



SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS MANUAL DEL CLIENTE

Nombre del Cliente: _____

Nombre del Proveedor: _____

Número de Teléfono: _____

Nos puede contactar a:

**IMPOWER Ofic. Administrativa
111 W. Magnolia Ave.
Longwood, FL 32750 (407)
215-0095**

**Referidos/Citas
321-639-1224 option 2**

Welcome to IMPOWER!

IMPOWER, es una 501 (c)(3) organización sin fines de lucro, dedicada a la misión de cambiar vidas, protegiendo, ofreciendo consejería, enseñando e inspirando a individuos y sus familiares a alcanzar su potencial más alto.

Establecido en 1994, IMPOWER sirve a miles de personas cada año en sus casas, escuelas, otros lugares en la comunidad y por telemedicina con servicios de salud mental, comportamiento, sustancias controladas, y el bienestar de niños(as). Acreditada por el "Council on Accreditation (COA)", todos los programas de IMPOWER's se adhieren a estándares profesionales de calidad y rigurosos.

El Programa de Servicios Ambulatorios provee consejería, psiquiatría y manejo de medicamentos para niños(as), adolescentes y adultos que tienen problemas de salud mental, de comportamiento, y(o) de sustancias controladas. Nuestros servicios incluyen evaluación, terapia individual, terapia familiar, terapia de grupo, y entrenamiento de destrezas para padres y madres. En IMPOWER, creémos en un enfoque centrado en el cliente y en asegurarnos que los servicios sean desarrollados individualmente basados en las necesidades de nuestro cliente. Con una creencia fuerte en prevención, los empleados de IMPOWER trabajan implementando terapia de conducta cognitiva, terapia de juego, terapia centrada en soluciones y otras técnicas que han sido provadas para ayudar a nuestros clientes a trabajar en los obstáculos en su vida. Nuestros empleados clínicos creen en la capacidad que cada persona tiene para aprender formas de manejar y técnicas que los pueden ayudar a trabajar con cambios y superar cualquier dificultad o problema en su vida.

Nuestro equipo clínico y administrativo están supervisados por gerentes con experiencia y continuamente reciben entrenamiento continuo para proveer servicios de calidad. Nuestro equipo está comprometido a proveer atención personal, asistencia e inspiración para motivar a nuestros clientes y ayudarlos a desarrollar las destrezas para superar problemas y recuperarse de experiencias presentes y pasadas.

Les agradecemos que nos permitan ayudarlos. Por favor lea los procedimientos descritos cuidadosamente porque estos contienen sus derechos y otra información que puede ser importante para ayudarlos.

- Padre de un Paciente de Servicios Ambulatorios

"El doctor y la consejera me ayudaron mucho y aprendí a poder manejar el comportamiento de mi hijo. Ahora está mucho mejor en la escuela y en la casa. Me siento bien feliz con los servicios."

Página 2

Teléfonos y páginas de internet que pueden ser importantes para usted:

Línea para reportar Abuso a Niños(as) en Florida — 1-800-96-ABUSE (22873)
Agency for Health Care Administration (AHCA) - 1-888-419-3456 Regional
Oficina de Programa de Alcohol, Abuso de Drogas, y Salud Mental –
407-317-7010

www.impowerfl.org — IMPOWER

www.apa.org — American Psychological Association

www.dcf.state.fl.us — Departamento de la Familia en Florida (DCF)

www.flpic.org — Partners in Crisis

www.sprc.org — Centro de Recursos para Prevención de Suicidio

www.psych.com — American Psychiatric Association

www.nami.com — National Alliance on Mental Illness



Página 15

Para saber que información ha sido compartida: Usted tiene el derecho a obtener una lista de cuando, a quien, porque, y que contenido de su Información Médica Privada (PHI) ha sido compartida en ocasiones diferentes a momentos en que es necesario para el tratamiento, pago, u otras operaciones; para usted o su familia; o conforme a su autorización.

o La lista no incluirá información que haya sido compartida por propósito de seguridad nacional, a oficiales de la ley o facilidad correccional, o información compartida antes del 14 de abril del 2003. Nosotros responderemos en 60 días después recibir su petición escrita. Su petición se puede referir a información compartida hasta 6 años antes del día en que envíe la petición. No incurrirá en ningún cargo por la petición de esta lista así sea anualmente. Nos reservamos el derecho de cobrar por peticiones de esta lista si son más de una al año.

Tiene el derecho de recibir aviso: Tiene el derecho de recibir una copia en papel o electrónicamente de este aviso al ser requerido.

COMO SOMETER UN RECLAMO SOBRE NUESTRAS PRACTICAS PRIVADAS

Si usted piensa que hemos violado sus derechos privados, o está en desacuerdo con alguna decisión que hemos tomado con el acceso a su información médica privada, puede someter un reclamo con alguna de las personas en el listado que ve a continuación. También puede enviar el reclamo al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los E. U. a la siguiente dirección: 200 Independence Avenue SW, Washington D.C., 20201. No tomaremos ninguna represalia en contra de usted al hacer estos reclamos.

PERSONAS DE CONTACTO PARA INFORMACION O SOMETER UN RECLAMO

Si tiene preguntas sobre lo discutido en este aviso o cualquier reclamo de cualquier práctica privada, por favor nos puede contactar a:

Managers del Programa 111 W. Magnolia Ave., Longwood, FL 32750 (407) 215-0095

Directores del Programa 111 W. Magnolia Ave., Longwood, FL 32750 407-215-0095

Oficina Administrativa

VP de Calidad 111 W. Magnolia Ave., Longwood, FL 32750 407-215-0095

QUE USTED PUEDE ESPERAR

Servicios de Consejería

El tratamiento es generalmente a través de **telemedicina** en su casa, escuela, comunidad, o en nuestra oficina. Nuestro enfoque es en ayudar a la familia completa, no sólo a la persona que fue referida a los servicios. Si el cliente es un menor, sus padres deben de estar preparados para participar en sesiones semanales de familia con sus niños(as).

Las sesiones son pautadas en general 1 hora por semana, pero puede variar más o menos, depende de la seriedad del problema.

El tratamiento dura 6 meses más o menos, dependiendo de las necesidades y el progreso.

En la primera sesión, el terapeuta le ayudará a desarrollar un plan de tratamiento, el cual tendrá una lista de los problemas y las metas que se trabajarán en las sesiones. Y usted tendrá acceso total a la información y a participar en el plan de tratamiento y a ayudar a tomar decisiones acerca de los problemas y situaciones que usted prefiera que sean el enfoque del tratamiento.

Cada 3 meses, el terapeuta verificará el progreso que se ha logrado con un Repaso del Plan de Tratamiento (TPR), con usted (y sus padres, si así aplica) y este será firmado para poder continuar con el plan.

Si su terapeuta no es licenciado(a), alguien del "staff" que esté licenciado tendrá una sesión con usted (y su familia si aplica) para completar una evaluación y desarrollar un diagnóstico.

Tenemos terapeutas disponibles en caso de emergencia, pero si usted está en crisis y necesita ayuda inmediata, por favor llame al 911.

Al final del tratamiento debe de sentirse estable y tener estrategias que puede aplicar para ayudar a que usted continúe independientemente.



QUE PUEDE ESPERAR

Servicios Psiquiátricos y Manejo Medicinal:

Se proveen evaluaciones psiquiátricas y manejo medicinal a través de telemedicina y en las oficinas de IMPOWER. Un doctor cualificado o un asistente de médico (PA) o enfermera (ARNP) evaluarán sus síntomas y decidirá, con su información, si usted se beneficiará al utilizar medicamentos u otros servicios.

Las citas para manejos de medicamentos serán pautadas cada 4 a 8 semanas, dependiendo de la seriedad de los síntomas y la efectividad de los medicamentos.

En cada visita, el doctor, PA or ARNP, repasarán el progreso y determinarán, con usted, si algún cambio es necesario.

Si usted presenta efectos secundarios por alguno de los medicamentos recetados por favor llame a la oficina inmediatamente para poder hablar sobre sus preocupaciones con un doctor, PA or ARNP. En cualquier evento de emergencia, por favor llame al 911 o vaya a la sala de emergencia mas cercana.

Programa de Abuso de Sustancias:

METAS

Aprender sobre los efectos de drogas que son perjudiciales. Aprender estrategias positivas para no usar drogas perjudiciales. Parar de usar drogas perjudiciales.

CONFIDENCIALIDAD

Favor respetar la confidencialidad de otros miembros del grupo (ver el aviso de privacidad para más detalles). De haber sospecha o divulgación de abuso o negligencia en contra de algun niño(a) esto será reportado.

ABSTINENCIA DE ALCOHOL Y DE DROGAS QUE PUEDEN SER PERJUDICIALES Durante el proceso de tratamiento se requiere que esté libre de drogas. Inabilidad para mantenerse libre de drogas o abstenerse de drogas perjudiciales puede que sea orden para recomendación de tratamiento intensivo.

PARTICIPACION

Se espera usted participe en todos los aspectos del tratamiento. Le pedimos amablemente que nos de aviso de cancelación 24 horas antes para evitar cobro por el tiempo reservado. Si su presencia en corte es necesaria para su tratamiento, esto también será una expectativa de IMPOWER.

ZONA LIBRE DE DROGAS Y VIOLENCIA

La posesión o el uso de drogas en locales de IMPOWER no está permitidos. Fumar no está permitido en locales de IMPOWER. IMPOWER no utiliza en su práctica ningún tipo de reclusión o manera de contener a alguien.

OPORTUNIDAD A Oponerse a EL USO O DIVULGACION DE INFORMACION

IMPOWER puede compartir una parte limitada de su PHI si se le informa a usted con anticipación y usted no se opone a ello y esto no sea prohibido por ley.

DERECHOS A PROTEJER SU INFORMACION MEDICA PROTEGIDA(PHI)

Usted tiene los siguientes derechos en relación a su PHI:

A requerir restricciones del uso/divulgación: Usted tiene el derecho de preguntar el que se limite como compartimos su PHI. IMPOWER considerará su petición, pero no estamos obligados legalmente a aceptar dicha restricción. De aceptar dicha restricción en el uso/divulgación de su PHI, esto se pondrá por escrito y seguiremos lo que diga el escrito excepto en casos de emergencia. IMPOWER no puede aceptar el límite del uso/divulgación de información cuando son requeridos por la ley.

A escoger como lo contactamos: Tiene el derecho de pedir que le enviemos información a dirección alterna o de una manera diferente a la utilizada. IMPOWER accederá su pedido si es razonable y siempre que tengamos la manera de hacerlo. No es necesaria una razón, pero debe especificar cómo y a dónde desea ser contactado.

A inspeccionar y a preguntar por copia de su información médica: A menos que su información esté restringida por razones de tratamiento y esto sea documentado, usted tiene el derecho de ver su información médica por pedido escrito. Usualmente esto incluye records clínicos y financieros, pero no notas de progreso de su terapia. Responderemos a su pedido en 30 días. Si su acceso es rechazado, enviaremos las razones por escrito explicaremos cualquier derecho a apelar este rechazo. Si desea copias de su información médica, hay posibilidad de que se le cobre un cargo, dependiendo de las circunstancias. Usted tiene derecho a escoger que porciones de su información quiere copiar e información preliminar del precio.

A requerir cambios en su PHI: Si usted cree que hay un error o falta información en su record de PHI, puede requerir, por escrito, que se corrija o se añada esta información al record. Le responderemos a este pedido en 60 días del recibo de su pedido. IMPOWER puede rechazar si determinamos que el PHI es: (1) correcto y completo; (2) no es creado por nosotros y/o parte de nuestros records, o; (3) no es permitido compartir esa información. Cualquier rechazo incluirá las razones para este y explicará sus derechos para obtener el pedido y el rechazo, y el nuevo pedido que usted provee, anexado a su PHI. Si se aprueba su pedido, cambiaremos el PHI y le informaremos a usted y a otros lo que necesiten saber de el cambio de PHI.

USO Y DIVULGACION DE PHI EN RECORDS DE SALUD MENTAL QUE NO REQUIEREN CONSENTIMIENTO O AUTORIZACION

La ley provee la probabilidad de que usemos/divulguemos su PHI en records de salud mental sin su consentimiento o autorización en las siguientes circunstancias:

Si es requerido por ley: Podemos compartir PHI si es requerido por ley que reportemos información sobre sospecha de abuso, negligencia, violencia doméstica, o algo relacionado con sospecha de actividad criminal, o en respuesta a una orden mandada por la corte. También se podría compartir PHI a las autoridades que manejan el cumplimiento de estos requisitos de privacidad.

Para evitar amenaza a la salud o seguridad: Para evitar una amenaza seria la salud y seguridad, se podría compartir PHI si es necesario a agencias que hacen cumplir la ley o a otras personas que puedan prevenir o disminuir cualquier posible amenaza o daño.

Para actividades de salud pública: Se podría compartir PHI cuando estemos requeridos a coleccionar información sobre enfermedad lesión, o para reportar estadísticas vitales para la autoridad de salud pública.

Para actividades de supervisión de salud: Se podría compartir PHI sobre su salud a una agencia de supervisión de salud para actividades requeridas por ley. Agencias de supervisión incluyen agencias de gobierno que supervisan el sistema de salud, o programas que se benefician del gobierno como Medicare or Medicaid, otros programas de gobierno regulando el sistema de salud, y leyes de derechos civiles.

USO Y DIVULGACION DE PHI QUE REQUIERE AUTORIZACION

Para uso y divulgación más allá de tratamiento, pago, y operaciones, estamos

requeridos a tener autorización escrita, a menos que la razón sea una de las excepciones descritas abajo. La autorización puede ser revocada en cualquier momento para poner pausa a uso/divulgación futuras excepto si ya se ha tomado acción autorizada por usted.

Para propósito de investigación: En algunas circunstancias, y bajo supervisión de una junta de privacidad, podemos compartir PHI a personal de investigación y personas designadas por ellos para asistir investigaciones médicas/psiquiátricas.

Para funciones gubernamentales específicas: Se compartirá PHI de personal militar de veteranos si es requerido por las autoridades, a facilidades correccionales or oficiales de la ley, si usted esta bajo su custodia, a programas de beneficios gubernamentales en relación a la elegibilidad e inscripción, y por razones de seguridad nacional, incluyendo la protección del Presidente.

QUE PUEDE ESPERAR

Programas de Uso de Sustancias:

DURACION DE TRATAMIENTO

Usted y su consejero determinaran su tratamiento. Factores como quien lo refirio y su progreso para alcanzar sus metas de tratamiento serán consiedadas en la duración de su tratamiento. Tan temprano como en la primera cita, se discutirá el criterio de cuando se le dará a usted de alta. No cumplir con el tratamiento y/o reglas de la agencia, encarcelamiento, dejar el tratamiento antes de terminarlo, o referido a una agencia diferente, serán discutidas como razones para altas que no son exitosas. Si IMPOWER no puede satisfacer las necesidades de un cliente, se referirá dicho cliente a un recurso apropiado.

EVALUACION Y PLAN DE TRATAMIENTO

Terapistas entrenados proveeran una evaluación profunda para poder determinar las necesidades del cliente, que serán utilizadas para desarrollar el plan de tratamiento individual.

HORAS DE OPERACIONES

Horas de Oficina son desde las 8:30 am a 5:30 pm, Lunes a Viernes. Los grupos en las noches son hasta las 7:30 pm. Después de las horas de servicio pueden contactar a Narcóticos Anónimos al 407-425-5157, Alcohólicos Anónimos al 417-521-0012, y Unidad de Crisis al 407-425-2624

CUIDADO POST-TRATAMIENTO

Cuando hayas completado tu tratamiento serás dirigido a cuidado después de tratamiento. Este puede ser semanal o mensual, dependiendo de la necesidad.

RESULTADO Y ENCUESTA DE SATISFACCION A través del tiempo en tratamiento, recibimos su opinión en cuanto a los servicios que IMPOWER provee. Esto es adquirido a través de una encuesta de tratamiento que se provee en el momento de admisión, mitad de servicio, y al final del tratamiento. Si usted acepta, podemos hacerle una encuesta de seguimiento.

PAGO DEL PROGRAMA DEBE OCURRIR EN EL MOMENTO DE SERVICIO La obligación financiera es discutida con el cliente al momento de admisión.

PARTICIPACION EN REUNIONES DE AUTO AYUDA

La participación en reuniones de auto ayuda es requerida: Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos son disponibles en todos lados. Otras reuniones de auto ayuda como 'Women for Sobriety', 'Rational Recovery', etc. también son aceptables. Prueba de asistencia es requerida. Usted y su terapeuta, dependiendo del programa y la seriedad de su adicción, determinará el número de las reuniones necesarias.

URINALISIS

Un urinálisis es parte de todo programa de tratamiento. Se espera que usted nos provea una muestra al ser requerida esta. Si no provee la muestra al momento de ser requerida esto resultará en un "Stall" que se considera un resultado positivo administrativo.

TUS DERECHOS

- Debe de ser tratado con dignidad y respeto.
- Debe de recibir servicios no importa su raza, genero, etnicidad, cultura, edad, orientación sexual, estatus de VIH, creencias espirituales, lenguaje, discapacidad, altas previas no exitosas, o número de veces de relapso. IMPOWER no discriminará en proveer servicios basados estas características.
- No debe de ser rechazado(a) para servicios basado en estatus económico. Al recibir fondos del estado para algunos programas de salud mental y uso de sustancias en IMPOWER, no se le negará acceso a servicios basado en su inhabilidad de pagar después de que haya espacio y suficientes recursos para proveerle dichos servicios.
- Debe de tener acceso a educación y entrenamiento de acuerdo con sus necesidades (aplica solo a menores en programa residencial).
- Debe saber lo que se espera de usted como cliente. También tiene derecho a obtener las reglas del programa y que se las expliquen. Si el programa usa algún tipo de procedimiento para intervención de crisis, incluyendo restricción física o mecánica, tiene el derecho de que se lo informen. IMPOWER no utiliza reclusión o restricciones médicas para intervención de crisis.
- Debe de participar en ejercicios y recreación (aplica solo a clientes en programa residencial).
- Debe de obtener información de cualquier razón por la cual usted sea registrado o sus pertenencias sean registradas y confiscadas y como ese proceso será conducido.
- Debe de obtener información acerca de los múltiples servicios disponibles. Debemos de obtener consentimiento de su parte antes de proveer servicios y usted puede rechazar estos servicios en cualquier momento. Sin embargo, si usted es ordenado por corte a recibir tratamiento, su rechazo de los servicios puede ser compartido con la corte y puede estar sujeto a consecuencias legales. IMPOWER no participa en tratamientos experimentales con sus clientes.
- Debe de obtener información acerca de cualquier tipo de intervención que pueda restringir sus derechos o privilegios. También se le debe de explicar la razón para estas intervenciones, el proceso de evaluación de dichas restricciones, y el proceso de volver a obtener sus derechos y privilegios.
- Debe de participar en establecer las metas que desea alcanzar durante su tratamiento. También tiene derecho a estar envuelto en el proceso de revisar el plan de tratamiento para determinar cuan cerca está de alcanzar sus metas y si es necesario añadir nuevas metas a su plan.

USOS Y DIVULGACIONES RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO, PAGO U OPERACIONES DE SALUD

Generalmente, podemos utilizar o compartir su PHI de la siguiente manera:

Para tratamiento: Podemos compartir PHI a consejeros, técnicos de comportamiento, y personal de la salud que estén envueltos en proveer tratamiento de salud. Por ejemplo, su PHI puede ser compartido con otros miembros de su equipo de tratamiento, o con los supervisores clínicos. También puede ser compartida con entidades externas que provean servicios auxiliares relacionados a su tratamiento, como psiquiatras o manejador de casos de otra agencias envuelta en el manejo y coordinación de su caso.

Para obtener pago: Podemos utilizar/compartir su PHI para colectar su pago por sus servicios de salud. Por ejemplo, Podemos contactar su plan médico, Medicaid o privado, para requerir pago por tratamiento que se le haya ofrecido.

Para operaciones de trato de salud: Podemos compartir su PHI para manejo dentro de nuestros programas de salud mental y bienestar de niños. Por ejemplo, al evaluar la calidad de servicios que se ofrecen, a nuestro contable y abogado para auditoría. Al nosotros ser un sistema de muchos niveles, podemos compartir su PHI con otros empleados designados en otros de nuestros programas u oficina central para propósitos similares. La divulgación de su PHI a agencias del estado, pueden ser necesarias para determinar su elegibilidad para servicios públicos. También podemos compartir su PHI con otros proveedores de la salud para propósitos similares.

Recordatorio de citas: A menos que usted nos de otras instrucciones, nosotros podemos enviar recordatorios o materiales similares a su casa. También podemos llamar o recordarle su cita. Si usted no desea que practiquemos lo discutido anteriormente, por favor notifíquelo a su proveedor para poder tomar las medidas necesarias.



NUESTRO DEBER DE SALVAGUARDAR SU PHI

Para tratamiento eficaz, debemos de recolectar y registrar información personal. La mayoría de esta información es "Información de Salud Protegida" y sus siglas en inglés son (PHI). PHI incluye información individual física y mental sobre su pasado, presente, y futuro, el suministro de tratamiento de salud, y su pago para tratamiento de salud. Estamos requeridos a extender algunas protecciones a tu PHI, y a darle un aviso de nuestras prácticas de privacidad que explican cómo, cuándo y porqué podríamos utilizar o compartir su PHI. Con excepción de circunstancias específicas, debemos de compartir solo el mínimo de información de PHI necesaria para poder cumplir con el propósito de tal divulgación.

Nosotros estamos requeridos a seguir la práctica privada descrita en este aviso, aunque nos reservamos el derecho de cambiar nuestra práctica privada y los términos de este aviso en cualquier momento. Usted puede pedir una copia de este aviso a cualquier empleado de IMPOWER o en cualquier oficina de IMPOWER. Este aviso está escrito en nuestra página web www.impowerfl.org.

COMO PODRIAMOS USAR Y DIVULGAR SU PHI

Podemos utilizar y compartir su PHI por una variedad de razones. Tenemos un derecho limitado a utilizar y/o compartir su PHI por razones de tratamiento, pago, operaciones de cuidado de salud u otros propósitos permitidos o requeridos por ley. Para otros usos no mencionados anteriormente, necesitaríamos su autorización escrita a menos que la ley permita o requiera el uso/divulgación sin su autorización.

Si nosotros compartimos su PHI a una entidad exterior en orden de que esa entidad haga una función para nosotros, debemos de tener un acuerdo con dicha entidad que extienda el mismo grado de privacidad y protección a su PHI. También debemos registrar los momentos en que se usa y comparta su información y documentar estos momentos para tenerlos disponibles si usted pide copia. Sin embargo, la ley dice que estamos permitidos a usar y compartir sin su consentimiento o autorización. Aquí ofrecemos ejemplos que describen momentos en que podemos usar o compartir su PHI.

- Debe de tener un consejero asignado a para ayudarlo a resolver sus problemas. También a pedir servicios suministrados por otro consejero o manejador de casos, etc. IMPOWER tratará de atender su pedido si así lo es posible.
- Debe de obtener servicios que atiendan cualquier necesidad especial que usted tenga después de que sea razonable y IMPOWER pueda hacerla realidad. Si no podemos atender su necesidad, le referiremos a otro proveedor que pueda atender dicha necesidad, si están disponibles.
- Debe de poseer ropa y objetos personales a menos que sean considerados contrabando por el programa o que puedan ser riesgo para usted u otros clientes.
- Debe de tomar decisiones del tipo de información que permitirá sea compartida sobre usted y su tratamiento con otras personas o agencias. Por favor lea el aviso de prácticas privadas para aprender de como su información puede ser utilizada o compartida sin su consentimiento.
- Debe de poder comunicarse libremente y de manera privada con otras personas a menos que su programa tenga ciertas restricciones en comunicación. Si este es su caso, el programa debe de explicarle estas restricciones.
- Debe de tener protección de cualquier tipo de abuso, explotación, represalias, humillación, y negligencia.
- Debe de obtener confidencialidad y privacidad. La información de usted no será compartida con otras personas sin su permiso. (Nota: Hay excepciones a esta regla, incluyendo si tenemos que reportar sospecha de abuso o negligencia, si sospechamos que alguien está en peligro, o si un juez lo ordena. La información compartida en sesiones individuales con un niño(a) podría tener que ser compartida con su padre/madre/guardián, pero solamente si es necesario para el tratamiento). Por favor lea su aviso de privacidad para información más específica.
- Tiene el derecho a acceder, leer, y obtener copias de su récord e información personal. IMPOWER se reserva el derecho de estar presente para explicar lo escrito y el derecho de cobrar por las copias administrativas.
- Adicionalmente, usted tiene el derecho de acceder récords para revisar y clarificar. Por favor lea el aviso de privacidad para más información.
- Usted puede hacer una queja contactando al Supervisor(a) Clínico o Director(a) del Programa de Servicios Ambulatorios de IMPOWER. Sus servicios no serán terminados o afectados de ninguna manera si hace dicha queja.
- Tiene el derecho a hacer una queja si no está satisfecho(a) con nuestros servicios, con los resultados de su queja, o se siente que sus derechos han sido violados. La queja debe ser escrita y enviada al Director(a) del Programa quien responderá dentro de los próximos 14 días. Si todavía no está satisfecho(a), puede apelar por escrito al Vicepresidente de Manejo de Calidad enviándolo a la dirección 111 Magnolia Ave., Longwood, FL 32750.
- Los clientes actuales, posibles clientes, y sus compañeros(as) que entiendan han sido víctimas de discriminación por razón de discapacidad al obtener beneficios o servicios, pueden escribir una queja de discriminación durante 180 del acto(s) discriminatorio alegado con el departamento de derechos civiles en DCF, HHS, Departamento de Justicia de los Estados Unidos (USDOJ), y USDOJ Sección de Derechos de Discapacidad.

Usted tiene la opción de hacer una queja con agencias afuera de IMPOWER

Si usted cree que ha sido víctima de discriminación por razón de discapacidad usted puede contactar las siguientes agencias:

Departamento de Niños y Familia, Oficina de Derechos Civiles 850-487-1901; 850-922-9220 (TDD)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de US 404-331-2867;404-562-7888 (TDD)

Departamento de Justicia de US (USDOJ) 202-307-0690; 202-307-2027(TTY)

USDOJ Sección de Derechos de Discapacidad 800-514-0301; 800-514-0383 (TTY)

Si usted es un menor (menor de 18 años) y se siente que ha sido maltratado o abusado, puede contactar a la siguiente agencia:

Registro de Abuso de Florida: 1-800-962-2873

Si usted es un cliente de un programa de; Departamento de Justicia Juvenil que tiene 18 años o mas, y siente que ha sido maltratado o abusado, puede contactar la siguiente agencia:

Centro de Comunicacion Central: 1-800-355-2280

Si usted es un adulto recibiendo servicios y siente que sus derechos han sido violados, puede contactar la siguiente agencia:

Local Advocacy Council: 407-245-0400

TUS RESPONSABILIDADES

Asistencia: Asistencia regular es necesaria cuando se hace una cita. Si usted no puede asistir a su cita, por favor llame con anticipación para cambiar la cita. Si usted tiene 3 citas a las cuales faltado, su caso puede ser cerrado.

Participacion: Su participacion durante el tratamiento y seguimiento de las recomendaciones desarrolladas con usted, es necesario. Sesiones de familia pueden ser recomendadas si el tratamiento que se provee es basado en las escuelas.

Aviso Usted va a necesitar notificar a IMPOWER de cualquier cambio de dirección o número de teléfono y cambio en Seguro médico para que su información de contacto y pago sea corriente. Si tiene algún cambio tendría que completar la forma: "Updating Client's Demographics" que debe de pedir al personal de IMPOWER.

Pago: Usted es responsable de servicios, co-pagos, co-payments o deducibles que no son cubiertos por su seguro médico. Esto se repasará por escrito con usted antes de proveer servicios.

RESPONSABILIDADES Y DERECHOS DE LA AGENCIA

Nosotros proveeremos tratamiento de alta calidad y consistente para ti y para tu familia (si aplica). Si una sesión tiene que ser cancelada, el Terapista te notificara con tiempo.

Nosotros mantendremos el registro escrito y preciso del tratamiento que se provee.

Nosotros tenemos el derecho de terminar servicios si usted no cumple con su responsabilidad (vea Página 5) o si creemos que el beneficio máximo ha sido alcanzado. Le notificaremos por escrito la razón por la cual fue dado de alta si fue en contra de su voluntad. Si IMPOWER termina su tratamiento y usted todavía necesita ayuda, le daremos un referido para otra agencia que pueda ayudarlo en ese momento.

IMPOWER es responsable de asegurarse de que sus empleados estén cualificados y entrenados. A nuestros empleados se les ofrece entrenamiento en los siguientes temas entre otros: técnicas de comportamiento, técnicas de reducción de escalada, ética profesional, sensibilidad cultural y lingüística, servicios personales y centrados en la familia, patógenos sanguíneos, HIV/AIDS, manejo de crisis y conflicto, etc. A Los empleados de IMPOWER se les requiere que tomen un mínimo de 20 horas de educación continua en estas áreas y otras más cada año.

AVISO DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA O DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION.
POR FAVOR REVISE CON CUIDADO**