

IMPOWER
2290 N. Ronald Reagan Blvd Ste 116
Longwood, FL 32750-3534
Phone: 407-215-0095 | Fax: 321-639-1194

MANUAL DE SERVICIOS AMBULATORIOS PARA CLIENTES

Nombre del cliente:

Comuníquese con nosotros:

Oficina administrativa de

IMPOWER

2290 N. Ronald Reagan

Blvd.Suite 116

Longwood, FL 32750

407) 215-0095

Derivaciones/Programación

321-639-1224 Opción 2

www.impowerfl.org

¡Le damos la bienvenida a IMPOWER!

IMPOWER es una organización 501 (c) (3) sin fines de lucro que se dedica a la misión de "cambiar vidas protegiendo, aconsejando, enseñando e inspirando a las personas y sus familias para alcanzar su máximo potencial". Establecido en 1994, IMPOWER atiende a miles de personas cada año en el hogar, la escuela, otros entornos comunitarios y a través de telesalud mediante una serie de servicios para la salud del comportamiento, la salud mental, el consumo de sustancias y el bienestar infantil. Con el aval del Consejo de Acreditación (COA), todos los programas de IMPOWER se adhieren a rigurosos estándares profesionales y de calidad.

El Programa de Servicios para Pacientes Ambulatorios proporciona asesoramiento, manejo psiquiátrico y de medicina para niños, adolescentes y adultos que experimentan problemas de salud mental/salud del comportamiento y/o problemas de consumo de sustancias. Nuestros servicios incluyen evaluaciones, terapia individual, terapia familiar y capacitación en habilidades de crianza. En IMPOWER, creemos en un enfoque centrado en el cliente y en garantizar que los servicios se desarrollen individualmente en función de sus necesidades. Con una firme convicción sobre la prevención, el personal de IMPOWER trabaja en la implementación de la terapia cognitiva conductual, la terapia de juego, el enfoque resolutivo y otras técnicas probadas para ayudar a nuestros clientes a resolver los desafíos en su vida. Nuestro personal clínico cree en la capacidad de cada persona para aprender técnicas y habilidades de afrontamiento que les ayudarán a lidiar con los cambios y a superar cualquier dificultad o problema de la vida.

Contamos con gerentes con experiencia que supervisan a nuestros equipos clínicos y estos reciben capacitación continua para brindar servicios de calidad. Nuestro personal se compromete a brindar atención personal, asistencia e inspiración para empoderar a nuestros clientes y ayudarlos a desarrollar las habilidades necesarias para superar problemas y para la recuperación de experiencias pasadas y presentes.

Le agradecemos que nos permita ayudarlo. Lea con atención los procedimientos adjuntos, ya que contienen información sobre sus derechos y otra información que puede resultarle útil.

"El médico y el consejero me ayudaron mucho a aprender a manejar el comportamiento de mi hijo. Le está yendo mejor tanto en la escuela como en casa. Estoy muy satisfecho con los servicios".

- Padre de un cliente de servicios ambulatorios

LO QUE PUEDE ESPERAR

Servicios de consejería:

Por lo general, el tratamiento se proporciona a través de telesalud. Nuestro objetivo es ayudar a toda la familia, no solo a la persona que fue derivada para recibir servicios. Si el cliente es un niño, los padres deben planear participar en sesiones familiares semanales con sus hijos.

Las sesiones se programan regularmente, generalmente duran una (1) hora por semana, pero pueden variar más o menos, según la gravedad de los problemas.

El tratamiento suele durar unos 6 meses, pero puede ser más corto o más largo dependiendo de sus necesidades y su progreso.

En la primera sesión, el médico le ayudará a comenzar a desarrollar un plan de tratamiento, que enumerará los problemas y objetivos en los que trabajará durante el tratamiento. Tendrá acceso total a la información y la participación en la planificación del tratamiento y ayudará a tomar decisiones sobre los problemas y las situaciones que elija para ser foco del tratamiento.

Cada 6 meses, o cuando sea necesario desde el punto de vista médico, el médico revisará su progreso en una revisión del plan de tratamiento, que usted (y sus padres, según corresponda) firmarán.

Si su médico no tiene licencia, un proveedor médico o personal con licencia se reunirá con usted para desarrollar un diagnóstico.

Si tiene una crisis y necesita ayuda inmediata, llame al 911.

Al final del tratamiento, debe sentirse estable y tener algunas estrategias para aplicar según sea necesario para ayudarse.



Servicios psiquiátricos y manejo de medicamentos:

Las evaluaciones psiquiátricas, así como el manejo de medicamentos, se proporcionan a través de telesalud. Un médico, asistente médico (PA) o enfermero calificado (ARNP) evaluará sus síntomas y decidirá, con su participación, si pudiera beneficiarse de los medicamentos u otros servicios.

Las citas de administración de medicamentos generalmente se programan cada 4 a 8 semanas, según la gravedad de los problemas y la efectividad del medicamento.

En cada visita, el médico, el PA o el ARNP revisará su progreso y determinará, con usted, si se necesita algún cambio.

Si presenta efectos secundarios de cualquiera de los medicamentos recetados, debe llamar inmediatamente al consultorio para que pueda abordar sus inquietudes con el médico, el PA o el ARNP. En caso de emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana.

Aviso Sobre las Prescripciones de Sustancias Controladas:

Los clientes a quienes se les prescribe una sustancia controlada deberán asistir a una cita de mantenimiento cada 4 semanas. Además, IMPOWER requerirá un resultado negativo de un análisis de orina para todas las personas mayores de 13 años. Usted recibirá una orden de laboratorio para este análisis en su primera cita y deberá completarlo antes de su próxima cita. Si los resultados de su análisis de orina son positivos para cualquier sustancia, incluyendo cannabis recetado fuera de IMPOWER, su proveedor revisará las opciones con usted. En casos de negativa a cumplir con esta política, no se emitirán nuevas recetas de medicamentos controlados. Además, las recetas existentes de sustancias controladas serán reducidas gradualmente, y se le ofrecerán alternativas de medicamentos no controlados.

Aviso Sobre la Compleción de Formularios para Pacientes

Los proveedores psiquiátricos de IMPOWER PUEDEN completar, cuando sea apropiado, los siguientes formularios para los clientes de IMPOWER:

- a. Informe Médico de Medicamentos Psicotrópicos – Formulario 5339
- b. Plan de Educación Individualizado (IEP)
- c. Formularios del Plan 504
- d. Revisión Anual del Plan 504
- e. Referidos para ABA
- f. Evaluación del Estado de Salud – Declaración Médica
- g. Autorización para Administrar Medicación Recetada a Estudiantes
- h. Excusas de Trabajo (máximo de 4 por año)
- i. Excusas para Servicio de Jurado

Los proveedores de IMPOWER NO PUEDEN completar los siguientes formularios:

- a. Cartas para Animales de Apoyo Emocional (ESA)
- b. Discapacidad – A Corto Plazo
- c. Discapacidad – A Largo Plazo
- d. Documentación de FMLA
- e. Solicitud de Información Médica para Programa de Enseñanza en el Hogar (Hospital Homebound)

Programa contra el consumo de sustancias:

OBJETIVO

Aprender sobre los efectos de las drogas nocivas. Aprender estrategias positivas para no consumir drogas nocivas. Dejar de consumir drogas nocivas.

CONFIDENCIALIDAD

Los informes divulgados o de sospecha de abuso o negligencia infantil serán reportados.

ABSTINENCIA DE ALCOHOL Y DROGAS NOCIVAS

Le recomendamos que no consuma drogas durante su tratamiento con nosotros. La incapacidad de permanecer libre de drogas o abstenerse del uso de drogas nocivas puede justificar la recomendación de tratamientos más intensivos

PARTICIPACIÓN

Debe participar en todos los aspectos de la terapia. Le pedimos encarecidamente que informe sobre una cancelación

con 24 horas de anticipación para evitar un cargo de reserva de tiempo.

UNA ZONA LIBRE DE DROGAS Y VIOLENCIA

No se permite la posesión o el consumo de drogas en las instalaciones de IMPOWER. No se permite la posesión o el consumo de drogas en las instalaciones de IMPOWER. No se permite fumar en las instalaciones de IMPOWER. IMPOWER no aplica ninguna restricción ni uso de aislamiento en nuestro programa para pacientes ambulatorios.

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

Usted y su consejero determinarán su tratamiento. Los factores como la fuente de derivación y el progreso hacia sus objetivos de tratamiento también se considerarán en la duración del tratamiento. Ya en la admisión, se evaluarán los criterios de éxito para el alta. Entre los motivos para recibir un alta sin éxito se incluyen el incumplimiento del tratamiento o de las reglas de la agencia, el encarcelamiento, retirarse antes de completar el tratamiento o recibir una derivación a una agencia externa. Si IMPOWER no puede cubrir las necesidades del cliente, referiremos al cliente a la fuente apropiada.

EVALUACIÓN Y PLAN DE TRATAMIENTO

El terapeuta capacitado proporciona una evaluación en profundidad para determinar las necesidades del cliente, que a su vez se utilizará para desarrollar un plan de tratamiento individual con el cliente.

HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención de IMPOWER es de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes. Después del horario de atención, puede comunicarse con Narcóticos Anónimos al 407-425-5157, Alcohólicos Anónimos al 417-521-0012 y a la línea directa de ayuda contra crisis al 1-800-273-TALK.

CUIDADOS POSTERIORES: cuando termine el tratamiento, se le entregará un plan de cuidados posteriores. Esto se indicará en la documentación del alta y es un esfuerzo de colaboración.

ENCUESTAS DE RESULTADOS Y SATISFACCIÓN:

continuamente estamos recopilando medidas de resultados a través de metas y objetivos del plan de tratamiento. y encuestas. Si tiene algún comentario sobre algún servicio, comuníquese con los gerentes o directores de Programa.

EL PAGO DEL PROGRAMA DEBE HACERSE EN EL MOMENTO DEL SERVICIO

Las obligaciones financieras se arreglan con el cliente en el momento de la admisión.

PARTICIPACIÓN EN REUNIONES DE AUTOAYUDA

La participación en reuniones de autoayuda es beneficiosa. Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos están disponibles. Otras reuniones de autoayuda como Mujeres por la sobriedad, Recuperación racional, etc. también son aceptables. Se puede esperar una prueba de asistencia. Usted y su terapeuta, dependiendo del programa en el que se encuentre y de la gravedad de la adicción, determinarán la cantidad de sesiones.

ANÁLISIS DE ORINA

El análisis de orina es parte de cualquier programa de tratamiento. El incumplimiento puede resultar en un registro de un resultado positivo junto con la documentación del incumplimiento y la posible terminación de los servicios.

SUS DERECHOS

- Recibir tratamiento con dignidad y respeto.
- Recibir servicios sin importar su raza, género, origen étnico, cultura, edad, orientación sexual, estado de VIH, creencias religiosas, idioma, discapacidad, altas previas sin éxito o cantidad de episodios de recaída. IMPOWER no discriminará en la prestación de servicios por motivos relacionados con estas características.
- Que no se le nieguen servicios únicamente por su condición socioeconómica. Debido a que ciertos programas de IMPOWER reciben fondos estatales para proporcionar servicios de salud mental y

consumo de sustancias, no se le negará el acceso a los servicios por motivos relacionados únicamente con su incapacidad de pago, siempre que haya espacio y recursos suficientes de fondos estatales para proporcionar esos servicios.

- Tener acceso a educación y capacitación que satisfaga sus necesidades actuales (se aplica solo a menores que están en un programa residencial).
- Saber qué se espera de usted como cliente. También tiene derecho a que se le expliquen las reglas y regulaciones del programa. Si el programa utiliza cualquier tipo de procedimiento de intervención en caso de crisis, incluida una restricción física o mecánica, tiene derecho a recibir información sobre estos procedimientos. IMPOWER no utiliza el aislamiento o la restricción médica para la intervención en situaciones de crisis.
- Participar en actividades de ejercicio y recreación (aplica solo a clientes en un programa residencial)
- Ser informado de cualquier razón por la cual usted y sus pertenencias puedan ser objeto de un proceso de registro y confiscación y cómo se llevará a cabo ese proceso.
- Estar informado de los diferentes servicios de tratamiento disponibles. Debemos obtener su consentimiento antes de proporcionar servicios de tratamiento y puede rechazar estos servicios en cualquier momento. Sin embargo, si un tribunal ordenó que reciba tratamiento y usted se niega a recibir servicios, esto se informará al tribunal y puede estar sujeto a consecuencias legales. IMPOWER no participa en proyectos de investigación/tratamiento experimental que involucren a clientes.
- Estar informado sobre cualquier intervención de tratamiento que restrinja sus derechos o privilegios. También se le debe explicar el motivo de tales intervenciones, el proceso para evaluarlas y el proceso para restablecer sus derechos y privilegios.
- Participar en el establecimiento de objetivos que le gustaría alcanzar mientras está en tratamiento. También tiene derecho a participar en el proceso de revisión periódica de este plan de tratamiento para determinar qué tan cerca está de alcanzar estos objetivos y si es necesario agregar objetivos nuevos al plan o no.
- Tener un consejero primario asignado a usted para ayudarlo a resolver sus problemas. También tiene derecho a solicitar servicios de un consejero, administrador de casos, etc. IMPOWER intentará cumplir esta solicitud siempre que sea razonable.
- Recibir servicios de una manera que satisfaga cualquier necesidad especial que pueda tener, siempre que sea razonable que IMPOWER lo haga. Si no podemos satisfacer tales necesidades, lo derivaremos a un proveedor que pueda hacerlo, si está disponible.
- Tener ropa y artículos personales, a menos que, para el programa, dichos artículos se consideren contrabandeados o representen un riesgo médico o de seguridad para usted y otros clientes.
- Decidir sobre el tipo de información sobre usted y su tratamiento que IMPOWER puede usar y divulgar a otras personas o agencias. Lea el Aviso de prácticas de privacidad para obtener explicaciones sobre cómo podemos usar o divulgar información sobre usted sin su consentimiento.
- Comunicarse libre y privadamente con otras personas, a menos que el programa en el que se encuentre tenga ciertas restricciones sobre la comunicación. Si este es el caso, el programa debe explicarle estas restricciones.
- Estar protegido de cualquier forma de abuso, explotación, represalia, humillación y negligencia. También tiene derecho a estar en un entorno de tratamiento seguro y privado.
- Tiene derecho a la confidencialidad y privacidad. La información sobre usted no se compartirá con otras personas sin su permiso. (Tenga en cuenta: existen excepciones a esta regla; por ejemplo, si tenemos que reportar sospecha de abuso o negligencia, si creemos que la vida de alguien está en peligro o si un juez lo ordena. La información que se comparte en una sesión individual con un niño puede tener que compartirse con uno de los padres, pero el médico clínico solo compartirá información si es necesario para el tratamiento). Lea nuestro Aviso de privacidad para obtener información más específica.
- Tiene derecho a acceder, leer y obtener copias de su expediente e información personal. IMPOWER se reserva el derecho de estar presente para explicar lo que está escrito y el derecho de cobrar por el costo administrativo de las copias.
- Además, tiene derecho a acceder a sus registros para fines de revisión y aclaración. Lea el Aviso de privacidad para obtener más información.
- Puede presentar una reclamación comunicándose con el gerente del programa de Servicios para pacientes ambulatorios. Sus servicios no se cancelarán ni se verán afectados de ninguna manera si presenta una reclamación.
- Presentar una queja o reclamación si no está satisfecho con nuestros servicios, si no está satisfecho con el resultado de su queja o si siente que se han infringido sus derechos. La reclamación debe ser

escrita y se debe presentar al director del Programa, quien volverá a responder dentro de 14 días. Si aún no está satisfecho, puede apelar por escrito al vicepresidente de Gestión de Calidad en 2290 N. Ronald Reagan Blvd, Suite 116 Longwood, FL 32750.

- Los clientes, clientes potenciales y acompañantes que crean que han sido víctimas de discriminación por motivos de discapacidad en la provisión de beneficios o servicios pueden presentar una reclamación por escrito de discriminación dentro de los 180 días posteriores a los presuntos actos discriminatorios ante los Departamentos de Derechos Civiles del DCF, HHS y el Departamento de Justicia de los Estados Unidos (USDOJ), y la Sección de Derechos de Discapacidad del USDOJ.

Tiene la opción de presentar reclamaciones ante agencias externas a IMPOWER

Si cree que ha sido víctima de discriminación por motivos de discapacidad, puede comunicarse con las agencias que se indican a continuación:

- **Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Niños y Familias al 850-487-1901; 850-922-9220 (TDD)**
- **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos 404-331-2867; 404-562-7888 (TDD)**
- **Departamento de Justicia de los Estados Unidos (USDOJ) 202-307-0690; 202-307-2027 (TTY)**
- **Sección de Derechos de Discapacidad del USDOJ 800-514-0301; 800-514-0383 (TTY)**

Si usted es menor de edad (menor de dieciocho años) y siente que ha sido maltratado o abusado, puede comunicarse con el Registro de Abusos de Florida al 1-800-962-2873

Si usted es cliente de un programa del Departamento de Justicia Juvenil que tiene dieciocho años o más, y siente que ha sido maltratado o abusado, puede comunicarse con el Centro de Comunicaciones Centrales al 1-800-355-2280

Si usted es un adulto que recibe servicios y siente que se han infringido sus derechos, puede comunicarse con el Consejo de Defensa Local al 407-245-0400

Central Florida Behavioral Health Network: (877) 355-2377

Central Florida Cares Health System:

- 844-302-0433
- <http://centralfloridacares.org/> o <http://centralfloridacares.ethicspoint.com>
- Código QR para el dispositivo móvil



SUS RESPONSABILIDADES

Asistencia:

Se requiere que asista de manera regular a las citas programadas. Si no puede asistir a una cita, llame antes de esta para reprogramarla. Si tiene 2 faltas a citas o cancelaciones tardías, será dado de baja de los servicios.

Participación:

se requiere que participe en el tratamiento y que siga las recomendaciones que se desarrollaron con usted hasta el final del tratamiento.

Notificación:

deberá notificar a IMPOWER de cualquier cambio en su dirección o número de teléfono y seguro para que su información de contacto y de pago permanezca actualizada.

Pago:

usted es responsable de pagar los servicios, copagos o deducibles no pagados por su seguro.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LA AGENCIA

Le proporcionaremos un tratamiento consistente y de alta calidad a usted y a su familia (si corresponde). Si es necesario cancelar una sesión, el médico se lo notificará con antelación.

Mantendremos un registro escrito preciso del tratamiento que brindamos.

Tenemos derecho a suspender los servicios si usted no cumple con sus responsabilidades o si creemos que se ha alcanzado el máximo beneficio. Si IMPOWER interrumpe su tratamiento y aún necesita ayuda, se lo derivará a otra agencia que pueda ayudarlo.

IMPOWER es responsable de garantizar que el personal esté calificado y capacitado. Nuestro personal también puede proporcionar capacitación que incluye, entre otros, lo siguiente: técnicas de comportamiento, técnicas de reducción de la intensidad, ética profesional, sensibilidad cultural y lingüística, servicios personales y centrados en la familia, patógenos sanguíneos, VIH/SIDA, manejo de crisis y manejo de conflictos. Se requiere que el personal de IMPOWER tome un mínimo de 20 horas de capacitación continua para estas áreas y más cada año.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE
PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU
INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE
TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN
LÉALO CON ATENCIÓN**

NUESTRO DEBER DE SALVAGUARDAR SU "INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA"

Para proporcionar un tratamiento eficaz, debemos recopilar y registrar información acerca de usted. La mayor parte de esta información es "Información médica protegida" (PHI). La PHI incluye información de identificación individual sobre su afección o salud física o mental pasada, presente o futura, la prestación de atención médica o el pago de los servicios de atención médica. Estamos obligados a extender ciertas protecciones a su PHI y a darle este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad donde se explica cómo, cuándo y por qué podemos usar o divulgar su PHI. Excepto en circunstancias específicas, debemos usar o divulgar únicamente la PHI mínima necesaria para lograr el propósito previsto del uso o divulgación.

Estamos obligados a seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso, aunque nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento. Puede solicitar una copia del nuevo Aviso a cualquier personal de IMPOWER o en cualquier oficina de IMPOWER. También está publicado en nuestro sitio web en

www.impowerfl.org

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Usamos y divulgamos información médica personal por una variedad de razones. Tenemos derecho limitado de usar y/o divulgar su PHI para fines relacionados con tratamientos, pagos, operaciones de atención médica u otros fines permitidos o requeridos por la ley. Para otro tipo de usos, debemos contar con su autorización por escrito, a menos que la ley nos permita o nos exija hacer el uso o divulgación sin su autorización.

Si divulgamos su PHI a una entidad externa para que esa entidad realice una función en nuestro nombre, debemos

contar con un acuerdo de la entidad externa en el que se indique que extenderá el mismo grado de protección de privacidad a su información que debemos aplicar a su PHI. También somos responsables los usos y las divulgaciones, así como de la documentación de estos para que estén disponibles para usted si lo solicita. Sin embargo, la ley establece que se nos permite hacer algunos usos o divulgaciones sin su consentimiento o autorización. A continuación, se describen y se ofrecen ejemplos de los posibles usos/divulgaciones de la PHI.

USOS Y DIVULGACIONES RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS, PAGOS U OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Por lo general, podemos usar o divulgar su PHI de la siguiente manera:

Para tratamientos:

podemos divulgar su PHI a consejeros, analistas del comportamiento, técnicos y otro personal de atención médica que participa en su atención médica.

Por ejemplo, su PHI se compartirá entre los miembros de su equipo de tratamiento o con nuestros supervisores clínicos. Su PHI también puede compartirse con entidades externas que realizan servicios auxiliares relacionados con su tratamiento, como un psiquiatra para el manejo de medicamentos o agencias comunitarias de salud mental involucradas en la provisión o coordinación de su atención, como un administrador de casos.

Para la obtención de pagos:

podemos usar y divulgar su PHI para facturar y cobrar el pago de los servicios de atención médica. Por ejemplo, podemos comunicarnos con su plan de salud, como Medicaid, o con una aseguradora privada para que nos paguen por los servicios que le proporcionamos.

Para operaciones de atención médica:

podemos usar y divulgar su PHI durante el funcionamiento de nuestros programas comunitarios de salud mental y bienestar infantil. Por ejemplo, podemos usar su PHI para evaluar la calidad de los servicios prestados o divulgarla a nuestro contador o abogado para fines de auditorías. Dado que somos un sistema de varias capas, podemos divulgar su PHI al personal designado en nuestras otras instalaciones, programas o nuestra oficina central con fines similares. La divulgación de su PHI a agencias estatales también podría ser necesaria para determinar su elegibilidad para los servicios financiados con fondos públicos. También podemos divulgar la PHI a otros proveedores de atención médica o planes de salud con fines similares.

Recordatorios de citas:

a menos que nos proporcione instrucciones alternativas, podemos enviarle recordatorios de citas y otros materiales similares a su casa. También es posible que le llamemos para recordarle sus citas. Si no desea que procedamos de esta manera, informe a su médico clínico para que podamos tomar las medidas adecuadas.

Comunicaciones por Mensajes de Texto y Recordatorios de Citas

IMPOWER ofrece a los clientes la opción de recibir recordatorios de citas y notificaciones relacionadas con los servicios a través de mensajes de texto (SMS). La participación en los servicios de mensajería de texto es voluntaria y requiere el consentimiento del cliente para inscribirse. Los mensajes de texto pueden incluir recordatorios de próximas citas, actualizaciones de programación u otras comunicaciones administrativas relacionadas con los servicios proporcionados por IMPOWER. La frecuencia de los mensajes variará según la programación de citas y las necesidades del servicio. Los clientes pueden optar por dejar de recibir mensajes de texto en cualquier momento respondiendo STOP a cualquier mensaje recibido. Para obtener ayuda con los servicios de mensajería de texto, comuníquese directamente con IMPOWER.

Pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes y datos según el plan del proveedor de telefonía móvil del destinatario. Los proveedores móviles no son responsables por mensajes retrasados o no entregados.

Protección de la Información Móvil

IMPOWER respeta la privacidad de las personas que eligen recibir comunicaciones por mensajes de texto. Ninguna información móvil será compartida con terceros o afiliados para fines de marketing o promoción. Se permite compartir información con subcontratistas que brindan servicios de apoyo a IMPOWER, como atención al cliente o proveedores de tecnología que facilitan la entrega de mensajes de texto, únicamente en la medida necesaria para operar el servicio de mensajería.

Los datos de consentimiento y de inscripción del originador de mensajes de texto no se compartirán con terceros, excepto con los agregadores y proveedores de los servicios de mensajería de texto utilizados para entregar estas comunicaciones.

Todas las categorías anteriores de intercambio de información excluyen los datos de consentimiento y de inscripción del originador de los mensajes de texto; esta información no se compartirá con terceros que no sean agregadores y proveedores de servicios responsables de entregar mensajes de texto en nombre de IMPOWER.



USOS Y DIVULGACIONES DE PHI DE REGISTROS DE SALUD MENTAL QUE NO REQUIEREN CONSENTIMIENTO NI AUTORIZACIÓN

La ley establece que podemos usar y divulgar la PHI de los registros de salud mental sin consentimiento ni autorización en las siguientes circunstancias:

Cuando lo exija la ley:

podemos divulgar la PHI cuando la ley nos exige que reportemos información sobre sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica, o relacionada con una presunta actividad criminal, o en respuesta a una orden judicial. También debemos divulgar la PHI a las autoridades que supervisan el cumplimiento de estos requisitos de privacidad.

Para evitar una amenaza contra la salud o seguridad:

con el fin de evitar una amenaza grave contra la salud o la seguridad, podemos divulgar la PHI según sea necesario a las autoridades del orden público u otras personas que puedan prevenir o disminuir razonablemente la amenaza de daño.

Para actividades de salud pública:

podemos divulgar la PHI cuando se nos exija recopilar información sobre enfermedades o lesiones, o para informar estadísticas vitales a la autoridad de salud pública.

Para actividades de supervisión de la salud:

podemos divulgar su información médica a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Las agencias de supervisión incluyen agencias gubernamentales que supervisan el sistema de atención médica, programas de beneficios gubernamentales como Medicare o Medicaid, otros programas gubernamentales que regulan la atención médica y leyes de derechos civiles.

USES AND DISCLOSURES OF PHI REQUIRING AUTHORIZATION

Para usos y divulgaciones más allá de los propósitos de tratamiento, pago y operaciones, estamos obligados a obtener su autorización por escrito, a menos que el uso o divulgación sea parte de una de las excepciones descritas a continuación. Las autorizaciones pueden revocarse en cualquier momento para detener futuros usos/divulgaciones, excepto en la medida en que ya hayamos emprendido una acción sobre los usos/divulgaciones que usted haya autorizado previamente.

Para fines de investigación:

en determinadas circunstancias, y bajo la supervisión de una junta de privacidad, podemos divulgar la PHI al personal de investigación y a sus designados para ayudar en la investigación médica/psiquiátrica.

Para funciones gubernamentales específicas:

podemos divulgar la PHI del personal militar y veterano según lo requieran sus autoridades, a centros penitenciarios o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley si usted está bajo su custodia, a programas de beneficios gubernamentales relacionados con la elegibilidad y la inscripción, y por razones de seguridad nacional, como la protección del presidente.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN QUE USTED TENGA OPORTUNIDAD DE OBJETAR

Podemos divulgar una cantidad limitada de su PHI si le informamos acerca de la divulgación con anticipación y usted no se opone, siempre y cuando la divulgación no esté prohibida por la ley.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Usted tiene los siguientes derechos en relación con su información médica protegida:

Solicitar restricciones sobre usos/divulgaciones:

tiene derecho a solicitar que limitemos la manera en que usamos o divulgamos su PHI. Consideraremos su solicitud, pero no estamos obligados a aceptar la restricción. En la medida en que aceptemos cualquier restricción sobre el uso o la divulgación de la PHI, estableceremos el acuerdo por escrito y lo cumpliremos, excepto en situaciones de emergencia. No podemos aceptar la limitación de los usos/divulgaciones que exige la ley.

Elegir cómo nos comunicamos con usted:

tiene derecho a solicitar que le enviemos información a una dirección alternativa o por un medio alternativo. Debemos aceptar su solicitud siempre que esto sea razonable. No es necesario que nos dé una razón, pero debe especificar cómo o dónde quiere que nos comuniquemos con usted.

Inspeccionar y solicitar una copia de su información médica:

a menos que se restrinja el acceso a sus registros por razones de tratamiento claras y documentadas, tiene derecho a que su información médica se utilice para tomar decisiones sobre su atención previa solicitud por escrito. Por lo general, esto incluiría registros clínicos y de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia. Responderemos a su solicitud en un plazo de 30 días. Si le negamos su acceso, le daremos razones por escrito para la denegación y le explicaremos cualquier derecho a revisar la denegación. Si desea obtener copias de su información médica, se le puede imponer un cargo por las copias, según las circunstancias. Tiene derecho a elegir qué partes de su información desea copiar y a obtener información sobre el costo de las copias con antelación.

Para solicitar una modificación de su PHI:

si considera que hay un error o una falta de información en nuestro registro de su PHI, puede solicitar por escrito que corrijamos o agreguemos algo al registro. Le responderemos dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud. Podemos denegar la solicitud si determinamos que la PHI:

- (1) es correcto y está completa;
- (2) no la creamos nosotros o no es parte de nuestros registros, o;
- (3) no se permite su divulgación.

En cualquier denegación se expondrán los motivos de la denegación y se explicarán sus derechos para que la solicitud y la denegación se anexen a su PHI, junto con cualquier declaración en respuesta que usted proporcione. Si aprobamos la solicitud de enmienda, cambiaremos la PHI, le informaremos a usted y a otras entidades que necesiten saber sobre el cambio en la PHI.

Para saber qué divulgaciones se han hecho:

tiene derecho a recibir una lista de cuándo, a quién, con qué propósito y qué contenido de su PHI se divulgó, excepto los casos de divulgación para tratamiento, pago y operaciones; divulgaciones para usted, su familia; o en virtud de su autorización por escrito. La lista tampoco incluirá ninguna divulgación hecha con fines de seguridad nacional, a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley o centros correccionales, o divulgaciones hechas antes del 14 de abril de 2003. Responderemos por escrito a su solicitud de dicha lista dentro de los 60 días posteriores a su recepción. Su solicitud puede estar relacionada con divulgaciones que se remontan a seis años. No habrá ningún cargo por hasta una lista de este tipo por año. Nos reservamos el derecho de cobrar por solicitudes más frecuentes.

Tiene derecho a recibir este aviso:

tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso y/o una copia electrónica por correo electrónico si lo solicita.

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN SOBRE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Si cree que infringimos sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información médica protegida, puede presentar una queja ante la persona que se detalla a continuación. También puede presentar una reclamación por escrito ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en 200 Independence Avenue SW, Washington D.C., 20201. No tomaremos ninguna represalia contra usted si presenta tales reclamaciones.

PERSONA DE CONTACTO PARA OBTENER INFORMACIÓN O PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

Si tiene preguntas sobre este Aviso o cualquier reclamación sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con nosotros a:

Administradores del Programa 2290 N Ronald Reagan

Blvd Suite 116, Longwood, FL 32750

407- 215-0095

Directores del Programa 2290 N Ronald Reagan

Blvd Suite 116, Longwood, FL 32750

407-215-0095

Oficina administrativa

Vicepresidente de Calidad 2290 N Ronald Reagan Blvd

Suite 116, Longwood, FL 32750

407-215-0095

Números de teléfono y sitios web que pueden resultarle útiles:

Línea directa contra abuso infantil de Florida — 1-800-96-ABUSE (22873)

Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (AHCA) - 1-888-419-3456

Oficina regional del Programa contra el consumo de alcohol, drogas y de salud mental – 407-317-7010

Oficina Regional del Departamento de la Infancia y las Familias - 407-317-7000

Oficina de Derechos de las Personas con Discapacidad - 800-342-0823

www.impowerfl.org — IMPOWER

www.apa.org — Asociación Americana de Psicología

www.dcf.state.fl.us — Departamento de Niños y Familias de Florida

www.flpic.org — Socios en crisis

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

www.psych.com — Asociación Americana de Psiquiatría

www.nami.com — Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales



Central Florida Cares
Health System



**Brevard Family
Partnership**
Protecting Children, Strengthening Families, Changing Lives.

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido la copia anterior del Manual del cliente ambulatorio.

Firma:

Relación
con
el
cliente

Select