dentro de temporada
- ☐ Empleado Temporal/fuera de temporada
- ☐ Estudiante
- ☐ Desempleado/no está buscando trabajo
- ☐ Desempleado/ Sustento
- ☐ Desempleado/Está buscando trabajo
- ☐ Otro
- ☐ Sin Respuesta

Fuente de Ingresos Primarios: Marque uno

- ☐ Programa de Asistencia Tribal
- ☐ Ninguno
- ☐ Dividendos de Corp de Nativos de Alaska
- ☐ Manutención
- ☐ Alaska PFD
- ☐ Manutención para menores
- ☐ Desempleo
- ☐ Interés y Otro
- ☐ Asistencia Pública/Pagos de Welfare
- ☐ Ingresos del Padre
- ☐ Retiro corrido
- ☐ Retiro/Sobreviviente/Pensión por Discapacidad
- ☐ Discapacidad por Seguro Social (SSDI)
- ☐ Auto empleo
- ☐ SSI
- ☐ Ingresos del Cónyuge/Pareja doméstica
- ☐ Seguro social
- ☐ Compensación de Desempleo
- ☐ Otro

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

AKAIMS MDS ~ A ser completado por el Personal si el cliente no tiene la habilidad de hacerlo.

Admisión ~ Pantalla de Información Financiera

Recurso de Pago Esperado: Marque uno

- ☐ Aetna
- ☐ AK Native Health Care
- ☐ Blue Cross/Blue Shield
- ☐ CIGNA
- ☐ Pagado por el Cliente
- ☐ HMO
- ☐ Indian Health Services
- ☐ Medicaid
- ☐ Medicaid
- ☐ MODA Health
- ☐ Sin Cargo
- ☐ Otro Subsidio Gubernamental
- ☐ Otro Native Health Care
- ☐ Otro Privado
- ☐ Otro Público
- ☐ Pagar lo que pueda/Plan de Pago
- ☐ Pagar lo que pueda/Sin pago
- ☐ Otro:_____
- ☐ Desconocido

Tipo de Seguro: Marque uno

- ☐ Indian Health Services
- ☐ Ninguno
- ☐ Comercial
- ☐ Medicare Condicional Primario
- ☐ Póliza Grupal
- ☐ HMO
- ☐ Póliza Individual
- ☐ Póliza a largo plazo
- ☐ Litigación
- ☐ Medicare Parte B
- ☐ Medicaid
- ☐ Medigap Parte B
- ☐ Medicare Primario
- ☐ Otro Seguro Público
- ☐ Otro Seguro Privado
- ☐ Pago Personal (Efectivo-No Primario)
- ☐ Póliza Suplemental
- ☐ Seguro de Veteranos
- ☐ Otro_____
- ☐ Desconocido

Situación de Vivienda: Marque uno

- ☐ Centro de vida asistida
- ☐ Centro correccional/de detención
- ☐ Residencia de Crisis
- ☐ Hogares de guarda
- ☐ Casa de Grupo
- ☐ Centro de reinserción social
- ☐ Sin hogar
- ☐ Hospital para propósitos no psiquiátricos
- ☐ Hospital para propósitos psiquiátricos
- ☐ Égida
- ☐ Residencia Privada sin nuestros servicios de apoyo
- ☐ Residencia Privada con nuestros servicios de apoyo
- ☐ Tratamiento Residencial
- ☐ Refugio
- ☐ Hogares de Guarda Terapéuticos
- ☐ Vivienda Transicional
- ☐ Otro_____
- ☐ Sin respuesta
- ☐ Desconocido

Estado Civil: Marque uno

- ☐ Conviviendo
- ☐ Divorciado
- ☐ Casado
- ☐ Soltero nunca casado
- ☐ Separado
- ☐ Viudo
- ☐ Sin Respuesta
- ☐ No Recopilado
- ☐ Desconocido

Viviendo en el Hogar: Contestar ambas

1. Número de personas que viven con usted:_____
2. Número de niños en el hogar:_____

Admisión ~ Pantalla de Historial Penal

Número de Arrestos: En los **pasados 30** días (requerido) _____

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

AKAIMS MDS ~ A ser completado por el Personal si el cliente no tiene la habilidad de hacerlo.

Admisión ~ Datos de Admisión (continuado)

Fuente que Refiere: Marque uno

- ☐ Alaska Native Hospital (PHS o IHA)
- ☐ Programa Residencial o Detox de Alcohol Detox
- ☐ Programa de Alcohol
- ☐ Anchorage Correctional Complex
- ☐ Anvil Mountain Correctional Center
- ☐ API
- ☐ ASAP
- ☐ Instalación de Vivienda Asistida
- ☐ Abogado
- ☐ Centro de Salud Comunitario
- ☐ Agencia Correccional (Libertad Condicional)
- ☐ Corte – Procedimientos CINA
- ☐ Corte – Procedimientos Civiles
- ☐ Corte - Procedimientos Criminales
- ☐ Crisis Recovery Center
- ☐ Dentista
- ☐ Departamento correccional/Cárcel
- ☐ Developmental Disabled Program
- ☐ Programa de drogas
- ☐ DVSA – Servicios a las víctimas
- ☐ Departamento de Emergencias
- ☐ Amigo o Familia
- ☐ Libertad condicional Federal
- ☐ Goose Creek Correctional Center
- ☐ Halfway House
- ☐ Highland Mountain Correctional Center
- ☐ Auto referencia o Referencia Individual
- ☐ Referencia Interna
- ☐ Justicia Juvenil
- ☐ JSAP
- ☐ Ketchikan Correctional Center
- ☐ No aplica
- ☐ Sin Respuesta
- ☐ Égida/Instalación de Atención Inmediata
- ☐ Oficina de Servicios de Niños
- ☐ Otra salud mental (sin incluir psiquiatra), incluyendo escuela, Iglesia
- ☐ Otros casos de Pacientes de CMHC No Ingresados
- ☐ Otra Residencia/Institución
- ☐ Otras Agencias Sociales/Comunitarias
- ☐ Equipo de Alcance
- ☐ Tribunal Fuera del Estado
- ☐ Doctor fuera del estado
- ☐ Psiquiatría o Tratamiento psiquiátrico fuera del Estado
- ☐ Programa de Atención Parcial o Cuido Diurno
- ☐ Apoyo de Pares
- ☐ Doctor
- ☐ Point Mackenzie Correctional Farm
- ☐ Hospital Psiquiátrico Privado
- ☐ Clinica de Psiquiatría
- ☐ Salud Pública (HS, PHS, Div. De Salud Pública)
- ☐ Seguridad Pública
- ☐ Escuela
- ☐ Servicios sociales
- ☐ Spring Creek Correctional Center
- ☐ Apartamento Supervisado
- ☐ Corte terapéutica
- ☐ Vivienda transicional
- ☐ Tribal Court
- ☐ Tribal Health Authority
- ☐ Tribal Health Facility
- ☐ V.A. Hospital
- ☐ Village Health Aide
- ☐ Wildwood Correctional Center
- ☐ Youth Court
- ☐ Yukon Kuskokwim Correctional Center
- ☐ Otro_____

Admisión ~ Datos de Admisión (ESTA SECCION DE DEBE SER COMPLETADA POR EL PERSONAL)

1. ***Fecha de Admisión***: __ __ /__ __ /__ __ (igual que la fecha de Evaluación) Recibiendo Tratamiento ***Aquí para***: Salud Mental (siempre)
2. ***Tipo de Admisión:*** ___Primera Admisión ___Readmisión ***Problema de Salud Mental:*** SI (siempre)
3. Personal de Admisión: _____ Terapia de Reemplazo de Opioides Planificada: NO (siempre)
4. Tipo de Cliente: ___Adulto con problemas severos de salud mental c/Trastorno por el uso de sustancias
   ___ Adulto perturbado emocionalmente c/Trastorno por el uso de sustancias
   ___ Adulto perturbado emocionalmente SIN Trastorno por el uso de sustancias
   ___ Adolescente perturbado emocionalmente c/Trastorno por el uso de sustancias
   ___ Adolescente perturbado emocionalmente SIN Trastorno por el uso de sustancias
   ___ Adolescente severamente perturbado emocionalmente c/Trastorno por el uso de sustancias
   ___ Adolescente severamente perturbado emocionalmente SIN Trastorno por el uso de sustancias
   ___ Adolescente o Adulto c/Trastorno por el uso de sustancias SOLAMENTE

Alaska Behavioral Health
POLITICAS FINANCIERAS DEL CLIENTE

NOMBRE DEL CLIENTE: _____ # DE CLIENTE: _____

Asunción de Responsabilidad

La parte responsable abajo firmante acuerda que si firma como garante o como Cliente por los servicios para prestar al cliente antes mencionado, la parte responsable garantizará el pago de todos los cargos por dichos servicios y gastos adicionales incurridos por dicho Cliente. Los cargos morosos podrían ser referidos a un servicio de cobro y reportados a la Oficina de Crédito de Alaska.

La parte responsable abajo firmante acuerda pagar a la Organización (Alaska Behavioral Health) el porcentaje declarado del cargo real por visita fijado en la tarifa establecida. La tarifa acordada es pagadera al momento del servicio.

La parte responsable abajo firmante acuerda informar a la Organización de cualquier cambio en su situación financiera.

Autorización para Divulgar Información

La parte responsable abajo firmante autoriza a la Organización a divulgar la información demográfica y médica recopilada oficialmente en el curso de un examen y tratamiento con el fin de solicitar beneficios de seguro médico y otra cobertura financiera.

Información de Seguro

Es práctica de esta Organización aceptar la mayoría de las principales compañías de seguros médicos, Medicaid y Medicare. El objetivo de la Organización es proporcionar una facturación rápida y eficiente como cortesía al cliente. Nuestra Organización necesita la ayuda de los clientes y/o las partes responsables para lograr este objetivo. Es necesario que los clientes proporcionen información completa y precisa sobre el seguro. Todos los clientes deben completar el Formulario de Registro de Clientes de Alaska Behavioral Health y proporcionar la información necesaria antes de ser atendido por el personal de la Organización. Es responsabilidad de los clientes notificar inmediatamente a la Organización si cambia la información financiera o de seguros.

Firma del Cliente	Fecha

Firma de la Parte Responsable	Fecha
Favor de ingresar Nombre en Letra de Molde	Parentesco con el Cliente

ALASKA BEHAVIORAL HEALTH

Consentimiento Informado para Servicios por Estudiantes Internos

Yo, _____ (nombre en letra de molde) cliente, padre o tutor, o representante autorizado de _____ (nombre del cliente en letra de molde), entiendo que esta Organización (Alaska Behavioral Health) capacita a estudiantes de pregrado y posgrado avanzado en la profesión de salud mental que aún no tienen licencia en Alaska.

Entiendo que todos los estudiantes son supervisados por un mínimo de un Supervisor Clínico Preparado. La supervisión incluye sesiones de supervisión presenciales, revisar y co-firmar planes de tratamiento, notas de progreso y firmar todos los demás documentos que van en su historial clínico.

Entiendo que tengo el derecho de saber el nombre del Estudiante Interno, su supervisor y cómo comunicarse con ella o él; el miembro del personal con el que se reúna proporcionará esta información a petición.

☐ Denegar el consentimiento para servicios por estudiantes internos _____ _____

Firma Fecha

Su firma a continuación indica que: 1) usted ha leído la información en este documento y consiente a recibir los servicios proporcionados por los Estudiantes Internos de la Organización; 2) su Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) es estrictamente confidencial y está protegida por los reglamentos federales y estatales (42 CFR Parte 2; 45 CFR 160, 162, y 164; y 7 AAC 71.215).

_____ _____

Firma del Cliente/Padre o Tutor o Representante Autorizado — Fecha

_____ _____

Nombre del Estudiante (En letra de molde) — Fecha

_____ _____

Nombre del Supervisor (En letra de molde) — Fecha

Completado por Miembro del Personal:

Nombre del Cliente:

ID del Cliente:

Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad
Alaska Behavioral Health

4020 Folker Street, Anchorage AK 99508
907-563-1000
1423 Peger Road, Fairbanks, AK 99709
907-371-1300

Su Información.
Sus Derechos.
Nuestras Responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo usted puede conseguir acceso a esta información.
Favor de revisarlo cuidadosamente.

Sus Derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtenga una copia electrónica o en papel de su historial clínico.	• Usted puede pedir ver u obtener una copia electrónica o en papel de su historial médico y otra información de salud que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto. • Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días de su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable basada en costos.
Solicitar que corrijamos su historial médico	• Podría solicitar que corrijamos la información sobre su salud que considere sea incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto. • Podríamos decir "no" a su solicitud, pero le diremos la razón por escrito dentro de 60 días.
Solicitar comunicaciones confidenciales	• Usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de la casa o de la oficina) o para enviar correspondencia a una dirección diferente. • Diremos "sí" a todas las peticiones razonables.

continuado en la siguiente página

Solicitar que limitemos lo que usamos o compartimos	• Usted puede solicitar que **no** usemos o compartamos cierta información médica suya para tratamiento, pago o nuestras operaciones. • No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si afectaría su cuidado. • Si usted paga por un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. •Diremos "sí" a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.
Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido Información	• Usted puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información méd seis años antes de la fecha que usted pregunta, con quién la compartimos y por qué. • Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como las que usted nos pidió que hiciéramos). Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si usted pide otra dentro de 12 meses.
Obtener una copia de este aviso de privacidad	• Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel con prontitud.
Elegir a alguien que lo represente	• Si usted le ha dado a alguien un poder notarial o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. • Nos aseguraremos de que la persona que tiene esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier acción.
Presentar una queja si considera que sus derechos fueron violados	• Puede quejarse si siente que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros utilizando la información que aparece en la página 1 • Puede presentar una queja ante la oficina de Derechos Civiles y de Salud de EE.UU enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W. , Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.** • No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus Elecciones

Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si usted tiene una clara preferencia por cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:	• Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado • Compartamos información en situaciones de desastre • Incluyamos su información en un directorio del hospital • Nos comuniquemos con usted para recaudar fondos *Si usted no es capaz de decirnos sus preferencias, por ejemplo si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*
En estos casos nunca compartimos su información a menos que usted nos dé permiso por escrito:	• Fines de comercialización • Venta de su información • La mayoría de las notas de psicoterapia
En el caso de la recaudación de fondos:	• Es posible que nos comuniquemos con usted para recaudar fondos, pero puede decirnos que no lo hagamos nuevamente.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información médica? Normalmente usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Para tratarle	• Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que le están tratando.	*Ejemplo: Un médico que lo trata para una lesión le pregunta a otro médico acerca de su condición médica general.*
Dirigir nuestra organización	• Podemos usar y compartir su información médica para realizar nuestra práctica, mejorar su cuidado y comunicarnos con usted cuando sea necesario.	*Ejemplo: Usamos información médica sobre usted para manejar su tratamiento y servicios*
Factura por sus servicios	• Podemos usar y compartir su información médica plan de seguro médico para facturar y obtener pagos de planes médicos u otras entidades.	*Ejemplo: Damos información sobre usted* a su *para que sus servicios puedan ser pagados y facturados.*

continuado en la siguente página

¿Cómo más usamos o compartimos normalmente su información médica? Se nos permite o requiere compartir su información de otras maneras - generalmente de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos propósitos. Para más información, véase: **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html**.

Ayuda en materia de salud pública y asuntos de seguridad	• Podemos compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones tales como: • Prevención de enfermedades • Ayuda con la retirada de productos • Notificación de reacciones adversas a medicamentos • Denuncia de presuntos abusos, negligencia o violencia doméstica • Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona
La investigación	• Podemos usar y compartir su información para investigaciones médicas.
Cumplir con la ley	• Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere verificar que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.
Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejido	• Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.
Trabajar con un médico examinador o director funerario	• Podemos compartir información médica con un forense, un médico forense o un director funerario cuando un individuo fallece.
Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales	• Podemos usar o compartir información médica sobre usted: • Reclamaciones de indemnización de los trabajadores • Con fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley • Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley • Para funciones gubernamentales especiales tales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial
Responder a demandas y acciones legales	• Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Este Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad se basa en una plantilla proporcionada por la Oficina de Derechos Civiles e incluye cierta información que no se aplica a Alaska Behavioral Health y sus subsidiarias de propiedad total. Por ejemplo, no proporcionamos hospitalización (atención hospitalaria) por lo que no proporcionaremos un 'directorio hospitalario."

No creamos ni mantenemos notas de psicoterapia separadas de lo que está en su historial médico.
Nunca comercializamos ni vendemos información personal

Nuestras Responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le haremos saber rápidamente si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y entregarle una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información a menos que usted nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Avísenos por escrito si usted cambia de parecer.

Para más información, véase: **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.**

Cambios en los Términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible bajo petición, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

1 de julio de 2017

Este Aviso de Prácticas de Privacidad aplica a las siguientes organizaciones.

Esto Aviso aplica a Alaska Behavioral Health y sus subsidiarias de propiedad total que son Entidades Cubiertas bajo HIPAA. Alaska Behavioral Health incluye sitios en Anchorage y Fairbanks. Otras entidades subsidiarias que no prestan servicios sanitarios no están cubiertas por este Aviso, por ejemplo Seeds of Change.

De tener preguntas puede comunicarse con los siguientes Funcionarios de Privacidad:
Pamela Kennedy, LPC, CHPC, Oficial de Privacidad, 4020 Folker Street, Anchorage, Alaska 99508
907-563-1000
Krista Hart, Oficial de Privacidad Auxiliar, 926 Aspen St., Fairbanks, Alaska 99709, 907-371-1300

Pamela Kennedy, LPC, CHPC, Oficial de Privacidad, 4020 Folker Street, Anchorage, Alaska 99508
907-563-1000
Krista Hart, Oficial de Privacidad Auxiliar, 926 Aspen St., Fairbanks, Alaska 99709, 907-371-1300

ALASKA BEHAVIORAL HEALTH

Política y Acuerdo de Nombramiento

Programar una cita sirve como una reserva de tiempo cuando trabajamos con usted para alcanzar sus objetivos de tratamiento. Somos un equipo, por lo que su asistencia regular y participación activa son importantes. Desafortunadamente, las llegadas tardías para las citas nos impiden proporcionar la atención de la más alta calidad posible. Además, no podemos llenar las recetas si no lo vemos regularmente debido a “ausencias" y si no completa el trabajo de laboratorio necesario. Consulte las directrices a continuación para nombramientos que le ayudarán a recibir el servicio de la más alta calidad y nos permitirán prestar dicho servicio:

1. Estoy de acuerdo en llamar y cancelar citas con por lo menos 24 horas de antelación, o el día antes de cualquier cita programada que no pueda asistir. Cualquier cita cancelada el día de esa cita, o a la cual no me presente para la hora de inicio de la cita, se considerará una “ausencia." Se tendrán en cuenta las emergencias.
2. Estoy de acuerdo en llegar a tiempo para mis citas. Entiendo que la llegada tardía puede evitar que sea atendida por un proveedor debido a las limitaciones de tiempo en cuyo caso tendría que reprogramar mi cita. Esto puede contar como una “ausencia”.
3. Entiendo que ausencias consecutivas a las citas con el proveedor médico podrían resultar en no poder programarle más citas. Si eso sucede, tendré la opción de entrar y esperar a que un proveedor me vea y entiendo que no hay garantía de que habrá una cita disponible con mi proveedor preferido y/o que no tendré una larga espera.
4. Entiendo que no habrá más repeticiones de recetas hasta que un proveedor me vea en persona.

Nuestra misión es promover el bienestar mediante servicios de salud conductuales. Su salud y seguridad son esenciales, y estamos comprometidos a ser su proveedor de elección.

ALASKA BEHAVIORAL HEALTH

Proceso de Reclamación del Consumidor

Es la política de nuestra Organización (Alaska Behavioral Health) tratar a todos nuestros clientes con dignidad, respeto, individualidad y consideración por la privacidad. La Organización proporcionará a todos sus clientes un proceso para reportar las reclamaciones de manera respetuosa, oportuna y justa, sin temor a represalias.

1. Se pide y se anima a los clientes a revisar el formulario titulado *Derechos y Responsabilidades del Cliente*. Este formulario será firmado por el cliente en la recepción.

2. Los clientes o miembros de la familia pueden pedir ayuda a alguien y estar presentes durante cualquier/ todas las reuniones de reclamación. Si se le solicita, la Organización proporcionará ayuda a los clientes que deseen presentar reclamaciones.

3. La Organización proporcionará recursos útiles a los clientes interesados en presentar quejas, incluyendo el Centro de Leyes de Discapacidad, el Alaska Mental Health Consumer Web, NAMI Anchorage, NAMI Fairbanks, y NAMI Alaska, o cualquier otro recurso conocido.

4. Se alienta a los clientes a que hablen con su proveedor principal y/o el supervisor de esa persona sobre cualquier preocupación o queja que tengan acerca de su atención y tratamiento en esta Organización para que trabajen en la solución del problema. Si el problema no se puede solucionar según descrito anteriormente, el cliente debe llenar el formulario de Reclamación del Consumidor y presentarlo en un sobre sellado al Oficial de Privacidad Auxiliar.

5. El Oficial de Privacidad Auxiliar enviará una carta al cliente dentro de los cinco (5) días laborales siguientes a la recepción de la reclamación si no se resuelve a nivel departamental. La carta informará al cliente de que la queja se ha convertido en una reclamación, se ha recibido y se ha iniciado el proceso de revisión. Una respuesta por escrito a la reclamación se proporcionará dentro de treinta (30) días laborales después de que comience la revisión. Si la reclamación no puede resolverse en treinta (30) días laborales, el Oficial de Privacidad Auxiliar explicará el retraso al cliente por escrito o por teléfono.

6. Para los clientes que reciban servicios financiados con fondos públicos, las reclamaciones no resueltas a satisfacción del cliente en un plazo de treinta (30) días naturales se comunicarán a la División de Salud del Comportamiento (1-800-770-3930 o 907-269-3600). Las personas pueden presentar una queja ante la Organización y el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. si creen que sus derechos de privacidad han sido violados.

7. Tenemos una política de "no tolerancia" para el abuso, la negligencia o la intimidación que se utiliza para detener la presentación de una reclamación. Tampoco toleramos represalias por presentar una reclamación. Cualquier reporte de abuso, negligencia o amenazas será investigado e inmediatamente reportado al Director General y a la Junta Directiva de la Organización a través del Comité de Operaciones Corporativas. Para los clientes que reciben servicios financiados con fondos públicos, se informará de ello a la División de Salud Conductual.

8. El procedimiento de Reclamación del Cliente:

   a. estara a disposición de todos los clientes, tutores legales y personas a quienes se denieguen los servicios;
   b. se resumirá en un lenguaje sencillo y se entregará al cliente o tutor legal y se colocará un formulario de firma de acuse de recibo en el expediente del cliente;
   c. estara mostrado prominentemente en todas las instalaciones de la Organización.

9. El Oficial de Protección de Privacidad Auxiliar informará al Director General y al Comité de Operaciones Corporativas del Consejo de Administración de la Organización sobre las conclusiones de las reclamaciones. Los informes serán un resumen de todas las reclamaciones recibidas en el trimestre.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS CONSUMIDORES
Alaska Behavioral Health

SUS DERECHOS

1. Recibir servicios sin ser tratado injustamente por motivos de raza, religión, sexo, edad, lugar de origen, dominio del inglés, orientación sexual, estado civil o capacidades físicas o mentales.

2. Ser respetados y tratados con dignidad y respeto.

3. Participar en su Plan de Tratamiento, incluido el derecho a decir no a ciertos servicios o a solicitar servicios específicos. Si los servicios no pueden ser prestados, usted tiene el derecho de ser informado por qué el servicio no se está prestando o para ser remitido a otro lugar para el servicio.

4. La persona que prescribe los medicamentos debe indicarle el nombre, el propósito, los posibles efectos secundarios y las interacciones farmacológicas de cualquier medicamento recetado. Usted tiene derecho a ser informado de los riesgos y beneficios del medicamento, y el riesgo y beneficio de no tomar el medicamento.

5. Para pedirnos que nos comuniquemos con usted por algún método distinto de llamarlo a un número de casa o de trabajo. (p.ej. llamando a un vecino y dejando un mensaje, correo electrónico, etc.).

6. Mantener su información de salud confidencial, excepto cuando sea requerido o permitido por la ley y revisar u obtener una copia de sus registros. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona detalles sobre estos derechos.

7. Rechazar tratamientos experimentales, tratamientos no estándar y la participación en programas educativos o de demostración o investigación.

8. Presentar quejas o reclamaciones sin temor a represalias.

SUS RESPONSABILIDADES

1. Para decirnos por qué está buscando servicios, acerca de sus problemas, enfermedades del pasado, medicamentos, y la historia.

2. Proporcionar información completa, precisa y actualizada para mantener su historial clínico actualizado.

3. Para hacer preguntas sobre cualquier información que no entienda.

4. Tomar un papel activo en su tratamiento (esto incluye familias o tutores en el caso de clientes menores) y trabajar en los objetivos del plan de tratamiento desarrollado por usted y su equipo.

5. Mostrar respeto por los demás, incluido el respeto por la confidencialidad de los demás que vea cuando este aquí.

6. Para hablar sobre sus inquietudes, quejas o agravios directamente al personal y trabajar para solucionar el problema.

7. Informar inmediatamente a la Dirección de los abusos, conductas poco éticas o no profesionales del personal.

8. Ser financieramente responsable dando toda la información del seguro, dirección postal actual, pagando facturas, pidiendo asesoramiento financiero si es necesario, y cumpliendo con los planes de pago.
9. Llegar a tiempo para las citas y dar al menos 24 horas de antelación para cancelar una cita.

Si usted no llega a tiempo para las citas programadas o si no puede ser encontrado por el personal de alcance durante más de 30 días o por los administradores de casos durante 60-90 días, usted puede ser dado de alta o ser requerido para venir durante la hora de la clínica sin cita previa. Si usted es dado de alta por no asistencia puede solicitar ser readmitido a través del proceso de admisión.

ALASKA BEHAVIORAL HEALTH

Acuse de recibo de:

Aviso de Prácticas de Privacidad de la ley HIPAA; Derechos y Responsabilidades del Consumidor; Proceso de Reclamación del Consumidor; y Política y Acuerdo de Nombramiento

Reconozco que he recibido una copia del **Aviso de Prácticas de Privacidad de la ley HIPAA de Alaska Behavioral Health** y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas al respecto.

Firma del Paciente, Padre Tutor Legal o Representante Personal	Nombre En letra de molde	Fecha

Reconozco que he recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades del Consumidor y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas al respecto.

Firma del Paciente, Padre, Tutor Legal o Representante Personal	Nombre En letra de molde	Fecha

Reconozco que he recibido una copia del **Proceso de Reclamación del Consumidor** y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas al respecto.

Reconozco que he recibido una copia de la **Política y Acuerdo de Nombramiento** y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas al respecto.

Firma del Paciente, Padre Tutor Legal o Representante Personal	Nombre En letra de molde	Fecha

Personal Testigo	Nombre En letra de molde	Fecha

Completado por Personal:
Nombre del Cliente:
ID del Cliente:

ALASKA BEHAVIORAL HEALTH

CONSENTIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

Correo electrónico y mensajes de texto

Alaska Behavioral Health puede usar el correo electrónico y los mensajes de texto para comunicarse con los clientes, luego de mutuo acuerdo entre el proveedor y el cliente. Esto puede ser muy útil y conveniente, pero **no está garantizado a ser seguro**.

Correo Electrónico

Utilizamos un método seguro encriptado para enviar y responder a correos electrónicos.

Utilizaremos la cantidad mínima necesaria de la Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) para responder a cualquier correo electrónico que nos envíe. Haremos todo lo posible para mantener la PHI segura, en cumplimiento con las leyes estatales y federales.

La comunicación por correo electrónico es una conveniencia y no es apropiada para todas las circunstancias. Favor de recordar lo siguiente:

- **Los correos electrónicos no se deben usar para emergencias o asuntos urgentes.**
- **Los correos electrónicos no deben usarse como sesión de terapia.**
- **Nadie puede garantizar la privacidad de los mensajes de correo electrónico**.
  - Por ejemplo, si su correo electrónico de trabajo se utiliza, y aunque es enviado de forma segura por nosotros, su empleador podría tener derecho a acceder a cualquier correo electrónico recibido o enviado desde su computadora de trabajo.
- **La Organización no es responsable por el acceso a PHI debido a su uso compartido o pérdida de su ID de usuario y contraseña, o una cuenta de correo electrónico desatendida**. Cualquier PHI accedida de esta manera ya no está protegida por nuestras prácticas de privacidad.

Mensajes de texto

Los mensajes de texto son un método conveniente de comunicar información breve, pero no es seguro. Tenemos un sistema disponible para que usted elija recibir recordatorios de cortesía mediante mensajes de texto. Esto requiere que usted tenga un teléfono celular que sea capaz de hacer y recibir mensajes de texto.

Los mensajes de texto:

- No son para emergencias
- No deben ser utilizados para servicios de terapia
- Deben ser utilizados únicamente como recordatorio o servicio.
- **Nadie puede garantizar la privacidad de los mensajes de texto.**
  - Por ejemplo, si utiliza un teléfono de trabajo o su trabajo tiene derecho a acceder a su teléfono, su empleador podria tener derecho a ver sus mensajes de texto.

Usted no está obligado a utilizar el correo electrónico o mensajes de texto.

Política de Fax

El uso de fax puede ser muy útil y conveniente, pero no está garantizado a ser seguro. Existe cierto riesgo de que cualquier PHI contenida en dicho fax pueda ser revelada o interceptada por terceros no autorizados. Utilizaremos la cantidad mínima necesaria de PHI y haremos todo lo posible para mantener su información segura segun requerida por ley.

Act 01/2020, Act 06/2020, Act 12/2020

ALASKA BEHAVIORAL HEALTH

Consentimiento para la Comunicación

Si usted personalmente desea comunicarse con nosotros mediante correo electrónico, fax o mensajes de texto, por favor, **inicie la opción a continuación** y proporcione una dirección de correo electrónico válida y/o número de fax.

_____ Deseo comunicarme por correo electrónico. Dirección de correo electrónico: _____

_____ Deseo comunicarme por mensajes de texto. Número de celular: _____

_____ Deseo comunicarme por fax. Número de fax: _____

O **ingrese sus iniciales** si no desea comunicarse por correo electrónico, mensajes de texto o fax:

_____ **NO** autorizo las siguientes formas de comunicación electrónica entre mi proveedor y yo:

_____ Correo electrónico _____Mensajes de texto _____ Fax

Entiendo los riesgos asociados con las comunicaciones electrónicas y he ingresado mis iniciales al lado de mis preferencias de comunicación arriba. Si he autorizado comunicaciones electrónicas, lo hago con el siguiente entendimiento:

- **Los métodos de comunicación electrónica pueden ser mal dirigidos o interceptados y revelados por terceros no deseados y podrían no ser una forma confidencial de comunicación. Entiendo y estoy de acuerdo en que la comunicación electrónica se está utilizando para mi conveniencia y la ORGANIZACIÓN no garantiza la confidencialidad o seguridad de esta transmisión.**

Al firmar a continuación, usted da su consentimiento a las condiciones aquí descritas y acepta adherirse a las políticas expuestas anteriormente, así como a cualquier otra directriz que la Organización pueda imponer para el uso de las comunicaciones electrónicas.

_____

Firma Fecha Nombre del Cliente Parentesco con el Cliente

Alaska Behavioral Health
CONSENTIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

Servicios de Telesalud

Los servicios de telesalud se prestan para la comodidad de nuestros clientes. El servicio de telesalud no es necesario y sólo se utiliza de mutuo acuerdo entre el proveedor y el cliente. Los servicios de telesalud están sujetos a lo siguiente:

- Los servicios de telesalud no son lo mismo que una visita en persona, ya que usted no estará en la misma habitación que su proveedor. Si su proveedor determina que el servicio de telesalud no es adecuado para un problema en particular, puede decidir terminar la sesión y solicitar una sesión en persona.
- **Los servicios de telesalud se programarán con antelación.**
- Debe acceder los servicios de telesalud prestados por computadora a través de una conexión segura. Asegúrese de usar una computadora que esté en un área confidencial o privada y siempre cierre completamente todas las sesiones de asesoramiento en línea cuando estén completadas.
- Los servicios de telesalud también pueden incluir funcionalidad en línea, como la publicación de notas o registros de chat durante la sesión. Esta información puede ser impresa por su proveedor, y si es así, será tratada como confidencial.
- Si los servicios de telesalud no se pueden realizar debido a dificultades técnicas, debe comunicarse inmediatamente con su proveedor para programar una nueva sesión.
- **Los servicios de telesalud no son apropiados para situaciones de emergencia.**
- Algunos servicios de videoconferencia, como Skype, podrian retener cierta información personal para sus usuarios. Esto podría incluir contactos y direcciones de usuarios, y otra información personal que usted proporcione al servicio. Usted debe revisar la política de privacidad para el proveedor de servicios de Internet si tiene alguna pregunta sobre la confidencialidad de dicha información.

Consentimiento para la Telesalud

El uso de servicios de telesalud es totalmente voluntario y no afectará la calidad de la atención que recibe de la Organización si decide no utilizar estos servicios.

Alaska Behavioral Health no es responsable de ninguna reclamación y/o daño que surja de:

i. Interrupción de la capacidad de prestar servicios de telesalud debido a dificultades técnicas, mantenimiento técnico o fallo del sistema.

ii. Acceso de amigos, familiares u otros terceros que puedan entrar en la habitación del lado del cliente durante las sesiones de telesalud.

iii. Violaciones de la privacidad y la seguridad por culpa del proveedor de videoconferencias (como Zoom, Skype, etc.).

Entiendo los riesgos asociados con las comunicaciones electrónicas y he ingresado mis iniciales al lado de mis preferencias de comunicación arriba. Si he autorizado servicios de telemedicina, lo hago con el siguiente entendimiento:

- Los métodos de comunicación electrónica pueden ser mal dirigidos o interceptados y revelados por terceros no deseados y podrían no ser una forma confidencial de comunicación. Entiendo y estoy de acuerdo en que la comunicación electrónica se está utilizando para mi conveniencia y la ORGANIZACIÓN no garantiza la confidencialidad o seguridad de esta transmisión.

Al firmar a continuación, usted da su consentimiento a las condiciones aquí descritas y acepta adherirse a las políticas expuestas anteriormente, así como a cualquier otra directriz que la Organización pueda imponer para el uso de las comunicaciones electrónicas.

Firma | Fecha | Nombre del Cliente | Parentesco con el Cliente

Alaska Behavioral Health

Formerly Anchorage Community Mental Health Services, Inc. /Fairbanks Community Mental Health Services, LLC.

Autorización para Divulgar Información Médica

☐ Folker – Main Center - Adult Services | 4020 Folker Street Anchorage, AK 99508 | Te. 907.563.1000 Fax 907.375.3115
☐ Family Services – On Target - PLL – AK Child Trauma Ctr – Little Tykes - AYA | 4045 Lake Otis Pkwy STE 101 | Anchorage, AK 99501 | Te. 907.561.0954 Fax 907.375.3115
☐ Ingra Adult Services – IDP – Housing & Engaging Svs. |1432 Ingra Street | Anchorage, AK 99501 | Te. 907.562.7900 Fax 907.375.3115
☐ Fairbanks Adult Services |1423 Peger Road | Fairbanks, AK 99709 | Te. 907.371.1300 Fax 907.371.1386
☐ Fairbanks Children's & Family Services | 926 Aspen Street | Fairbanks, AK 99709 | Te.907.371.1300 | Fax.907.371.1387

Nombre_____**FDN**:_____**NSS**:_____
(Nombre del cliente cuya INFORMACIÓN está siendo divulgada) (Opcional)

Nombre(s) Previos _____
(Enumere todos y cada uno)

Yo, ____ Cliente ____ Padre ____ Tutor Legal por este medio autorizo

☐ Divulgar Información A: ☐ Obtener Información De:

Nombre: _____**#Telefono**_____

Dirección:_____**Fax#**_____

La siguiente información: ☐ **escrita** ☐ **verbal**

PROPOSITO DE INFORMACIÓN (Incluye iniciales del cliente/padre/tutor)

☐
☐ ____Planificación de Tratamiento
☐ ____Tratamiento Continuo
☐ ____Tratamiento Coordinado
☐ ____Beneficios/Apoyos
____Otros (Especifique) _____
_____

☐ ____Uso Personal
☐ ____Uso Legal

INFORMACIÓN A SER DIVULGADA/SOLICITADA

☐ Resumen de Admisión
☐ Resumen del Alta
☐ Plan de Tratamiento/Seguridad
☐ Evaluación Psiquiátrica
☐ Notas de Progreso Médico
☐ Notas de Progreso Clínico
☐ Notas de Administración de Casos

☐ Resultados de Laboratorios
☐ Abuso de sustancias Tx
☐ Registros de Medicamentos
☐ Videografía
☐ Otras (Especifique)_____

Periodo de Fechas_____a_____

- Estoy firmando esta autorización voluntariamente y el tratamiento, pago, o mi elegibilidad para beneficios no se verá afectada si no firmo esta autorización.
- Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información a ser utilizada o divulgada, según lo dispuesto en 45CFR 164.524, 42CFR Parte 2. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva el potencial de un redescierre no autorizado y la información no puede estar protegida por las normas federales de confidencialidad.
- Entiendo que la información publicada puede incluir información sobre Tratamiento Psiquiátrico, Tratamiento de Abuso de Sustancias y/o VIH. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo contactar a Alaska Behavioral Health Clinical Records en 563.1000.
- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita a Alaska Behavioral Health Clinical Records al 563.1000.
- Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido liberada en respuesta a esta autorización.
- Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley proporciona a mi aseguradora el derecho a impugnar una reclamación bajo mi póliza.
- Entiendo y acepto pagar los costos incurridos por Alaska Behavioral Health en la preparación de una copia de los registros que puedo solicitar para mí mismo según lo permitido por las directrices estatales y federales.

_____ Iniciando esta sección, permito que la información sea revelada una vez. Esta autorización expirará 90 días después de la fecha de mi firma, a menos que se indique lo contrario o se revoque.

A menos que se indique lo contrario o se revoque esta autorización expirará 1 año a partir de la fecha de mi firma o en:_____ días. (debe ser menos de 12 meses)

_____ _____
Firma del cliente (Requerida por cualquier liberación de uso de sustancias) **Fecha**

_____ _____ _____ _____
Pariente/Guardian/Persona Autorizada Nombre en letra de molde Parentesco con el Cliente Fecha

_____ _____
Testigo Fecha
Copia debe ser ofrecida al cliente: ____Aceptado ____Denegado

A SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE SERVICIO

ACCION A SER TOMADA:
☐ Solicitar Registros ☐ Solamente Envie ROI ☐ Libere Registros de Alaska Behavioral Health ☐ Para el Expediente de ROI Solamente

Alaska Behavioral Health

Formerly Anchorage Community Mental Health Services, Inc. /Fairbanks Community Mental Health Services, LLC.

Contacto de Emergencia - Autorización para Divulgar Información Médica

☐ Folker – Main Center - Adult Services | 4020 Folker Street Anchorage, AK 99508 | Te. 907.563.1000 Fax 907.375.3115
☐ Day Break Adult Care Services | 9210 Jupiter Drive | Anchorage, AK 99507 | Te. 907.346.2234 Fax 907.375.3115
☐ Family Services – On Target - PLL – AK Child Trauma Ctr – Little Tykes - AYA | 4045 Lake Otis Pkwy STE 101 | Anchorage, AK 99501 | Te. 907.561.0954 Fax 907.375.3115

☐ Ingra Adult Services – IDP – Housing & Engaging Svs. |1432 Ingra Street | Anchorage, AK 99501 | Te. 907.562.7900 Fax 907.375.3115
☐ Fairbanks Adult Services |1423 Peger Road | Fairbanks, AK 99709 | Te. 907.371.1300 Fax 907.371.1386
☐ Fairbanks Children's & Family Services | 926 Aspen Street | Fairbanks, AK 99709 | Te.907.371.1300 | Fax.907.371.1387

Nombre_____**FDN:**_____**NSS:**_____
(Nombre del cliente cuya INFORMACIÓN está siendo divulgada) (Opcional)

Nombre(s) Previos _____
(Enumere todos y cada uno)

Yo, ____ Cliente ____ Padre ____ Tutor Legal por este medio autorizo
☐ Divulgar Información A: ☐ Obtener Información De:
Nombre del Contacto de Emergencia: _____Número de Teléfono: _____ ☐ Rehusar Incluir información de Contacto
Dirección:_____

La siguiente información: ☐ escrita ☐ verbal

PROPÓSITO DE INFORMACIÓN (Incluye iniciales del cliente/padre/tutor)	INFORMACIÓN A SER DIVULGADA/SOLICITADA
☐ ____Tratamiento Continuo ☐ ____Uso Legal ☐ ____Tratamiento Coordinado ☐ ____Otros (Especifique) _____	☐ Mínimo Requerido ☐ Otro (Especifique) _____

- Estoy firmando esta autorización voluntariamente y el tratamiento, pago, o mi elegibilidad para beneficios no se verá afectada si no firmo esta autorización.
- Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información a ser utilizada o divulgada, según lo dispuesto en 45CFR 164.524, 42CFR Parte 2. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva el potencial de un redescierre no autorizado y la información no puede estar protegida por las normas federales de confidencialidad.
- Entiendo que la información publicada puede incluir información sobre Tratamiento Psiquiátrico, Tratamiento de Abuso de Sustancias y/o VIH. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo contactar a Alaska Behavioral Health Clinical Records en 563.1000.
- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita a Alaska Behavioral Health Clinical Records al 563.1000.
- Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido liberada en respuesta a esta autorización.
- Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley proporciona a mi aseguradora el derecho a impugnar una reclamación bajo mi póliza.
- Entiendo y acepto pagar los costos incurridos por Alaska Behavioral Health en la preparación de una copia de los registros que puedo solicitar para mí mismo según lo permitido por las directrices estatales y federales.

_____ **Iniciando esta sección, permito que la información sea revelada una vez. Esta autorización expirará 90 días después de la fecha de mi firma, a menos que se indique lo contrario o se revoque**.

A menos que se indique lo contrario o se revoque esta autorización expirará 1 año a partir de la fecha de mi firma o en:_____ dias..
(debe ser menos de 12 meses)

_____ _____
Firma del cliente (Requerida por cualquier liberación de uso de sustancias) **Fecha**

_____ _____ _____ _____
Pariente/Guardian/Persona Autorizada Nombre en letra de molde Parentesco con el Cliente Fecha

_____ _____
Testigo Fecha

Copia debe ser ofrecida al cliente: ____Aceptado ____Denegado

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PROVEEDOR DE SERVICIO
ACCIÓN A SER TOMADA: ☐ Solicitar Registros ☐ Solamente Envie ROI ☐ Libere Registros de Alaska Behavioral Health ☐ Para el expediente de ROI Solamente