Kenneth Young Center

Together We Thrive.

Kenneth Young Center – Consentimiento para Servicios, Privacidad e Intercambio de Información

Revisado 1/26

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. Propósito de este consentimiento

Este consentimiento permite que Kenneth Young Center (KYC) brinde servicios y procese reclamaciones de servicios de atención médica. Explica:

- Tus derechos y responsabilidades
- Cómo se puede usar o divulgar tu información según la ley de Illinois, HIPAA, IMHDDCA y 42 CFR Parte 2 para registros relacionados con el trastorno por consumo de sustancias (SUD)
- Cómo presentar una queja de privacidad

Referencia: También has recibido el formulario de Derechos y Responsabilidades del KYC.

2. Derechos y responsabilidades del cliente

Tienes derecho a recibir atención que respete tu dignidad, privacidad y derechos legales. Tienes derecho a:

- Ser tratado con respeto y que se proteja tu privacidad.
- Recibir servicios sin discriminación por edad, sexo, raza, etnia, religión, estado civil, discapacidad, orientación sexual, estado de VIH, baja militar o capacidad de pago.
- Estar libre de abuso, negligencia, explotación o daño. Si crees que tus derechos han sido violados, puedes comunicarte con la Oficina del Inspector General al 1-800-368-1463.
- Participar en tu atención, comprender tu tratamiento y ser informado sobre riesgos, beneficios, alternativas y efectos secundarios.
- Revisar tus registros, solicitar enmiendas y pedir límites sobre la divulgación.
- Presentar una queja o reclamo sin temor a represalias y recibir una respuesta oportuna.
- Terminar los servicios en cualquier momento.
- Tener tus discapacidades acomodadas bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), la Sección 504 y la Ley de Derechos Humanos de Illinois.
- Mantener tus registros de VIH/SIDA y SUD confidenciales, según lo protegido por la ley de Illinois y regulaciones federales (42 CFR Parte 2).

Tus responsabilidades incluyen:

- Proporcionar información precisa sobre tu salud, tratamientos previos y medicamentos.
- Informar a KYC sobre cualquier involucramiento legal que pueda requerir registros, reportes o testimonio.
- Participar activamente en el tratamiento y hacer preguntas si no entiendes algo.
- Tratar con respeto al personal, a otros clientes y a la propiedad.
- Supervisar a los menores si los llevas a la agencia.
- Seguir las normas del programa y de seguridad, asistir a las citas y pagar las tarifas requeridas.

Kenneth Young Center

Together We Thrive.

3. Reconocimiento de la Recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad

Reconoces que has recibido y revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de KYC, que describe tus derechos bajo:

- HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico)
- Ley de Confidencialidad de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo de Illinois (IMHDDCA)
- 42 CFR Parte 2 (para registros relacionados con el trastorno por consumo de sustancias (SUD)

Entiendes que puedes revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que KYC ya haya tomado alguna medida basándose en este consentimiento.

4. Autorización para usar y divulgar información de salud

Autorizas a KYC a usar y divulgar tu información de salud, incluyendo registros de SUD y VIH/SIDA, para los siguientes propósitos:

- Tratamiento, coordinación de atención o planificación
- Pago o procesamiento de reclamaciones de atención médica
- Operaciones de atención médica (por ejemplo, auditorías, aseguramiento de calidad, capacitación del personal)

La información puede incluir:

- Registros de evaluación (psiquiátrica, salud mental, educativa, vocacional, SUD)
- Planes de tratamiento (psiquiátrico, historial médico, SUD, planes de tratamiento individualizados)
- Otra información (resúmenes de admisión/alta, notas de progreso, registros legales, registros de medicación)

Las categorías de información sensible incluyen:

- VIH/SIDA
- Uso de alcohol/sustancias

Comprendes que, si la entidad que recibe tu información no está sujeta a HIPAA, tus registros podrían ser divulgados nuevamente y ya no estar protegidos por HIPAA. Los registros de SUD continúan estando protegidos bajo 42 CFR Parte 2.

5. Registros de SUD (42 CFR Parte 2)

Si recibes servicios de SUD, tus registros están protegidos a nivel federal.

- KYC solo puede compartir estos registros con proveedores que te atienden, aseguradoras o personal que colabora en tu cuidado.
- Las divulgaciones requieren tu consentimiento por escrito.
- Está estrictamente prohibido usar estos registros en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en tu contra.

- Puedes revocar el consentimiento por escrito, pero esto no afectará las divulgaciones realizadas previamente bajo esta autorización.
- Nota: Si recibes servicios de SUD, pueden ser necesarios formularios de consentimiento adicionales para:
  - Notas de asesoramiento de SUD
  - Uso de registros en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos

6. Elección del Cliente – Servicios Financiados por DHS

Si el Departamento de Servicios Humanos de Illinois (DHS) paga por tus servicios, KYC debe reportar información demográfica y de los servicios.

☐ Elijo que KYC facture a DHS/seguro y entiendo que mi información será reportada.
☐ No elijo que KYC facture a DHS/seguro y entiendo que pagaré la tarifa completa.

7. Autorización de Comunicación

KYC puede comunicarse contigo por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico.

- Estos métodos no siempre son seguros; otras personas podrían interceptar los mensajes (por ejemplo, miembros del hogar, empleadores o proveedores de Internet).
- La comunicación se limitará a asuntos no clínicos, como citas o facturación.

Para necesidades clínicas urgentes, llama a la línea de crisis al 1-847-524-8800, presiona 7, o acude a la sala de emergencias más cercana.

☐ Teléfono ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico

8. Menores de 12 a 17 años

- Los menores de 12 a 17 años pueden dar su consentimiento por sí mismos para servicios ambulatorios de salud mental o SUD.
- Las firmas de los padres/tutores son necesarias solo para:
  - Responsabilidad financiera (facturación/seguro), o
  - Decisiones de tratamiento cuando el proveedor lo considere clínicamente necesario.
- Los padres/tutores no reciben automáticamente acceso a notas de psicoterapia o registros sensibles, a menos que el menor lo consienta.

9. Cómo presentar una queja

Puedes presentar una queja con:
- Oficial de Privacidad de KYC: (847) 524-8800
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS/OCR): 1-800-368-1019 | www.hhs.gov/ocr

También puedes contactar a:

- Comisión de Tutela y Defensa (Guardianship and Advocacy Commission): (866) 274-8023 | www.gac.state.il.us
- Equip for Equality: (800) 537-2632 | www.equipforequality.org
- Departamento de Servicios Humanos de Illinois – División de Salud Conductual y Recuperación: (800) 843-6154 | www.dhs.state.il.us
- Departamento de Servicios Humanos de Illinois – División de Salud Conductual y Recuperación (DBHR): (800) 843-6154 | DHS.DBHR.SUDHelp@Illinois.gov
- The Joint Commission: (630) 792-5000 | www.jointcommission.org

10. Reconocimiento y Firmas

Al firmar a continuación, reconoces que:

- Has leído y comprendido este consentimiento
- Has recibido una copia para tus registros
- Das tu consentimiento para el tratamiento y autorizas el uso/divulgación de tu información de salud según lo descrito

Firma del cliente (Requerida para menores de 12 a 17 años además de la firma del padre/tutor):

_____(Nombre en letra de molde):_____ (Firma)

Fecha: _____ / _____ / _____

Firma del padre, representante autorizado o tutor legal (si corresponde):

_____(Nombre en letra de molde):_____ (Firma)

Fecha: _____ / _____ / _____

Firma del testigo:

_____(Nombre en letra de molde):_____ (Firma)

Fecha: _____ / _____ / _____