



701 Devonshire Dr. Suites B16-18 • Champaign, Illinois 61820 • 217-531-2360

Manual de derechos, expectativas y responsabilidades del cliente

Bienvenido a HopeSprings Counseling Services, un programa del Cunningham Children's Home

Desde hace más de 120 años, Cunningham Children's Home ha adquirido una gran experiencia en el trabajo con jóvenes en situación de crisis y sus familias. A medida que las necesidades de nuestra comunidad cambian y crecen, Cunningham cree que es hora de compartir nuestra experiencia con todos.

Nos complace tener la oportunidad de brindar servicios de consejería de alta calidad. Este manual describe sus derechos como cliente, sus responsabilidades mientras recibe servicios de asesoramiento y las expectativas de quienes reciben servicios en HopeSprings.

La misión de Cunningham es brindar esperanza mediante soluciones eficaces para que los niños prosperen y las familias florezcan. HopeSprings brinda esperanza y sanación directamente a los jóvenes y las familias de nuestra comunidad. Ofrecemos un entorno seguro y enriquecedor que brinda oportunidades para el crecimiento, la sanación y la recuperación. Los consejeros cuentan con una sólida formación en atención basada en el tratamiento del trauma y pueden utilizar su experiencia para ayudar a guiar el proceso de recuperación.

Proceso de tratamiento

Al iniciar su tratamiento en HopeSprings, se le asignará un terapeuta. Usted y su terapeuta trabajarán juntos para completar una evaluación integral y un plan de tratamiento. Usted es la persona más importante en su tratamiento. Usted puede tomar decisiones sobre su tratamiento, lo que incluye involucrar a su familia u otras personas en su proceso terapéutico.

Su participación es fundamental para elaborar el plan de tratamiento que guiará su atención. En él se definen las metas, los objetivos y los resultados medibles en los que trabajará junto con su terapeuta. El plan de tratamiento también identifica los tipos de servicios, la frecuencia y la duración de los servicios que recibirá, así como el personal responsable de proporcionar el servicio. Usted y su terapeuta revisarán su plan de tratamiento al menos cada seis meses. A medida que avanza o cambian las circunstancias, se pueden realizar cambios en su plan de tratamiento. Su terapeuta repasará los beneficios, los riesgos, los efectos secundarios y las alternativas de su tratamiento durante el proceso de planificación.

Es importante que asista a sus sesiones programadas de manera constante. Si necesita cancelar o cambiar la fecha u hora de su cita, por favor avísenos con al menos 24 horas de anticipación para que podamos ofrecer ese horario a otra persona que esté en espera. Si no asiste de manera constante a sus citas de terapia, podría ser dado de alta de los servicios. Si pierde tres sesiones de terapia consecutivas o su asistencia general es inconsistente, HopeSprings podría dar por terminados sus servicios.

Aproximadamente 60 días después de finalizar su tratamiento o de la terminación de los servicios, su terapeuta o un integrante del personal de HopeSprings se comunicará con usted para saber cómo sigue su recuperación. Durante ese contacto, revisarán el progreso alcanzado durante su tratamiento en HopeSprings y evaluarán si usted desea o necesita recibir servicios adicionales. Estos servicios podrían incluir servicios de consejería en HopeSprings o servicios proporcionados por otras agencias de servicios sociales de la comunidad.

Servicios de consejería

El personal de HopeSprings cuenta con formación y certificaciones diversas en las siguientes áreas:

- Apego, Autorregulación y Competencia (ARC, por sus siglas en inglés).
- Trastornos del apego
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
- Trastornos del espectro autista
- Abuso físico, abuso sexual y negligencia infantil
- Terapia cognitivo-conductual (CBT, por sus siglas en inglés)
- Resolución colaborativa de problemas (CPS, por sus siglas en inglés)
- Terapia dialéctica conductual (DBT, por sus siglas en inglés)
- Violencia doméstica y agresión sexual
- Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR, por sus siglas en inglés)
- Entrevista motivacional
- Trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar y otros trastornos del estado de ánimo
- Modelo Neurosecuencial de Terapéutica (NMT, por sus siglas en inglés)
- Oposición desafiante y otros trastornos conductuales
- Problemas relacionales entre padres e hijos
- Terapia de juego
- Trastorno de estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad
- Problemas en las relaciones
- Transmisión de habilidades
- Theraplay (terapia basada en el juego)
- Atención especializada en situaciones traumáticas (TIC, por sus siglas en inglés)
- Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TFCBT, por sus siglas en inglés)

A través de HopeSprings, los terapeutas abordarán estos problemas ofreciendo atención informada sobre el trauma en sesiones individuales, familiares y grupales, ya sea en el consultorio o en la comunidad.

Personal certificado en terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma

La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es un modelo de tratamiento basado en componentes que incorpora intervenciones sensibles al trauma junto con principios y técnicas cognitivo-conductuales, familiares y humanistas.

Los niños y los padres aprenden nuevas habilidades para ayudar a procesar los pensamientos y sentimientos relacionados con eventos traumáticos de la vida; manejar y resolver pensamientos, sentimientos y comportamientos angustiantes relacionados con eventos traumáticos de la vida; y mejorar la seguridad, el crecimiento, las habilidades de crianza y la comunicación familiar.

.

Programar y cancelar citas

Para programar una cita, llame al (217) 531-2360. Si necesita cancelar o reprogramar su cita, llame con 24 horas de anticipación. Reprogramaremos su cita y podremos ofrecer su lugar a otra persona que lo necesite. Si bien entendemos que ciertas circunstancias no le permiten cancelar con 24 horas de anticipación, agradecemos que lo notifique con la mayor anticipación posible.

Horario:

Lunes a jueves: de 8:30 a. m. a 6:00 p. m.

Viernes: de 8:30 a. m. a 12:30 p. m.

Los números de la línea de crisis se proporcionan en la página 26 para necesidades de emergencia fuera del horario de atención.

Consulte el Acuerdo de tarifas y la política financiera para obtener información adicional sobre las tarifas que pueden estar asociadas con citas perdidas.

Lesiones

Si se lesiona mientras está en HopeSprings, debe notificar al personal de inmediato, independientemente de cuán leve crea que fue la lesión.

Información de evacuación en caso de

Busque los diagramas de evacuación de emergencia (evacuación en caso de incendio/refugio en caso de tornado) colocados en distintos lugares de HopeSprings Counseling Services.

En caso de emergencia, es importante mantener la calma, guardar silencio y escuchar instrucciones. En caso de que suene una alarma de incendio, el personal lo acompañará hasta la salida más cercana. Si se emite una advertencia meteorológica de tornado, el personal lo acompañará al área designada.

Situación de emergencia del cliente

En caso de que surja una emergencia con un cliente y se active una alarma de pánico, mantenga la calma y siga las instrucciones que le brinde su terapeuta o el personal de HopeSprings.

Entorno libre de armas

HopeSprings prohíbe las armas de cualquier tipo dentro o alrededor de las instalaciones. Esto incluye armas de fuego, cuchillos, llaves de cruz, gas pimienta u otros objetos similares. Esta

prohibición también se aplica a las personas que cuentan con un permiso válido para portar armas ocultas. HopeSprings Counseling ha colocado la calcomanía de Illinois No Concealed Gun en la puerta principal de entrada a las instalaciones. Se llamará a la policía local si se ingresa con armas en la clínica.

Ambiente libre de humo

HopeSprings prohíbe fumar o usar otros productos de tabaco y drogas ilícitas dentro de las instalaciones. Está permitido fumar en el exterior únicamente a una distancia mínima de 15 pies (4,5 metros) de la entrada y está prohibido hacerlo debajo del toldo azul.

Ambiente libre de drogas

HopeSprings prohíbe las drogas ilícitas de cualquier tipo dentro o alrededor de las instalaciones. Las personas a las que se les encuentren drogas ilícitas deberán abandonar HopeSprings de inmediato.

Si la persona se niega, se notificará inmediatamente a la policía local. Si se determina que una persona se encuentra bajo los efectos de una sustancia, se le pedirá que re programe su cita. Si una persona se encuentra bajo los efectos de una sustancia y llegó a su cita conduciendo, HopeSprings le pedirá que llame a alguien para que la lleve.

HopeSprings solicita que todos los clientes e invitados (es decir, miembros de la familia, etc.) no acudan a HopeSprings con olor a drogas ilícitas, incluido el cannabis. HopeSprings se especializa en la atención basada en el enfoque del trauma y brinda servicios a quienes han sufrido traumas, incluidas las experiencias traumáticas relacionadas con el consumo o abuso de sustancias. El olor de las sustancias ilícitas, incluido el cannabis, puede ser un desencadenante traumático para los clientes e invitados (es decir, los miembros de la familia). Se pedirá que abandone Hope Springs de inmediato a cualquier persona a la que se le detecte olor a drogas ilícitas, incluido el cannabis.

Expectativas para todos los clientes:

- Regístrese en el área de recepción y prepárese para confirmar la información de su seguro, la dirección y el número de teléfono.
- Llegue a tiempo a su cita. Si llega 15 minutos o más tarde a su cita, deberá reprogramarla y se considerará que no asistió a la cita
- Completar todas las evaluaciones requeridas de manera oportuna.
- Mantenga su teléfono celular en silencio o en modo de vibración, y absténgase de tomar o hacer llamadas en lugares donde su conversación pueda molestar a los demás.
- Si necesita usar el baño, pregunte y alguien le indicará cómo llegar.
- Todos los padres, tutores y cuidadores son responsables de los niños menores y de su comportamiento.
- Mantenga un comportamiento y un lenguaje apropiados en todo momento dentro de la clínica. No se tolerarán los insultos, los comentarios raciales, sexuales o discriminatorios ni el abuso verbal hacia ninguna persona.
- Informe a su terapeuta o a un integrante del personal de HopeSprings si ha sufrido abuso, negligencia o explotación. Todo el personal de Cunningham/HopeSprings tiene la obligación legal de informar. Las personas con obligación de denunciar deben llamar a la línea directa del Departamento de Servicios para Niños y Familias (DCFS, por sus siglas en inglés) cuando tengan motivos razonables para creer que un niño del que tienen conocimiento en el ejercicio de sus funciones profesionales u oficiales pueda ser víctima de abuso o negligencia. El trabajador de la línea directa determinará si la información proporcionada por el denunciante cumple con los requisitos legales para iniciar una investigación.

Nota: Las normas que se infrinjan o no se tengan en cuenta se abordarán en función de la naturaleza y gravedad de la infracción. Esto podría ir desde un simple recordatorio o una conversación hasta un cambio en el plan de tratamiento o el alta de los servicios. Las expectativas anteriores siempre deben cumplirse cuando se esté en HopeSprings Counseling Services.

Como cliente de HopeSprings Counseling Services, usted tiene las siguientes

Conocer y cumplir con todas las responsabilidades y expectativas descritas en el manual.

- Conocer sus derechos como cliente de esta agencia y ser considerado y respetuoso con los derechos tanto de los clientes como del personal.
- Utilizar el procedimiento de queja si siente que se están infringiendo sus derechos.
- Respetar y honrar la confidencialidad y privacidad de los demás.
- Conocer los nombres del personal que trabaja con usted
- Ser honesto y comunicativo sobre los asuntos relacionados con sus servicios.
- Participar en los servicios de la mejor manera posible y seguir las recomendaciones que ofrece el personal.
- Participar activamente y asistir a los servicios según se indican en su plan de tratamiento.
- Asistir a las citas y cancelarlas con al menos 24 horas de anticipación si no puede asistir.
- Informar cualquier cambio en su afección a los responsables de su atención y bienestar.
- Respetar la propiedad perteneciente a HopeSprings/Cunningham, otros clientes y miembros del personal de HopeSprings. Los miembros del personal de HopeSprings y otros clientes pueden emprender acciones legales para recuperar el costo de su propiedad dañada.
- Ser responsable de sus bienes personales mientras recibe el servicio en HopeSprings. HopeSprings/Cunningham no se hace responsable por bienes perdidos o robados.
- Abstenerse de cualquier forma de abuso físico o verbal, o de realizar amenazas hacia el personal u otros clientes. El incumplimiento de esta responsabilidad podría derivar en la finalización inmediata de los servicios y dar lugar a acciones legales, si corresponde.
- Informar al asistente del programa o coordinador de Admisión y Facturación de cualquier cambio en su dirección u otra información de contacto, situación financiera o cobertura de seguro.
- Pagar los copagos, deducibles o coseguros (si se conocen) que correspondan en el momento de recibir el servicio.
- Hacer preguntas cada vez que no entienda algo.
- Si ya no le interesa recibir servicios, acepta notificar a su terapeuta asignado o al asistente del programa.

Le pedimos que NO haga lo siguiente:

- Manipular las alarmas contra incendios o cualquier otro equipo de seguridad.
- Realizar amenazas verbales o físicas de violencia contra cualquier integrante del personal de HopeSprings/Cunningham u otros clientes.
- Destruir la propiedad perteneciente a HopeSprings/Cunningham, a los miembros del personal de HopeSprings/Cunningham u otros clientes.
- Intimidar al personal o a otros clientes.
- Intentar agregar como amigos a miembros del personal de HopeSprings Counseling Services-en redes sociales (por ejemplo, Facebook, X, Instagram, etc.). o buscar información personal sobre ellos en Internet u otros recursos.
- Portar u ocultar cualquier tipo de arma.
- Distribuir o vender drogas de cualquier tipo.
- Consumir o traer bebidas alcohólicas, drogas o medicamentos no recetados a HopeSprings Counseling Services.
- Fumar o masticar tabaco dentro de HopeSprings Counseling Services o fumar a menos de 15 pies (4,5 metros) del toldo de HopeSprings.
- Llevar comida a la clínica, incluso al área de recepción.
- Pedir dinero prestado al personal de HopeSprings/Cunningham o a otros clientes de HopeSprings/Cunningham.
- Ingresar a la oficina del personal, a la sala de terapia de juego/sensorial, a las salas de terapia, a la sala de conferencias o a la oficina de admisión sin estar acompañado por el personal.
- Ingresar al área de HopeSprings designada como "Solo para empleados".
- Dormir o acostarse en los sillones, sillas, reorganizar los muebles, inclinar las sillas contra las paredes, poner los pies sobre los muebles o ajustar las persianas de las ventanas.
- Ponerse detrás de la recepción sin estar acompañado por el personal de HopeSprings/Cunningham.
- Usar la cámara de su teléfono celular o cualquier otra cámara o dispositivo de grabación para fotografiar o grabar sesiones de terapia, servicios de tratamiento, personal de HopeSprings/Cunningham o clientes.
- Dejar a niños o adolescentes en el área de recepción sin supervisión. HopeSprings no proporciona ningún tipo de supervisión para niños o adolescentes.

Vestimenta apropiada

Los clientes son responsables de usar ropa adecuada cuando estén en HopeSprings Counseling Services. Si no está vestido adecuadamente, el personal lo hablará con usted.

- Cúbrase. La ropa caída, corta, escotada o transparente no es adecuada.
- No use ropa que promocióne drogas o alcohol ni que incluya lenguaje ofensivo.
- Es obligatorio usar calzado en todo momento.

Como persona que se atiende en HopeSprings, sus derechos incluyen, entre

- El derecho a que se le proporcionen servicios de salud mental adecuados en el entorno menos restrictivo.
- El derecho a no sufrir abuso, negligencia ni explotación por parte del personal y de otros usuarios mientras se recibe tratamiento en HopeSprings.
- El derecho a que sus derechos, así como los servicios que recibe, se le expliquen en un idioma o método de comunicación que comprenda.
- Los derechos que le garantizan el Gobierno de los Estados Unidos y el Estado de Illinois. No se negarán, suspenderán, terminarán ni reducirán los servicios por el hecho de que usted ejerza sus derechos.
- El derecho a recibir servicios sin discriminación. No se le negarán servicios de salud mental por motivos de edad, sexo, raza, religión, origen étnico, estado civil, discapacidad física o mental o antecedentes penales que no guarden relación con la peligrosidad actual.
- El derecho a que las discapacidades se adapten según lo exige la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la sección 504 de la Ley de Rehabilitación y la Ley de Derechos Humanos [775 ILCS 5].
- El derecho a expresar opiniones sobre temas relacionados con su caso o tratamiento. Se lo considera competente (capaz de tomar decisiones), a menos que un tribunal haya determinado lo contrario.

- El derecho a recibir una copia de su plan de tratamiento individualizado que describa los servicios que se le proporcionarán. Su plan de tratamiento individualizado se revisará al menos cada seis meses.
- El derecho a participar en el desarrollo y la revisión de su plan de tratamiento, según corresponda. Si tiene inquietudes sobre su plan de tratamiento o los servicios que recibe, usted o su tutor pueden solicitar una revisión interna de sus servicios de atención y tratamiento por parte del personal de Cunningham no involucrado en su tratamiento.
- El derecho a revisar su expediente de tratamiento.
 - Si es menor de 12 años, su padre, madre o tutor puede ver su expediente en cualquier momento.
 - Si tiene 12 años o más, puede solicitar revisar su expediente. Sin embargo, su derecho a revisar su expediente puede estar limitado para protegerlo a usted o a otros de cualquier daño. Si corresponde, su padre, madre o tutor siempre tiene derecho a recibir información básica sobre su tratamiento. Algunos registros no se divulgarán a sus padres o tutores sin su permiso. Usted o su padre, madre o tutor (si corresponde) pueden escribir una nota sobre cualquier parte del expediente que considere falsa. La nota se agregará a su archivo y se incluirá en cualquier divulgación de registros aplicables.

Quando usted, o su padre, madre o tutor (si corresponde) revise su registro de cliente, un miembro del personal estará disponible para responder a sus preguntas y garantizar que el archivo permanezca seguro.

- El derecho a la confidencialidad. Si tiene 12 años o más, usted y su padre, madre o tutor (si corresponde) deben dar su consentimiento por escrito para compartir su información. Sin su consentimiento, los registros no se compartirán, a menos que su terapeuta considere que es lo mejor para usted.
 - Si es menor de 12 años, su padre, madre o tutor debe dar su consentimiento por escrito para compartir información sobre usted.
 - En algunos casos, su edad no importa y HopeSprings puede divulgar información sin consentimiento. Algunos ejemplos incluyen los siguientes:
 - Si requiere hospitalización porque corre el riesgo de lastimarse a usted mismo o lastimar a otros.
 - Si ha sufrido abuso, negligencia o explotación.
 - Si es necesario para las revisiones realizadas por otras agencias a fin de determinar si HopeSprings cumple con diversas normas, leyes y estándares.
 - Información relacionada con delitos que ocurran en la propiedad o contra el personal de HopeSprings o que impliquen un peligro inmediato para otra persona.

- Su derecho o el de su padre, madre o tutor (si corresponde) a presentar quejas o apelar decisiones adversas relacionadas con los servicios que recibe. Se le explicará el proceso de queja. Se mantendrá un registro de tales quejas y las respuestas recibidas. Tiene derecho a apelar las decisiones sobre sus quejas al más alto nivel posible en la agencia. La decisión del presidente, director ejecutivo o del órgano rector, cuando corresponda, constituirá una decisión administrativa final a nivel de agencia.
- El derecho a comunicarse con la Guardianship and Advocacy Commission (Comisión de Tutela y Defensa) y con Equip for Equality, Inc. El personal deberá ofrecer asistencia al cliente para comunicarse con estas organizaciones, proporcionando a cada cliente la dirección y el número de teléfono de la Guardianship and Advocacy Commission y de Equip for Equality, Inc.
- El derecho a contactar con el pagador público o su designado, si corresponde, y a ser informado por el pagador público (o su designado) acerca de su beneficio de atención médica. También tiene derecho a que el pagador público, o su designado, le informe sobre el proceso para presentar una queja.
- El derecho a ser notificado de cualquier restricción(es) de su(s) derecho(s). La justificación de cualquier restricción a estos derechos se documentará en su registro clínico. Se notificará sobre la restricción a su padre, madre o tutor (si corresponde), así como a cualquier agencia que usted designe.
- Usted, o su padre, madre o tutor (si corresponde), tiene derecho a rechazar los servicios. Negarse a recibir estos servicios puede derivar en el cierre de su caso cuando esto comprometa el tratamiento o cuando exista un riesgo significativo para su seguridad o la de otros.

Me han explicado mis derechos como cliente de HopeSprings Counseling Services, un programa del Cunningham Children's Home, y entiendo cuáles son. He leído (o me habían leído) y recibido una copia del documento titulado Declaración de derechos del cliente. También entiendo que las normas que describen estos derechos están disponibles para mí si lo deseo. Recibí una copia del proceso de quejas formales en la que se describe el proceso para presentar una reclamo.

Proceso de quejas de HopeSprings

Como cliente de HopeSprings Counseling Services, un programa de Cunningham Children's Home, tiene derecho a presentar una queja (reclamo) sobre los servicios que recibe, las decisiones que se toman o el trato que recibe. En ella se explica qué es una queja, cómo presentar una queja y cómo el personal de HopeSprings/Cunningham responderá a una queja. Si tiene más preguntas sobre este proceso, hable con su terapeuta o con el subdirector de Servicios clínicos.

1. ¿Qué es una queja?

Una queja es un reclamo. Las quejas pueden estar relacionadas con diversos aspectos, aunque la mayoría se refieren al trato recibido, a los servicios prestados o a las decisiones adoptadas que usted considera inadecuadas.

2. ¿Quién puede presentar una queja?

- Usted (el cliente)
- Su tutor legal (si corresponde)
- Profesional involucrado en su caso

3. ¿Cómo presento una queja?

a. Pida un formulario de queja a su terapeuta o al asistente del programa. El formulario incluye tres preguntas:

- 1) ¿Por qué está presentando una queja o reclamo?
- 2) ¿Qué derechos se han infringido?
- 3) ¿Qué le gustaría que se hiciera en respuesta a su queja o reclamo?

* Si necesita ayuda para completar el formulario, cualquier miembro del personal puede ayudarlo. Asegúrese de firmar y fechar el formulario de queja completado.

b. El formulario completado se puede entregar al asistente del Programa o a su terapeuta. La persona que reciba la queja firmará y fechará el formulario de queja y le hará una copia.

c. El formulario de queja se entregará a Ann Percy, directora de Servicios Comunitarios. Ella decidirá quién revisará la queja. Dependiendo del problema, puede ser revisado por Ann o por el subdirector de HopeSprings.

d. Ann o el subdirector de HopeSprings programarán una reunión con usted para conversar acerca de la queja. Después de la reunión, Ann o el subdirector de HopeSprings programarán una reunión con usted para conversar acerca de la queja. Después de la reunión, Ann o el subdirector de HopeSprings le enviarán una carta para informarle lo que se decidió. Este paso puede tardar hasta 10 días hábiles.

e. Si su queja no se resolvió, se remitirá a Pat Ege, vicepresidente de Servicios del Programa. Pat programará una cita para hablar con usted acerca de la queja. Después de la reunión, Pat le enviará una carta para informarle su decisión. Este paso puede tardar hasta 10 días hábiles.

f. Si la queja aún no se ha resuelto, Pat enviará la queja a Marlin Livingston, presidente y director ejecutivo. El presidente o director ejecutivo programará un momento para hablar con usted sobre la queja. Después de la reunión, él le enviará una carta en la que le informará la decisión sobre su queja. Este paso puede tardar hasta 10 días hábiles. La decisión de Marlin es generalmente definitiva y no puede ser apelada. Sin embargo, dependiendo de la naturaleza de la queja y de nuestra capacidad para resolver el problema, su queja puede ir a la Junta Directiva de Cunningham para su revisión. La decisión de la junta es definitiva e inapelable.

4. ¿Qué más debería saber?

- Ningún miembro del personal involucrado en su queja decidirá cómo se gestionará. Esto puede significar que la queja omitirá un paso o que otra persona en una situación similar revisará su queja en su lugar.
- Puede retirar o detener una queja que haya presentado en cualquier momento.
- No habrá ninguna consecuencia por presentar una queja.
- El plazo de 10 días hábiles para cada paso del proceso de quejas puede aumentarse si tanto usted como el personal están de acuerdo. Si el personal de Cunningham no cumple con el límite de 10 días hábiles (y usted no estuvo de acuerdo con un cambio), la queja pasará al siguiente paso en el proceso. La queja no se resolverá automáticamente a su favor.
- Si tiene alguna dificultad para utilizar el proceso de presentación de quejas, comuníquese con Shawn Peterson, director de Mejora de la Calidad (speterson@cunninghamhome.org o 217-367-3728), para recibir ayuda.
- También puede presentar quejas a la agencia que financia sus servicios en HopeSprings. Estas agencias tienen su propio procedimiento de quejas. A continuación, proporcionamos la información de contacto:

Tiene derecho a contactar a las siguientes agencias si cree que sus derechos han sido

Agencias de defensa de los derechos del cliente	Agencias estatales
Guardianship & Advocacy Commission Oficina Regional del Este Central 2125 S. 1 st Street Champaign, IL 61820 (217) 278-5577; (866) 274-8023	Departamento de Servicios Humanos de Illinois División de Salud Mental 319 East Madison Ave., Suite 3B Springfield, IL 62701 (217) 782-6470
Equip for Equality 235 S. Fifth St. Springfield, IL 62705 (217) 544-0464; (800) 758-0464 TTY (800) 610-2779	Illinois Mental Health Collaborative P.O. Box 06559 Chicago, IL 60606 (866) 359-7953 TTY (866) 880-4459
Departamento de Servicios Humanos de Illinois, División de Salud Mental, coordinador estatal de Servicios para Personas Sordas y con Dificultades Auditivas 901 Southwind Road Springfield, IL 62703 Teléfono: (217) 786-0023; Fax: (217) 786-0024 Videoteléfono (217) 303-5807	Departamento de Servicios Humanos: Centro Comunitario Familiar del DHS para el Condado de Champaign 705 N. Country Fair Dr. Champaign, IL 61821 (217) 278-5605 Línea de ayuda del DHS: (800) 843-6154
Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) 233 North Michigan Avenue Chicago, IL 60601 (800) 368-1019	Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois 508 South Race Street Urbana, IL 61801 (217) 278-5400
	Departamento de Servicios Humanos de Illinois Oficina del Inspector General Línea directa 24 horas de la OIG: (800) 368-1463
	Agencia para la tercera edad del área centro-este de Illinois 1003 Maple Hill Road Bloomington, IL 61704-9327 1-800-888-4456 (309)829-2065
	Departamento de Servicios para Niños y Familias Unidad de Audiencias Administrativas 406 E. Monroe Street Springfield, IL 62707 (217) 782-6665
	Junta Estatal de Educación de Illinois 100 North First Street Springfield, IL 62777 (217) 782-4321
	Línea de apelación de HFS Oficina de Audiencias

Formularios de consentimiento para el tratamiento y acuerdo de honorarios

HopeSprings Counseling Services

Formularios de consentimiento para el tratamiento

Nombre del cliente: _____

Fecha: _____

I. Derechos de los clientes de HopeSprings

Sus derechos serán protegidos de acuerdo con el capítulo 2 del Código de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo de Illinois (405 ILCS 5). Su derecho a la confidencialidad se rige por la Ley de Confidencialidad de Illinois y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996 y la Ley de Tecnología de la Información Sanitaria para la Salud Económica y Clínica (HITECH, por sus siglas en inglés) de 2009. De acuerdo con estos requisitos, usted tiene los siguientes derechos como cliente de HopeSprings:

- El derecho a que se le proporcionen servicios de salud mental adecuados en el entorno menos restrictivo.
- El derecho a no sufrir abuso, negligencia ni explotación por parte del personal y de otros usuarios mientras se recibe tratamiento en HopeSprings.
- El derecho a que sus derechos, así como los servicios que recibe, se le expliquen en un idioma o método de comunicación que comprenda.
- Los derechos que le garantizan el Gobierno de los Estados Unidos y el Estado de Illinois. No se negarán, suspenderán, terminarán ni reducirán los servicios por el hecho de que usted ejerza sus derechos.
- El derecho a recibir servicios sin discriminación. No se le negarán servicios de salud mental por motivos de edad, sexo, raza, religión, origen étnico, estado civil, discapacidad física o mental o antecedentes penales que no guarden relación con la peligrosidad actual.
- El derecho a que las discapacidades se adapten según lo exige la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la sección 504 de la Ley de Rehabilitación y la Ley de Derechos Humanos [775 ILCS 5].
- El derecho a expresar opiniones sobre temas relacionados con su caso o tratamiento. Se lo considera competente (capaz de tomar decisiones), a menos que un tribunal haya determinado lo contrario.
- El derecho a recibir una copia de la Evaluación Integral de Necesidades y Fortalezas de Medicaid de Illinois (IM+CANS, por sus siglas en inglés) o del Plan de Tratamiento Individualizado (según corresponda) que describa los servicios que se le proporcionarán. Su IM+CANS o Plan de Tratamiento Individualizado se revisará al menos cada seis meses.
- Su derecho y el de su tutor, si corresponde, a participar en el desarrollo y la revisión de su plan de tratamiento, según corresponda. Si tiene inquietudes sobre su plan de tratamiento o los servicios que recibe, usted y/o su tutor (si corresponde) pueden solicitar una revisión interna de sus servicios de atención y tratamiento por parte del personal de Cunningham no involucrado en su tratamiento.
- El derecho a revisar su expediente de tratamiento.

- Si es menor de 12 años, su padre, madre o tutor puede ver su expediente en cualquier momento.
 - Si tiene 12 años o más, puede solicitar revisar su expediente. Sin embargo, su derecho a revisar su expediente puede estar limitado para protegerlo a usted o a otros de cualquier daño. Si corresponde, su padre, madre o tutor siempre tiene derecho a recibir información básica sobre su tratamiento. Algunos registros no se divulgarán a sus padres o tutores sin su permiso.
- Usted o su padre, madre o tutor (si corresponde) pueden escribir una nota sobre cualquier parte del expediente que considere falsa. La nota se agregará a su archivo y se incluirá en cualquier publicación de registros aplicables.

Cuando usted, o su padre, madre o tutor (si corresponde) revise su registro de cliente, un miembro del personal estará disponible para responder a sus preguntas y garantizar que el archivo permanezca seguro.

- El derecho a la confidencialidad. Si tiene 12 años o más, usted y su padre, madre o tutor (si corresponde) deben dar su consentimiento por escrito para compartir su información. Sin su consentimiento, los registros no se compartirán, a menos que su terapeuta considere que es lo mejor para usted.
 - Si es menor de 12 años, su padre, madre o tutor debe dar su consentimiento por escrito para compartir información sobre usted.
 - En algunos casos, su edad no importa y HopeSprings puede divulgar información sin consentimiento. Algunos ejemplos incluyen los siguientes:
 - Si requiere hospitalización porque corre el riesgo de lastimarse a usted mismo o lastimar a otros.
 - Si ha sufrido abuso, negligencia o explotación.
 - Si es necesario para las revisiones realizadas por otras agencias a fin de determinar si HopeSprings cumple con diversas normas, leyes y estándares.
 - Información relacionada con delitos que ocurran en la propiedad o contra el personal de HopeSprings o que impliquen un peligro inmediato para otra persona.
- Su derecho o el de su padre, madre o tutor (si corresponde) a presentar quejas o apelar decisiones adversas relacionadas con los servicios que recibe. Se le explicará el proceso de queja. Se mantendrá un registro de tales quejas y las respuestas recibidas. Tiene derecho a apelar las decisiones sobre sus quejas al más alto nivel posible en la agencia. La decisión del presidente, director ejecutivo o del órgano rector, cuando corresponda, constituirá una decisión administrativa final a nivel de agencia.
- Un adulto sujeto a tutela puede solicitar y recibir servicios de consejería sin el consentimiento de su tutor. El tutor del adulto no será informado, sin el consentimiento del adulto, a menos que el terapeuta considere que dicha divulgación es necesaria. Si el terapeuta determina que esta divulgación es necesaria, se lo informará al adulto que está recibiendo los servicios. Sin el consentimiento del tutor del adulto, el asesoramiento se limitará a un máximo de 12 sesiones, con sesiones que no durarán más de 60 minutos. El tutor de un adulto no puede ser considerado responsable de los costos de los servicios de consejería que se reciban sin su consentimiento.
- El derecho a contactar con el pagador público o su designado, si corresponde, y a ser informado por el pagador público (o su designado) acerca de su beneficio de atención médica. También tiene derecho a que el pagador público, o su designado, le informe sobre el proceso para presentar una queja.
 - Departamento de Servicios Humanos de Illinois, División de Salud Mental, 200 S. 2nd Street, Suite 20, Pekin, IL 61554 (teléfono: 309-346-2094).
 - Illinois Mental Health Collaborative, P.O. Box 06559, Chicago, IL 60606 (teléfono: 866-359-7953)
 - Departamento de Servicios Humanos: Centro Comunitario Familiar de DHS para el Condado de Champaign, 705 N. Country Fair Dr., Champaign, IL 61821 (teléfono: 217-278-5005; Línea de ayuda del DHS 800-843-6154)
 - Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois, 508 S. Race St., Urbana, IL (teléfono: 217-278-5400)
 - Departamento de Servicios Humanos de Illinois, Oficina del Inspector General (Línea directa 24 horas de la OIG: 800-368-1463)
 - Agencia para la Tercera Edad del Área del Este Central de Illinois, 1003 Maple Hill Rd., Bloomington, IL 61704-9327 (Teléfono: 800-888-4456 [número gratuito para personas mayores] o 309-829-2065)

- Departamento de Servicios para Niños y Familias, Unidad de Audiencias Administrativas, 406 E. Monroe St., Station 15, Springfield, IL 62701 (teléfono: 217-782-6655).
- Junta de Educación del Estado de Illinois, 100 North First St., Springfield, IL 62777 (teléfono: 217-782-4321).
- Línea de Apelaciones de HFS, Oficina de Audiencias, 69 W. Washington,^{4º} piso, Chicago, IL 60602 (teléfono: 800-435-0774)

Además, existen otras agencias cuyo propósito es proteger sus derechos como cliente. Puede ponerse en contacto con la Guardianship and Advocacy Commission en 2125 South First Street, Champaign, IL 61821 (teléfono: 217-278-5577). Puede ponerse en contacto con Equip for Equality, Inc. en 1 West Old State Capitol Plaza, Suite 500, Springfield, IL 62701 (teléfono: 217-544-0464 o 800-758-0464). El Coordinador Estatal de Servicios para Sordos e Hipoacúsicos de la División de Servicios Humanos de Illinois está ubicado en 901 Southwind Road, Springfield, IL 62703 (teléfono: 217-786-0023; videoteléfono: 217-303-5807). La Oficina de Derechos Civiles (HIPAA, por sus siglas en inglés) está ubicada en 233 North Michigan Avenue, Suite 240, Chicago, Illinois 60601 (teléfono: 800-368-1019). Si necesita ayuda, el personal de HopeSprings está disponible.

- El derecho a ser notificado de cualquier restricción(es) de su(s) derecho(s). La justificación de cualquier restricción a estos derechos se documentará en su registro clínico. Su padre, madre o tutor (si corresponde), así como cualquier agencia que usted designe será notificado de la restricción.
- Usted, o su padre, madre o tutor (si corresponde), tiene derecho a rechazar los servicios. Negarse a recibir estos servicios puede derivar en el cierre de su caso cuando esto comprometa el tratamiento o cuando exista un riesgo significativo para su seguridad o la de otros.

II. **Derechos de la HIPAA** Fecha de entrada en vigor: 14 de abril de 2003 (con modificaciones a partir de 2013)

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELA DETALLADAMENTE.

Respetamos la confidencialidad del cliente y solo divulgamos información confidencial sobre usted de acuerdo con las leyes federales y de Illinois. En este aviso se describen nuestras políticas relacionadas con el uso de los registros de su atención generados por esta agencia.

Contacto de privacidad: Si tiene alguna pregunta sobre esta política o sus derechos, comuníquese con el director de Mejora de la calidad al (217) 367-3728.

USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Con el fin de brindarle atención de manera efectiva, hay ocasiones en las que será necesario que compartamos su información confidencial con otras personas ajenas a HopeSprings Counseling Services. Estas situaciones incluyen las siguientes:

Tratamiento. Podemos usar o divulgar información de tratamiento sobre usted para proporcionar, coordinar o administrar su atención o cualquier servicio relacionado, incluido el intercambio de información con otras personas ajenas a HopeSprings a las que estamos consultando o remitiendo.

Pago. Con su consentimiento por escrito, la información se utilizará para obtener el pago por el tratamiento y los servicios proporcionados. Esto incluirá comunicarse con su compañía de seguros de salud para la aprobación previa del tratamiento planificado o para fines de facturación. Tiene derecho a restringir ciertas divulgaciones de su información médica protegida si paga de su bolsillo en su totalidad por los servicios que se le brindan.

Operaciones de atención médica. Podemos usar su información para coordinar nuestras actividades comerciales. Esto puede incluir la programación de sus citas, la revisión de su atención, la capacitación del personal.

Información divulgada sin su consentimiento. Según las leyes federales y de Illinois, la información sobre usted puede divulgarse sin su consentimiento en las siguientes circunstancias:

Emergencias. Es posible que se comparta información suficiente para abordar la emergencia inmediata a la que se enfrenta.

Citas y atención de seguimiento. Nos comunicaremos con usted para recordarle futuras citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Le enviaremos información de la cita por correo de voz, correo electrónico o mensaje de texto, a menos que nos indique lo contrario.

Según lo exija la ley. Esto incluiría situaciones en las que tenemos una citación, una orden judicial o tenemos el mandato de proporcionar información médica pública, como enfermedades contagiosas o sospechas de abuso y negligencia, como abuso infantil, abuso de ancianos o abuso institucional.

Médicos forenses. En caso de que usted fallezca, estamos obligados a divulgar información sobre las circunstancias de su muerte a un forense que lo esté investigando.

HIPAA (por sus siglas en inglés) AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Requisitos gubernamentales. Podemos divulgar información a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones, inspecciones y concesión de licencias. También podría ser necesario compartir información con la Administración de Alimentos y Medicamentos relacionada con eventos adversos o defectos de productos. También estamos obligados a compartir información, si se solicita, con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. para determinar nuestro cumplimiento con las leyes federales relacionadas con la atención médica y con las agencias del estado de Illinois que financian nuestros servicios o para la coordinación de su atención.

Actividad delictiva. Si se comete un delito en nuestras instalaciones o contra nuestro personal, podemos compartir información con las fuerzas del orden público para detener al delincuente. También tenemos derecho a recurrir a las autoridades cuando consideremos que alguien podría correr un peligro.

Recaudación de fondos. Como proveedor de servicios de atención médica sin fines de lucro, necesitamos ayuda para recaudar dinero para llevar a cabo nuestra misión. Es posible que nos pongamos en contacto con usted para solicitar una donación. Tendrá la oportunidad de optar por no recibir dichas comunicaciones. También puede optar por no autorizar que proporcionemos su información de contacto para actividades de marketing que generen una compensación para HopeSprings Counseling Services.

DERECHOS DEL CLIENTE

De acuerdo con la ley de Illinois y la ley federal, usted cuenta con los siguientes derechos:

Copia del registro. Usted tiene derecho a revisar el registro de clientes que HopeSprings ha creado sobre usted. Es posible que le cobremos una tarifa razonable por reproducir las copias de su registro y enviarlo por correo. Estas tarifas se basarán en las tarifas establecidas por la ley estatal (Oficina del Contralor del Estado de Illinois) que se ajustan periódicamente. Como cliente nuestro, no se le cobrará ningún cargo de gestión, ni tampoco se le cobrará a ninguna persona designada como su representante personal.

Divulgación de registros. Puede dar su consentimiento por escrito para divulgar su registro de cliente a terceros, para cualquier propósito que elija. Esto podría incluir a su abogado, empleador u otras personas que desee que tengan

conocimiento de su atención. Puede revocar este consentimiento en cualquier momento; sin embargo, la revocación solo tendrá efecto respecto de las acciones que aún no se hayan realizado basándose en su autorización previa. No podemos divulgar su información médica protegida sin su consentimiento por escrito, a excepción de lo descrito en este Aviso o según lo exija la ley federal o de Illinois.

Restricción de registro. Puede pedirnos que no divulguemos parte de la información clínica. Esta solicitud debe hacerse por escrito. HopeSprings Counseling Services no está obligado a aceptar su solicitud si considera que permitir el uso y la divulgación de la información es lo más conveniente para usted. La solicitud debe entregarse al **contacto de privacidad**.

Comunicación con usted. Puede solicitar que le enviemos la información a otra dirección o por medios alternativos. Aceptaremos dichas solicitudes siempre que sean razonables y tengamos la seguridad de que son correctas. Tenemos derecho a verificar que la información de pago que nos proporciona es correcta. También estaremos encantados de proporcionarle información por correo electrónico si lo solicita. Si desea que nos comuniquemos por correo electrónico, también tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso de privacidad.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Modificación del registro. Si considera que algo en su registro de cliente es incorrecto o está incompleto, puede solicitar que lo modifiquemos. Para ello, comuníquese con el contacto de privacidad y solicite el formulario de *solicitud de modificación de la información* médica. En ciertos casos, podemos denegar su solicitud. Si rechazamos su solicitud de modificación, tiene derecho a presentar una declaración de que no está de acuerdo con nosotros. Luego, incluiremos su declaración y nuestra respuesta en su registro.

Registro de divulgaciones. Puede solicitar un informe de cualquier divulgación que hayamos hecho en relación con su información confidencial, excepto la información que usamos para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o que compartimos con usted o su familia, o la información para la cual usted nos dio su consentimiento específico para divulgar. También excluye la información que se nos exigió que divulguemos. Para recibir información sobre divulgaciones realizadas durante un período de tiempo específico (no mayor a seis años y después del 14 de abril de 2003), envíe su solicitud por escrito a nuestro **contacto de privacidad**. Le informaremos el costo que implica la preparación de esta lista.

Notificación de una violación de la seguridad. Tiene derecho a que se le notifique si se produce una violación de la seguridad de su información de salud protegida que no esté protegida mediante medidas de seguridad. Esto incluye la información cuya divulgación pudiera dar lugar al robo de identidad. Se le notificará si se produce una violación de la seguridad o un incumplimiento de la Regla de Privacidad de HIPAA y se determina que su información de salud protegida podría haberse visto comprometida.

Preguntas y reclamaciones. Si tiene preguntas o desea copiar esta Política o tiene alguna queja, puede comunicarse con nuestro **contacto de privacidad** por escrito en nuestra oficina para obtener más información. También puede presentar una queja ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si cree que HopeSprings Counseling Services ha violado sus derechos de privacidad. No tomaremos represalias en su contra por presentar un reclamo.

Cambios en la política. HopeSprings Counseling Services se reserva el derecho de modificar su Política de Privacidad en función de las necesidades de la organización y de los cambios en las leyes estatales y federales.

III. Acuerdo de honorarios de HopeSprings

El presente documento contiene información importante sobre las tarifas y el seguro. Revise y asegúrese de entender la política. Si tiene alguna pregunta, hable con el coordinador de Admisión y Facturación o con el asistente del programa ANTES de firmar.

Antes de programar su primera cita, HopeSprings Counseling solicita la información de la tarjeta de crédito o débito que se mantendrá archivada para ser utilizada como forma de pago de copagos, coseguro, deducibles, cancelaciones de última hora, citas perdidas y saldos de cuentas vencidos. Cuando se aplique un cargo a su cuenta, este se realizará automáticamente a la tarjeta que haya registrado en la fecha en que dicho cargo se aplique a su cuenta. Debe comunicarse con el asistente del programa si una tarjeta ya no está activa o si desea que se facture a otra tarjeta o cuenta.

Tarifas por servicios

HopeSprings ofrece una amplia variedad de servicios. Todos los servicios son proporcionados por un profesional y facturados en consecuencia. Los copagos y otros gastos de bolsillo se deben pagar al momento del servicio.

Seguro médico

Como cortesía, HopeSprings enviará la información del reclamo a su proveedor de seguros, si corresponde, para ayudar con el costo del tratamiento.

- Si se utiliza un seguro, se deben pagar **TODOS** los copagos, coseguros y deducibles al momento de recibir el servicio.
- Si utiliza Medicaid, cualquier monto de participación en los gastos de Medicaid (spenddown), cuando corresponda, deberá pagarse al momento de recibir el servicio.
- La elegibilidad beneficios no garantiza el pago de los beneficios por parte de la aseguradora. Por lo tanto, usted, como titular de la póliza, será personal y plenamente responsable del pago de cualquier servicio que no esté cubierto por el seguro.

El seguro de salud se utiliza para ayudar en el proceso de pago; sin embargo, usted es el responsable final del pago. Si la aseguradora deja un saldo pendiente inesperado en su cuenta, usted será responsable de pagarlo una vez que se le notifique. Los servicios pueden cancelarse en 30 días si su cuenta no se paga en su totalidad.

Responsabilidad del cliente respecto del pago

En general, los clientes son responsables del pago en el momento del servicio.

- Si no puede pagar los servicios al momento de su cita, no será atendido.
- El coseguro y los cargos por los servicios deberán pagarse en el plazo de los 30 días posteriores a la fecha en que se apliquen a su cuenta. Si no paga estos cargos en el plazo de 30 días, es posible que reciba el alta de los servicios.
- Las formas de pago aceptadas son efectivo, cheque, tarjetas de crédito (Visa, Mastercard, Discover y American Express) y tarjetas de débito. Los cheques deben hacerse pagaderos a Cunningham Children's Home.
- Si los servicios se pagan con cheque o tarjeta de crédito o débito y no hay fondos suficientes, se cobrará una tarifa de \$25 además del monto adeudado por los servicios.
- Si no tiene cobertura de seguro, puede solicitar una de las dos opciones siguientes:
 - Pago privado: pague una tarifa fija por los servicios con sus propios recursos
 - Escala móvil de tarifas: un ajuste del costo del servicio basado en los ingresos del cliente y su capacidad para pagar los servicios.
- Si se utiliza la tarifa de escala móvil o el acuerdo de pago privado, el monto acordado por el servicio se cobra en el momento del servicio.

Para acceder a los acuerdos privados de pago o de escala móvil de tarifas, deberá comunicarse con el coordinador de Admisión y Facturación

HopeSprings Counseling Services

Consentimiento, reconocimiento y acuerdo

Nombre del cliente: _____

Fecha: _____

Consentimiento informado de HopeSprings

Para el cliente:

- Deseo recibir servicios de HopeSprings Counseling Services, un programa de Cunningham Children's Home. Si soy menor de 18 años, entiendo que mi padre, madre, tutor o responsable del financiamiento está solicitando servicios para mí en HopeSprings.
- Doy mi consentimiento para que se evalúen mis necesidades.
- Comprendo que se desarrollará un plan de tratamiento basado en una evaluación de mis necesidades y tendré la oportunidad de participar en el desarrollo de dicho plan.
- Entiendo que en el Manual de HopeSprings se incluye un plan de emergencia que identifica los apoyos y recursos a los que puedo acceder en caso de emergencia. No solo recibiré una copia del Manual de HopeSprings, sino que también encontraré una copia en el sitio web del programa (<http://hopespringscu.org>) que brinda acceso las 24 horas a estos recursos.
- Doy mi consentimiento para recibir los servicios ofrecidos por HopeSprings Counseling Services. Hay una variedad de servicios de tratamiento disponibles para abordar mis necesidades identificadas. Nadie ha dado ninguna garantía o seguridad en cuanto a los resultados que puedan obtenerse de los servicios. Soy responsable de participar activamente en los servicios de tratamiento.
- Los servicios de tratamiento pueden prestarse de forma presencial o a distancia mediante servicios de telesalud, utilizando medios digitales sincrónicos de audio o video. Sincrónico significa que los servicios se proporcionan a través de interacciones de audio y video en tiempo real. HopeSprings Counseling Services no proporcionará servicios a distancia por correo electrónico, mensaje de texto u otros métodos que no impliquen interacciones en tiempo real.
- La idoneidad de los servicios de telesalud se evaluará de forma individual y usted puede rechazar el uso de esta modalidad de tratamiento. Si recibe servicios de telesalud, su terapeuta puede determinar en cualquier momento que este tipo de servicio ya no es apropiado. Si los servicios en persona no son posibles, su terapeuta le brindará opciones de servicios alternativos.
- Los servicios de telesalud se proporcionan utilizando tecnología encriptada que cumple con la ley HIPAA y que es adquirida por HopeSprings Counseling Services. Esta tecnología está diseñada para proteger la confidencialidad y la seguridad de la comunicación entre usted y su proveedor. No utilizaremos plataformas que no cumplan con la HIPAA (por ejemplo, Skype, FaceTime, etc.). Es importante tener en cuenta que la naturaleza de las comunicaciones electrónicas es tal que existen riesgos para la privacidad y nadie puede garantizar que personas no autorizadas no obtengan acceso.
- Comprendo que existe la posibilidad de ambos riesgos y beneficios. Los beneficios del tratamiento pueden incluir un aumento de los sentimientos y comportamientos positivos, mejores relaciones con los demás y, en última instancia, una mejora en la calidad de vida. Los riesgos del tratamiento pueden incluir experimentar emociones incómodas (p. ej., tristeza). Los riesgos asociados con la atención a distancia (telesalud) pueden incluir una menor capacidad del terapeuta para evaluar de manera confiable su estado de ánimo o su estado clínico en comparación con las consultas presenciales. Además, la telesalud puede ofrecer menos confidencialidad (conversaciones que se escuchan o se accede) o conexiones menos confiables (p. ej., llamadas interrumpidas, mala conexión a Internet, etc.).

- Entiendo que no debo seguir ni intentar establecer contacto con miembros del personal de HopeSprings Counseling Services a través de redes sociales (p. ej., Facebook, X, Instagram, etc.). Tampoco debo buscar información personal sobre los miembros del personal de HopeSprings Counseling Services en Internet u otros recursos. A su vez, también entiendo que los miembros del personal tienen prohibido intentar seguirme o agregarme como amigo en las redes sociales, y que no tienen permitido acceder a información personal sobre mí a través de Internet. Estas prácticas protegen mi confidencialidad, generan confianza y respaldan una relación profesional saludable con mi terapeuta y el personal de HopeSprings. La violación de esta expectativa puede dar lugar a la finalización de los servicios.
- Entiendo que si muestro un comportamiento violento o amenazante hacia el personal de HopeSprings, los servicios pueden suspenderse de inmediato, dependiendo de la naturaleza del comportamiento. Como alternativa, es posible que me pidan que firme un contrato de tratamiento de 30 días que establezca ciertas expectativas respecto a mi comportamiento para poder seguir recibiendo los servicios. Entiendo que estas situaciones se manejan caso por caso; sin embargo, si sigo mostrando una actitud violenta o amenazante, si se registran múltiples incidentes de comportamiento violento o amenazante a lo largo del tiempo, o si de alguna otra manera no cumplo con las expectativas, entonces mis servicios podrían ser cancelados antes de que transcurran 30 días a partir de la fecha del contrato de tratamiento. También entiendo que, si no acepto firmar el contrato de tratamiento, HopeSprings suspenderá mis servicios en el momento de mi rechazo.
- Entiendo que, si mi terapeuta determina que mis necesidades van más allá de lo que la terapia tradicional puede ofrecer, se me puede solicitar que firme un contrato de tratamiento en el que se me solicite participar en uno o varios tipos específicos de tratamiento (p. ej., abuso de sustancias como paciente hospitalizado o ambulatorio, tomar medicamentos psicotrópicos, tratamiento diurno u hospitalización psiquiátrica, etc.). Entiendo que, si no acepto firmar el contrato de tratamiento, HopeSprings suspenderá mis servicios en el momento de mi rechazo. También entiendo que, si no cumplo con las condiciones del contrato, HopeSprings suspenderá mis servicios en 30 días a partir de la fecha del contrato del tratamiento.
- Si bien los servicios de telesalud brindan la oportunidad de que los servicios sean grabados a través de audio o video, ningún servicio de tratamiento se grabará sin su consentimiento. Cualquier grabación de video o audio se utilizaría exclusivamente con fines de capacitación y/o supervisión del personal y nunca se haría pública. Le solicitamos que usted (el cliente) no grabe los servicios de tratamiento de ninguna manera debido a los posibles riesgos para su confidencialidad (p. ej., un tercero accede a las grabaciones o las carga). Cunningham no tiene la capacidad de proteger la confidencialidad de las grabaciones realizadas por un cliente.
- He sido informado de mis derechos y he sido informado de los servicios que ofrece HopeSprings. También he recibido esta información por escrito.

Para el padre/la madre/el tutor:

- Soy padre, madre o tutor de un menor de edad o tutor de un adulto que solicita servicios.
- Doy mi consentimiento para que se evalúen las necesidades de este cliente.
- Entiendo que se desarrollará un plan de tratamiento basado en la evaluación de las necesidades de este cliente y tendré la oportunidad de participar en el desarrollo de dicho plan.
- Entiendo que en el Manual de HopeSprings se incluye un plan de emergencia que identifica los apoyos y recursos a los que el cliente o yo podemos acceder en caso de cualquier emergencia. No solo recibiré una copia del Manual de HopeSprings, sino que también encontraré una copia en el sitio web del programa (<https://hopespringscu.org>) que brinda acceso las 24 horas a estos recursos.
- Doy mi consentimiento para que este cliente participe en los servicios ofrecidos por HopeSprings Counseling Services. El cliente tiene a su disposición una variedad de servicios de tratamiento para atender sus necesidades identificadas. Nadie ha dado ninguna garantía o seguridad en cuanto a los resultados que puedan obtenerse de los servicios. Cada cliente es responsable de participar activamente en el tratamiento y los servicios ofrecidos.
- Los servicios de tratamiento pueden prestarse de forma presencial o a distancia mediante servicios de telesalud, utilizando medios digitales sincrónicos de audio o video. Sincrónico significa que los servicios se proporcionan a través de interacciones de audio y video en tiempo real. HopeSprings Counseling Services no proporcionará servicios a distancia por correo electrónico, mensaje de texto u otros métodos que no impliquen interacciones en tiempo real.
- La idoneidad de los servicios de telesalud se evaluará de forma individual y usted puede rechazar el uso de esta modalidad de tratamiento para este cliente. Si el cliente está recibiendo servicios de telesalud, su terapeuta puede

determinar en cualquier momento que este tipo de servicio ya no es apropiado. Si los servicios en persona no son posibles, el terapeuta brindará opciones de servicios alternativos.

- Los servicios de telesalud se proporcionan utilizando tecnología encriptada que cumple con la ley HIPAA y que es adquirida por HopeSprings Counseling Services. Esta tecnología está diseñada para proteger la confidencialidad y seguridad de la comunicación entre el cliente y su proveedor. No utilizaremos plataformas que no cumplan con la HIPAA (por ejemplo, Skype, FaceTime, etc.). Es importante tener en cuenta que la naturaleza de las comunicaciones electrónicas es tal que existen riesgos para la privacidad y nadie puede garantizar que personas no autorizadas no obtengan acceso.
- Comprendo que existe la posibilidad de ambos riesgos y beneficios. Los beneficios del tratamiento pueden incluir que el cliente experimente un aumento en los sentimientos y comportamientos positivos, mejores relaciones con los demás y, en última instancia, una mejora en la calidad de vida del cliente. Los riesgos del tratamiento pueden implicar que el cliente experimente emociones incómodas (p. ej., tristeza). Los riesgos asociados con la atención a distancia (telesalud) pueden incluir una menor capacidad del terapeuta para evaluar de manera confiable el estado de ánimo o estado clínico del cliente en comparación con las consultas presenciales. Además, la telesalud puede ofrecer menos confidencialidad (p. ej., conversaciones que se escuchan o se accede) o conexiones menos confiables (p. ej., llamadas interrumpidas, conexión a Internet deficiente, etc.).
- Entiendo que los miembros del personal de HopeSprings Counseling Services no tienen permitido establecer contacto conmigo ni con el cliente a través de redes sociales (p. ej., Facebook, X, Instagram, etc.). Tampoco pueden buscar información del cliente en Internet. Además, entiendo que un cliente, un padre, una madre o un tutor no deben establecer contacto alguno con el terapeuta por medio de redes sociales. Esta práctica protege la confidencialidad del cliente y apoya una relación profesional saludable con el terapeuta y el personal de HopeSprings.
- Si bien los servicios de telesalud brindan la oportunidad de que los servicios sean grabados a través de audio o video, ningún servicio de tratamiento se grabará sin su consentimiento. Cualquier grabación de video o audio se utilizaría exclusivamente con fines de capacitación y/o supervisión del personal y nunca se haría pública. Solicitamos que ni el cliente, ni usted, ni ningún otro tercero grabe las sesiones de terapia de ninguna manera, debido a los posibles riesgos para su confidencialidad (p. ej., que un tercero acceda a la grabación o la suba a Internet). Cunningham no tiene la capacidad de proteger la confidencialidad de las grabaciones realizadas por un cliente, su tutor o cualquier otro tercero.
- He sido informado de los derechos del cliente y he sido informado de los servicios ofrecidos por HopeSprings. También he recibido esta información por escrito.
- Tengo capacidad legal para firmar este formulario como padre, madre o tutor legal de este cliente.

Reconocimiento de Pólizas Financieras y Facturación de Seguros

- He sido informado sobre el Acuerdo de Honorarios y la Política Financiera descritos anteriormente, y entiendo cómo se aplican a mí o a mi hijo, como cliente de HopeSprings Counseling Services.
- Autorizo a HopeSprings a facturar a mi compañía de seguros, en mi nombre, por los servicios prestados.
- Autorizo a HopeSprings Counseling Services a realizar los cargos que sean necesarios a mi tarjeta de crédito o débito, de acuerdo con los términos de este Acuerdo de Honorarios.
- Entiendo que es mi responsabilidad informar a HopeSprings sobre cualquier cambio en mis beneficios o en mi información financiera, si corresponde, y que, de no hacerlo, es posible que los servicios se me cobren directamente a mí.
- Entiendo que, como mínimo, HopeSprings requerirá actualizaciones anuales de la información sobre los beneficios.
- Entiendo que soy personalmente y totalmente responsable del costo de cualquier servicio que no esté cubierto por mi seguro O del pago de los servicios, en su totalidad, ya sea mediante pago privado o en virtud de un acuerdo de tarifa variable.
- De conformidad con la HIPAA, HopeSprings puede divulgar la información requerida a su proveedor de seguros para procesar el pago.
- HopeSprings está autorizada a actuar en mi nombre para obtener el pago, y autorizo los derechos a las reclamaciones y pagos de mi seguro a HopeSprings. En caso de que reciba algún reembolso directamente por los servicios que HopeSprings me proporcionó, entregaré el pago en el término de los diez días hábiles.
- Entiendo que HopeSprings me ayudará a enviar las facturas a mi compañía de seguros para el pago, pero que no todos los servicios de salud mental están cubiertos por las compañías de seguros.

- Entiendo que, si tengo tres cancelaciones de última hora o ausencias sin previo aviso en un plazo de seis meses, esto podría dar lugar a la cancelación de los servicios en HopeSprings Counseling.
- Entiendo que si mis servicios se cancelan debido a cancelaciones de última hora o ausencias sin previo aviso, no podré presentar una referencia para la prestación de servicios durante los tres meses siguientes a la fecha de terminación.
-

He sido informado y entiendo los derechos y las responsabilidades y cómo se aplican a mí como cliente de HopeSprings Counseling Services. Al recibir servicios en HopeSprings, reconozco que he leído y acepto todos los términos y condiciones establecidos en la información sobre los Derechos del Cliente, los Derechos conforme a la HIPAA y la Política Financiera proporcionada anteriormente. También reconozco y acepto todo el Consentimiento informado y la Política financiera de HopeSprings. Si no entiendo mis derechos o tengo preguntas sobre mis derechos y responsabilidades, entiendo que puedo pedir que me las expliquen en cualquier momento. También entiendo que puedo solicitar un Manual de HopeSprings Counseling en cualquier momento o acceder a esta información, junto con el manual, en el sitio web de HopeSprings Counseling Services (<https://hopespringscu.com>).

Nombre del cliente (en letra de molde)

Fecha

Firma del cliente

Fecha

Firma del tutor (si corresponde)

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Como miembro del personal de HopeSprings, afirmo que le he explicado estos derechos al cliente en un idioma o método de comunicación que entiende y considero que ha entendido dichos derechos. También he revisado el proceso para presentar una queja.

Firma del personal

Fecha

HopeSprings Counseling Services

701 Devonshire Dr., Suite B16-18, Champaign, IL 61873

Teléfono: (217) 531-2360 Fax: (217) 352-2635

Planificación de emergencias

- ❖ Si no existe riesgo de daño para usted o para otra persona, le pedimos a usted o a su familia que:
 - Anote la información sobre la emergencia que le gustaría discutir en su próxima sesión; o bien
 - Llame a HopeSprings Counseling Services si necesita una respuesta más inmediata. Dependiendo de la naturaleza de la emergencia, su terapeuta puede solicitar una breve reunión telefónica o una sesión adicional para manejar la situación.

- ❖ Si existe riesgo de daño para usted o para otra persona, le pedimos a usted o a su familia que:
 - Llame al número de la línea de crisis correspondiente (en la página 21 de este manual se proporciona una lista de las líneas de crisis por condado, así como de las líneas directas de suicidio).
 - Si el riesgo de daño es más urgente de lo que se puede manejar comunicándose con la línea de crisis, diríjase de inmediato a su centro médico/sala de emergencias local.
 - Comuníquese con HopeSprings Counseling Services después de haber llamado a la línea de crisis o haber recibido atención médica, y una vez que se encuentre a salvo. Queremos saber información básica sobre lo sucedido como parte de la planificación de su próxima sesión.
 - Después de la estabilización y el alta, su terapeuta querrá hablar sobre qué llevó a la necesidad de comunicarse con la línea de crisis, una visita al hospital o detalles de cualquier hospitalización (p. ej., cambios en los medicamentos, diagnósticos, recomendaciones de tratamiento, etc.) así como su estado