



Consentimiento para Tratamiento de Salud Conductual

La aplicación se realiza para la admisión voluntaria del abajofirmante para los servicios de paciente externo de Salud Conductual de Stigler Health and Wellness Center, Inc.

Yo certifico que tengo 18 años de edad o más. Admisión voluntaria podrá llevarse a cabo para cualquier persona de (18) años de edad o más con su propia firma. Cualquier persona con al menos 14 años de edad podrá ser admitida bajo el consentimiento de tal persona y el consentimiento de los padres o guardianes de la persona.

Todas las personas recibiendo servicios de esta facilidad deberán retener los derechos, beneficios, y privilegios garantizados bajo las leyes y constitución de el Estado de América, con excepción de aquellos que específicamente han perdido esos derechos por el proceso de la ley. OS 43A, Sección 1-103(h).

- Todas las personas deberán tener derechos garantizados por la Declaración de Derechos del Consumidor de Abuso de Sustancias, al menos que una excepción sea específicamente autorizada a estos estándares o por una orden de la corte de jurisdicción competente.
- Yo entiendo que mis archivos de tratamiento pueden ser sujetos a revisión por fuentes de fondos y cuerpos acreditados para verificar y evaluar los servicios realizados.

Yo entiendo que OS 43A, Sección 4-201 requiere que cada consumidor de la agencia sea cobrado por el cuidado y los tratamientos proveídos. No se le negará el tratamiento a ningún individuo por su inhabilidad para pagar, OS 43A, Sección 4-202.

Fecha de Nacimiento: _____ Paciente #: _____ M F

Domicilio: _____ Condado: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Contacto Primario#: _____ Contacto Secundario #: _____

Nombre del Guardián: _____

Números del Guardián: _____ Relación al Consumidor: _____

Contacto de Emergencia: _____ Número de Emergencia #: _____

Referido Por (padre, escuela, si mismo, ect.): _____

Nombres y Credenciales de todos los Profesionales Clínicos que estarán dando sus servicios:

Individual: _____ Familia: _____ Grupo: _____

Nombre Escrito del Consumidor Fecha Firma del Consumidor Fecha

Nombre Escrito del Padre ó Guardián Fecha Firma del Padre ó Guardián Fecha

Firma del Testigo (Clínico Profesional) Fecha

Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiiiano/ Islas del Pacífico
Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano/Latino

Client Name: _____ Date _____ Patient #: _____



**Cuestionario para el Paciente
Pensamientos y Conductas – (Adultos)**

Favor de marcar(✓) cada que tanto ocurren estas conductas:

	Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente
1. La vida no tiene esperanza.				
2. Me siento solo(a).				
3. Nadie se preocupa por mí.				
4. Soy un fracaso.				
5. A la mayoría de la gente le desagrado.				
6. Me quiero morir.				
7. Quiero hacerle daño a alguien.				
8. Soy un(a) estúpido(a).				
9. Me estoy volviendo loco(a).				
10. No me puedo concentrar.				
11. Estoy deprimido(a).				
12. Dios está decepcionado de mí.				
13. No puedo ser perdonado(a).				
14. Por qué soy tan diferente?				
15. No puedo hacer nada bien.				
16. Gente oye mis pensamientos.				
17. No tengo emociones.				
18. Alguien me está observando.				
19. Estoy fuera de control.				
20. Siento que otros están en mi contra.				
21. Penoso(a)/evitativo(a)/retirado(a)				
22. Cambios de humor.				
23. Hago cosas sin pensar.				
24. Irritable				
25. Juicio alterado.				
26. Olvidadizo(a).				
27. Ataques de pánico.				
28. Preocupación, fobia y miedo excesivo.				
29. Confusión.				
30. Llanto incesante.				

Client Name: _____ Date _____

Patient # _____



EXAMEN Y EVALUACION INICIAL (Parte I)

1. Por qué nos ha contactado? Qué problemas está teniendo? Qué espera usted sacar del tratamiento?

2. Cuanto tiempo tienen molestándole los problemas mencionados?

1 semana _____ Algunas semanas _____ 1 Mes _____ Algunos meses _____ 1 año o más _____ Desconozco _____

Sí _____ No _____ 3. Actualmente está tomando medicamento por razones de salud mental? Si es así, favor de listar: _____

Sí _____ No _____ 4. Por el momento se encuentra sin medicamento?

Sí _____ No _____ 5. Alguna vez ha sido miembro de Tratamiento Diario o un Club de tratamiento?

Sí _____ No _____ 6. Alguna vez ha sido hospitalizado por razones de salud mental?

Si es así, nombre del hospital _____ Diagnóstico: _____ Fecha: _____

Sí _____ No _____ 7. Alguna vez ha sido cliente de alguna clínica de salud mental?

Si es así, nombre de la clínica? _____

Sí _____ No _____ 8. Siente que si no se le atiende hoy mismo podría dañarse a si mismo? Como? _____

Sí _____ No _____ 9. Siente que si no se le atiende hoy mismo podría dañar a otra persona? Quien? _____

Sí _____ No _____ 10. Escucha sonidos o voces que otros no escuchan? Qué? _____

Sí _____ No _____ Si es que son voces, le dicen que se dañe a si mismo o dañe a otros?

Sí _____ No _____ 11. Ve personas o cosas que no están ahí o que otros no ven? Qué? _____

Sí _____ No _____ 12. Está sintiendo síntomas de retracción del alcohol o drogas?

Si es así, favor de listar la(s) droga(s) y síntomas: _____

Sí _____ No _____ 13. Actualmente es víctima de abuso sexual o de abuso físico?

Si es así, cuando fue su último abuso? _____

Sí _____ No _____ 14. Recientemente usted ha sentido algún dolor?

Si es así, donde se encuentra localizado el dolor? _____

Firma del Clínico

Fecha

Client Name:	Chart #:
---------------------	-----------------



Historial de Salud y Medicamentos

Sí ___ No ___ Está usted tomando algún medicamento (prescrito, o a su vez medicamento “sin receta”) en el tiempo presente?

Si es así, favor de enlistar:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PROPOSITO	UNIDADES/DOSIS	PRESCRITO POR	FECHA Qué INICIO	COMO LE AYUDA	EFFECTOS SECUNDARIOS
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Sí ___ No ___ En el presente, usted está siendo tratado por algún problema medica o quirurgico?

Si es así, favor de explicar:

Quien es su medico(s) personal? _____ Fecha del último examen físico: _____

Usa tabaco? Si ___ No ___ Paquetes/diarios ___ / ___ Otro: _____

Usa alcohol? Si ___ No ___ Cuanto _____ Qué tan seguido _____

Usa drogas? Si ___ No ___ Drogas Intravenosas? Si ___ No ___ Fecha del último uso? _____

Qué tipo(s) usa _____ Qué tan seguido _____

Si ___ No ___ Ha tenido algún cambio reciente en apetito o peso? Si es así, favor de explicar: _____

Si ___ No ___ Ha tenido algún cambio reciente en los patrones del sueño? Si es así, favor de explicar: _____

Si ___ No ___ Usa algún dispositivo de tecnología de asistencia tal como un marca-pasos, dispositivo auricular, caña, etc:

Si es así, favor de enlistar: _____

Firma del Cliente (Guardian)

Fecha

Clinico

Fecha

Patient Name:	Patient #
----------------------	------------------



CONSENTIMIENTO DE INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD

Por favor identifique a la persona o personas a las que autoriza se le libere su Informacion Protegida de Salud (ya sea informacion oral o grabada) del Centro de Bienestar de Stigler, Inc. (SHWC) Esto puede incluir a su pareja, padres, hermanos, hijos, amigos o guardianes. Por favor enliste abajo:

NOMBRE	RELACION	# TELEFONO DE CASA	# CELULAR

El Centro de Bienestar de Stigler, Inc. require de su permiso para dejar mensajes en cuanto a su Informacion Protegida de Salud (resultados de exámenes, instrucciones, citas, recordatorios, etc.)

Favor de checar las cajas apropiadas:

_____ **Si**, SHWC **puede** dejar mensajes en mi contestadora o correo de voz en cuanto a mi Informacion Protegida de Salud.

Comentario: _____

_____ **No**, SHWC **no puede** dejar mensajes en mi contestadora o correo de voz en cuanto a mi Informacion Protegida de Salud.

Firma del Paciente

Fecha

Escriba el Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Patient #

Patient Name

Esta autorizacion se mantendra en efecto hasta ser revocada.



Stigler Health & Wellness Center, Inc.

Servicios de Salud Conductual

MANUAL DEL CONSUMIDOR

Stigler Health & Wellness Center, Inc.

Tabla de Contenido

A. Declaración de Nuestra Misión.....	4
B. Código de Ética.....	4
C. Derechos del Consumidor.....	4
D. Confidencialidad de los Archivos del Consumidor.....	5
E. Aviso al Consumidor Sobre Prácticas de Salud/Información(HIPAA).....	6
F. Procedimiento para Quejas/Agravios/Apelación.....	7
G. Información de Orientación para el Consumidor.....	9
H. Expectaciones del Consumidor.....	10
I. Educación sobre VIH/SIDA/Enfermedades Venereas.....	10
J. Servicios y Apoyo de Bienestar/Educación de Salud del Cliente y Familia.....	11
K. Darse de Alta de Tratamiento.....	11
L. Consentimiento para dar Seguimiento.....	12
M. Acuso de Recibo.....	12

Estimado Consumidor,

Gracias por permitir que nuestro personal calificado le asista en su jornada de sobrepasar los obstáculos para disfrutar de una vida saludable, feliz y productiva. Stigler Health and Wellness Center, Inc. se dedica a proveerle un plan de cuidado comprensivo que sea de acuerdo a sus necesidades.

Es la misión de Stigler Health and Wellness Center, Inc. mejorar la calidad de vida de las personas de Oklahoma. Estamos comprometidos a brindarle servicios de calidad a todos los pacientes de nuestra area.

Como parte de su Orientación al Consumidor, se discutirán varias cuestiones. Se le hará una evaluación Bio-PsicoSocial para determinar todas sus necesidades y tomar el curso de tratamiento adecuado. La evaluación generalmente consiste de varias preguntas sobre varios aspectos de su vida.

De la información que se junte, con su asistencia, se le desarrollará un plan de tratamiento individual para identificar comportamientos específicos que usted quiera tocar con su equipo. Estas metas y objetivos que serán mutuamente identificados se verán en una variedad de escenarios que podrán incluir terapias Individuales, Familiares o en Grupo. Favor de notificarle al personal si necesitas de un servicio en específico.

Típicamente, el consumidor se da de alta de los servicios cuando sus metas individuales sean logradas. Su equipo de tratamiento podrá comenzar a discutir sobre el criterio para darle de alta en su cita inicial, para que todos los involucrados puedan mantenerse enfocados en la resolución del problema. Si en algún momento durante el curso de su tratamiento usted siente que le gustaría descontinuar los servicios, favor de notificarle a alguien de su equipo de tratamiento para que le puedan informar de los procedimientos de transición.

Debajo puede encontrar la información de contacto para la oficina de Stigler Health and Wellness Center, Inc. el horario hábil administrativo es de 8am a 5pm. Si usted tiene una emergencia y es después de horas hábiles favor de llamar al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana.

Usted puede encontrar información adicional sobre Stigler Health and Wellness Center, Inc. en nuestro sitio www.thwcinc.com.

**Horario Hábil Administrativo: 8am-5pm
Horario de los Profesionales Clínicos: Varía**

Stigler, OK Teléfono- 918.967.3368	Eufaula, OK 918.689.3333	Poteau 918.647.2155	Sallisaw 918.790.2653
Checotah, OK Teléfono-918.473.0048	Wilburton, OK 918.465.0005	Warner, OK 918.463.2931 x6239	

Nombre del Profesional Clínico: _____
de Contacto del Profesional Clínico: _____

La representante para coordinar cuestiones de quejas es con la Coordinadora CQI, Teresa Noah. El individuo con la autoridad para tomar decisiones sobre quejas y agravios en cuanto a salud conductual es también la coordinadora CQI, Teresa Noah y la Directora de Salud Conductual, Ashley A. Roberts, LPC. Teresa Noah se puede localizar en el 918.790.2653. Ashley A. Roberts se puede localizar en el 918.967.3368.

A. DECLARACIÓN DE NUESTRA MISIÓN:

Stigler Health and Center, Inc. se compromete a proveer servicios de salud de calidad para todos los pacientes del area.

B. CÓDIGO DE ÉTICA:

Los terapeutas de Stigler Health and Wellness Center, Inc se adhieren al Código de Ética de la Junta Reguladora.

El Código de Ética y Estándars de Práctica para la Asociación Americana de Consejería es un documento largo que se ha condensado para su información como un sumario de éticas con las cuales cumplirá Stigler Health and Wellness Center, Inc. Si en algún moment usted desea una copia complete de el Código de Ética, favor de contactar a nuestra oficina al 918.967.3368 y se le enviará uno por correo.

- Consejeros respetan la diversidad y no deben discriminar contra los consumidores por ninguna razón.
- Consejeros deben de hacer el esfuerzo para evita tener relaciones duales con los consumidores.
- Consejeros no deben de participar en ningún tipo de intimidación sexual con los consumidores.
- Consejeros deben de tomar medidas para proteger a los consumidores de trauma que resulte de interacciones durante el trabajo en grupo.
- Consejeros deben de terminar cualquier relación de consejería si se determina que no son capaces de asistirle.
- Consejeros deben mantener información relacionada a los servicios de consejería de manera confidencial, excepto bajo circunstancias muy específicas.
- Consejeros no deben revelar información de un miembro familiar bajo consejo a otro miembro familiar sin antes tener su consentimiento.
- Consejeros y el personal deben mantener confidencialidad con todos los archivos en todo momento.
- Consejeros deben de obtener permiso antes de grabar una sesión ó de transferir archivos.
- Consejeros no deben de participar en acoso sexual o recibir ganancias propias injustificadas, bienes o servicios.
- Consejeros deben de comunicarle a los miembros de un grupo que la confidencialidad no puede ser garantizada en trabajo en grupo.

C. DERECHOS DEL CONSUMIDOR

- Cada consumidor deberá retener todos los derechos, beneficios y privilegios garantizados por la ley excepto aquellos perdidos por el proceso de la ley.
- Cada consumidor tiene derecho de recibir servicios en un ambiente que provee privacidad, promueve dignidad personal, y otorgue la oportunidad para que el consumidor mejore su funcionamiento.
- Cada consumidor tiene el beneficio entero de HIPAA y los derechos de privacidad estatales.
- La liberación de información confidencial del consumidor será guiada por los estándares de confidencialidad en las siguientes secciones.
- Cada consumidor tiene el derecho de recibir servicios segun su condición en un lugar seguro, sanitario y con tratamiento humano sin importar la raza, religión, género, etnicidad, edad, grado de incapacidad, condición de incapacidad, estatus legal u orientación sexual.
- Ningún consumidor deberá ser humillado, negligido, o abusado de manera sexual, física, verbal, financieramente u otro tipo.
- Ningun consumidor deberá tener represalias o tampoco ser sujeto a cambios adversos en las condiciones de su tratamiento debido a que haya acertado sus derechos.

- Cada consumidor deberá recibir un plan de tratamiento de manera pronta, competente, apropiada e individualizada. El consumidor debe participar en sus programas de tratamiento y puede dar consentimiento u oponerse a dar consentimiento al tratamiento propuesto o servicios concurrentes. El derecho de dar o rehusar consentimiento puede ser truncado para aquellos consumidores que sean juzgados incompetentes por una corte de jurisdicción competente y en situaciones definidas como emergencias por la ley. Si el consumidor lo permite, se puede involucrar a la familia. Cada consumidor podrá tener acceso a información pertinente a las necesidades de su tratamiento con suficiente tiempo para tomar decisiones. La información será ofrecida de manera clara y comprensible. Los consumidores tendrán oportunidad para participar activamente en juntas de equipo y planeación de tratamiento.
- Los archivos de cada consumidor se tratarán de manera confidencial.
- Cada consumidor tendrá una voz en la selección de su proveedor de servicios. Las preferencias del consumidor se tomarán bajo consideración y se hará el esfuerzo para encontrar un proveedor alterno como sea determinado por los recursos disponibles. Si no hay recursos disponibles, se le hará una referencia si así lo desea el consumidor.
- Ningún consumidor deberá ser requerido participar en cualquier proyecto con fin de investigación o experimento médico sin su consentimiento informado como sea definido por ley. Rehusarse a participar no deberá afectar los servicios disponibles al consumidor. Si fuese a participar el consumidor, Stigler Health and Wellness Center, Inc. se adherirá a las guías de investigación y ética.
- Cada consumidor de Stigler Health and Wellness Center, Inc. tiene el derecho de la opinión por fuera ya sea médica, psiquiátrica o consulta legal bajo su propio costo ó el derecho de una consulta interna en Stigler Health and Wellness Center, Inc. sin costo. También se provee dirección para servicios de apoyo, abogacía, ayuda a sí mismo y legal.
- El consumidor tiene el derecho de saber por qué se le rehusa el servicio. En el caso que eso suceda, Stigler Health and Wellness Center, Inc. proveerá una explicación por escrito dando las razones por lo cuál no se dieron los servicios. Se darán las referencias apropiadas.
- Ningún consumidor será sujeto a la terminación innecesaria, inapropiada o insegura de tratamiento.
- El consumidor tendrá el derecho de acertar quejas con respecto a la infracción alegada de sus derechos. Consumidores deberán esperar una investigación y resolución a la infracción de sus derechos. Este proceso se da a conocer en la sección de Quejas del Consumidor de esta póliza.

Los derechos de arriba son con fin de usarse como una synopsis de la Declaración de Derechos de Servicios de Salud Mental y Abuso de Drogas o Alcohol. Una copia completa de los derechos OAC 450:15-3-6 hasta 450:15-3-25, es disponible sobre pedido.

D. CONFIDENCIALIDAD DE LOS ARCHIVOS DEL CONSUMIDOR

La confidencialidad de los archivos del consumidor son protegidos bajo la Ley Federal y por Regulaciones y Estatutos de Oklahoma. Información y/o copias de archivos que conciernen sobre el tratamiento pasado o presente o servicios que son rendidos por Stigler Health and Wellness Center, Inc. al consumidor al que se refiere no podrán ser divulgados a terceros a menos de que:

1. El consumidor, o aquellos autorizados por ley Federal o Estatal, consientan por medio de autorización por escrito a Stigler Health and Wellness Center, Inc.. para la liberación de tal información a terceros.
2. La revelación sea ordenada por la corte de jurisdicción competente y una copia de tal orden se le otorgue a Stigler Health and Wellness Center, Inc. antes de la revelación de Stigler Health and Wellness Center, Inc.
3. El clínico tiene el “deber de advertir” en el evento de que haya una situación peligrosa, en la opinión del clínico, y que el consumidor y/u otros se consideren que estén en peligro.

Leyes Federales y Regulaciones y Estatutos de Oklahoma no protegen ninguna información de ser reportada a la ley Estatal o autoridades locales que concierne sobre la sospecha de abuso a menores, violencia doméstica, maltrato a ancianos o negligencia.

En una crisis en la cual el consumidor esté bajo riesgo inminente de dañarse o dañar a otros, y un contrato de no-daños no sea factible, la autoridad local y/o el guardián contratado por el estado para los pacientes internados bajo tratamiento podrán ser contactados sin previa autorización del consumidor.

Violación de la Ley Federal y Regulaciones y/o Estatutos de Oklahoma es un crimen. Violaciones sospechadas pueden ser reportadas a los oficiales apropiados. (Véase 42 U.S.C. 290 dd-3 y 42 U.S.C. 290 ee-3 para Leyes Federales y 42 CFR Parte 2 para Regulaciones Federales.)

Stigler Health and Wellness Center, Inc. se adhiere a todos los requerimientos gubernamentales. Usted tiene el derecho a la privacidad y Stigler Health and Wellness Center, Inc. cuidará de su privacidad. Stigler Health and Wellness Center, Inc ha desarrollado un proceso de privacidad para el consumidor que protegerá su información personal. Si por alguna razón usted cree que Stigler Health and Wellness Center, Inc. ha violado su derecho a la privacidad del consumidor usted puede meter una queja formal con el siguiente:

Office of Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
1301 Young Street, Suite 1169
Dallas, TX 75202
Teléfono: (214) 767-4056
Fax: (214) 767-0342

Por favor, esté seguro de que Stigler Health and Wellness Center, Inc. lo valora como consumidor y que hará cualquier esfuerzo para asegurar su confidencialidad en todas las areas que aplican ya que ésta es nuestra prioridad.

E. AVISO AL CONSUMIDOR SOBRE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN DE SALUD (HIPAA) Y 42 CFR

ESTE AVISO DESCRIBE COMO INFORMACIÓN MÉDICA Y DE DROGAS Y DE ALCOHOL RELACIONADA CON USTED PUEDE SER UTILIZADO Y REVELADO Y COMO PUEDE GANAR ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

Información General

Información con respecto al cuidado de su salud, incluyendo el pago de su cuidado de salud, es protegido por 2 leyes federales:

- El Acto de Seguro de Salud y Portabilidad de 1996 ("HIPAA") 42, U.S.C., §1320d et. seq., 45 C.F.R. Partes 160 & 164, y
- Ley de Confidencialidad 42 U.S.C. § 290dd-2, 42 C.F.R. Parte 2.

Bajo estas leyes, Stigler Health and Wellness Center, Inc. no puede decirle a una persona fuera de Stigler Health and Wellness Center, Inc. que usted atiende el programa, ni tampoco puede Stigler Health and Wellness Center, Inc. revelar cualquier información que lo identifique como alguien que abusa alcohol o drogas, o revelar ninguna otra información protegida excepto como lo permita la ley federal.

Stigler Health and Wellness Center, Inc. debe obtener su consentimiento por escrito antes de que pueda revelar información sobre usted con propósitos de pago. *Por ejemplo*, Stigler Health and Wellness Center, Inc. debe obtener su consentimiento por escrito antes de revelarle información a su fuente de pago para ser pagados por los servicios. Generalmente, también firma un consentimiento escrito antes de que Stigler Health and Wellness Center, Inc. pueda compartir información con el propósito de tratamiento u operaciones del cuidado de salud. No obstante, la ley federal permite que Stigler Health and Wellness Center, Inc. revele cualquier información *sin* su permiso escrito en los siguientes instantes:

1. En conformidad a un acuerdo con una organización calificada de servicio/socio de negocio;
2. Para investigación, auditoría o evaluación;

3. Para reportar un crimen cometido en el local de Stigler Health and Wellness Center, Inc. o en contra del personal de Stigler Health and Wellness Center, Inc.;
4. Al personal médico en una emergencia médica;
5. A las autoridades apropiadas para reportar la sospecha de abuso a menores o negligencia;
6. Como sea permitido por una orden de la corte.

Por ejemplo, Stigler Health and Wellness Center, Inc. puede revelar información sin su consentimiento para obtener servicios legales o financieros, o a una facilidad médica para brindarle cuidado de salud a usted, siempre y cuando haya un acuerdo entre la organización de servicio calificado o como socio de negocio.

Antes de que Stigler Health and Wellness Center, Inc. pueda usar o revelar cualquier información sobre su salud de una manera que no se mencione arriba, deberán obtener por escrito su consentimiento para permitir que se haga cualquier revelación. Cualquier consentimiento por escrito puede ser revocado por usted por escrito.

Derechos del Consumidor con Respecto a Información de Salud

Bajo HIPAA usted tiene el derecho de solicitar restricciones en ciertos usos y revelaciones de su información de salud. Stigler Health and Wellness Center, Inc no es requerido que esté de acuerdo con ninguna de las restricciones que usted solicite, pero si está de acuerdo está obligado a ese acuerdo y no podrá revelar información que usted haya restringido excepto si es necesario en una emergencia médica.

Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en un lugar alternativo. Stigler Health and Wellness Center, Inc. acomodará tales peticiones que sean razonables y que no requerirán una explicación de usted. Bajo HIPAA usted también tiene el derecho de inspeccionar y copiar su propia información de cuidado de salud mantenida por Stigler Health and Wellness Center, Inc excepto en la medida que esa información contenga notas de consejería ó información compilada para el uso civil, criminal o audiencia administrativa o en otras circunstancias limitadas.

Bajo HIPAA usted también tiene el derecho de, con algunas excepciones, enmendar información de cuidado de salud mantenida por los archivos de Stigler Health and Wellness Center, Inc., y para solicitar y recibir una contabilidad de revelaciones de su información realizados por Stigler Health and Wellness Center, Inc. durante seis años previos a su solicitud. También tiene el derecho de recibir una copia en papel de éste aviso.

Deberes de la Organización

Stigler Health and Wellness Center, Inc. es requerido por ley mantener la privacidad de la información de su salud y de proveerle con aviso de sus deberes legales y prácticas de privacidad con respect a su información. Stigler Health and Wellness Center, Inc. es requerido por ley acatarse a los términos de este aviso. Stigler Health and Wellness Center, Inc. se reserve el derecho de cambiar los términos de este aviso y de hacer provisiones nuevas efectivas para toda la información de salud protegida que mantiene. Dichos cambios pueden ser comunicados a consumidores presents por medio de la provision de una copia del aviso con revisiones. Consumidores previos haciendo peticiones apropiados se le proveerá con una copia del aviso actualizado a la hora de la solicitud.

Reportar Quejas y Violaciones

Usted puede quejarse con Stigler Health and Wellness Center, Inc. y con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si usted cree que los derechos de su privacidad han sido violados bajo HIPAA. Tales quejas deben ser sujetos al procedimiento establecido por Stigler Health and Wellness Center, Inc. Usted no tendrá represalias por meter tal queja.

Violación de la Ley de Confidencialidad por un programa es un crimen. Si se sospechan violaciones de la Ley de Confidencialidad puede reportarlas al Procurador del Distrito de Estados Unidos en el distrito donde ocurre la violación. Para más información, puede contactar a un administrador de Stigler Health and Wellness Center Inc. al 918.967.3368 o a la Coordinadora de CQI, Teresa Noah al 918.790.2653.

F. PROCEDIMIENTO PARA QUEJAS/AGRAVIOS/APELACIÓN

Si alguna vez usted tiene algún problema con cualquiera de los empleados o con el funcionamiento de Stigler Health and Wellness Center, Inc. se le pide que reporte el agravio. Esto sirve dos propósitos; primero nos ayuda a corregir el problema, y segundo, esta información será usada para determinar que áreas están necesitando mejorar su rendimiento. Los procedimientos que conciernen quejas formales de Stigler Health and Wellness Center, Inc. son los siguientes:

- Es la responsabilidad del consumidor documentar lo ocurrido en una forma que provee Stigler Health and Wellness Center, Inc.
- La forma deberá ser enviada a Teresa Noah en 1505 East Main Street Stigler, OK 74462
- La forma deberá ser recibida en la oficina de Stigler dentro de 10 días de lo ocurrido.
- En el instante que el consumidor no sea capaz de llenar la forma, podrán contactar a la supervisora o la Directora de Operaciones, Brooke Lattimore para realizar la queja. Adicionalmente, Stigler Health and Wellness Center, Inc. le proveerá al consumidor el número de contacto de la Oficina del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de Oklahoma Abogacía al Consumidor para que puedan hablar con un partidario que no esté en relación directa con Stigler Health and Wellness Center, Inc. La información del contacto estará claramente en la forma que se le dará al consumidor.
- Teresa Noah es la coordinadora del procedimiento de quejas/agravios de Stigler Health and Wellness Center, Inc. Teresa Noah y la Directora de Salud Conductual, Ashley A. Roberts, LPC son responsables de tomar las decisiones en cuanto a la resolución de las quejas dentro de el Departamento de Salud Conductual. Teresa Noah conducirá las entrevistas e investigará el incidente de manera específica como sea necesitado. En el evento que Teresa Noah o la Directora de Salud Conductual, Ashley A. Roberts, LPC sean los sujetos de la queja, la Directora de Operaciones, Brooke Lattimore será la responsable de tomar decisiones con respecto a la resolución del agravio.
- Resolución de la queja/agravio se realizará dentro de 14 días de haber recibido la forma y una copia de la determinación se le enviará al consumidor.
- Si el consumidor no está satisfecho con la resolución, tiene el derecho de apelar la determinación del agravio, por escrito, dentro de 10 días hábiles de que se le haya notificado. La Directora de Operaciones, Brooke Lattimore entonces será la responsable de contactar un Recurso Humano externo para que comente en la determinación.
- Si el consumidor aun permanece insatisfecho con la resolución tiene el derecho de contactar a la oficina previamente mencionada de Abogacía al Consumidor.
- Meter una queja o reportar un agravio no resultará en represalias ni barreras al servicio.
- Todos las partes involucradas en el proceso de quejas/agravios tienen derechos y responsabilidades. Durante el proceso de investigación, el individuo acusado mediante el proceso tiene el derecho a:
 - A. Ser avisado sobre la naturaleza de la alegación
 - B. Ser avisado de la naturaleza de investigación
 - C. Ser entrevistado por cualquier partidario involucrado y dar su posición en cuanto a la alegación.
 - D. Presentar una declaración escrita en relación a la alegación.
 - E. Buscar consejo en otros medios sobre derechos y responsabilidades en la Oficina de Abogacía al Consumidor.

Un individuo acusado por el proceso de quejas/agravios deberá:

- A. Estar disponible y ser complaciente para entrevistas
- B. Abstenerse de cualquier acción que interfiera con la investigación

- C. Dar información pertinente y responder de manera completa y verídica a las preguntas que se le hagan
- D. Abstenerse de intencionalmente desviar la investigación

G. INFORMACIÓN DE ORIENTACIÓN PARA EL CONSUMIDOR

Acceso Despues de Horas:

Stigler Health and Wellness Center, Inc. no atiende llamadas de emergencia ó llamadas despues de horas hábiles. Acceso al personal de Salud Conductual de Health and Wellness Center es por cita. Usted como el consumidor está de acuerdo en contactar al personal de emergencias local (por ejemplo, 911, policía, ambulancia, etc.) si usted siente que se podrá hacer daño a sí mismo o a otros, en caso de una emergencia física, psicológica u otra.

Acciones de Custodia o Divorcio:

Los terapeutas de Stigler Health and Wellness Center Inc. no testifican en la corte con respecto a acciones de custodia o divorcio. Evaluaciones de custodia y el testimonio de expertos requieren de un procedimiento específico y de una relación diferente con el cliente a una relación terapéutica. En efecto, es inético para el terapeuta moverse de un rol de terapeuta a uno de dar consejo a la corte en cuanto a la habilidad del padre como tal, las necesidades del hijo o quien sería el “mejor” padre. Se diera el caso en que se necesitara este tipo de evaluación y testimonio, con gusto le referimos a un psicólogo experto en el area de servicio. Porque el gran riesgo de demandas y porque no lo vemos como algo apropiado participar en estos casos, una cuota minima de \$1,500 por medio día o menos se impondrá en caso de ser legalmente requeridos a testificar en cualquier procedimiento en la corte. Pedimos que por favor respete este límite profesional.

Poliza de Uso de Tabaco

Debido a los peligros que provienen del uso de productos de tabaco, es la poliza de Stigler Health and Wellness Center, Inc. de proveer un ambiente sin tabaco a todos los empleados, pacientes y visitas. Esta poliza cubre todas las formas de tabaco y aplica tanto a los empleados como a los visitantes no-empleados de SHWC. Esta poliza sirve como condición de empleo.

DEFINICIONES

- 1) No habrá uso de todas las formas de productos de tabaco, cigarros electrónicos, y cualquier otro tipo de product de vapor en los edificios o propiedad las 24 horas del día, los siete días de la semana.
- 2) Esta poliza aplica a todos los empleados, voluntaries, clientes, visitantes, vendedores, y otros negocios en SHWC las 24 horas del día, los siete días de la semana.
- 3) No habrá uso de tabaco en vehículos personales en o a los alrededores de SHWC las 24 horas del día, los siete días de la semana durante el horario de jornada laboral.
- 4) No habrá uso de tabaco en los vehículos del negocio las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Seclusión y Atamiento

Stigler Health and Wellness Center, Inc. no usa ningun método de seclusión, atamiento, restricción de derechos o cualquier otra intervención de trato especial bajo cualquier circunstancia, incluyendo detenciones de emergencia.

PROGRAMA DE MANEJO DE SEGURIDAD

POLIZA DE RESTRICCIÓN DE ARMAS EN LOS FACILIDADES

Es la poliza de la administración de Stigler Health and Wellness Center, Inc., que la posesión de armas,

incluyendo armas legales, son prohibidas en las propiedad de las clínicas y las propiedades que manejan. EXCEPTO: Oficiales de la Ciudad, Condado, Estado y agencias de Ley Federales.

Salud, Seguridad y Drogas Lícitas/Iícitas

Se se hace aparente que el consumidor se presenta bajo las influencias de drogas o alcohol durante una sesión de consejería e interfiere con la function cognitive para recibir tratamiento adecuado, se le pedirá que se retire de la propiedad de Stigler Health and Wellness Center, Inc. Si alguien viene a la propiedad de Stigler Health and Wellness Center, Inc. con drogas lícitas ó ilícitas, se le llamará a la policía de inmediato.

Si tiene alguna pregunta, queja, comentario en cuanto a esta información, favor de contactarse con la Coordinadora CQI, Teresa Noah al 918.790.2653.

H. EXPECTACIONES DEL CONSUMIDOR

Debido a la importancia y necesidad de el tiempo completo en el cuidado de salud de calidad es necesario que mantenga las citas que se le agendan. Para que los servicios en su tiempo sean lo más productivos posible, se le pide que esté de acuerdo con estas estipulaciones:

- Mantenga todas las citas agendadas con todos los profesionales clínicos.
- Llegue a tiempo a sus citas.
- Si no puede venir a su cita, favor de dar por lo menos aviso de 24 horas.

Si usted falla o no llama a más de 3 citas agendadas, se asumirá que los servicios que estamos proporcionando no son apropiados o efectivos para usted y podremos referirlo a otro agencia y discontinuar sus servicios.

Otra expectativas:

- Sobre la terminación necesitaremos al menos una sesión para hablar sobre esa decision.
- Si no ha visto a su doctor familiar, o no ha tenido un chequeo físico en el último año, se le recomienda que lo haga.
- Se le podrá pedir que realice una encuesta periódicamente. Esta información será utilizada para asegurar cuidado de calidad, para alcanzar sus metas, y medir la satisfacción del consumidor. Se le aprecia su participación mas no es requerida.

I. EDUCACIÓN VIH/SIDA

VIH es un virus que nunca desocupa el cuerpo una vez contraída. Muchos virus se quedan en el cuerpo por solo unos días pero cuando una persona sale positivo con VIH, siempre saldrá positivo. VIH significa Virus de Inmunodeficiencia Humana y con el tiempo infecta las células blancas sanguíneas, las cuales son las que ayudan al cuerpo a combatir ciertos tipos de infecciones y cánceres, dejando al cuerpo altamente susceptible a otras enfermedades.

Una vez que el VIH ha progresado suficiente que efectivamente debilita al cuerpo y el sistema immune, el portador usualmente se enferma de una o varias infecciones, tales como pneumonia o tuberculosis, que su cuerpo y sistema immune ya no pueden combatir. Cuando VIH ha progresado tanto así, se le llama SIDA, que significa Síndrome Inmune de Deficiencia Adquirida. El tiempo que toma de pasar de VIH a progresar a SIDA varía y puede tomar hasta 10 años o mas.

Tan seguido es el caso como con tantas enfermedades transmitidas sexualmente, de ser imposible notar si alguien tiene VIH y con muchos portadores que desconocen que están infectados. Las síntomas iniciales no son específicas, muchas veces se asemejan a las síntomas de la gripe o virus del flu, y pueden incluir:

- Fatiga

- Calentura
- Sarpullido
- Dolor de Cabeza
- Hinchazón en los Nódulos Linfáticos
- Dolor de Garganta

Estos síntomas no son maneras eficaces de diagnosticar VIH porque solo ocurrirán entre días y semanas de haber sido expuesto. Examinar para los anticuerpos de VIH es la única manera de saber si ha sido infectado.

La prueba del anticuerpo de VIH solo funciona después de que el sistema inmune de la persona infectada haya podido desarrollar los anticuerpos. La “ventana” entre la infección inicial y cuando los anticuerpos son detectable es entre 2 semanas a 6 meses. Por lo regular, la “ventana” dura 3 meses y las pruebas estándares de VIH durante este tiempo no son efectivos. Se recomienda que las personas que salen negativos de sus pruebas se hagan exámenes adicionales en 6 meses para evitar la “ventana” y poder obtener los resultados precisos.

Personas que están actuando con conductas riesgosas son mas probables de contraer VIH y otras enfermedades transmitidas sexualmente que personas que no lo hacen. Si usted o su pareja(s) sexual(es) hacen cualquiera de las siguientes cosas, usted está en riesgo y deberían examinarse.

- Cualquier tipo de contacto sexual sin protección
- Sexo con alguien que abuse drogas intravenosas
- Historia de enfermedades venéreas tales como herpes, Clamidia, gonorrhea y hepatitis
- Embarazo no planeado
- Víctima de as alto sexual
- Se desmayó después de tomar o drogarse y no recuerda que sucedió
- Compartió jeringas u otro equipo que penetra la piel

Si usted está interesado en contactar sitios donde le puedan hacer pruebas de manera confidencial donde usted y/o su pareja puedan recibir pruebas para VIH/SIDA, enfermedades venéreas y también más educación, contacte la oficina del Departamento de Servicios Humanos. Si usted, su pareja u otras parejas sexuales quisieran recibir consejería acerca de VIH y otras enfermedades, favor de notificarle a su professional clínico.

Oklahoma VIH/SIDA - 1800-535-2437 (TDD Disponible)

Nacional VIH/SIDA - 1800-243-7889 (TDD Available)

CDC (Centro de Control de Enfermedades) Nacional HIV/STD - 1800-342-2437 (TDD Disponible)

Nativos Americanos HIV/AIDS - 1800-238-2437

En Español HIV/AIDS - 1800-344-7432 (TDD Disponible)

Enfermedades Venéreas Nacional - 1800-227-8922 (TTY Disponible)

Asociacion Médica del Estado de Oklahoma: Para acceso s servicios medicos incluyendo: pruebas, dental, manejo de caso médicos y transportación – 1-405-843-9571

J. SERVICIOS DE APOYO Y BIENESTAR/EDUCACIÓN DE SALUD DEL CLIENTE Y FAMILIA:

Stigler Health & Wellness Center, Inc. proporciona educación de sale para el cliente y su familia. Esta será conducida con pacientes y familiars durante visitas regulares en oficina y por un equipo multidisciplinario incluyendo enfermeras, proveedores medicos, profesionales de salud mental, y se hará una referencia a un especialista si es que se necesita. El propósito de este servicio es de asegurar que el paciente y su familia reciban información apropiada y precisa y asistencia en referencia a su diagnosis, tratamiento, y comportamientos relacionados a alcanzar y mantener un estándar de vida

saludable. Podría solicitar educación de salud a su consejero de salud conductual y ellos podrán referir al profesional adecuado para asistirle con este servicio.

K. DARSE DE ALTA DE TRATAMIENTO DE SALUD CONDUCTUAL

Típicamente, consumidores se dan de alta de servicios cuando metas individuales se hayan logrado. El criterio para darses de alta se discute en la cita inicial para que usted y su equipo de tratamiento puedan enfocarse en la resolución del problema. Cuando usted alcance un nivel de funcionamiento determinado en la fase de planeación, podrá comenzar el consumidor con el procedimiento para darse de alta.

En ocasiones, el darse de alta puede ocurrir por otra razón que no sea haber terminado el tratamiento. En el caso que ha usted no se le ofrezcan ciertos servicios, usted tiene el derecho de saber por que se le rehusó el servicio en particular. Si en dado caso a usted se le niega algun servicio por parte de Stigler Health and Wellness Center, Inc. a usted se le proporcionará por escrito la razón por la cual se le negó cierto servicio. Usted como el consumidor no será sujeto a una terminación de su tratamiento que sea innecesario, inapropiado o que no sea seguro. Darlo de alta no se hará como castigo por demostrar síntomas de algún desorden.

Esta página será retenida por Stigler Health and Wellness Center, Inc. y puesta en el ARCHIVO DE SALUD CONDUCTUAL DEL CONSUMIDOR.

L. CONSENTIMIENTO PARA DAR SEGUIMIENTO

Sobre la terminación de servicios de este programa, podremos querer contactarlo sobre su estatus y para que conteste algunas preguntas sobre la satisfacción de los servicios recibidos. El propósito de esta información es para asegurar la continuación de cuidado y darle a Stigler Health and Wellness Center, Inc. información pertinente a las estadísticas. Usted puede revocar el permiso al darle aviso escrito a Stigler Health and Wellness Center, Inc. y explicar que quiere discontinuar el seguimiento. El seguimiento será igual para todas las personas sin importar el estatus de su referencia.

CONSENTIMIENTO: Yo **DOY** **NO DOY** (Por favor encierre uno)
 permiso a Stigler Health and Wellness Center, Inc. para contactarme por teléfono o por medio de carta para darle seguimiento o contestar preguntas sobre mi satisfacción con los servicios y sobre mi estatus actual.

M. ACUSO DE RECIBO DEL MANUAL DEL CONSUMIDOR

- Favor de poner iniciales para verificarlo recibido
- _____ Código de Ética
 - _____ Derechos del Consumidor
 - _____ Confidencialidad de Archivos del Consumidor
 - _____ Aviso de HIPAA/Quejas/Agravios (Proceso)
 - _____ Información de Orientación
 - _____ Expectativas del Consumidor
 - _____ Sesión de Educación de VIH/SIDA/EV
 - _____ Educación de Salud del Cliente y Familia
 - _____ Información de Referencias de VIH/SIDA/EV

Su pareja o usted desea recibir más información: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
HIV/AIDS/STD Education	HIV/AIDS/STD TESTING	Ct/Family Health Education
<input type="checkbox"/> Yo	<input type="checkbox"/> Yo	<input type="checkbox"/> Yo
<input type="checkbox"/> Pareja	<input type="checkbox"/> Pareja	<input type="checkbox"/> Pareja
<input type="checkbox"/> Ambos	<input type="checkbox"/> Ambos	<input type="checkbox"/> Ambos

El consumidor es menor de 21 años de edad? Sí No

Si la respuesta es sí, tiene permiso el terapeuta de Stigler Health and Wellness Center, Inc de verlo en la escuela? Sí No

Stigler Health and Wellness Center, Inc. ha estado proporcionando cuidado de salud de calidad a nuestras comunidades desde el 2005. Como un Centro de Salud Comunitario, ofrecemos servicios a aquellos con aseguranza privada, Medicare, Medicaid de Oklahoma/SoonerCare y también a los que no tienen suficiente aseguranza o los que no tienen, con tarifas basadas en el tamaño familiar e ingresos.

El abajofirmante reconoce que el/ella ha recibido una copia del Manual de Consumidor y que se le ha comunicado de manera con sentido. Además, ha leído y entiende este documento en su totalidad y también que certifica que está de acuerdo con los terminos y provisiones del mismo.

Nombre del Consumidor: _____ Número del Paciente: _____

Firma del Consumidor

Fecha

Firma del Padre o Guardián

Fecha

Testigo

Fecha