

Programa de Consejería para la Comunidad Methodist Hospital



Estimado Padre de Familia/Acudiente,

Recientemente, recibimos una remisión para servicios de consejería en nombre de su niño(a). Le estamos enviando esta carta con el entendimiento de que un representante de la escuela ya le ha contactado, explicando la razón de la remisión. Comprendemos que usted puede tener dudas o interrogantes que desearía discutir con nosotros antes de que nos reunamos con su niño(a). Por favor tenga la seguridad que nosotros no evaluaremos ni aconsejaremos a su niño(a) sin su conocimiento y autorización a menos que su niño(a) esté en una crisis emocional.

Apreciamos y respetamos su derecho de saber la naturaleza y metas de las sesiones de consejería que esperamos brindarle a su niño(a). Necesitamos reunirnos con su niño(a) por lo menos una vez para poder evaluar las necesidades de consejería de su niño(a) y desarrollar un plan inicial de consejería. Esperamos poder discutir el plan de consejería de su niño(a) con usted en persona o por teléfono. Su participación y opinión serán muy apreciadas.

El programa ha servido a los estudiantes de las Escuelas Públicas de Omaha por más de 20 años. Todos los servicios serán brindados por Profesionales Acreditados para la Salud Mental que son empleados de Methodist Hospital. Las formas de pago aceptables incluyen Medicaid, seguro privado o pago individual. Le exhortamos a que contacte a su proveedor de seguro para verificar la cobertura de nuestros servicios. Hay disponibilidad de asistencia financiera y planes de pago. Haremos lo posible por limitar su responsabilidad financiera. A nadie se le negará los servicios por no poder pagarlos.

Sírvase revisar la información adjunta. Llene y devuelva lo siguiente:

- Inscripción de Cliente
- Autorización y Consentimiento para Tratamiento
- Consentimiento para Liberar los Registros del Estudiante de las Escuelas Públicas de Omaha
- Acuse de Recibo de Aviso de las Prácticas de Privacidad
- Copia por ambos lados de su tarjeta de seguro si desea que presentemos reclamo a su seguro

Nos complacerá discutir cualquier duda y responder cualquier pregunta que usted pueda tener. Nuestra información de contacto y material adicional describiendo el Programa de Consejería para la Comunidad de Methodist Hospital están incluidos en el paquete. Esperamos hablar con usted pronto. Por favor recuerde que tenemos que tener todos los formularios arriba mencionados llenos y firmados para poder brindarle los servicios a su niño(a).

Gracias.



**COMMUNITY
COUNSELING
PROGRAM**

9239 W Center Road, Suite 201
Omaha, NE 68124-1900

402.354.6891

Fax: 402.354.8046

www.BestCare.org/CCP



Programa de Consejería para la Comunidad de Methodist Hospital

Inscripción del Cliente

Información del Cliente

Nombre del Cliente _____ Sufijo _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial)

Nombre Preferido _____

Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____ # de Seguro Social _____
mes/día/año

Raza _____ Blanco _____ Hispano/Latino _____ Negro o Africano Americano _____ Indio Americano o Nativo de Alaska
_____ Asiático _____ Nativo de Hawai u otra Isla del Pacífico _____ Otra

Estado Civil (Marque uno) Divorciado(a) Separado(a) Legalmente Casado(a) Soltero(a) Viudo(a)

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono Casa _____ Celular _____ Trabajo _____ Extensión _____
¿Se puede llamar? Sí No Sí No Sí No
¿Dejar mensaje? Sí No Sí No Sí No

Contacto en caso de emergencia

Relación con el cliente _____ Nombre _____

Teléfono Casa _____ Celular _____ Trabajo _____ Extensión _____

Segundo contacto en caso de emergencia

Relación con el cliente _____ Nombre _____

Teléfono Casa _____ Celular _____ Trabajo _____ Extensión _____

Responsable de la Cuenta

Relación con el cliente _____ Nombre _____

Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____ # de Seguro Social _____
mes/día/año

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono Casa _____ Celular _____ Trabajo _____ Extensión _____

Condición Laboral (Marque una) Militar Activo Tiempo Completo Desempleado Medio Tiempo Jubilado(a)
Independiente Desconocido

Empleador _____

PARA PODER PRESENTAR RECLAMOS AL SEGURO, LLENE LA SEGUNDA PÁGINA DE ESTE FORMULARIO E INCLUYA UNA COPIA DE AMBOS LADOS DE SU(S) TARJETA(S) DE SEGURO.

☐ Cliente / No tengo seguro

INFORMACIÓN DE SEGURO PRINCIPAL

Relación del Asegurado con el Cliente _____ Nombre _____

Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____ # de Seguro Social _____
mes/día/año

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono Casa _____ Celular _____ Trabajo _____ Extensión _____

Condición Laboral (Marque una) Militar Activo Tiempo Completo Desempleado Tiempo Parcial Jubilado(a)
Independiente Desconocido

Empleador _____

Nombre de la Compañía de Seguro _____ Número de Teléfono _____

Nombre del Grupo _____ # de Grupo _____ Fecha de Vigencia _____

de Póliza del Asegurado/Certificado _____ # de Certificado de Póliza del Cliente _____

INFORMACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO

Relación del Asegurado con el Cliente _____ Nombre _____

Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____ # de Seguro Social _____
mes/día/año

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono Casa _____ Celular _____ Trabajo _____ Extensión _____

Condición Laboral (Marque una) Militar Activo Tiempo Completo Desempleado Tiempo Parcial Jubilado(a)
Independiente Desconocido

Empleador _____

Nombre de la Compañía de Seguro _____ Teléfono _____

Nombre del Grupo _____ # de Grupo _____ Fecha de Vigencia _____

de Póliza del Asegurado/Certificado _____ # de Certificado de la Póliza del Cliente _____

For office use only

Counselor/Reviewed By _____ Date Scanned _____

Programa Comunitario de Consejería de Methodist Hospital

Autorización y Consentimiento para Tratamiento

Yo, el abajo cliente firmante, padre y/o acudiente legal de _____ (nombre del/la menor), por este medio doy mi autorización y consentimiento anuente a lo siguiente por la duración de la atención de consejería.

CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN DE CONSEJERÍA

Doy mi consentimiento, ya sea para mí o para el/la menor arriba mencionado(a), para recibir atención de consejería y tratamiento. Esto incluye o puede incluir;

Sírvase marcar todo lo que aplique: ☐ Individual, ☐ Familia, ☐ Consejería de parejas/relacional, ☐ Grupo _____
Tema del Grupo

Entiendo los posibles riesgos psicológicos involucrados en la sicoterapia y entiendo que la sicoterapia no es una ciencia exacta y que los resultados no se pueden garantizar. La sicoterapia es a menudo beneficiosa, pero como con cualquier tratamiento, hay riesgos inherentes. Durante la terapia, el cliente puede tener discusiones sobre asuntos personales que pueden traer a la superficie emociones incómodas tales como enojo, culpabilidad y tristeza. Algunos de los posibles beneficios son la mejoría de las relaciones personales, reducción en los sentimientos de angustia emocional y solución de problemas específicos. No se me ha prometido nada sobre los resultados del tratamiento.

Autorizo, ya sea para mí o para el/la menor arriba mencionado(a), a tener registros electrónicos para propósito de capacitación y supervisión de personal.

Además autorizo al Programa de Consejería Comunitaria de Methodist Hospital (MHCCP, por sus siglas en inglés), cualquier compañía de seguros o cualquier otra institución u organización a divulgar cualquier información necesaria para completar los formularios de seguro para la determinación de los beneficios pagables. Una fotocopia de esta autorización tendrá igual validez que su original.

Me han informado sobre las credenciales, certificaciones, experiencia, asociaciones profesionales, especialización y limitaciones del personal.

Entiendo que necesito dar información correcta sobre mi persona y/o el/la menor arriba mencionado(a) a mi personal clínico para que se pueda obtener un tratamiento efectivo. También acepto tomar una participación activa en mi proceso de tratamiento.

Los riesgos, beneficios, efectos secundarios, alternativas de tratamiento así como las consecuencias del incumplimiento con el tratamiento han sido discutidas conmigo y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Si corresponde, entiendo que es beneficioso para la consejería de un(a) menor que el consejero de MHCCP y el personal de la escuela o Centro de Salud Escolar compartan información acerca del/la menor. Sírvase marcar una:

☐ No corresponde

☐ Doy permiso para que el personal de MHCCP intercambie información con el personal de la escuela y/o el Centro de Salud Escolar (si corresponde) acerca de mi niño(a) y/o la atención de consejería de mi niño(a) por la duración de la atención de mi niño(a).

☐ No quiero que toda la información sea compartida entre el personal de MHCCP y el personal de la escuela y/o el Centro de Salud Escolar (si corresponde), pero permitiría que la siguiente información sea compartida: _____

☐ No, no quiero que ninguna información sea compartida con el personal de la escuela o el personal del Centro de Salud Escolar.

He leído y entiendo estos puntos y he recibido una explicación de este formulario de consentimiento:

Firma del Cliente

Nombre del Cliente en Letra Imprenta

Fecha

Firma del Padre de Familia/Acudiente

Nombre del Padre de Familia/Acudiente en Letra Imprenta

Fecha

Firma de Testigo

Nombre de Testigo en Letra Imprenta

Fecha

Methodist Hospital
Programa de Consejería Comunitaria
Escuelas Públicas de Omaha

2017 - 2018

Autorización para la Divulgación del Expediente Estudiantil

Las Escuelas Públicas de Omaha (OPS, por sus siglas en inglés) buscan apoyar a los estudiantes y familias y retirar las barreras para triunfar en la escuela. OPS trabaja con las organizaciones comunitarias del área de Omaha para brindar programas de apoyo para cumplir con las necesidades identificadas en el distrito de los estudiantes y las familias. Las organizaciones que trabajan con OPS tienen que monitorear e informar el progreso del estudiante en cuanto a las metas del programa.

El personal del programa examina la información del estudiante guardada por OPS. Los datos de fin de año es provista y el programa usa la información para monitorear y evaluar sus servicios. OPS tiene que aprobar cualquier investigación para estudiar el impacto de la participación en este programa comunitario utilizando la información del estudiante.

Se requiere la autorización de un padre de familia o acudiente del estudiante para que OPS libere la información estudiantil de los registros de educación de su hijo(a). Los estudiantes elegibles mayores de 18 años pueden dar su autorización para sus propios registros estudiantiles.

Al firmar este formulario, autorizo a las Escuelas Públicas de Omaha a liberar toda la información estudiantil enumerada a continuación al Programa de Consejería Comunitaria de Methodist Hospital. (Se requiere la firma y fecha abajo)

- Resumen de Estudiante/Información de Contacto de la Familia
- Asistencia
- Comunicación con el personal de la escuela sobre el progreso hacia las metas del programa
- Horario de Clases
- Calificaciones y Créditos

Esta Autorización para Liberar la información de los Registros Estudiantiles es válida para el año académico escolar de 2017-2018 y expira:

- el 31 de julio de 2018 o
- cuando se liberan los datos de fin de año
- Usted puede revocar su autorización para liberar en cualquier momento remitiendo una carta indicando su revocación a las Escuelas Públicas de Omaha, Servicios de Información Estudiantil, 3215 Cuming St., Omaha, NE, 68131.

Información del Estudiante		Favor usar letra imprenta – Solo un estudiante por formulario de autorización	
Apellido del Estudiante (legal):		Número de Estudiante:	
Nombre del Estudiante (legal):		Escuela:	Grado:
Segundo Nombre del Estudiante (completo):		Fecha de Nacimiento: mes / día / año Sexo: M / F	
Dirección donde vive:		Programa: MHCCP	
Ciudad:	Código Postal:	Remitido por:	
Información del Padre de Familia/Acudiente			
¿Es usted el/la acudiente del estudiante? Sí / No – Si no lo es, no firme		Relación con el estudiante:	
Apellido del Padre de Familia (legal):		Teléfono Casa:	
Nombre del Padre de Familia (legal):		Celular:	
Segundo Nombre del Padre de Familia (completo):		Trabajo:	
Firma del Padre de Familia/Acudiente:		Fecha: mes / día / año	

Solo para Uso de la Oficina ☐ Verificado

☐ Indicadores

☐ Secciones

☐ Iniciales

El Programa de Consejería Comunitaria de Methodist Hospital (MHCCP) respeta los derechos básicos de cada persona en cuanto a la dignidad personal, independencia de expresión, toma de decisiones y acción. MHCCP confirma el derecho de cada persona de tomar decisiones referentes a su consejería. MHCCP le ayudará a la persona en el ejercicio de sus derechos e informará al individuo de cualquier responsabilidad perteneciente a su persona en el ejercicio de esos derechos.

Sus responsabilidades como cliente

Como cliente de MHCCP, sus responsabilidades incluyen:

1. Cumplir con las reglamentaciones y regulaciones que afectan su cuidado y conducta. Usted también es responsable de mantener sus citas o notificar a su consejero cuando no pueda ir a una cita.
2. Seguir el plan de consejería recomendado por su consejero(a). Cuando usted declina los servicios de consejería o no sigue las instrucciones recomendadas, usted es responsable por sus acciones.
3. Brindar información completa y correcta a su consejero(a) durante el proceso de consejería. Usted también informará a su consejero(a) sobre asuntos inesperados o cambios en un curso de tratamiento esperado. Usted le hará saber a su consejero(a) si no entiende su curso de cuidado o lo que se espera que usted haga para ayudar en su cuidado.
4. Tratar a su consejero(a), así como también a cualquier otra persona involucrada en su cuidado, con respeto y consideración. También se espera que usted respete la propiedad de los demás y de la oficina o área de consejería.

Sus derechos como cliente

Como un cliente de MHCCP, usted tiene los siguientes derechos:

1. Acceso imparcial a los servicios de consejería sin importar la raza, credo, sexo, identidad o expresión de género, edad, origen de nacionalidad, orientación religiosa, discapacidad, orientación sexual o fuente de pago para cuidado.
2. Ser tratado con dignidad y respeto.
3. Privacidad y confidencialidad, dentro de los límites legales, incluyendo el derecho a:
 - Tener sus sesiones de consejería en una oficina privada
 - Tener acceso a la información contenida en sus registros de consejería
 - Que su registro de consejería sea leído únicamente por los individuos directamente involucrados en su cuidado, planificando o monitoreando su calidad.
4. Participar en la planificación de su cuidado, incluyendo
 - La colaboración con su consejero profesional certificado para desarrollar, revisar e implementar su plan de consejería.
 - El derecho de aceptar o declinar el cuidado de consejería y ser informado de las consecuencias de tal declinación.
5. Hacer que su acudiente, familiar más cercano o persona legalmente responsable, ejecute sus derechos en su nombre si usted es menor de edad.
6. Seguridad personal razonable en el ambiente de consejería.
7. Contactar a la administración de MHCCP 402-354-6891 si usted tiene una queja o duda acerca de su cuidado.
8. Una explicación detallada para usted y su representante si hay necesidad de transferirse a otro profesional para cuidado adicional o continuado.

AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PROGRAMAS DE ASISTENCIA BEST CARE PARA EMPLEADOS

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN CLÍNICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

Este aviso corresponde a los siguientes programas o servicios que están afiliados como parte del Sistema de Salud Methodist, Programa de Asistencia Best Care para Empleados (Best Care EAP, por sus siglas en inglés), y comparten prácticas de información similares:

- ▶ **Methodist Health System • (402) 354-6863**
- ▶ **Programa de Asistencia Best Care para Empleados • (402) 354-8000 / (800) 801-4182**
- ▶ **Servicios Profesionales Contra el Abuso de Sustancias • (402) 354-8000 / (800) 801-4182**
- ▶ **Programa de Asistencia para los Titulares de una Licencia de Nebraska • (402) 354-8055 / (800) 851-2336**
- ▶ **Programa de Consejería para la Comunidad • (402) 354-6891**

Funcionario de Privacidad (402) 354-8096

Los programas y servicios arriba mencionados compartirán su información clínica entre sí, según sea necesario, para llevar a cabo las operaciones de consejería, pago y servicios clínicos.

Entendiendo su Información de Registro Clínico

Cada vez que usted visite un servicio clínico del Programa de Asistencia Best Care para Empleados, se hará un registro de su visita. Este registro puede incluir sus problemas presentes, información de su pasado, evaluaciones, tratamiento y planes para futuros servicios clínicos. Esta información – su registro de cliente – se usa para planificar sus servicios clínicos.

Sus derechos

Aunque su registro de cliente le pertenece al programa o servicio que lo recoge, usted tiene ciertos derechos sobre su información clínica.

- Tiene el derecho de esperar que su información clínica se mantendrá segura y utilizada sólo para uso con propósitos legítimos.
- Tiene el derecho de recibir este aviso de privacidad que le indica cómo se utilizará o divulgará su información clínica.
- Tiene el derecho de saber quién ha visto su información clínica durante los últimos seis años y con qué propósito. Si usted realiza solicitudes adicionales para tal recuento dentro de cualquier periodo de 12 meses, puede que le cobremos un cargo razonable basado en el costo.
- Tiene el derecho de ver y recibir una copia o resumen de todos los registros clínicos en el formato que usted lo solicite (electrónico y/o papel, con excepción de las notas de sicoterapia. Su solicitud para una copia de su registro debe ir por escrito. Puede que le cobremos un cargo razonable por el costo de la copia o mano de obra por tal copia.
- Tiene el derecho de pedir que se haga una corrección o enmienda a cualquier cosa en sus registros que usted sienta que es un error. Si no podemos cumplir con su solicitud se lo notificaremos la razón por escrito dentro de 60 días. Usted también tiene el derecho de solicitar que un informe de desacuerdo sea incluido en su registro. Su solicitud tiene que ir por escrito e incluir documentación adicional.
- Usted tiene el derecho de solicitar que no se use o comparta cierta información clínica que usted considere especialmente sensitiva para las operaciones de consejería, pago o nuestros servicios clínicos. Usted también tiene el derecho de solicitar que no se comparta información con su asegurador médico si usted paga por un servicio o artículo de su bolsillo de forma completa. Sin embargo, no estamos obligados a acomodar su solicitud con excepción de las provisiones abajo mencionadas.
- Usted tiene el derecho de ser notificado de una infracción de su información clínica protegida de manera insegura.
- Usted tiene el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales pidiéndonos que le contactemos en una forma específica o enviar correo a una dirección diferente. Honraremos todas las solicitudes razonables.
- Usted tiene el derecho de escoger que alguien actúe en su nombre. Si usted le da a alguien un poder médico o si alguien es su acudiente, confirmaremos que la persona tiene la autoridad y poder de actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.

Sus opciones

Usted tiene el derecho y la opción de decirnos lo siguiente:

- Compartir la información con su familia, amigos u otros involucrados en su cuidado;
- Compartir la información en una situación de ayuda humanitaria;
- Contactarle para esfuerzos de recolección de fondos.

Nuestras Responsabilidades

También tenemos ciertas responsabilidades. Estas incluyen:

- Mantener la privacidad y seguridad de su registro clínico;
- Darle una copia de este Aviso;
- Ceñirnos a los términos de este Aviso;
- Notificarle si ocurre una infracción que pueda comprometer su información;
- No usar o compartir su información de otro modo que no sea el descrito en este Aviso a menos que nos lo indique por escrito. Si nos indica que podemos, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento; avisenos por escrito si cambia de opinión.

Podemos revisar este Aviso a medida que nuestra información de prácticas cambia. Cualquier revisión será vigente para toda la información del registro, sin importar si fue recopilada antes o después de que el cambio tomó efecto. Sin embargo, antes de cambiar nuestras prácticas, se publicará una copia de nuestro nuevo Aviso en todas las oficinas de Best Care EAP y en nuestro sitio de web. La fecha de vigencia de nuestro Aviso siempre aparecerá al final del Aviso.

Nuestros Usos y Divulgaciones para las Operaciones de Servicios Clínicos, Pagos y Programa

Cuando la ley del estado requiera que obtengamos su permiso por escrito para usar o divulgar su información para las operaciones de sus servicios clínicos, pago o programa, lo haremos. Sin embargo, hay también situaciones donde es posible que divulguemos su información para las operaciones de servicios clínicos, pago y programa sin su autorización.

Es posible que utilicemos o divulguemos su información para propósitos clínicos.

Por ejemplo: La información obtenida por los miembros de su equipo clínico será documentada en su registro y utilizada para determinar el curso de su cuidado clínico. Su clínico, su supervisor clínico y la administración de Best Care EAP pueden comunicarse entre sí personalmente y a través de su registro de cliente para coordinar su cuidado. Estos intercambios pueden hacerse a través de las redes de información electrónica.

Podemos usar o divulgar su información para propósitos de pago.

Por ejemplo: Puede que le demos a su médico u otro proveedor de servicios copias de informes que puedan ayudar a determinar su tratamiento futuro. También podemos divulgar su información a otro proveedor de servicio para propósitos de su pago o sus operaciones de cuidado de salud. Podemos enviarle su cuenta a usted o a su aseguradora. Su cuenta puede contener información que le identifica, así como su diagnóstico, procedimientos y suministros usados. Sin embargo, si usted paga por completo un servicio clínico de su bolsillo y solicita por escrito que no le demos información a su aseguradora de salud, cumpliremos con su solicitud a menos que la ley nos requiera que compartamos esa información con ellos.

Es posible que divulguemos su información clínica para propósitos de operaciones del programa y prácticas internas de negocio.

Esta información se usa en nuestros esfuerzos continuos de mejorar la calidad y efectividad de los servicios clínicos que ofrecemos.

Otras Divulgaciones Que Se Pueden Hacer sin su Autorización

A menos que estemos restringidos de hacerlo, podemos usar o divulgar su información para los siguientes propósitos sin su autorización:

Proveedores Afiliados: Algunos servicios de nuestro programa son ofrecidos a través de arreglos contractuales con proveedores afiliados. Estos incluyen evaluaciones, consejería, capacitación, consulta, ayuda o “coaching” y otros servicios relacionados. Cuando los servicios son ofrecidos por un afiliado, podemos intercambiar su información unos con otros para poder ofrecer los servicios que se nos ha pedido que brindemos y ellos nos pueden facturar por esos servicios. Nuestros proveedores afiliados tienen que salvaguardar de forma apropiada su información clínica para protegerla.

Socios de Negocio: Algunos servicios de nuestra organización son brindados a través de los acuerdos contractuales con socios de negocio. Cuando los servicios son brindados por un socio de negocio, es posible que revelemos su información de salud a nuestro socio de negocio para que puedan realizar el trabajo que les hemos solicitado. Además, es posible que divulguemos su información clínica a las agencias acreditadoras y ciertos consultores externos. Nuestros socios de negocio tienen que salvaguardar de forma apropiada su información clínica para protegerla.

Salud Pública: Cuando lo requiere o permite la ley, podemos divulgar su información clínica a las autoridades de salud pública o legales responsables de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o invalidez, o realizar otras funciones de salud pública. Además, podemos divulgar su información clínica para impedir una amenaza grave a la salud o a la seguridad.

Funciones Gubernamentales Especializadas: Podemos divulgar su información clínica para actividades militares y de veteranos, actividades de seguridad e inteligencia nacional y funciones especiales gubernamentales similares como sean requeridas o permitidas por la ley.

Aplicación de la ley: Podemos divulgar su información clínica para los propósitos de aplicaciones legales como sean requeridas o permitidas por la ley o en respuesta a una orden jurídica, orden de la corte u otra autoridad obligatoria.

Divulgaciones requeridas por la ley: Podemos usar o divulgar su información clínica según sea requerido por la ley siempre y cuando tal uso o divulgación cumpla y esté limitada a los requisitos relevantes de tal ley.

Agencias de Vigilancia de Salud: Podemos divulgar su información de salud a una agencia de vigilancia de salud apropiada, autoridad de salud pública o abogado involucrado en actividades de vigilancia de salud.

Procedimientos Jurídicos y Administrativos: Podemos divulgar su información clínica para procedimientos jurídicos o administrativos tal como sean requeridos o permitidos por la ley, o en respuesta a una orden jurídica, orden de la corte u otra autoridad obligatoria.

Para mayor información o para reportar un problema

Si tiene preguntas o desea información adicional, puede comunicarse con el Contacto de Privacidad de Best Care EAP al teléfono mencionado al inicio de este Aviso o al Oficial de Privacidad de Methodist Health System (MHS) al (402) 354-6863. Si cree que sus derechos de privacidad han sido infringidos, usted puede poner una queja con el Funcionario de Privacidad, con el Oficial de Privacidad de MHS, o con la Oficina de los Derechos Civiles enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. No tomaremos represalias en su contra por poner una queja.

Fecha de Vigencia: 1^{er} de octubre de 2016

El Sistema de Salud de Methodist Nebraska cumple con las leyes Federales de los derechos civiles correspondientes y no discrimina en base a raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-599-4863.

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務 請致電 844-599-4863



Programa de Consejería Comunitaria de Methodist Hospital
Acuse de Recibo del Aviso por Escrito de las Prácticas de Privacidad

- ☐ He recibido el Aviso de las Prácticas de Privacidad del Programa de Consejería de Methodist Hospital
(Nota: Mi firma no indica que he leído, entendido o que estoy de acuerdo con el Aviso, solo que el mismo se me ha entregado.)

Firma del Cliente (o Padre de Familia/Acudiente si el cliente es menor de edad)

Fecha

(Relación con el cliente)

Solo para uso del Programa de Consejería Comunitaria de Methodist Hospital

Documentación de Esfuerzo de Buena Fe

- ☐ Intento de presentar el Aviso de las Prácticas de Privacidad al cliente/padre de familia/acudiente, pero el cliente/padre de familia/acudiente declinó acusar recibo del Aviso de las Prácticas de Privacidad.
- ☐ Se envió el Aviso de las Prácticas de Privacidad a casa con el formulario de Autorización para Servicios de Consejería para el cliente/padre de familia/acudiente.
- ☐ El Aviso de las Prácticas de Privacidad fue enviado por correo al cliente/padre de familia/acudiente el _____.
(Fecha)
- ☐ Otro _____

Consejero(a) del Programa de Consejería Comunitaria de Methodist Hospital

Fecha

Ubicación