



Página de firma de los documentos de admisión

Nombre del cliente: _____ Número de historia clínica: _____

Políticas del manual:

- Derechos y responsabilidades del cliente
- Política sobre el incumplimiento de citas programadas
- Notificación de menores desaparecidos
- Procedimiento de reclamos
- Comité de Defensa de los Derechos Humanos
- Aviso de prácticas de privacidad
- Política financiera
- Declaración escrita del propósito de obtención de números de seguro social

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido una copia del *Manual del cliente de parte de Community Partners of South Florida (CP)*. Se me ha dado la oportunidad de leer las políticas y la información anteriores, que se encuentran en el Manual, y de formular preguntas a mi médico acerca de cualquiera de estas políticas.

Consentimiento para el tratamiento:

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que el personal de *Community Partners of South Florida (CP)* se ocupe de mi tratamiento. Comprendo que CP es un sitio de capacitación para una variedad de estudiantes profesionales y que es posible que un estudiante, profesional en capacitación o pasante registrado, bajo la supervisión de un profesional con licencia, me proporcione ciertos servicios. Comprendo que no se me da ninguna garantía con respecto a los resultados que se puedan obtener. Asimismo, tengo derecho a rechazar que se me trate en cualquier momento.

Cliente

Fecha

Padre o tutor si el cliente es menor de 18 años de edad

Fecha

Testigo

Fecha



AUTORIZACIÓN PARA FACTURACIÓN DE MEDICAID/PHP

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre Apellido

Número de historia clínica: _____

Esta firma autoriza a *Community Partners of South Florida (CP)*. a divulgar información médica general y de carácter psiquiátrico/psicológico, de mi historia clínica de acuerdo con las leyes escritas 90.242, 490.32 o 458.16 y 458.21 del estado de Florida a MEDICAID y PHP.

Toda autorización médica general y cédula de citación *duces tecum* (orden judicial de comparecer ante un tribunal con los documentos requeridos en la misma), sin una autorización específica para divulgar información de carácter psiquiátrico o psicológico, debe contar con esta exención del paciente o de su representante facultado.

MEDICAID o PHP pueden utilizar las historias clínicas con fines de facturación.

Comprendo que tengo derecho a rechazar esta autorización y que el establecimiento antes mencionado queda eximido de toda responsabilidad legal que pueda surgir de la divulgación de la información solicitada.

PROHIBICIÓN DE NUEVAS DIVULGACIONES: esta información le ha sido revelada de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley. Cualquier nueva divulgación está estrictamente prohibida.

Esta autorización será válida durante la prestación de los servicios en este establecimiento con el fin de proporcionar información a la oficina de MEDICAID/PHP para el pago de las obligaciones incurridas por este paciente y su familia.

Cliente

Fecha

Padre o tutor

Fecha

Testigo

Fecha



Manual del cliente de *Community Partners of South Florida (CP).*

Derechos y responsabilidades del cliente	Página 2
Política sobre el incumplimiento de citas programadas	Página 3
Menores desaparecidos	Página 4
Procedimiento de reclamos	Página 5
Comité de Defensa de los Derechos Humanos	Página 6
Aviso de prácticas de privacidad	Página 7
Política financiera	Página 10
Declaración escrita del propósito de obtención de números de seguro social	Página 11



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

DIGNIDAD INDIVIDUAL: el cliente y su familia serán tratados con respeto y cortesía. Esta organización no discrimina en cuanto a la manera en que brinda servicios. A ninguna persona se le niegan servicios en función de su color, raza, religión, orientación sexual, nacionalidad, sexo o ingresos. Todos los servicios son voluntarios, y la política y los procedimientos de la organización garantizan que los consumidores atendidos puedan rechazar cualquier servicio, tratamiento o medicamento, a menos que así lo exija la ley o una orden judicial. No se le niegan servicios a ningún afiliado, independientemente de su discapacidad. Se informará sobre el motivo del tratamiento, los beneficios, los efectos secundarios comunes, las alternativas y la duración aproximada del tratamiento.

PARTICIPACIÓN EN LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO Y ALTA: el cliente puede aceptar o rechazar el tratamiento, según lo permita la ley. El cliente recibirá un tratamiento individualizado en el entorno menos restrictivo y puede participar en todos los aspectos de la planificación de su tratamiento y alta y en la evaluación de los servicios.

TRATAMIENTO DE CALIDAD: profesionales competentes brindarán tratamiento a todas las personas que atiende esta organización.

CONSENTIMIENTO EXPRESO E INFORMADO: para la admisión y el tratamiento de un cliente menor de edad, se requiere el consentimiento expreso e informado del tutor. El cliente o su tutor pueden revocar el consentimiento en cualquier momento.

CONFIDENCIALIDAD: las historias clínicas son confidenciales y se guardan en lugares seguros. La información de los clientes no se divulgará sin permiso por escrito, a menos que lo exija la ley. Se puede divulgar información para proteger a un cliente de autolesiones o a una persona amenazada.

ACCESO A LAS HISTORIAS CLÍNICAS: el cliente y el tutor tienen derecho a revisar sus historias clínicas, a menos que lo prohíba la ley o que se lo considere perjudicial para la persona.

INFORMACIÓN DE PAGO: el cliente y el tutor tienen derecho a conocer las tarifas y los métodos de pago.

QUEJAS Y RECLAMOS: el cliente y el tutor tienen derecho a presentar una queja formal mediante el Procedimiento de reclamos de la organización, que se incluye en este Manual. Si un cliente con una discapacidad o su tutor consideran que se han violado sus derechos, también pueden comunicarse con Disability Rights Florida al 1-800-342-0823 o al 1-800-346-4127 (TTY/TDD), a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América al 1-800-368-1019 o 1-800-537-7697 (TDD) o a la Florida Communication Human Relations (Oficina de Comunicación y Relaciones Humanas del estado de Florida) 1-850-7082.

RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE Y TUTOR: el cliente y el tutor son responsables de proporcionar información precisa y completa sobre el cliente. También son responsables de hacer preguntas cuando no comprenden la información o instrucciones. Tienen la responsabilidad de participar en el tratamiento. Notificarán al profesional si no pueden o no pretenden seguir las recomendaciones del tratamiento y si no pueden acudir a una cita programada.

EL MANEJO DE COMPORTAMIENTO: *Community Partners of South Florida (CP)*. no utiliza ninguna practica de manejo de comportamientos que restringe o limita la libertad de movimiento del cliente, tal como el aislamiento, restricción, o reclusión. CP promueve un ambiente saludable y una cultura que se enfoca en sanar y es caracterizada por el respeto mutuo entre los empleados y el cliente.



POLÍTICA SOBRE EL INCUMPLIMIENTO DE CITAS PROGRAMADAS

Con el fin de brindar servicios de calidad para tantas familias como sea posible, se aplicará la siguiente política con respecto al incumplimiento de las citas programadas:

Una cita que no se cumple se define como una cita programada a la que el paciente no se presenta sin notificar a *Community Partners of South Florida (CP)*. veinticuatro (24) horas antes del horario convenido. Además, si un cliente se presenta más de quince (15) minutos después del horario programado para la cita, se puede considerar que ese paciente no ha cumplido con la cita.

El equipo de tratamiento de CP. dará por terminada la prestación de los servicios a todos los clientes que no cumplan con dos citas de servicios programadas consecutivas dentro de un mismo programa.

Al programar una cita, asegúrese de que el horario sea conveniente para todos los miembros de la familia y que haya transporte disponible.



NOTIFICACIÓN DE MENORES DESAPARECIDOS

Community Partners of South Florida (CP). se compromete a instruir a todas las personas a cargo (incluidos familiares y no familiares) para que hagan lo siguiente, según corresponda, y documenten sus acciones al descubrir que un menor a su cuidado ha desaparecido:

Si existen circunstancias urgentes y se requiere acción inmediata:

- (1) Llame a la policía local tan pronto como se determine que se ha extraviado un menor de edad y pídale al oficial lo siguiente:
 - (a) que redacte un informe sobre la desaparición del menor;
 - (b) que asigne un número de caso y se lo entregue a la persona a cargo o a la persona que notifica la desaparición del menor; y
 - (c) que proporcione una copia del informe policial del caso, cuando esté disponible.
- (2) Si por cualquier razón el oficial de la policía encargado de la situación se niega a redactar un informe sobre la desaparición del menor, solicite el nombre del oficial y el nombre específico del organismo policial. Comuníquese de inmediato con el proveedor de servicios del menor en CP. para suministrar esta información. El proveedor de servicios transmitirá esta información a la persona de contacto del Missing Children's Information Center (Centro de Información sobre Menores Desaparecidos, FDLE) del Departamento de Aplicación de la Ley del Estado de Florida del distrito, quien se comunicará con el FDLE para solicitar ayuda para obtener el informe de la desaparición del menor.

Si las circunstancias no son urgentes:

- (1) Durante la primera hora, verifique si faltan todas o alguna de las pertenencias personales del menor o si este dejó una nota.
- (2) Llame a las siguientes personas para determinar si se ha visto al niño o si este ha dado algún indicio que pueda explicar su desaparición:
 - (a) Maestros o compañeros de escuela;
 - (b) parientes o padres del menor que vivan en el área geográfica, si corresponde;
 - (c) amigos o lugares que el menor frecuente y el refugio local para menores que abandonaron su hogar (si hay uno en la comunidad); y
 - (d) el empleador del menor, si corresponde.
- (3) Anote cualquier información obtenida que pueda ayudar a localizar al menor.
- (4) Proporcione los números de teléfono y solicite a las personas antes mencionadas que llamen y compartan información si saben algo más o si ven al menor.
- (5) Escriba qué vestimenta tenía el menor la última vez que se lo vio y consiga una fotografía reciente.

Si el menor regresa, es necesario comunicarse de inmediato con todos los organismos policiales y demás organizaciones a las que se haya notificado su desaparición. Si en cualquier momento se obtiene nueva información sobre la ubicación del menor de edad, es necesario comunicarse de inmediato con todos los organismos policiales y demás organizaciones a las que se haya notificado su desaparición y se deben realizar los esfuerzos apropiados para que el menor regrese a su hogar.

***Circunstancias urgentes** significa situaciones que requieren acción inmediata, como que el menor no haya alcanzado la edad de trece años, que se considere que está fuera de la zona de seguridad correspondiente a su edad y desarrollo, que esté mentalmente incapacitado, que se encuentre en una situación de riesgo de muerte o en compañía de terceros que podrían poner en peligro su bienestar o que esté ausente en circunstancias que no se corresponden con sus comportamientos normales.



PROCEDIMIENTO DE RECLAMOS

Cada vez que usted o uno de sus padres o tutor legal consideren que una medida tomada por un empleado *Community Partners of South Florida (CP)* es injusta, o si cree que se lo está tratando de manera injusta, tiene derecho a presentar una queja. Esta queja se llama *reclamo*.

Para presentar un reclamo, debe proceder de la siguiente manera:

1. Intente resolver sus diferencias con su administrador de caso, terapeuta u otro miembro del personal. Si no puede hacer esto de forma satisfactoria, estas personas lo derivarán con su supervisor y podrá presentar una queja formal por escrito.
2. Escriba su queja en una hoja de papel en la que consten todos los hechos y entréguesela al Departamento de Mejora de la Calidad de CP. Puede comunicarse con el Departamento de Mejora de la Calidad por el (561) 841-3500.
3. Durante de los quince (15) días posteriores a la presentación de su queja ante el Departamento de Mejora de la Calidad, consideraremos la queja con usted y sus padres o tutor legal para intentar llegar a un acuerdo o una solución. Recibirá una carta en la que se le informarán las medidas tomadas en relación con su queja junto con la resolución según lo acordado por el Departamento de Mejora de la Calidad, usted y sus padres o tutor legal.
4. Si por algún motivo no queda satisfecho con el resultado de su reclamo, puede presentar una apelación. La apelación debe hacerse por escrito y entregarse al director de operaciones dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción de la carta de respuesta. El Comité de Mejora Continua de la Calidad y el director de operaciones revisarán su apelación. Recibirá una respuesta por escrito del comité dentro de 10 (diez) días hábiles.

NO SE TOMARÁ NINGUNA MEDIDA CONTRA USTED POR PRESENTAR UN RECLAMO.



COMITÉ DE DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS

Sus derechos mientras recibe servicios en el estado de Florida

- Derecho a la dignidad individual
 - Derecho al consentimiento expreso e informado
 - Derecho a la comunicación, notificación de abusos y visitas
 - Derecho al cuidado y custodia de los efectos personales
 - Derecho a votar en elecciones públicas
 - Derecho de los niños a la educación
 - Derecho a participar en la planificación del tratamiento y el alta
- Derecho a recibir tratamiento
 - Derecho a recibir un tratamiento de calidad
 - Derecho a votar en elecciones públicas
 - Derecho a solicitar una orden judicial
 - Derecho al acceso a la historia clínica
 - Derecho a designar representantes

Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

1-800-368-1019

1-800-537-7697 (TDD)

Disability Rights Florida

1-800-342-0823 O

1-800-346-4127 (TTY/TDD) www.disabilityrightsflorida.org

Disability Rights Florida es una organización sin fines de lucro que brinda servicios de protección y defensa en el estado de Florida.

- Su misión es aumentar la calidad de vida, dignidad, igualdad, autodeterminación y la libertad de elección de las personas con discapacidades a través de la colaboración, educación, defensa y estrategias jurídicas y legislativas.



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

LÉALO CON ATENCIÓN.

Fecha de vigencia de este aviso y política: 14 de abril de 2003

1. **PROPÓSITO: *Community Partners of South Florida (CP)*.** Inc. y sus profesionales, empleados y profesionales en capacitación siguen las prácticas de privacidad descritas en este aviso. CP. mantiene su información de salud mental en registros que se conservan y protegen de manera confidencial, según lo exige la ley. Tenga en cuenta que para brindarle la mejor atención y tratamiento posibles, todo el personal profesional que se ocupa de su tratamiento y los empleados que participan en las operaciones de atención médica de la organización pueden tener acceso a su información.

2. ¿CUÁLES SON LAS OPERACIONES DE TRATAMIENTO y ATENCIÓN MÉDICA?

Su tratamiento incluye el intercambio de información entre los proveedores que participan en sus servicios de atención de salud mental. Por ejemplo, si se atiende con un médico (psiquiatra) y un psicoterapeuta, es posible que estos intercambien información en el proceso de coordinación de su atención. Los antecedentes de tratamientos pueden revisarse como parte de un proceso continuo para garantizar la calidad de las operaciones de la organización. Miembros del personal designados por el Comité de Mejora de la Calidad pueden acceder de manera periódica a las historias clínicas para verificar que se cumplan las normas de la organización.

3. ¿DE QUÉ MANERA UTILIZARÁ MI INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA *Community Partners of South*

***Florida (CP)*.** CP conservará su historia clínica personal durante un período de alrededor de siete (7) años después de su último contacto clínico. Una vez transcurrido ese tiempo, su historia clínica será destruida, triturada, quemada o eliminada de otra manera que proteja su privacidad. Las copias de los antecedentes de servicios que se hayan enviado a otras entidades pueden seguir existiendo y se administrarán según las políticas de estas entidades.

Hasta que se los destruya, los antecedentes pueden utilizarse para los siguientes propósitos, a menos que usted solicite restricciones con respecto a un uso o divulgación específico:

- Recordatorios de citas y avisos de cancelación o reprogramación de una cita;
- según lo requiera la ley;
- para fines de salud pública, como informar casos de abuso o abandono de menores o personas mayores; informar reacciones a medicamentos; control de enfermedades infecciosas; o notificar a las autoridades sobre sospechas de abuso, abandono o violencia doméstica (si usted está de acuerdo o lo exige la ley);
- actividades de supervisión de salud mental, como auditorías, inspecciones o investigaciones de administración y gestión de CP
- demandas y disputas;
- aplicación de la ley (por ejemplo, en respuesta a una orden judicial u otro proceso legal) para identificar o localizar a un individuo buscado por las autoridades; en relación con la víctima de un crimen en ciertas circunstancias; sobre un deceso que pueda ser resultado de una conducta delictiva; en relación con una conducta delictiva ocurrida en el establecimiento; o cuando se presentan circunstancias de emergencia relacionadas con un delito;
- para evitar amenazas graves a la salud o seguridad;
- para llevar a cabo servicios de salud mental y a través de servicios de transcripción y facturación;



- a autoridades de comando militar si usted es un miembro de las fuerzas armadas o de una autoridad militar extranjera;
- actividades nacionales de seguridad e inteligencia; y
- protección del presidente u otras personas autorizadas como jefes de estado extranjeros, o para llevar a cabo investigaciones especiales.
- Las *notas de psicoterapia* que se mantienen separadas de la historia clínica gozan de protección especial, y para su divulgación es necesario contar con autorización, con ciertas excepciones.
- “*Notas de psicoterapia*” excluye la prescripción y control de medicamentos, fechas de inicio y fin de las sesiones de asesoramiento, las modalidades y frecuencias de los servicios de apoyo en el hogar que se hayan prestado, los resultados de estudios clínicos y cualquier resumen de los siguientes: diagnóstico, estado funcional, plan de tratamiento, síntomas, pronóstico y progreso hasta la fecha, empleo y solicitud, uso, examen o análisis de dicha información dentro de una entidad que mantiene dicha información.
- La información sobre consumo de alcohol y drogas tiene protecciones de privacidad especiales. CP no divulgará ninguna información que identifique a una persona como cliente o que brinde información médica o de salud mental relacionada con los servicios de salud mental sobre consumo de sustancias que haya recibido un cliente a menos que (i) el cliente dé su consentimiento por escrito; (ii) una orden judicial ordene que se divulgue esa información; (iii) el personal médico necesite esa información para atender una emergencia médica; (iv) personal calificado utilice esa información con el propósito de realizar investigaciones, auditorías de gestión o evaluaciones de programas; o (v) sea necesaria para denunciar un delito, una amenaza de comisión de un delito o un caso de abuso o abandono de conformidad con la ley.

4. **PARA OTRAS DIVULGACIONES SE NECESITA SU AUTORIZACIÓN.** Al margen de las excepciones antes mencionadas, no utilizaremos ni divulgaremos información de su historia clínica a menos que usted dé su autorización (permiso) por escrito para ello. Puede revocar su permiso, lo que entrará en vigencia solo después de la fecha de su revocación por escrito.

5. TIENE DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA.

Tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica, siempre que realice una solicitud por escrito para hacer uso de los derechos mediante el formulario provisto por *Community Partners of South Florida (CP)*.

- **Derecho a solicitar restricciones.** Puede solicitar que se limite la información de salud mental que podemos divulgar, si bien no estamos obligados a aceptar su solicitud. Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle servicios de salud mental de emergencia.
- **Derecho a comunicaciones confidenciales.** Puede solicitar que se le comunique información de cierta manera o en un lugar determinado, pero debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted.
- **Derecho a revisar y hacer copias.** Puede tener derecho a revisar y hacer copias de su información de salud mental con respecto a las decisiones sobre su atención; sin embargo, no es posible revisar ni hacer copias de las notas de psicoterapia. Podemos cobrar una tarifa por las copias, envío por correo y suministros. En ciertas circunstancias, su solicitud puede ser rechazada. Puede solicitar que otro profesional de salud mental con licencia elegido por CP revise este rechazo. CP cumplirá con el resultado de la revisión.
- **Derecho a solicitar aclaraciones en los antecedentes.** Si considera que la información que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitar que se agregue información aclaratoria. Para dicho fin, puede que deba solicitar un formulario, en el que deberá indicar cierta información específica. CP. no está obligado a aceptar la información que usted propone.
- **Derecho a la rendición de cuentas de las divulgaciones de información.** Puede solicitar una lista de las divulgaciones de su información de salud mental que se hayan hecho a personas o entidades por razones



que no estén relacionadas con servicios de salud mental u operaciones de atención médica durante los últimos ocho (8) años, pero no antes del 14 de abril de 2003.

- **Derecho a una copia de este aviso.** Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si se le ha proporcionado una copia electrónica. Puede imprimir una copia de este aviso en cualquier sitio web clínico que proporcionemos.

6. REQUISITOS CON RESPECTO A ESTE AVISO.

Community Partners of South Florida (CP). tiene la obligación de proporcionarle este aviso que rige nuestras prácticas de privacidad. CP puede cambiar sus políticas o procedimientos con respecto a las prácticas de privacidad. En caso de que se produzcan cambios, estos tendrán vigencia para la información de salud mental que tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Cada vez que ingresa a CP para acudir a una cita, puede solicitar y recibir una copia del Aviso de privacidad vigente en ese momento.

7. QUEJAS.

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante CP o la Oficina de Derechos Civiles del HHS (Departamento de Salud y Servicios Humanos, por sus siglas en inglés). En ningún caso recibirá sanciones ni represalias por presentar una queja.

Contacto: llame a CP y solicite hablar con la persona o funcionario responsable de la privacidad por el **561-841-3500**.

Si tiene alguna queja, si tiene alguna pregunta sobre este aviso, si desea solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de información de servicios de salud, servicios de salud mental u operaciones, puede obtener cualquiera de los formularios mencionados para ejercer sus derechos individuales descritos anteriormente.



PROCEDIMIENTOS FINANCIEROS

La siguiente es una declaración de nuestra política financiera que le solicitamos que lea y confirme haber recibido antes de comenzar el tratamiento.

PAGO

Su pago vence en el momento del servicio. Aceptamos cheques, dinero en efectivo, giros postales y tarjetas Mastercard o Visa. El adulto que acompaña a un menor es responsable del pago.

PLANES MEDICAID

Medicaid contrata directamente a *Community Partners of South Florida CP*, por lo que CP es responsable de los copagos al momento del servicio. Si en algún momento se cancela su cobertura de Medicaid, es su responsabilidad llamar a nuestra oficina para hablar sobre la negociación de las tarifas. Si no intenta comunicarse con nuestra oficina, usted será responsable del pago de la tarifa total por los servicios que haya recibido después de la fecha de finalización de la cobertura de Medicaid.

PLANES DE ATENCIÓN GESTIONADOS MEDIANTE UN SEGURO

Presentar su reclamo de seguro y solicitar la autorización inicial o precertificación es una cortesía que le ofrecemos. Si forma parte de un plan del que somos proveedores participantes, todos los copagos y deducibles vencen en el momento de la prestación de los servicios. Tenga en cuenta que si en algún momento se cancela su cobertura, es su responsabilidad llamar a nuestra oficina para hablar sobre la negociación de las tarifas. Si no intenta comunicarse con nuestra oficina, usted será responsable del pago de la tarifa total por los servicios que haya recibido después de la fecha de finalización de su cobertura.

Community Partners of South Florida (CP). se compromete a brindar la más alta calidad de tratamiento a nuestros pacientes. Cobramos el valor que es habitual en esta región. Usted es responsable del pago independientemente de toda determinación arbitraria de una compañía aseguradora con respecto a las tarifas habituales. Los honorarios por los servicios se evalúan de manera individual y se tratan con usted con anticipación.

Gracias por leer nuestra política financiera. Comuníquese con CP al (561) 841-3500 y solicite hablar con un representante del Departamento de Facturación si tiene alguna pregunta o inquietud.



DECLARACIÓN ESCRITA DEL PROPÓSITO DE OBTENCIÓN DE NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

Según el derecho del estado de Florida, *Community Partners of South Florida (CP)*. CP tiene la obligación de establecer por escrito los fines para los cuales obtiene los números de seguro social. Asimismo, PCC debe proporcionar a las personas de quienes obtiene un número de seguro social una copia de la declaración escrita en que se establecen dichos fines.

Algunos programas y servicios que se prestan al público por medio de CP son financiados en su totalidad o en parte por el Departamento de Niños y Familias (DCF, por sus siglas en inglés). Los organismos que proporcionan programas o servicios financiados en su totalidad o en parte por el DCF pueden compartir con este el número de seguro social de las personas beneficiarias de dichos programas o servicios. Por lo tanto, CP obtiene los números de seguro social para los siguientes propósitos:

- Para investigar, controlar y medir el impacto de los programas y servicios financiados por el DCF a fin de mantener y mejorar dichos programas y servicios para el futuro (no se divulgará información individual);
- para identificar y unir individuos y datos dentro y entre diferentes sistemas y otros organismos con el fin de hacer investigaciones; y
- si corresponde, para compartir información con el Departamento de Salud del estado de Florida para colaborar con la financiación de Medicaid.



PLANILLA DE COSTOS Y CONTRATO DE PAGO

Nombre del cliente: _____ Número de historia clínica: _____

Community Partners of South Florida (CP). es una sociedad sin fines de lucro, financiada en parte por el estado de Florida, las contribuciones privadas y las tarifas de los servicios. Las tarifas que recibimos son una parte esencial de nuestra capacidad para continuar brindando servicios a la comunidad.

Si su plan de seguro requiere un copago por los servicios prestados por CP, usted será responsable de pagar esas tarifas.

Si no tiene uno de los planes de seguro que aceptamos y no está cubierto por otro pagador o pierde la cobertura durante su tratamiento, usted será responsable del copago determinado por la escala móvil de tarifas adjunta. En la lista adjunta se proporciona la tarifa completa del servicio. Su pago vence en el momento de la prestación de los servicios.

Esta información se utilizará para determinar el descuento de la tarifa de escala móvil para clientes que no tienen Medicaid u otra cobertura de seguro. Esta información es obligatoria para todos los solicitantes de servicios debido a los requisitos de información de datos del estado y el distrito.

Número de adultos en el hogar: _____ Número de menores de edad en el hogar: _____

Indique el ingreso anual bruto de su hogar: \$ _____ o ingreso mensual bruto: \$ _____

Indique la suma en dólares de los activos que figuran a su nombre (incluidas las cuentas corrientes/de ahorro): \$ _____

Contrato de pago

Comprendo y acepto que mi pago por estos servicios será el que se detalla a continuación. Si cambian las circunstancias de manera que afecten los ingresos familiares, este contrato será renegociado. Asimismo, acepto realizar el pago en el momento de la prestación de los servicios o al recibir mi estado de cuenta mensual.

En función de la escala móvil de tarifas, su copago/responsabilidad será:

SERVICIO	TARIFA
Evaluación biopsicosocial	
Breve examen de estado de salud conductual	
Plan de tratamiento	
Revisión del plan de tratamiento	
Escala de calificación de evaluación funcional	
Terapia individual/familiar	
Gestión de casos específicos	
Servicio terapéutico de comportamiento en el sitio	
Evaluación en profundidad	
Evaluación 0-5	
Terapia de grupo	

Padre o tutor _____

Fecha _____

Testigo _____

Fecha _____