

---

## Documentación de Admisión

**Nombre del Cliente**

**Fecha de nacimiento**

**Correo electrónico del cliente**

**Health Current (Spanish)**

**Nombre del Cliente**

**Fecha de nacimiento**

Usted recibe este aviso porque su proveedor de atención médica participa en un intercambio de información de salud (HIE) no gubernamental y sin fines de lucro llamado Health Current. No le costará nada y puede ayudar a su médico, proveedores de atención médica y planes de salud a coordinar mejor su atención al compartir de forma segura su información de salud. Este Aviso explica cómo funciona el HIE y lo ayudará a comprender sus derechos con respecto al HIE según las leyes estatales y federales.

¿Cómo le ayuda Health Current a mejorar?

En un sistema de registros en papel, su información de salud se envía por correo o por fax a su médico, pero a veces estos registros se pierden o no llegan a tiempo para su cita. Si permite que su información de salud se comparta a través del HIE, sus médicos podrán acceder a ella electrónicamente de manera segura y oportuna.

¿Qué información de salud está disponible a través de Health Current?

Los siguientes tipos de información de salud pueden estar disponibles:

- Registros hospitalarios
- Informes de radiología
- Historial médico
- Información sobre visitas clínicas y médicas.
- Medicamentos
- Inscripción y elegibilidad del plan de salud
- Alergias
- Resultados de pruebas de laboratorio
- Otra información útil para su tratamiento

¿Quién puede ver su información de salud a través de Health Current y cuándo se puede compartir?

Las personas involucradas en su atención tendrán acceso a su información de salud. Esto puede incluir a sus médicos, enfermeras, otros proveedores de atención médica, plan de salud y cualquier organización o persona que trabaje en nombre de sus proveedores de atención médica y su plan de salud. Pueden acceder a su información para tratamiento, coordinación de la atención, administración de atención o casos, planificación de la transición de la atención, pago de su tratamiento, realización de actividades de mejora y evaluación de la calidad, desarrollo de pautas y protocolos clínicos, realización de actividades de seguridad del paciente y servicios de salud de la población. Los médicos forenses, las autoridades de salud pública, las organizaciones de obtención de órganos y otros también pueden acceder a información de salud para ciertos fines aprobados, como realizar investigaciones de muerte, investigaciones de salud pública y donación y trasplante de órganos, ojos o tejidos, según lo permita la ley aplicable.

Health Current también puede utilizar su información de salud según lo exige la ley y según sea necesario para realizar servicios para proveedores de atención médica, planes de salud y otros que participan en Health Current. La Junta Directiva de Health Current puede ampliar las razones por las cuales los proveedores de atención médica y otras personas pueden acceder a su información de salud en el futuro, siempre que el acceso esté permitido por la ley. Esa información se encuentra en el sitio web de Health Current en [healthcurrent.org/permitted-use](https://healthcurrent.org/permitted-use). También puede permitir que otros accedan a su información de salud firmando un formulario de autorización. Sólo podrán acceder a la información de salud descrita en el formulario de autorización para los fines establecidos en ese formulario.

¿Health Current recibe información sobre salud conductual y, de ser así, quién puede acceder a ella?

Health Current recibe información de salud conductual, incluidos registros de tratamiento de abuso de sustancias. La ley federal brinda protección de confidencialidad especial a los registros de tratamiento de abuso de sustancias de algunos programas de tratamiento de abuso de sustancias. Health Current mantiene estos registros protegidos de tratamiento de abuso de sustancias separados del resto de su información de salud. Health Current solo compartirá estos registros protegidos de tratamiento de abuso de sustancias que reciba de estos programas en dos casos. Primero, el personal médico puede acceder a esta información en caso de emergencia médica. Segundo, puede firmar un formulario de consentimiento que le otorga a su proveedor de atención médica u otras personas acceso a esta información.

¿Cómo se protege su información de salud?

Las leyes federales y estatales, como HIPAA, protegen la confidencialidad de su información médica. Su información se comparte mediante transmisión segura. Health Current cuenta con medidas de seguridad para evitar que alguien que no esté autorizado tenga acceso. Cada persona tiene un nombre de usuario y contraseña, y el sistema registra todos los accesos a su información.

Sus derechos con respecto al intercambio seguro de información electrónica

Tienes derecho a:

1. Solicite una copia de su información de salud que esté disponible a través de Health Current. Para realizar esta solicitud, complete el Formulario de solicitud de información médica y devuélvalo a su proveedor de atención médica.
2. Solicitar que se corrija cualquier información en el HIE. Si alguna información en el HIE es incorrecta, puede pedirle a su proveedor de atención médica que la corrija.
3. Solicite una lista de personas que han visto su información a través de Health Current. Para realizar esta solicitud, complete el Formulario de solicitud de información médica y devuélvalo a su proveedor de atención médica. Informe a su proveedor de atención médica si cree que alguien ha visto su información y no debería haberlo hecho.

Tiene derecho, según el artículo 27, sección 2 de la Constitución de Arizona y los Estatutos Revisados de Arizona, título 36, sección 3802, a evitar que su información de salud se comparta electrónicamente a través de Health Current:

1. Salvo que la ley estatal o federal disponga lo contrario, usted puede "optar por no compartir" su información a través de Health Current. Para optar por no participar, solicite a su proveedor de atención médica el formulario de exclusión voluntaria. Su información no estará disponible para ser compartida a través de Health Current dentro de los 30 días posteriores a que Health Current reciba su formulario de exclusión voluntaria de su proveedor de atención médica. Precaución: Si opta por no participar, su información de salud NO estará disponible para sus proveedores de atención médica, incluso en caso de emergencia.
2. Si opta por no participar hoy, puede cambiar de opinión en cualquier momento completando un formulario de exclusión voluntaria y devolviéndolo a su proveedor de atención médica.
3. Si no hace nada hoy y permite que su información de salud se comparta a través de Health Current, puede optar por no participar en el futuro.

SI NO HACE NADA, SU INFORMACIÓN PODRÍA COMPARTIRSE DE FORMA SEGURA A TRAVÉS DE HEALTH CURRENT.

**Firma del Cliente**

**Fecha de firma del cliente**

**Nombre del Cliente**

---

## HIE Consentir

**Nombre del Cliente**

**Fecha de nacimiento**

### CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE SALUD CONDUCTUAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS

Al firmar este formulario, permito que todos mis proveedores de atención médica pasados, presentes y futuros donde he recibido tratamiento de salud conductual, incluido cualquier tratamiento para trastornos por uso de sustancias, divulguen mi información a Health Current, el intercambio de información de salud estatal (HIE, por sus siglas en inglés). y a la organización que figura aquí:

Estoy recibiendo (o recibiré) tratamiento de esta organización. El propósito de esta divulgación es para:

1. Mi tratamiento;
2. Pago de mi tratamiento (por ejemplo, facturación a compañías de seguros); y
3. Actividades de operaciones de atención médica (por ejemplo, mejorar la calidad de la atención a los pacientes, gestionar la atención de los pacientes, actividades de seguridad del paciente y otras actividades necesarias para administrar una organización de atención médica).

Autorizo la divulgación de toda mi información médica para estos fines, incluida información de salud conductual e información sobre trastornos por uso de sustancias (por ejemplo, tratamiento de drogas y alcohol), mi historial médico, diagnóstico, registros hospitalarios, información de visitas a clínicas y médicos, medicamentos, alergias, resultados de pruebas de laboratorio, informes de radiología, salud sexual y reproductiva, información relacionada con enfermedades transmisibles e información relacionada con el VIH/SIDA.

Entiendo que la organización mencionada anteriormente obtendrá esta información sobre mí a través de Health Current, el HIE estatal. Entiendo que si anteriormente opté por no compartir mi información de salud a través del HIE, este formulario cambiará esa decisión. Entiendo que si firmo este formulario, acepto que mi información de salud se comparta a través del HIE. Entiendo que puedo cambiar esta decisión en cualquier momento.

**Firma del Cliente**

**Fecha de la firma**

Nombre del Cliente

## Reconocimiento del cliente

Nombre del Cliente

Fecha de nacimiento

Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar y/o recibir una copia de la siguiente información y recursos:

- Consentimiento informado
- Derechos del cliente
- El procedimiento de denuncia para SAGE Counseling, Inc.
- La información de contacto de las siguientes entidades estatales:
- Departamento de Servicios de Salud de Arizona, Oficina de Licencias de Instalaciones Médicas
- Departamento de Servicios de Protección para Adultos de Arizona
- Departamento de Seguridad Infantil de Arizona
- Procuraduría de Derechos Humanos Oficina de Derechos Humanos
- La información de contacto de los siguientes servicios de crisis.
- Línea de crisis de Maricopa: 800-631-1314
- Equipo de crisis de Terros: 602-685-6000
- Línea de crisis de los condados del sur: 866-495-6735
- Línea de crisis de los condados del norte: 877-756-4090
- Empact: 800-259-3449
- 911
- La información de contacto y el manual para miembros (en formato electrónico o impreso) de los siguientes planes de salud:
- Care 1st

<https://care1staz.com/az/members/handbook.asp>

- Steward Health Choice Arizona

<https://www.stewardhealthchoiceaz.com/members/member-handbooks>

- Banner University Family Care

<https://www.bannerufc.com/en/acc/plan-information/plan-materials#Member-Handbook>

- Magellan Complete Care

<https://www.mccofaz.com/member/member-handbook>

- Mercy Care

<https://www.mercycareaz.org/members/completecure-formembers/handbook>

- United Healthcare Community Plan

<https://www.uhcommunityplan.com/az/medicaid/ahcccs.html>

- Arizona Complete Health

<https://www.azcompletehealth.com/members/medicaid/resources.html>

- Aviso de Prácticas de Privacidad según la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA).
- La información del programa y las pautas del programa, incluidas las Normas de conducta.
- SAGE Counseling, Inc. Notificación de Supervisión
- Para la seguridad de nuestros empleados y clientes, hay cámaras de seguridad en algunas de nuestras ubicaciones. Reconozco, al firmar este documento, que es posible que me graben en video en áreas comunes por motivos de seguridad. SAGE Counseling, Inc. no compartirá el video por ningún motivo que no sea por motivos de seguridad.

- Las evaluaciones en SAGE Counseling, Inc. son válidas por 12 meses desde el momento de la evaluación inicial. Sin embargo, si se produce una baja de los servicios, será necesaria una cita de admisión para recopilar información actualizada. Por lo tanto, al firmar este documento, reconozco que entiendo lo siguiente:
- Si me dan de alta de los servicios dentro de los 12 meses posteriores a mi evaluación inicial y opto por regresar al tratamiento, entiendo que tendré que completar, y posiblemente pagar, una evaluación de admisión para actualizar mi expediente médico.
- También entiendo que si me dan de alta de los servicios y opto por regresar a la agencia después de 12 meses de mi evaluación inicial, se me pedirá que complete una nueva evaluación integral y pagaré las tarifas asociadas por este servicio, si corresponde.
- También entiendo que cualquier tratamiento que haya recibido de SAGE Counseling, Inc. u otro proveedor que haya tenido lugar hace más de 12 meses no sustituirá las recomendaciones de tratamiento hechas por SAGE Counseling, Inc.
- Para los clientes que completan los servicios de detección de DUI, entiendo que debo completar mi tratamiento de DUI asociado dentro de las 16 semanas o el requisito de mi agencia de referencia, lo que sea el menor tiempo.
- Doy fe de que la información financiera que he proporcionado es precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que si se descubre que la información financiera que he proporcionado es falsa o tiene la intención de engañar intencionalmente a SAGE Counseling, Inc. o a sus pagadores, puedo ser responsable de hasta el 100% de las tarifas estándar por los servicios brindados a conmigo por SAGE Counseling, Inc. También acepto pagar los honorarios requeridos por los servicios que me brindan.

**Firma del cliente**

**Fecha de la firma**

**Nombre completo**

---

## Estandares de conducta

**Nombre del Cliente**

**Fecha de nacimiento**

En SAGE Counseling, Inc. mantenemos un alto estándar de comportamiento ético, legal y moral con nuestros clientes. En casos excepcionales en los que un cliente participa en actividades perjudiciales para otra persona o para sí mismo, es posible que se solicite a SAGE Counseling, Inc. que tome las medidas adecuadas para proteger la seguridad y la continuidad del Programa y sus clientes. Aunque SAGE Counseling, Inc. está altamente motivado para brindar amplias oportunidades para actividades de tratamiento positivas y exitosas, hay casos que pueden requerir que SAGE Counseling, Inc. suspenda o finalice los servicios de tratamiento de manera involuntaria.

Un cliente puede ser suspendido o despedido involuntariamente de SAGE Counseling, Inc. por cualquiera de los siguientes motivos:

- Incumplimiento de la política de asistencia establecida.
- Impago de las tasas correspondientes. Un cliente que recibe servicios pagados a través de AHCCCS está exento de ser dado de baja de los servicios por motivos financieros.
- Falta de participación en el proceso de tratamiento, que podría incluir, entre otros, no completar las tareas, llegar tarde repetidamente, no participar en discusiones grupales, dormir durante el grupo, etc.
- Historial de comportamiento altamente disruptivo con miembros del personal de SAGE Counseling, Inc. o sus clientes.
- Asistir a servicios de tratamiento bajo los efectos del alcohol u otras drogas.
- Falta de cumplimiento de las reglas del programa, incluidas las pautas del grupo.
- Uso de teléfono celular u otro dispositivo de grabación durante los servicios clínicos.
- Violar el derecho de confidencialidad del cliente.
- Participar en comportamientos agresivos, hostiles o amenazantes durante el proceso de tratamiento.

Un cliente puede ser suspendido o dado de baja involuntariamente del Programa de tratamiento de violencia doméstica de SAGE Counseling, Inc. por cualquiera de los siguientes motivos:

- Evidencia documentada de acoso o abuso de la víctima del infractor o de cualquier otro individuo después de la admisión al Programa de Tratamiento de Violencia Doméstica.
- Evidencia documentada de intento de influir o controlar el contacto o participación de la víctima con SAGE Counseling, Inc., otra agencia o entidad de justicia penal.
- Evidencia documentada de la comisión de un nuevo delito relacionado con la violencia doméstica, incluida la violación de una Orden de Protección o Interdicto de Acoso.

### Acciones disciplinarias

Si cualquiera de los comportamientos anteriores ocurre mientras recibe servicios de tratamiento en SAGE Counseling, Inc., se pueden imponer consecuencias en los esfuerzos por continuar con los servicios de tratamiento, cuando sea posible. Dependiendo de la intensidad, frecuencia y severidad de las conductas inapropiadas por parte del cliente, SAGE Counseling, Inc. puede imponer cualquiera de las siguientes acciones:

- Cualquier miembro del personal de SAGE Counseling, Inc. puede emitir una advertencia verbal al cliente y documentarse en el registro médico.
- Se puede notificar a la fuente de referencia que remite al cliente al tratamiento, lo que puede dar lugar a un alta anticipada de los servicios de tratamiento.
- Es posible que se requiera que un cliente se reúna con un miembro del equipo de liderazgo clínico de SAGE Counseling, Inc. antes de continuar participando en los servicios de tratamiento.
- Se puede recomendar a un cliente servicios de tratamiento adicionales y/o alternativos, como una mayor cantidad, una mayor intensidad y/o un cambio en el tipo de servicios de tratamiento brindados al cliente.
- Es posible que se requiera que un cliente complete los servicios de tratamiento en una ubicación diferente de SAGE Counseling, Inc.
- Otras acciones que el equipo de liderazgo clínico de SAGE Counseling, Inc. considere apropiadas y necesarias.

### Pautas de asistencia

Para aprovechar al máximo su tratamiento y cumplir con los requisitos contractuales, es necesaria la asistencia regular a su(s) grupo(s) asignado(s); por lo tanto, SAGE Counseling, Inc. mantiene estrictos estándares de asistencia. Esto significa que debe asistir a todas las sesiones grupales y/o clases educativas asignadas para poder completar su programa. Se puede solicitar documentación de respaldo para cualquier ausencia, y se requiere contacto previo o al menos dentro de las 24 horas posteriores a la ausencia, con su Asistente de Programa. Su asistente de programa asignado podrá otorgar excepciones a esta norma, caso por caso, en caso de circunstancias imprevistas.

Esto significa que debe llegar a tiempo y asistir a todos los servicios clínicos asignados para poder completar su programa con éxito. No se permitirá la entrada al grupo a personas que lleguen tarde.

### Pautas de vestimenta apropiadas

SAGE Counseling se esfuerza por mantener un entorno terapéutico seguro para todos los empleados y clientes. Se prohíbe la vestimenta que se considere provocativa, ofensiva o reveladora. La vestimenta inapropiada puede resultar en su despido de los servicios clínicos.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo las Normas de conducta de SAGE Counseling, Inc. Además, acepto cumplir con las Normas de conducta y someterme voluntariamente a cualquier consecuencia potencial de mi incumplimiento de las

Normas de conducta.

Firma del cliente

Fecha de firma

Nombre del Cliente

## Consentimiento informado

Nombre del Cliente

Fecha de nacimiento

PARTICIPACIÓN EN EL TRATAMIENTO:

CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO PARA PARTICIPAR EN SERVICIOS CLÍNICOS AMBULATORIOS CON SAGE COUNSELING, INC. ENTIENDO QUE NO SE ME HAN OFRECIDO GARANTÍAS CON RESPECTO A LOS RESULTADOS DE ESTE TRATAMIENTO. DICHS PROGRAMAS, QUE ESTÁN CREADOS PARA AYUDAR A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE ABUSO DE SUSTANCIAS, DESAFÍOS DE CRIANZA, NECESIDADES DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA, PROBLEMAS DE MANEJO DE LA IRA, PROBLEMAS GENERALES DE SALUD MENTAL O DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO, O PROBLEMAS DE CONDUCTA PENAL, TIENEN MAYORES PROBABILIDADES DE SER EXITOSOS CUANDO, , EL CLIENTE ESTOY DISPUESTO A PARTICIPAR PLENAMENTE EN EL PROGRAMA. PARTE DE LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO OFRECIDOS POR SAGE COUNSELING, INC. INCLUYEN UN DIAGNÓSTICO FORMAL, RECOMENDACIONES DE ATENCIÓN Y UN PLAN DE SERVICIO. ENTIENDO QUE TENGO DERECHO A PARTICIPAR EN LA CREACIÓN Y/O MODIFICACIÓN DE MI PLAN DE SERVICIOS Y ACEPTO TRABAJAR EN ARMONÍA CON SAGE COUNSELING, INC. PARA GARANTIZAR QUE MI PLAN DE SERVICIOS SEA EXACTO DURANTE EL CURSO DEL TRATAMIENTO. LA PARTICIPACIÓN EN SERVICIOS DE CONSEJERÍA Y TERAPIA ES BENEFICIOSA, PERO COMO CON CUALQUIER TRATAMIENTO, EXISTEN RIESGOS INHERENTES. RECONOZCO QUE A TRAVÉS DE LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS POR SAGE COUNSELING, INC., PUEDO TENER DISCUSIONES SOBRE TEMAS PERSONALES QUE PUEDEN TRAER A LA SUPERFICIE SENTIMIENTOS COMO TRISTEZA, IRA, CULPA, ETC. ALGUNOS DE LOS POSIBLES BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO INCLUYEN MEJORES RELACIONES PERSONALES, MEJORADA AUTOEFICACIA, REDUCCIÓN DE LOS SENTIMIENTOS DE ANGUSTIA EMOCIONAL Y AUMENTO DE LAS HABILIDADES PARA RESOLVER PROBLEMAS. SAGE COUNSELING, INC. ALIENTA A SUS CLIENTES A DISCUTAR SU PROGRESO O PREOCUPACIONES EN CUALQUIER MOMENTO CON MIEMBROS DEL EQUIPO CLÍNICO DE LOS CLIENTES. ENTIENDO QUE OPTO VOLUNTARIAMENTE POR LOS SERVICIOS Y, POR LO TANTO, PUEDO TERMINAR LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO CON SAGE COUNSELING, INC. EN CUALQUIER MOMENTO Y POR CUALQUIER MOTIVO. TAMBIÉN ENTIENDO QUE TENGO DERECHO A RETENIR O RETIRAR EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO POR ESCRITO U ORAL, EN CUALQUIER MOMENTO. EN CASO DE QUE TERMINE LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO, ENTIENDO QUE SAGE COUNSELING, INC. NOTIFICARÁ A LA PARTE REFERENTE QUE ME REVIÓ AL TRATAMIENTO. COMO MIEMBRO PARTICIPANTE EN LOS PROCESOS DE ASESORAMIENTO, RECONOZCO LOS RIESGOS DE ESTE SERVICIO Y ACEPTO MANTENER LA CONFIDENCIALIDAD DE TODOS MIEMBROS PARTICIPANTES. ENTIENDO QUE SAGE COUNSELING, INC. PUEDE HACER RECOMENDACIONES PARA TRATAMIENTO ADICIONAL EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE EL CURSO DEL TRATAMIENTO SI PARECE HABER UNA NECESIDAD CLÍNICA DE SERVICIOS ALTERNATIVOS O ADICIONALES. ENTIENDO QUE ME RESERVO EL DERECHO DE ACUERDO O NO CON ESTAS RECOMENDACIONES. SI NO ACEPTO LAS RECOMENDACIONES REALIZADAS, SAGE COUNSELING, INC. SE RESERVA EL DERECHO DE DARMER DE ALTA DEL TRATAMIENTO E INFORMAR A LA PARTE REFERENTE DE MI INCUMPLIMIENTO. ADEMÁS, ACEPTO CUALQUIER CONSECUENCIA INCURRIDA COMO RESULTADO DE MI INCUMPLIMIENTO. ADEMÁS, ENTIENDO QUE SAGE COUNSELING, INC. SE RESERVA EL DERECHO DE SUSPENDER Y/O TERMINAR LAS DISPOSICIONES DE TRATAMIENTO POR VIOLACIÓN DEL CLIENTE DEL CÓDIGO DE CONDUCTA DE SAGE COUNSELING, INC.

AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO, RECONOZCO Y PERMITO QUE SAGE COUNSELING SE COMUNIQUE CONMIGO A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO, MENSAJES DE TEXTO SMS, TELÉFONO Y MENSAJES DE CORREO DE VOZ. SAGE COUNSELING MINIMIZARÁ EL CONTENIDO DE ESTOS MENSAJES PARA PRESERVAR MI PRIVACIDAD. AUNQUE SAGE COUNSELING NO COBRA POR ESTE SERVICIO, MI PROVEEDOR DE SERVICIOS INALÁMBRICOS PUEDE IMPONER UNA TARIFA POR ENVIAR Y/O RECIBIR MENSAJES SMS.

**CONFIDENCIALIDAD Y EXCLUSIONES:**

LA INFORMACIÓN RECOPIADA DURANTE EL CURSO DEL TRATAMIENTO ES CONFIDENCIAL, EXCEPTO LO EXIGIDO POR LAS LEYES ESTATALES Y FEDERALES. PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA A UNA ENTIDAD EXTERNA, EL CLIENTE DEBE COMPLETAR Y FIRMAR UNA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (ROI). UN ROI EXPIRARÁ UN AÑO A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO, O PUEDE TERMINAR ANTICIPADA MEDIANTE UNA SOLICITUD POR ESCRITO DEL CLIENTE. EL PROCESO PARA REVOCAR UN ROI SE DESCRIBE EN LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD DE SAGE COUNSELING, INC. HAY VARIAS EXCEPCIONES A LA CONFIDENCIALIDAD. LOS CLIENTES REFERIDOS A SAGE COUNSELING, INC. MEDIANTE LIBERTAD CONDICIONAL, LIBERTAD CONDICIONAL, DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD INFANTIL (DCS) O UN CUERPO JUDICIAL, DEBEN CONCEDER A SAGE COUNSELING, INC. PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CON LA PARTE REFERENTE. LOS PERMISOS DE ESTA NATURALEZA SE OBTIENEN TÍPICAMENTE MEDIANTE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN FIRMADA POR EL CLIENTE. SAGE COUNSELING, INC. TAMBIÉN PUEDE COMPARTIR INFORMACIÓN CON LA FUENTE DE REFERENCIA PARA FINES TALES COMO ANÁLISIS ESTADÍSTICO, INVESTIGACIÓN, FINES DE FACTURACIÓN U OTRAS RAZONES SEGÚN LO PERMITA LAS REGULACIONES HIPAA Y/O EL CÓDIGO DE ÉTICA DE LA AMERICAN COUNSELING ASSOCIATION. TAMBIÉN EXISTEN ALGUNOS CASOS EN LOS CUALES UN MIEMBRO DEL PERSONAL ESTÁ OBLIGADO ÉTICA Y/O LEGALMENTE A TOMAR ACCIONES PARA PROTEGER A OTROS DE POSIBLES DAÑOS, AUNQUE ESTO REQUIERA REVELAR ALGUNA INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE UN CLIENTE. SI UN EMPLEADO DE SAGE COUNSELING, INC. CREE QUE UN NIÑO, UNA PERSONA MAYOR O UNA PERSONA DISCAPACITADA ESTÁN SIENDO ABUSADO O DESCUIDADO, ESE EMPLEADO DEBE PRESENTAR UN INFORME ANTE LOS SERVICIOS DE PROTECCIÓN PARA NIÑOS O PARA ADULTOS. SI UN EMPLEADO DE SAGE COUNSELING, INC. CREE QUE UN CLIENTE ESTÁ AMENAZANDO CON DAÑO CORPORAL GRAVE A OTRO, ESE EMPLEADO DEBE TOMAR MEDIDAS DE PROTECCIÓN, QUE PUEDEN INCLUIR NOTIFICAR A LA POSIBLE VÍCTIMA, NOTIFICAR A LA POLICÍA Y/O SOLICITAR LA HOSPITALIZACIÓN ADECUADA DEL CLIENTE. SI UN EMPLEADO DE SAGE COUNSELING, INC. CREE QUE UN CLIENTE PUEDE ESTAR EN RIESGO DE DAÑARSE A ÉL MISMO, ES POSIBLE QUE EL EMPLEADO DEBA BUSCAR HOSPITALIZACIÓN PARA EL CLIENTE O CONTACTAR A MIEMBROS DE LA FAMILIA U OTRAS PERSONAS QUE PUEDAN AYUDAR A BRINDAR PROTECCIÓN AL CLIENTE. LOS EXPEDIENTES MÉDICOS DEL CLIENTE PUEDEN SER INSPECCIONADOS POR MIEMBROS DEL EQUIPO CLÍNICO DE SAGE COUNSELING, INC. PARA LOS SIGUIENTES FINES: REGISTRO CLÍNICO, GESTIÓN DE CASOS Y COORDINACIÓN DE ATENCIÓN, ACTIVIDADES DE MEJORA DE LA CALIDAD Y CUMPLIMIENTO U OPORTUNIDADES DE CAPACITACIÓN INTERNA. LOS EXPEDIENTES MÉDICOS TAMBIÉN PUEDEN SER INSPECCIONADOS POR OTRO PERSONAL DE SAGE COUNSELING, INC., INCLUYENDO REPRESENTANTES DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN, MEJORA DE CALIDAD Y CUMPLIMIENTO Y MIEMBROS DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO PARA FINES DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, AUDITORÍA Y REVISIÓN, Y ACTIVIDADES DE ASISTENCIA TÉCNICA. SE MANTIENE UN REGISTRO DE TODO EL PERSONAL QUE ACCEDE AL EXPEDIENTE MÉDICO DEL CLIENTE Y ESTÁ DISPONIBLE PARA SU REVISIÓN.

COMO PARTE DE LOS REQUISITOS DE LICENCIA DEL ESTADO DE ARIZONA, SAGE COUNSELING, INC. TAMBIÉN DEBE DIVULGAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA RELATIVA A SU CASO AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DE ARIZONA (ADHS) SI SE SOLICITA. MI FIRMA A CONTINUACIÓN RECONOCE A SAGE COUNSELING, INCS LA RESPONSABILIDAD DE INFORMAR MUERTES O SOBREDOSIS RELACIONADAS CON OPIOIDES, SOSPECHA O CONFIRMADA, AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DE ARIZONA. SAGE COUNSELING, INC. NO REQUIERE MI CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE CIERTA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DENTRO DEL ALCANCE DEL TRATAMIENTO, PAGO U OPERACIONES, SEGÚN LO DEFINE LA HIPAA. ADEMÁS, Y SEGÚN LO EXIGE LA LEY, ENTIENDO QUE MI INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PUEDE SER DIVULGADA EN RESPUESTA A UNA ORDEN JUDICIAL O MANDATO DE UNA ENTIDAD ESTATAL O FEDERAL. MI FIRMA A CONTINUACIÓN PROPORCIONA EXPLÍCITAMENTE ESTOS PERMISOS.

EN CASO DE UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA, SAGE COUNSELING INTENTARÁ CONTACTAR AL CONTACTO DE EMERGENCIA IDENTIFICADO POR EL CLIENTE EN EL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN. AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO, OTORGO PERMISO A SAGE COUNSELING PARA CONTACTAR A MI CONTACTO DE EMERGENCIA IDENTIFICADO EN CASO DE UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA.

SAGE COUNSELING, INC. RELACIONES COMERCIALES:

SAGE COUNSELING, INC. TIENE MUCHAS RELACIONES COMERCIALES CON ENTIDADES QUE APOYAN, PERMITEN O IMPULSEN LAS OPERACIONES COMERCIALES DE LA COMPAÑÍA. PARA MANTENER EL CUMPLIMIENTO DE LA HIPAA, SAGE COUNSELING, INC. GARANTIZA QUE CUALQUIER RELACIÓN DE EMPRESA A NEGOCIO QUE IMPLICE O POSIBLEMENTE IMPLICE ACCESO A LA INFORMACIÓN MÉDICA DEL CLIENTE INCLUYA UN ACUERDO DE ASOCIADO COMERCIAL (BAA).

SAGE COUNSELING, INC. SE HA ASOCIADO CON HEALTH CURRENT, UNA PLATAFORMA EN LÍNEA DISEÑADA PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD. EN UN ESFUERZO POR COORDINAR LA ATENCIÓN CON OTROS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA, SAGE COUNSELING PUEDE COMPARTIR INFORMACIÓN RELACIONADA CON MI ATENCIÓN MÉDICA Y PARTICIPACIÓN EN SERVICIOS DE TRATAMIENTO. OTROS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA QUE ACCEDEN A ESTA INFORMACIÓN PUEDEN SER PROVEEDORES ACTUALES O FUTUROS DE MIS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.

SAGE COUNSELING, INC SE HA ASOCIADO CON ELEOS, UN PROGRAMA DE SOFTWARE CON ANÁLISIS DE VOZ QUE AYUDA CON LA DOCUMENTACIÓN DEL CLÍNICO. ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN RECOPIADA POR ELEOS PUEDE SER UTILIZADA PARA FINES DE SUPERVISIÓN, DOCUMENTACIÓN, ANÁLISIS, CALIDAD Y CAPACITACIÓN. LA INFORMACIÓN ESTÁ ASEGURADA MEDIANTE ENCRIPCIÓN DE EXTREMO A EXTREMO Y ALMACENADA DE FORMA SEGURA, PROGRAMA DE SOFTWARE QUE CUMPLE CON LA HIPAA Y QUE SU CLÍNICO PUEDE UTILIZAR EN LAS SESIONES.

RECONOZCO QUE RECIBÍ Y LEÍ EL AVISO DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN DE SALUD. ENTIENDO QUE MI PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PARTICIPA EN EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD DE ARIZONAS (HIE). ENTIENDO QUE MI INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE COMPARTIRSE DE FORMA SEGURA A TRAVÉS DE HIE, A MENOS QUE LLENE Y DEVUELVA UN FORMULARIO DE EXCLUSIÓN A MI PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA.

DERECHOS DEL CLIENTE:

SAGE COUNSELING, INC. ASEGURA QUE:

- UN CLIENTE ES TRATADO CON DIGNIDAD, RESPETO Y CONSIDERACIÓN.
- UN CLIENTE NO ESTÁ SUJETO A: ABUSO; DESCUIDO; EXPLOTACIÓN; COERCIÓN; MANIPULACIÓN; ABUSO SEXUAL; AGRESIÓN SEXUAL; RECLUSIÓN; RESTRICCIÓN (SI NO ES NECESARIA PARA PREVENIR DAÑOS INMINENTES A SÍ O A OTROS).
- UN CLIENTE NO ESTÁ SUJETO A REPRESALIAS POR PRESENTAR UNA QUEJA AL DEPARTAMENTO DE SALUD DE ARIZONA U OTRA ENTIDAD.
- UN CLIENTE PUEDE RECHAZAR O RETIRAR SU CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO ANTES DE INICIARLO.
- EXCEPTO EN UNA EMERGENCIA, SE INFORMA AL CLIENTE SOBRE LAS ALTERNATIVAS A UN MEDICAMENTO PSICOTRÓPICO O PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PROPUESTO Y LOS RIESGOS ASOCIADOS Y POSIBLES COMPLICACIONES DE UN MEDICAMENTO PSICOTRÓPICO O PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PROPUESTO.
- SE INFORMA AL CLIENTE DE LO SIGUIENTE: LA POLÍTICA DE LOS CENTROS DE TRATAMIENTO EXTERNO SOBRE DIRECTIVAS DE ATENCIÓN MÉDICA Y EL PROCESO DE QUEJAS DEL CLIENTE.
- EL CLIENTE ACEPTA TOMAR FOTOGRAFÍAS DEL CLIENTE ANTES DE QUE SE LE FOTOGRAFÍE, EXCEPTO QUE EL CLIENTE PUEDA SER FOTOGRAFIADO CUANDO ES ADMITIDO A UN CENTRO DE TRATAMIENTO EXTERNO PARA IDENTIFICACIÓN Y FINES ADMINISTRATIVOS.

- SALVO QUE LA LEY LO PERMITA DE OTRA MANERA, PROPORCIONA CONSENTIMIENTO POR ESCRITO PARA LA DIVULGACIÓN DE LOS CLIENTES: EXPEDIENTES MÉDICOS Y REGISTROS FINANCIEROS, A MENOS QUE LO PERMITA LA HIPAA.

UN CLIENTE DE SAGE COUNSELING, INC. TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS:

- A NO SER DISCRIMINADO POR RAZA, ORIGEN NACIONAL, RELIGIÓN, GÉNERO, ORIENTACIÓN SEXUAL, EDAD, DISCAPACIDAD, ESTADO CIVIL O DIAGNÓSTICO.
- RECIBIR UN TRATAMIENTO QUE APOYE Y RESPETE LA INDIVIDUALIDAD, ELECCIONES, FORTALEZAS Y HABILIDADES DE LOS CLIENTES
- RECIBIR PRIVACIDAD EN EL TRATAMIENTO Y ATENCIÓN DE NECESIDADES PERSONALES.
- REVISAR, PREVIA SOLICITUD POR ESCRITO, EL PROPIO EXPEDIENTE MÉDICO DEL CLIENTE SEGÚN A.R.S. 12-2293, 12-2294 Y 12-2294.01
- PARA RECIBIR UNA REFERENCIA A OTRA INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA SI EL CENTRO DE TRATAMIENTO EXTERNO NO PUEDE PROPORCIONAR SERVICIOS DE SALUD FÍSICA O SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO PARA EL CLIENTE.
- PARTICIPAR O HACER PARTICIPAR AL REPRESENTANTE DEL CLIENTE EN EL DESARROLLO O DECISIONES RELATIVAS AL TRATAMIENTO.
- PARTICIPAR O NEGARSE A PARTICIPAR EN INVESTIGACIÓN O TRATAMIENTO EXPERIMENTAL.
- RECIBIR AYUDA DE UN FAMILIAR, REPRESENTANTE U OTROS INDIVIDUOS PARA COMPRENDER, PROTEGER O EJERCER LOS DERECHOS DEL CLIENTE.

PROCEDIMIENTO DE QUEJA DEL CLIENTE:

SAGE COUNSELING, INC. TIENE UN PROCEDIMIENTO DE QUEJAS ESTABLECIDO PARA LOS CLIENTES. LOS CLIENTES PUEDEN PRESENTAR UNA QUEJA SIN VIOLACIÓN O AMENAZA DE VIOLACIÓN DE SUS DERECHOS O PRIVILEGIOS. LOS CLIENTES SON NOTIFICADOS SOBRE ESTOS PROCEDIMIENTOS EN EL MOMENTO DE SU PRIMERA CITA CON SAGE COUNSELING, INC., Y LA POLÍTICA DE LA AGENCIA SE PUBLICA DE manera visible EN EL VESTÍBULO DE LA OFICINA DE SAGE COUNSELING, INC. ESTOS PROCEDIMIENTOS SON: SI UN CLIENTE TIENE QUEJAS CON RESPECTO A LOS SERVICIOS PRESTADOS POR SAGE COUNSELING, EL CLIENTE PUEDE PRESENTAR ESTAS INQUIETUDES O QUEJAS DIRECTAMENTE A CUALQUIER MIEMBRO DEL PERSONAL CLÍNICO. EL MIEMBRO DEL PERSONAL DEBERÁ INFORMAR LA QUEJA A SU SUPERVISOR. EL SUPERVISOR TRABAJARÁ CON EL CLIENTE PARA RESOLVER LA INQUIETUD O QUEJA. SI UNA RESOLUCIÓN NO ESTÁ DISPONIBLE, O SI EL CLIENTE NO ESTÁ SATISFECHO CON LAS OPCIONES DE RESOLUCIÓN, SAGE CONSEJERÍA PROPORCIONARÁ AL CLIENTE AYUDA PARA ESCALAR LA QUEJA A LA SONORA DE REFERENCIA, AHCCCS Y/O AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DE ARIZONA, SEGÚN CORRESPONDA. EL SUPERVISOR DEBE COMPLETAR UN FORMULARIO DE QUEJA DEL CLIENTE PARA DOCUMENTAR LA QUEJA Y LOS PASOS TOMADOS PARA RESOLVER EL PROBLEMA. UN EMPLEADO DEL DEPARTAMENTO DE QI Y CUMPLIMIENTO PUEDE AYUDAR O LIDERAR LA CALIFICACIÓN DE UNA QUEJA DE UN CLIENTE, SEGÚN ES NECESARIO. LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LOS PLANES DE SALUD DE AZDHS Y AHCCCS SE ENCUENTRA A CONTINUACIÓN:

- ARIZONA DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES BUREAU OF MEDICAL FACILITIES LICENSING

150 N.18TH AVE PHOENIX, AZ 85007

(602) 542-1025

- BANNER UNIVERSITY HEALTH PLAN

2701 E. ELVIRA ROAD, TUCSON, AZ. 85756

(800) 582-8686

- CARE1ST HEALTH PLAN ARIZONA, INC.

1870 W RIO SALADO PARKWAY, TEMPE, AZ. 85282

(602) 778-1800 (866) | 560-4042

- ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY DIVISION OF AGING AND ADULT SERVICES ADULT PROTECTIVE SERVICES

1366 EAST THOMAS ROAD, SUITE 108, PHOENIX, AZ. 85014

PHONE: (602-264-2255)

- HEALTH CHOICE ARIZONA

410 N. 44TH ST., SUITE 900 PHOENIX, AZ 85008

800-322-8670

- ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY DEPARTMENT OF CHILD SAFETY

PO Box 6030, SITE CODE CH010-23A, PHOENIX, ARIZONA, 85005-6030

HOTLINE 1-888-767-2445 | (602) 255-2500

- ARIZONA COMPLETE HEALTH MEDICAID MEMBER SERVICES

(888) 788-4408

- MERCY CARE COMPLETE CARE

4500 E. COTTON CENTER BLVD., PHOENIX, AZ 85040

(602) 263-3000 | (800) 624-3879

- MOLINA COMPLETE CARE

5055 E WASHINGTON ST., SUITE 210, PHOENIX, AZ. 85034

(800) 424-5891

- UNITED HEALTHCARE COMMUNITY PLAN

1 EAST WASHINGTON, PHOENIX, AZ. 85004

(800) 348-4058

PARA LA SEGURIDAD DE NUESTRO PERSONAL Y CLIENTES, EXISTEN CÁMARAS DE SEGURIDAD EN ALGUNAS DE NUESTRAS UBICACIONES. RECONOZCO, AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, QUE PUEDO SER GRABADO EN VIDEO EN ÁREAS COMUNES POR FINES DE SEGURIDAD.

ÉTICA Y AVISO DE SUPERVISIÓN:

SAGE COUNSELING, INC. OPERA CON CIERTAS PAUTAS ÉTICAS IMPLEMENTADAS POR LOS ORGANISMOS REGULADORES Y, POR LO TANTO, NUESTRO PERSONAL NO PUEDE ACEPTAR REGALOS DE CLIENTES, TENER RELACIONES PERSONALES CON LOS CLIENTES NI ASISTIR A EVENTOS PERSONALES PARA CLIENTES. PARA BRINDARLE SERVICIOS DE CALIDAD, ALGUNOS MIEMBROS DEL PERSONAL CLÍNICO DE SAGE COUNSELING, INC. ESTÁN SIENDO SUPERVISADOS POR UN SUPERVISOR CLÍNICO CALIFICADO CON LICENCIA POR LA JUNTA DE EXAMINADORES DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO DE ARIZONA (AZBBHE) EN LA BÚSQUEDA DE PRIVILEGIOS DE LICENCIA. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA O QUEJA SOBRE UN PROVEEDOR O EL SERVICIO QUE RECIBE, COMUNÍQUESE CON EL DIRECTOR DE CUMPLIMIENTO DE SAGE COUNSELING, INC. AL (480) 649-3352.

SERVICIOS DE TELE SALUD Y COMPROMISO:

SAGE COUNSELING, INC OFRECE ALGUNOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO A TRAVÉS DE MODALIDADES DE TELE SALUD. ENTIENDO QUE SI PARTICIPO EN SERVICIOS DE TELE SALUD, DEBO ACTIVAR EL AUDIO EN MI DISPOSITIVO. ENTIENDO QUE SI MI DISPOSITIVO TIENE CAPACIDADES DE VIDEO, DEBO UTILIZAR ESA FUNCIÓN PARA PROMOVER UNA MAYOR PARTICIPACIÓN EN MIS SERVICIOS.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, RECONOZCO QUE PUEDE HABER RIESGOS POTENCIALES ASOCIADOS CON LAS SESIONES DE TELE SALUD, INCLUYENDO POTENCIAL DE INTERRUPCIÓN DE LA SESIÓN DEBIDO A FALLA TECNOLÓGICA. AL PARTICIPAR EN SESIONES DE TELE SALUD POR TELÉFONO, RECONOZCO QUE EL PERSONAL DE CONSEJERÍA DE SAGE VERIFICARÁ MI IDENTIDAD PIDIENDO QUE CONFIRME MI NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO. EN CASO DE QUE SURJA UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA, RECONOZCO QUE PUEDO LLAMAR AL 911, A LA LÍNEA NACIONAL GRATUITA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO AL 1-800-273-8255, O A CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES LÍNEAS DE CRISIS DEL CONDADO DE ARIZONA: APACHE COUNTRY: ARIZONA COMPLETE HEALTH – COMPLETE CARE PLAN AT 1-866-495-6735, COCHISE COUNTY: ARIZONA COMPLETE HEALTH – COMPLETE CARE PLAN AT 1-866-495-6735, COCONINO COUNTY: HEALTH CHOICE ARIZONA AT 1-877-756-4090, GILA COUNTY: HEALTH CHOICE ARIZONA AT 1-877-756-4090, GRAHAM COUNTY: ARIZONA COMPLETE HEALTH – COMPLETE CARE PLAN AT 1-866-495-6735, GREENLEE COUNTY: ARIZONA COMPLETE HEALTH – COMPLETE CARE PLAN AT 1-866-495-6735, LA PAZ COUNTY: ARIZONA COMPLETE HEALTH – COMPLETE CARE PLAN AT 1-866-495-6735, NAVAJO COUNTY: HEALTH CHOICE ARIZONA AT 1-877-756-4090, MARICOPA COUNTY: MERCY CARE AT 1-800-631-1314, MOHAVE: HEALTH CHOICE ARIZONA AT 1-877-756-4090, PIMA COUNTY: ARIZONA COMPLETE HEALTH – COMPLETE CARE PLAN AT 1-866-495-6735, PINAL COUNTY: ARIZONA COMPLETE HEALTH – COMPLETE CARE PLAN AT 1-866-495-6735, SANTA CRUZ COUNTY: ARIZONA COMPLETE HEALTH – COMPLETE CARE PLAN AT 1-866-495-6735, YUMA COUNTY: ARIZONA COMPLETE HEALTH – COMPLETE CARE PLAN AT 1-866-495-6735, YAVAPAI COUNTY: HEALTH CHOICE ARIZONA AT 1-877-756-4090, AK-CHIN INDIAN COMMUNITY AT 1-800-259-3449, GILA RIVER INDIAN COMMUNITY AT 1-800-259-3449, SALT RIVER PIMA MARICOPA INDIAN COMMUNITY AT 1-855-331-6432, TOHONO OODHAM NATION AT 1-844-423-8759 U OTROS PROVEEDORES DE RESPUESTA DE EMERGENCIA. TAMBIÉN RECONOZCO QUE DURANTE LAS SESIONES REALIZADAS A TRAVÉS DE TELE SALUD, EL PERSONAL DE CONSEJERÍA DE SAGE PUEDE SOLICITAR CONFIRMAR MI UBICACIÓN ACTUAL Y CONTACTOS DE EMERGENCIA PARA INTENTAR CLASIFICAR UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA DURANTE UNA SESIÓN DE TELE SALUD.

ACEPTO PARTICIPAR EN MI PROCESO DE PLANIFICACIÓN DE TRATAMIENTO LO MEJOR QUE PUEDA Y LE INFORMARÉ A MI PROVEEDOR SI OCURREN SITUACIONES QUE ME IMPIDEN PARTICIPAR EN EL TRATAMIENTO. ENTIENDO QUE ESTE CONSENTIMIENTO PERMANECERÁ VÁLIDO MIENTRAS ESTÉ INSCRITO EN UN PLAN DE COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA, COMO EL SISTEMA DE CONTENCIÓN DE COSTOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE ARIZONA (AHCCCS) O UN PLAN CON OTRO PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA. ENTIENDO QUE AL FIRMAR ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO, ESTOY DANDO PERMISO AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DE ARIZONA, A TODOS LOS MIEMBROS DE MI EQUIPO DE TRATAMIENTO CLÍNICO Y A MI PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA PARA ACCEDER A MI INFORMACIÓN Y EXPEDIENTES. AUTORIZO LA INFORMACIÓN QUE SAGE COUNSELING, INC. HA RECOPILO DE OTRAS FUENTES DE TERCEROS PARA SER COMPARTIDA CON MI PLAN DE SALUD. ENTIENDO QUE TODA LA INFORMACIÓN RECOPILO EN EL CURSO DEL TRATAMIENTO ES CONFIDENCIAL. SIN EMBARGO, LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL PUEDE SER DIVULGADA SIN MI CONSENTIMIENTO DE ACUERDO CON LAS LEYES ESTATALES Y FEDERALES.

HONORARIOS Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA:

SAGE COUNSELING PROPORCIONA UN PROGRAMA DE TARIFAS ESPECÍFICAS PARA CADA CLIENTE ANTES DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS RECOMENDADOS. AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, RECONOZCO ESTAR INFORMADO SOBRE MI PROGRAMA DE TARIFAS Y ENTIENDO QUE SOY TOTALMENTE RESPONSABLE DE CUALQUIER TARIFA ASOCIADA CON LOS SERVICIOS QUE ME PRESTA SAGE COUNSELING. EN ALGUNOS CASOS, LOS SERVICIOS OFRECIDOS POR SAGE COUNSELING PUEDEN PAGARSE A TRAVÉS DE UN TERCERO PARTE O UN PLAN DE SEGURO. ADEMÁS, RECONOZCO QUE CUALQUIER SERVICIO NO PAGADO POR UN TERCERO O PLAN DE SEGURO SE CONVIERTE EN MI RESPONSABILIDAD FINANCIERA. SI EN ALGÚN MOMENTO HE PAGADO UN EXCESO A SAGE COUNSELING, SE OFRECERÁ UN REEMBOLSO DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE REEMBOLSO DE SAGE COUNSELING. AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, DECLARO QUE SOY EL CLIENTE ASOCIADO A ESTE REGISTRO, O EL TUTOR LEGAL AUTORIZADO DEL CLIENTE.

AL FIRMAR, RECONOZCO QUE HE LEÍDO ESTE DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACEPTO SUS TÉRMINOS. RECONOZCO MIS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO CLIENTE Y VOLUNTARIAMENTE ME SUJETO A LAS DISPOSICIONES DE TRATAMIENTO OFRECIDAS POR SAGE COUNSELING, INC. RECONOZCO QUE SE ME HA PROPORCIONADO UNA COPIA DE MIS DERECHOS COMO CLIENTE DE SAGE COUNSELING. ACEPTO LIBERAR Y EXIMIR DE

RESPONSABILIDAD A SAGE COUNSELING, INC. POR CUALQUIER DAÑO OCURRIDO A TRAVÉS DE LA PARTICIPACIÓN O NO PARTICIPACIÓN EN LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO.

Si desea información sobre otros servicios ofrecidos por SAGE o información sobre la elegibilidad para AHCCCS, llame al 480-649-3352

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo las Normas de conducta de SAGE Counseling, Inc. Además, acepto cumplir con las Normas de conducta y someterme voluntariamente a cualquier consecuencia potencial de mi incumplimiento de las Normas de conducta.\*

Por favor firme usando su nombre completo

Fecha de la firma

Nombre completo

---

## Kit de herramientas de detección de clientes potenciales en salud

Nombre

Fecha de nacimiento

Idioma preferido

Número de teléfono

---

Mejor momento para llamarle

¿En los últimos 12 meses, comió menos de lo que creía que necesitaba porque no le alcanzaba el dinero para la comida?

Sí  No

¿En los últimos 12 meses, lo amenazo con suspenderle el servicio en su casa la compañía de electricidad, gas, combustible o agua?

Sí  No

¿Le preocupa quedarse sin vivienda estable en los próximos dos meses?

Sí  No

¿Conseguir cuidado de niños le dificulta trabajar o estudiar? (dejar en blanco si no tiene niños)

Sí  No

¿En los últimos 12 meses, necesito ver a un médico pero no pude por el costo?

Sí  No

¿En los últimos 12 meses, alguna vez dejó de recibir cuidados de salud porque no tenía cómo llegar al sitio?

Sí  No

¿Tiene problemas para ir y volver del trabajo, la escuela o sus citas médicas debido a la falta de transporte confiable?

Sí  No

¿Alguna vez necesita ayuda para leer los materiales del hospital?

- Sí  No

¿A menudo siento que me falta compañía?

- Sí  No

¿Se siente seguro en su entorno de vida?

- Sí  No

¿Tiene una fuente de ingresos estable?

- Sí  No

¿Es urgente alguna de estas necesidades? (Por ejemplo: No tengo que comer esta noche, no tengo donde dormir esta noche)

- Sí  No

Si marcó Sí en cualquiera de las casillas anteriores, ¿le gustaría recibir ayuda con alguna de estas necesidades?

- Sí  No

## Lista de Medicamentos

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Lista de medicamentos

Agregue cada medicamento que esté tomando actualmente

Nombre del medicamento	El Propósito	Dosificación	Fecha de inicio	Doctor que prescribe
------------------------	--------------	--------------	-----------------	----------------------