

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y ACUERDO DE SERVICIOS

Este documento registra el consentimiento para recibir tratamiento y establece las condiciones bajo los cuales Child and Family Agency of Southeastern Connecticut (CFA) proporciona sus servicios.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Cliente/Persona que Recibirá Servicios de CFA

Nombre del Cliente _____

Apellido del Cliente _____

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____

Dirección Línea 1 _____

Dirección Línea 2 _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Persona que Otorga el Consentimiento Para el Tratamiento (seleccione una opción)

- ☐ Tengo 13 años de edad o más y solicito y doy mi consentimiento para recibir servicios. La información proporcionada anteriormente es mi propia información.
- ☐ Tengo 18 años de edad o más y solicito y doy mi consentimiento para recibir servicios. La información proporcionada anteriormente es mi propia información.
- ☐ Soy el padre/madre/tutor legal de un menor que solicita o recibe servicios y tengo la autoridad legal para dar mi consentimiento para el tratamiento. A continuación, proporciono mi información:

Nombre del Padre/Madre/Tutor Legal _____

Apellido del Padre/Madre/Tutor Legal _____

Relación al Cliente (seleccione una opción):

Padre/Madre/Tutor Legal **Otro(especifique):** _____

Dirección Línea 1 _____

Dirección Línea 2 _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

CENTRO DE SALUD ESCOLAR INSCRIPCION VOLUNTARIA (OPTAR PARA PARTICIPAR)

El programa de Centros de Salud Escolares (SBHC) de CFA proporciona servicios médicos y/o de salud mental en las siguientes ubicaciones para clientes en edad escolar.

Para registrar el cliente de edad escolar, por favor seleccione la escuela correspondiente y proporcione su grado escolar actual. Si no está interesado en los servicios del SBHC, no se requiere ninguna acción. Puede continuar a la siguiente página.

Escuela del Cliente en Edad Escolar:

- ☐ Bennie Dover Jackson Middle School (New London)
- ☐ BP Mission (Early Childhood Center)
- ☐ Catherine Kolnaski STEAM Magnet School (Groton)
- ☐ C.B. Jennings International Elementary Magnet School (New London)
- ☐ CFA Early Childhood Development Center (New London & Groton)
- ☐ Dean's Mill Elementary School (Stonington)
- ☐ Dr. Charles G. Barnum School (Groton)
- ☐ Ella T. Grasso Technical School (Groton)
- ☐ Fitch High School (Groton)
- ☐ The Friendship School (Waterford)
- ☐ Gales Ferry School/Juliet W. Long School (Gales Ferry/Ledyard)
- ☐ Gallup Hill School (Ledyard)
- ☐ Groton Middle School (Groton)
- ☐ Ledyard High School (Ledyard)
- ☐ Ledyard Middle School (Gales Ferry/Ledyard)
- ☐ Mary Morrisson (Early Childhood Center)
- ☐ Mystic River Magnet School (Groton)
- ☐ Nathan Hale Arts Magnet School (New London)
- ☐ New London High School (New London)
- ☐ Northeast Academy (Groton)
- ☐ Regional Multicultural Magnet School (New London)
- ☐ Stonington High School (Pawcatuck)
- ☐ Stonington Middle School (Stonington)
- ☐ Thames River Magnet School (Groton)
- ☐ West Vine Elementary School (Pawcatuck)
- ☐ Winthrop STEM Magnet Elementary School (New London)
- ☐ No estoy interesado en los servicios del SBHC en este momento

Grado Escolar del Cliente: _____

CONDICIONES Y EXPECTATIVAS DE LOS SERVICIOS

Al dar mi consentimiento para recibir tratamiento, ya sea para mi o para el cliente, entiendo que:

☐ **Servicios Proporcionados**

- o Los servicios se individualizan según las necesidades del cliente, la evaluación clínica o médica y los requisitos de elegibilidad del programa.
- o Los servicios pueden incluir terapia individual, terapia familiar, terapia grupal, evaluación psiquiátrica, servicios médicos ambulatorios, servicios médicos escolares, manejo de medicamentos psiquiátricos, y/o programas comunitarios que no son clínicos.
- o Los servicios pueden ser proporcionados de manera presencial, mediante telesalud, en la comunidad, en las escuelas o en el hogar, según la disponibilidad del programa y las necesidades clínicas.
- o Cuando se proporcionen servicios de telesalud, el cliente debe encontrarse físicamente en el estado de Connecticut.

☐ **Confidencialidad**

- o Entiendo que las prácticas de confidencialidad y privacidad se explican en los documentos Derechos y Responsabilidades del Cliente y Aviso de Prácticas de Privacidad de CFA.
- o Cuando los servicios se proporcionan fuera de una oficina de CFA, las conversaciones pueden ser escuchados por personas que no participan en el tratamiento. Aunque CFA hará esfuerzos razonables para proteger la privacidad, no se puede garantizar confidencialidad total en estos entornos.

☐ **Seguridad y Notificación Obligatoria**

- o El personal de CFA está obligado por ley a informar sobre sospechas de abuso o negligencia. En caso de sospecha de abuso o negligencia, el personal solicitará orientación de un supervisor y es posible que deba presentar un informe ante los servicios de protección infantil o solicitar una intervención de emergencia para garantizar la seguridad del cliente o de otras personas.

☐ **Procedimientos de Emergencia**

- o Las oficinas administrativas de CFA están abiertas de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. El horario de los servicios clínicos varía según el programa. Los clientes actuales tienen acceso a apoyo de guardia las 24 horas del día, los 7 días de la semana para situaciones urgentes, llamando al (860) 440-7182. En caso de una emergencia que ponga en peligro la vida, llame al 911.
- o Si un cliente menor de 18 años necesita tratamiento médico de emergencia, el personal de CFA intentará comunicarse con el padre/madre o el tutor legal y puede llamar al 911 cuando sea necesario para proteger la salud y la seguridad del cliente o de otras personas.

☐ **Expectativas para las Citas**

- o Se espera que los clientes asistan a las citas programadas y participen en el tratamiento de acuerdo con el Acuerdo de Derechos y Responsabilidades del Cliente. Consulte dicho acuerdo para obtener una descripción completa de las responsabilidades y expectativas del cliente relacionadas con su participación en el tratamiento.
- o Para los clientes menores de 18 años, es posible que se requiera que los padres o tutores legales estén disponibles durante toda la duración de la cita o que se les solicite participar en las sesiones de tratamiento cuando el proveedor lo considere clínicamente necesario.
- o Para los clientes menores de 12 años, se requiere que uno de los padres o un tutor legal permanezca disponible durante toda la duración de la cita para brindar apoyo y asistencia según sea necesario. Este requisito no aplica a las citas realizadas en los Centros de Salud Escolares (SBHC).
- o Si un cliente que recibe servicios se siente incómodo durante una sesión, puede finalizar la sesión en cualquier momento, y si es menor de 18 años puede solicitar la presencia de su padre, madre o tutor legal.

☐ **Servicios del Centro de Salud Escolar**

- o No reemplazan al proveedor habitual de atención primaria del cliente en la comunidad. Si un cliente no tiene un proveedor de atención primaria, el personal le ayudara a obtener una referencia a un centro de atención primaria que pueda servir como su centro médico habitual.
- o Si opto por participar, doy mi consentimiento para que el cliente especificado pueda recibir servicios de salud de rutina en un Centro de Salud Escolar (SBHC) de CFA, incluidos los exámenes de detección y las consultas preventivas anuales recomendados.
- o Autorizo a CFA a intercambiar información, según sea necesario, con el proveedor de atención primaria del cliente, la enfermera escolar y el personal escolar correspondiente, con el fin de brindar una atención eficaz al cliente. Entiendo que los proveedores de servicios médicos y de salud conductual del SBHC pueden comunicarse entre sí acerca de la atención del cliente.
- o Entiendo que mi hijo/a continuara inscrito/a en un SBHC de CFA si está inscrito/a en una escuela que cuenta con un SBHC de CFA, aunque se solicitaran actualizaciones anuales.
- o Reconozco que los expedientes de salud, si son recibidos por el distrito escolar, pueden no estar protegidos por la Regla de Privacidad de HIPAA, sino que pueden considerarse expedientes educativos protegidos por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA).

☐ **Servicios en el Hogar y Servicios de Crisis**

- o Para los servicios en el hogar, debe estar presente un padre, madre o tutor legal, u otro adulto responsable (de 18 años de edad o más) que resida en el hogar.
- o Para los servicios en el hogar, clientes deberán, en la medida de sus posibilidades, proporcionar un entorno seguro para llevar a cabo las sesiones, de acuerdo con los Derechos y Responsabilidades del Cliente de CFA

- o Para el Centro de Crisis Urgente, un padre, madre o tutor legal debe acompañar a todos los menores de 18 años.

Autorización para Comunicaciones Electrónicas

Al proporcionar la información que aparece a continuación, acepto y doy mi consentimiento para recibir comunicaciones a través de los siguientes medios:

- ☐ Teléfono de Casa: _____
 - ☐ Llamada
 - ☐ Mensaje de Voz
- ☐ Teléfono de Trabajo del Padre/Madre/Tutor Legal: _____
 - ☐ Llamada
 - ☐ Mensaje de Voz
- ☐ Teléfono Celular del Padre/Madre/Tutor Legal: _____
 - ☐ Llamada
 - ☐ Mensaje de Voz
 - ☐ Mensaje de Texto
- ☐ Correo Electrónico del Padre/Madre/Tutor Legal: _____
- ☐ Teléfono celular del cliente/Persona que Recibe Servicios (solo 13+): _____
 - ☐ Llamada
 - ☐ Mensaje de Voz
 - ☐ Mensaje de Texto
- ☐ Correo Electrónico de la Persona que Recibe Servicios (solo 13+): _____

Los clientes/personas que reciben servicios y los padres, madres o tutores legales pueden retirar su consentimiento para las comunicaciones electrónicas en cualquier momento, ya sea verbalmente o por escrito.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y ACUERDO DE SERVICIOS RECONOCIMIENTO Y FIRMAS

Al firmar a continuación, doy voluntariamente mi consentimiento (o autorizo al cliente indicado) para recibir los servicios proporcionados por CFA. Reconozco que he revisado, comprendo y acepto las condiciones descritas en este Consentimiento para el Tratamiento y Acuerdo de Servicios.

Firma del Cliente/Persona que Recibirá los Servicios (si es mayor de 13 años)

Fecha (MM/DD/AAAA)

Nombre en Letra de Molde (Nombre y Apellido)

Firma

Firma del Padre, Madre, o Tutor Legal (si corresponde)

Fecha (MM/DD/AAAA)

Nombre en Letra de Molde (Nombre y Apellido)

Firma

Nombre del Cliente, Apellido: _____

Fecha de Nacimiento del Cliente: _____

AVISOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

SU INFORMACIÓN. SUS DERECHOS. NUESTRAS RESPONSABILIDADES.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y como puede obtener acceso a dicha información. **Por favor léalo detenidamente.**

Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia de sus expedientes médicos.
- La corrección de su(s) expediente(s) médico(s).
- Solicitar comunicaciones confidenciales.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Obtener una lista de las personas o entidades con las que hemos compartido su información.
- Obtener una copia de éste aviso de privacidad.
- Elegir a una persona para que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos de privacidad llamado al 860-437-4550, presentándola en línea en <https://www.childandfamilyagency.org/about/contact/> ,o enviándonos una carta a P.O. Box 120, New London, CT 06320.

Sus Opciones

Usted tiene ciertas opciones sobre cómo usamos y compartimos su información cuando:

- Respondemos preguntas de familiares y amigos sobre la cobertura de sus servicios.
- Proporcionamos asistencia en situaciones de desastre.
- Propocionamos nuestros servicios.

Cómo usamos y divulgamos su información

Podemos usar y compartir su informacion cuando:

- Ayudamos a coordinar y administrar la atención que recibe.
- Administramos nuestra organización.
- Pagamos por sus servicios de salud.
- Administramos su plan de salud.
- Ayudamos con asuntos de salud y seguridad pública.
- Realizamos investigaciones.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a solicitudes relacionadas con compensación laboral, autoridades policiales y otras entidades gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

En la medida en que tengamos expedientes de pacientes relacionados con trastornos por consumo de sustancias, sujetos a 42 CFR Parte 2, no compartiremos dicha información para

investigaciones o procedimientos legales en su contra sin (1) su consentimiento por escrito o (2) una orden judicial y una citación judicial.

Sus Derechos

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

Obtener una copia de sus expedientes médicos

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus expedientes médicos y de otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos como hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus expedientes médicos y de reclamos, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud.

Solicitar que corrijamos sus expedientes médicos

- Puede solicitar que corrijamos sus expedientes médicos y de reclamos si considera que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos como hacerlo.
- Podemos rechazar su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito dentro de 60 días.
- Nos aseguraremos de que su solicitud para corregir su(s) expediente(s) médico(s) o de reclamos se incorpore a su expediente médico.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono de casa, del trabajo o celular) o que enviemos correspondencia a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos aceptarlas si nos informa que estaría en peligro si no lo hacemos.

Solicitar que limitemos la información que usamos y compartimos

- Puede solicitar que no usemos ni compartamos determinada información de salud para fines de tratamiento, pago, o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir “no,” por ejemplo, si esto pudiera afectar su atención. Si aceptamos su solicitud, aun podríamos compartir esta información en caso tal de que necesite tratamiento de emergencia.

Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (registro) de las ocasiones en que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quien la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas relacionadas con el tratamiento, el pago, y las operaciones de atención, así como ciertas otras divulgaciones (como aquellas que usted nos haya solicitado realizar). Le proporcionaremos un registro de divulgaciones al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si solicita otro dentro de un periodo de 12 meses.

Obtener una copia de éste aviso de privacidad

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa de manera oportuna.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si alguien tiene autoridad para actuar como su representante personal, por ejemplo, si alguien tiene un poder notarial médico otorgado por usted o si esa persona es su tutor legal, dicha persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que dicha persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos

- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos, comunicándose con nosotros mediante la información que aparece en la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando 1-877-696-6775, o visitando <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus Opciones

Para cierta información de salud, usted puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre como compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos que desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos, u otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Compartamos información en una situación de ayuda ante desastres.

Si usted no puede comunicarnos su preferencia, por ejemplo, si esta inconsciente o presenta un estado mental alterado, podemos proceder a compartir su información si consideramos que hacerlo es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, *nunca* compartiremos su información a menos que usted nos de su autorización por escrito:

- Para fines de mercadeo
- Venta de su información

Nuestros usos y divulgaciones

¿Como usamos o compartimos normalmente su información de salud?

Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Ayudar a coordinar la atención médica que recibe

Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que le brindan atención.

Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios adicionales.

Administrar nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?

Tenemos permitido o estamos obligados a compartir su información de otras maneras, generalmente de maneras que contribuyen al bienestar público, como en asuntos de salud pública o para fines de investigación. Antes de poder compartir su información para estos fines, debemos cumplir con numerosos requisitos establecidos por la ley. Además, en todos los casos, si tenemos registros de pacientes relacionados con un trastorno por consumo de sustancias que estén sujetos a la Parte 2 de 42 CFR, no podemos usar ni compartir la información contenida en dichos registros en investigaciones o procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra sin (1) su consentimiento o (2) una orden judicial y una citación judicial.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

Podemos compartir información médica sobre usted en determinadas situaciones, como:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con el retiro de productos del mercado
- Reportar reacciones adversas a medicamentos
- Reportar sobre sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Intercambio de Información de Salud (HIE)

Child & Family Agency (CFA) participa en redes de Intercambio de Información de Salud (HIE), incluidas Carequality y CommonWell Health Alliance, para acceder de manera segura a información de salud de organizaciones participantes de todo el país cuando sea necesario para la atención de los clientes. Prisma es la herramienta de búsqueda de información del expediente médico electrónico de CFA que permite a los proveedores autorizados acceder la información de salud disponible en estas redes. Acceso a esta información ayuda a los proveedores a comprender mejor el historial médico de un cliente y a brindar atención segura, eficaz, y coordinada.

Los clientes tienen la opción de no participar en este servicio de HIE. Para ejercer esta opción, los clientes deben notificar a CFA de su decisión de no participar.

Realizar investigaciones

Podemos usar o compartir su información para realizar investigaciones relacionadas con la salud. La información que se comparta con fines de investigación no incluirá información que permita identificarlo personalmente.

Cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este desea verificar que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.

Para atender solicitudes de compensación al trabajador, cuerpos policiales, y otras solicitudes gubernamentales

Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

- Para reclamaciones de compensación laboral
- Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario de las autoridades
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como las relacionadas con las fuerzas armadas, la seguridad nacional y los servicios de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si ocurre una vulneración de seguridad que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionarle una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información de ninguna otra manera que no esté descrita en este aviso, a menos que usted nos autorice por escrito a hacerlo. Si nos da dicha autorización, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si cambia de opinión, infórmenos por escrito.

Para obtener mas información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los términos de éste aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible previa solicitud, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

Información general

Este aviso entra en vigor el 1 de octubre de 2026.

El Oficial de Privacidad de CFA es Kim Kalajainen, Director de Operaciones, kalajainenk@ctcfa.org y 860-437-4550.

CFA no utiliza ni comparte su información con fines de mercadeo.

La ley del estado de Connecticut establece las siguientes protecciones adicionales para las prácticas de privacidad.

- La ley de Connecticut (Conn. Gen. Stat. § 52-146o) exige que los médicos, psicólogos y otros proveedores de atención médica no divulguen las comunicaciones de los clientes ni los resultados de sus exámenes sin el consentimiento explícito del cliente.
- La ley de Connecticut permite a los clientes presentar demandas civiles contra los proveedores por negligencia y divulgaciones no autorizadas que infrinjan la confidencialidad.
- La ley de Connecticut (Conn. Gen. Stat. § 19a-583) establece como una infracción amplia la divulgación de información relacionada con el VIH sin el consentimiento específico, informado y por escrito de la persona.
- La ley de Connecticut (Conn. Gen. Stat. § 52-146c) protege las comunicaciones con psiquiatras, psicólogos y otros profesionales de la salud mental.

La ley federal 42 CFR Parte 2 también proporciona protecciones a los clientes que participan en tratamientos para trastornos por consumo de sustancias. Conforme a esta ley, CFA no utilizará ni divulgará información para fines de investigaciones o procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos, a menos que recibamos su autorización específica por escrito.

Si usted está recibiendo tratamiento por un trastorno por consumo de sustancias, CFA tampoco se comunicará con usted con fines de recaudación de fondos sin su autorización previa. CFA también seguirá procedimientos especializados para comunicarse con usted en caso de que ocurra una vulneración de nuestros sistemas de información.

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD PARA LA INFORMACION DEL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

Child & Family Agency of Southeastern Connecticut, Inc.

Este aviso describe cómo Child & Family Agency of Southeastern Connecticut, Inc. (CFA) puede usar y divulgar la información de salud relacionada con el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (TCS), cuáles son sus derechos respecto de esa información y cómo presentar una queja por una vulneración de su privacidad o seguridad, o de sus derechos relativos a su información sobre el tratamiento de TCS. Usted tiene derecho a recibir una copia de este aviso, en papel o formato electrónico, y a conversar sobre él con nuestra Oficial de Privacidad, cuyos datos de contacto están a continuación, si tiene preguntas.

Kim Kalajainen Director de Operaciones y Oficial de Privacidad

Teléfono: 860-437-4550

Correo electrónico: kalajainenk@ctcfa.org

Este aviso complementa la información de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, exigido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA), y describe las protecciones adicionales de los registros relacionados con el tratamiento del TCS. Tenemos la obligación de entregar a los clientes este aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad respecto de los registros de TCS, y de notificar a los clientes afectados si se produce una vulneración de registros de TCS no protegidos.

Este aviso se aplica a la información sobre el tratamiento del TCS protegida por el título 42 del Código de los Estados Unidos, sección 290dd-2, y por el título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR), subcapítulo A, parte 2. Estas disposiciones se limitan a los programas de tratamiento del TCS y no se aplican a la información sobre atención prestada fuera de dichos programas, como las pruebas de detección del consumo de sustancias realizadas en salas de emergencia o por su proveedor de atención primaria.

Sus Opciones

Con su consentimiento, podemos usar y compartir su información para:

- Brindarle tratamiento;
- Administrar nuestra organización;
- Facturar nuestros servicios;
- Atender sus solicitudes de compartir información con su consentimiento;
- Evitar la inscripción simultánea en varios programas;

- Informar sobre tratamientos ordenados por un tribunal;
- Informar sobre los programas de monitoreo de medicamentos recetados.

Cómo Podemos Usar y Compartir su Información

CFA protege su información de salud conforme a las leyes federales y de Connecticut, según se explica en el Aviso de Prácticas de Privacidad de CFA. Los registros de clientes que reciben tratamiento del TCS y que mantiene CFA cuentan con protecciones adicionales de confidencialidad. Con su consentimiento, compartiremos su información sobre el tratamiento del TCS entre nuestro personal según sea necesario para brindarle atención, facturarle los servicios o realizar nuestras operaciones. En general, no podemos decirle a una persona ajena a CFA que usted es cliente de CFA ni divulgar información que lo identifique como una persona con un trastorno por consumo de sustancias, salvo en los casos permitidos por la ley y descritos a continuación.

Casos en los que podemos compartir información sin su consentimiento:

- La divulgación se realiza entre miembros del personal que necesitan la información para cumplir sus funciones de diagnóstico, tratamiento o derivación a tratamiento cuando las comunicaciones ocurren dentro de CFA, porque CFA tiene control administrativo directo sobre el servicio correspondiente;
- La divulgación se realiza a personal médico durante una emergencia médica;
- La divulgación se realiza a Organizaciones de Servicios Calificadas que prestan servicios en nuestro nombre y que aceptan por escrito proteger la información de la misma manera que nosotros estamos obligados a protegerla;
- La divulgación se realiza a las autoridades policiales para denunciar un delito que usted cometa o amenace con cometer en nuestras instalaciones o contra nuestro personal;
- La divulgación se realiza al Departamento de Niños y Familias de Connecticut para denunciar sospechas de maltrato o negligencia infantil, según lo exige la ley estatal;
- La divulgación se realiza a una autoridad de salud pública, si se ha eliminado la información que permite identificarle;
- La divulgación se realiza para ayudar en investigaciones sobre la causa de muerte;
- La divulgación se realiza a personal calificado con fines de auditoría o evaluación que: a) acepta por escrito proteger la información según nuestras políticas; b) representa a organismos gubernamentales federales, estatales o locales autorizados por ley a supervisar a CFA; o c) proporciona asistencia financiera a CFA o paga la atención médica, como el Departamento de Salud Mental y Servicios para las Adicciones;
- Podemos usar o compartir su información para mejorar la calidad de nuestros servicios, obtener las credenciales necesarias y colaborar con los organismos de supervisión en

actividades autorizadas por ley, siempre que quienes vean o reciban la información acepten destruirla o devolverla al terminar y no usarla en su contra.

- La divulgación está permitida por una orden judicial que incluye una citación u otro mandato legal que nos exige compartir su información. Tenga en cuenta que sus registros, o los testimonios sobre ellos, no pueden compartirse en procedimientos civiles, administrativos, penales o legislativos en su contra, a menos que exista su consentimiento específico por escrito o una orden judicial. Si existe una orden judicial, debemos avisarle y darle la oportunidad de objetar.

En todas las demás circunstancias, solicitaremos su consentimiento para divulgar su información fuera de CFA. Casos en los que podemos compartir información con su consentimiento:

- Cuando usted nos solicita por escrito que compartamos su información;
- Cuando usted nos da su consentimiento para compartir información sobre usted fuera de CFA para todos los fines futuros relacionados con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Las organizaciones que reciban su información para estos fines están obligadas por ley, o contrato, a proteger su información conforme la ley federal, incluidos 42 U.S.C. Sección 290dd-2 y el Código de Regulaciones Federales (CFR), Subcapítulo A Parte 2, o conforme a HIPAA. Una vez compartida, los destinatarios pueden volver a divulgar la información de acuerdo con HIPAA. Sin embargo, la ley federal prohíbe usar o divulgar estos registros en procedimientos civiles, penales, administrativos, o legislativos en su contra sin su consentimiento específico por escrito o una orden judicial.
- Debemos seguir ciertos procedimientos antes de usar o compartir su información para investigaciones y procedimientos legales.
 - Solo responderemos a una orden judicial para usar o compartir su información de salud si va acompañada de una citación u otro mandato legal similar que nos exija cumplirla.
 - Solo usaremos o compartiremos su información en procedimientos en su contra basándonos en una orden judicial después de que hayamos recibido aviso y la oportunidad de ser escuchados, o de que usted nos informe que recibió el aviso.
 - Podemos usar o compartir su información para responder a procedimientos legales contra CFA basándonos en una orden judicial, y es posible que usted no reciba aviso previo. Usted tiene derecho a solicitar que se anule o modifique la orden judicial después de aprender sobre ella.

Puede cambiar de opinión sobre compartir su información en cualquier momento. Si cambia de opinión, dejaremos de compartirla en el futuro, pero no podremos recuperar la información que ya se haya divulgado.

Sus Derechos Como Cliente de CFA

Como cliente de CFA, usted tiene ciertos derechos respecto de su información, además de los descritos en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad:

- Tiene derecho a solicitar límites a las divulgaciones que previamente autorizó para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Revisaremos su solicitud, pero no estamos obligados a aceptarla, a menos que se refiera a compartir información con su aseguradora y otra fuente ya haya pagado su atención. Si aceptamos su solicitud, aún podremos compartir su información cuando sea necesaria para atención de emergencia o cuando la ley lo exija.
- Tiene derecho a recibir un registro de las divulgaciones de los registros electrónicos de su atención que CFA haya realizado a personas ajenas a CFA.
- Tiene derecho a consultar y obtener una copia de sus registros de tratamiento del TCS, con las excepciones limitadas que permite la ley.
- Tiene derecho a obtener, previa solicitud, una copia impresa o electrónica de este aviso y de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. También puede encontrar este aviso en <https://www.childandfamilyagency.org/privacy-policy/>
- Tiene derecho a optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos.

Nuestro Compromiso con Usted

Respetamos la necesidad de mantener la confidencialidad de su atención. Estamos obligados a cumplir los términos del aviso actualmente vigente. Si cambiamos la forma en que administramos sus registros, modificaremos nuestro aviso y, si aún recibe atención, le entregaremos uno nuevo en su próxima visita. Si ya no recibe atención en CFA, puede solicitar una copia actualizada o consultar el aviso más reciente en nuestro sitio web:

<https://www.childandfamilyagency.org/privacy-policy/>.

Si tiene alguna inquietud o pregunta sobre este aviso o su privacidad, puede comunicarse con la Oficial de Privacidad cuyos datos aparecen a continuación. También tiene derecho a presentar una queja ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para obtener instrucciones sobre cómo comunicarse con el secretario, consulte a la Oficial de Privacidad. No habrá represalias contra usted por presentar una queja.



Kim Kalajainen Director de Operaciones y Oficial de Privacidad

Teléfono: 860-437-4550

Correo electrónico: kalajainenk@ctcfa.org

Aviso de Practicas de Privacidad

Reconozco que se me han proporcionado información sobre cómo acceder al Aviso de Prácticas de Privacidad de CFA. Entiendo que este reconocimiento confirma que recibí el aviso. No significa que esté de acuerdo con su contenido ni que autorice el uso o la divulgación de información de salud protegida.

Firma del Cliente/Persona que Recibirá los Servicios (si es mayor de 13 años)

Fecha (MM/DD/AAAA)

Nombre en Letra de Molde (Nombre y Apellido)

Firma

Firma del Padre, Madre, o Tutor Legal (si corresponde)

Fecha (MM/DD/AAAA)

Nombre en Letra de Molde (Nombre y Apellido)

Firma

Documentación del personal sobre el Aviso de Prácticas de Privacidad (si corresponde)

Para ser completado por el personal de CFA si el cliente o tutor legal no firma para confirmar la entrega del Aviso de Prácticas de Privacidad.



Certifico que se proporcionó el Aviso de Practicas de Privacidad de CFA al cliente o persona que recibirá servicios, o a su padre/madre/tutor legal. El individuo no proporcionó una firma de acuse de recibo.

Fecha (MM/DD/AAAA) _____

Nombre en letra de molde del empleado de CFA (nombre y apellido)

Firma del empleado de CFA _____

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

Clientes que reciben servicios de Child and Family Agency of Southeastern Connecticut, Inc. (CFA), o de sus entidades afiliadas, tienen ciertos derechos y responsabilidades.

Confidencialidad

- La información sobre el tratamiento de un cliente no se divulgará a ninguna persona fuera de CFA sin la autorización correspondiente, excepto cuando la ley lo permita o lo exija.
- Para facilitar la coordinación de la atención, el personal de CFA puede compartir información entre los programas de CFA según lo permitan la ley y las políticas de CFA.
- Cuando el expediente incluye el nombre de más de un adulto, podría requerirse la autorización de todos los adultos correspondientes antes de compartir información.
- La función de CFA es apoyar la salud mental y física y el bienestar del cliente. CFA no participa en disputas por la custodia ni proporciona recomendaciones por escrito relacionadas con la custodia.
- CFA evalúa continuamente sus programas para mejorar los servicios que ofrece a niños y familias. La información que no permite identificar a las personas puede utilizarse para mejorar la calidad internamente, elaborar informes, realizar análisis estadísticos y cumplir con los requisitos de financiamiento. Cualquier uso de información de salud protegida (PHI) que permita identificar a una persona para investigaciones externas se hará únicamente con la autorización escrita correspondiente o la aprobación de una Junta de Revisión Institucional (IRB) o de una Junta de Privacidad, según lo exija la ley.

Derechos del Cliente

Los clientes tienen derecho a:

- Recibir un trato igualitario sin distinción de raza, color, creencias espirituales, sexo, identidad de género, orientación sexual o nacionalidad.
- Recibir servicios que tengan en cuenta su cultura y el idioma que hablan.
- Participar activamente en la planificación del tratamiento y en las decisiones continuas sobre los servicios.
- Revisar el expediente del cliente, conforme a las leyes de confidencialidad aplicables y las políticas de la Agencia. La revisión del expediente se realiza en presencia del profesional que brinda tratamiento o de un supervisor. CFA determinará si la revisión o divulgación de información podría perjudicar a un cliente menor de edad, según lo permita la ley.
- Solicitar mediante una citación judicial el testimonio escrito u oral del profesional clínico o proveedor de CFA que brinda tratamiento. Pueden aplicarse cargos.
- Solicitar que se le asigne otro miembro del personal.
- Rechazar los servicios en cualquier momento. Los clientes deben hablar de ello con el profesional clínico que tienen asignado.
- Buscar otra opinión de una persona u organización fuera de CFA sobre el diagnóstico, los medicamentos o la planificación del tratamiento.
- Rechazar cualquier grabación de audio o audiovisual.
- Recibir información sobre los riesgos, beneficios y alternativas del tratamiento o plan de servicios propuesto.

- Solicitar información sobre la formación profesional y la experiencia del profesional clínico que brinda tratamiento.
- Solicitar una estimación de buena fe de los costos.
- Expresar inquietudes sobre los servicios y solicitar cambios cuando corresponda.
- Expresar inquietudes sobre las políticas y los procedimientos de CFA. El Procedimiento de Quejas de la Agencia está disponible para su consulta en nuestro sitio web:
<https://www.childandfamilyagency.org/grievance-procedure/>

Responsabilidades del Cliente

Los clientes y los padres/tutores legales son responsables de:

Mantener un entorno de tratamiento seguro y respetuoso

- Tratar con respeto al personal de CFA, a los familiares y a otros clientes.
- Mantener un entorno de tratamiento seguro y apropiado.
- Abstenerse de usar lenguaje grosero u obsceno, presentarse bajo los efectos del alcohol u otras sustancias, y hacer amenazas verbales o físicas mientras reciben servicios.
- Comprender que las amenazas y acciones que impliquen hacerse daño a sí mismos o a otras personas no están protegidas por la confidencialidad y pueden notificarse a las autoridades correspondientes.
- Asegurarse de no llevar armas a las instalaciones de CFA. Cuando los servicios se prestan en el hogar, se debe informar sobre la presencia de armas, asegurarlas y guardarlas de forma segura.
- Comprender que las conductas que pongan en riesgo la seguridad de los clientes, las familias o el personal de CFA pueden dar lugar a cambios en los servicios, incluida la finalización de los servicios de CFA.
- No grabar, fotografiar ni captar de otra manera, ni compartir o distribuir, videos, audios o fotografías de los servicios, el personal, los clientes o los familiares de CFA.

Participar en el Tratamiento

- Participar activamente en el tratamiento y asistir a las citas programadas según las recomendaciones del equipo de tratamiento.
- Cumplir con las expectativas del programa y las recomendaciones de tratamiento que se explican durante el proceso de admisión y a lo largo de los servicios.
- Proporcionar información precisa y completa sobre sus antecedentes médicos, medicamentos, síntomas y otros datos necesarios para el tratamiento.
- Informar a CFA oportunamente sobre cualquier cambio en la información de contacto, la cobertura del seguro o la custodia legal que pueda afectar el tratamiento, la comunicación o la coordinación de los servicios.
- Comprender que no participar en los servicios, no asistir a las citas o no cumplir con las expectativas del programa puede dar lugar a la finalización de los servicios de CFA.

Manejar las Responsabilidades Financieras

- Proporcionar y mantener actualizada y correcta la información financiera, del seguro y de contacto necesaria para determinar la elegibilidad, la facturación y el pago de los servicios.
- Revisar y firmar el Acuerdo de Responsabilidad Financiera de CFA.

Acuerdo de Telesalud

La telesalud permite que los proveedores de CFA realicen diagnósticos y evaluaciones, brinden consultas y tratamiento, ofrezcan educación y gestionen la atención mediante comunicaciones interactivas de audio, video o datos.

- Acepto no grabar ni distribuir mis sesiones de terapia por telesalud.

Reconocimiento de los Derechos y Responsabilidades del Cliente

Acepto que he recibido, leído, y que comprendo este documento de Derechos y Responsabilidades del Cliente. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y mis preguntas han sido respondidas. Comprendo mis derechos y responsabilidades como cliente o padre/madre/tutor legal de un cliente de CFA.

Firma del Cliente/Persona que Recibirá los Servicios (si es mayor de 13 años)

Fecha (MM/DD/AAAA)

Nombre en Letra de Molde (Nombre y Apellido)

Firma

Firma del Padre, Madre, o Tutor Legal (si corresponde)

Fecha (MM/DD/AAAA)

Nombre en Letra de Molde (Nombre y Apellido)

Firma

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Al firmar este acuerdo, reconozco que soy la persona responsable del pago de los servicios que recibe el cliente en Child & Family Agency of Southeastern Connecticut, Inc. (CFA). Este acuerdo se aplica a clientes que: tienen HUSKY, un seguro comercial o militar, no tienen seguro (pago por cuenta propia), o eligen no usar su seguro para los servicios de CFA (pago particular).

Cómo Funcionan los Costos del Seguro

En CFA, sabemos que el seguro de salud puede ser difícil de entender y, a veces, confuso. La siguiente información aclara los términos para que compartamos la misma comprensión:

- **Copago:** cantidad fija que usted paga directamente al proveedor por una visita de atención médica.
- **Deducible:** cantidad establecida que usted paga por la atención antes de que el seguro comience a pagar.
- **Coseguro:** porcentaje de la cuenta que usted paga después de cubrir el deducible (por ejemplo, 20 % usted y 80 % el plan).
- **Estado de Cuenta:** CFA enviará un estado de cuenta mensual que detallará cualquier saldo pendiente.

Responsabilidades Generales

Acepto:

- Proporcionar información actualizada del seguro que confirme que el cliente reúne los requisitos para recibir servicios. Si el seguro cambia, debo proporcionar la nueva información a CFA a más tardar en la próxima cita del cliente.
- Completar los documentos o formularios adicionales que exija mi compañía de seguros para obtener autorización previa para los servicios del cliente.
- Informar al proveedor del cliente si recibe servicios similares de otro proveedor que puedan duplicar los servicios de CFA. Esto es importante porque el seguro podría no pagar uno de los servicios.
- Comunicarme con el departamento de facturación de CFA si tengo preguntas sobre la cobertura del seguro, la facturación, los acuerdos de pago o la asistencia financiera.

Responsabilidades de Pago

Cuando corresponda, acepto:

- Pagar cualquier copago del seguro antes de la visita o al momento de recibirla.
- Pagar cualquier deducible o coseguro que quede pendiente después de que mi seguro procese la reclamación.
- Pagar el costo total de los servicios, de acuerdo con la lista de tarifas que aparece a continuación, si no tengo seguro o elijo no usarlo.

Saldos Pendientes

Entiendo que:

- Si el cliente pasa de un servicio de CFA a otro, debo pagar por completo cualquier saldo pendiente antes de que comience el nuevo servicio.

- Si el cliente se retira de un programa con un saldo pendiente, sigo siendo responsable de pagarlo.
- El incumplimiento de las responsabilidades financieras puede afectar la posibilidad del cliente de programar citas futuras y podría dar lugar a la discontinuación de los servicios.

Lista de Tarifas

Para los clientes con seguro comercial o militar, CFA ha negociado o aceptado las tarifas establecidas por su compañía de seguros. Estas aparecerán en la explicación de beneficios (EOB) o en el estado de cuenta mensual de CFA.

La siguiente lista muestra nuestras tarifas base para clientes que pagan de forma particular o por cuenta propia. Las tarifas pueden variar según los servicios específicos prestados durante las sesiones y el tiempo dedicado.

Programa	Evaluación Inicial y Servicios de Manejo de Casos	Visitas de seguimiento o de medicamento
Child Guidance Clinic (CGC) / Terapia Ambulatoria	\$150	\$120
Terapia Familiar Funcional (FFT)	\$180	-
Terapia Familiar Multidimensional (MDFT)	\$180	-
Servicios Psiquiátricos Intensivos en el Hogar para Niños y Adolescentes (IICAPS)	\$180	-
Terapia Ambulatoria para Adultos (AOT)	\$150	\$120
Centro de Crisis Urgentes (UCC)	\$1000	-
Psiquiatría (Psych)	\$275	\$125-\$175

A los clientes que participan en los siguientes servicios de CFA no se les cobrarán gastos de bolsillo:

Programas Financiados con Subvenciones	Evaluación Inicial	Visita de Seguimiento
Preservación Familiar Intensiva (IFP)	N/A	N/A
Reunificación y Tiempo Familiar Terapéutico (RTFT)	N/A	N/A
Centros de Recursos Familiares (FRC)	N/A	N/A
Alianza para la Participación Juvenil (YEP)	N/A	N/A
Futuros Saludables (HF)	N/A	N/A
Servicios Psiquiátricos Intensivos en el Hogar para Niños y Adolescentes (IICAPS) ^ Algunos seguros	*	*
Centros de Salud Escolares- Atención Médica y Salud Mental (SBHC)	*	*
Violencia de Pareja Intima- Evaluación, Intervención, y Respuesta Familiar (IPV-FAIR)	*	*

** Nota: CFA hará esfuerzos de buena fe para obtener y confirmar la elegibilidad del seguro a fin de facturarle por estos programas.*

Asistencia Financiera

Si no puedo pagar mi saldo, entiendo que puedo llamar al departamento de facturación de CFA al (860) 437-4550, opción 5, para conversar sobre las opciones de pago disponibles o determinar si reúno los requisitos para una tarifa reducida. Para determinar si reúno los requisitos para recibir asistencia financiera, CFA puede pedirme que:

- Proporcione información financiera actualizada
- Presente documentación de dificultades económicas
- Acepte un acuerdo de pago específico

Autorización para divulgar información: Autorizo a CFA a divulgar a mis aseguradoras, incluidos Medicare, Medicaid, los proveedores de beneficios complementarios o Medigap y las aseguradoras privadas, según corresponda, la información médica y de tratamiento necesaria para el pago de los servicios prestados. Autorizo el uso de este formulario para divulgar la información necesaria a todas mis aseguradoras y sus agentes autorizados a fin de procesar reclamaciones. Autorizo a mi proveedor o consultorio a actuar en mi nombre para ayudarme a obtener el pago de mis compañías de seguros.

Cesión de beneficios: Cedo directamente a mi proveedor o consultorio todos los pagos, derechos y reclamaciones de reembolso por reclamaciones, costos y gastos permitidos por mis planes de seguro correspondientes a los servicios prestados. Entiendo que recibiré un estado de cuenta por cualquier saldo a mi cargo y acepto pagarlo en su totalidad al recibirlo, después de que el seguro haya cumplido con su obligación.

Autorización de Medicare: Si soy beneficiario de Medicare, entiendo que mi firma solicita que se efectúe el pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar las reclamaciones. Si se indica 'otro seguro de salud' en el punto 9 del formulario HCFA-1500, o en otra parte de los formularios de reclamación aprobados o en las reclamaciones presentadas electrónicamente, mi firma autoriza la divulgación de información a las compañías de seguros o a sus agentes autorizados. En los casos de cesión de beneficios de Medicare, el médico o proveedor acepta la cantidad determinada por la entidad administradora de Medicare como pago total, y acepto que soy responsable del deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos. El coseguro y los deducibles se basan en la cantidad determinada por la entidad administradora de Medicare.

Firma de la Persona Responsable del Pago

Cliente (si tiene mas de 18 años) o padre, madre o tutor legal

Fecha (MM/DD/AAAA): _____

Nombre en letra de molde (Nombre y Apellido): _____

Firma: _____