

Centro de Asesoramiento de Nuevo Brunswick y Asesoramiento Integral en Burlington

"¡La esperanza es lo único que nos mantiene en pie!"



Programa de Tratamiento de Salud Mental



ÍNDICE – FORMULARIOS

Por favor, lee y revise atentamente los siguientes formularios. Además de un acuse de recibo de firma que indica que has recibido estos formularios, algunos requieren información en el propio formulario. Por favor, contacte con su orientador principal si tiene alguna pregunta o preocupación sobre nuestras políticas.

A. DERECHOS DEL CLIENTE	7
B. AVISO DE CONFIDENCIALIDAD	9
C. AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN SANITARIA.....	14
D. DERECHOS DEL CLIENTE RESPECTO A LA INFORMACIÓN SANITARIA	21
E. CONSENTIMIENTO POR TELEMEDICINA.....	24
F. DIRECTIVA ANTICIPADA.....	28
G. AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN / ELECCIÓN BENÉFICA	34
H. FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE CREDENCIALES DEL CONSEJERO	35
I. PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN.....	36
J. EVALUACIÓN INTEGRADA Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO	39
K. POLÍTICA FINANCIERA.....	40
J. Agradecimiento	43



Formularios de admisión para programas de tratamiento de salud mental

Para ayudarte mejor, te pedimos amablemente que respondas a las siguientes preguntas junto con los demás cuestionarios de este paquete. Tras el cuestionario inicial de selección, hay formularios adicionales que hacen referencia al manual y a nuestro compromiso contigo durante tu estancia en el Centro de Asesoramiento de New Brunswick y en Burlington Comprehensive Counseling. Si necesitas ayuda, por favor pregunta al personal de recepción o al miembro del personal con el que te reúnas para la revisión.

Nombre		
Primero:	Inicial del Segundo Nombre:	Último:
_____	_____	_____
Información de contacto:		
Número de teléfono:	Correo electrónico:	
_____	_____	
Dirección		
Dirección: _____		
Ciudad :	Estado, código postal:	
_____	_____	

Estado civil

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Casados | <input type="checkbox"/> Nunca casados |
| <input type="checkbox"/> Divorciados | <input type="checkbox"/> Casado de nuevo |
| <input type="checkbox"/> Conviviendo juntos/conviviendo | <input type="checkbox"/> Separados |
| <input type="checkbox"/> Derecho Común | <input type="checkbox"/> Viuda |

Otras preocupaciones importantes para la salud:

Estado laboral

- Empleado a tiempo completo (35+ horas/semana)
- Empleado a tiempo parcial (<35 horas/semana)
- Deshabilitado
- Ama de casa
- Retirado
- Estudiante
- Empleo estacional
- Búsqueda de empleo
- Desempleados

Estado de la vivienda

- Alojado
- Refugio para personas sin hogar
- Duplicar (vivir con otras personas/vivir en sofás)
- Vivienda de Transición
- Calle (vivir en la calle, vehículo, al aire libre, campamento)
- Otros (residen en hotel/motel)

Afiliación militar

¿Usted o algún familiar directo ha servido alguna vez en las Fuerzas Armadas de EE. UU.?

Sí/No: _____

Relación con la persona que sirve (si procede): _____

Rama: _____

Desde/A Fechas: ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___

¿Se requiere alojamiento adicional? *(NOTA: Esto no garantiza la provisión, sin embargo, NBCC/BCC hará todo lo posible por adaptarse a cualquier disposición legalmente requerida)*

Historia personal

¿Cuál es la razón por la que vienes a terapia? ¿Hay algo específico, como un evento concreto? Si es así, ¿cuándo ocurrió el evento?

¿Estás estudiando actualmente? Si es así, ¿en qué universidad?

- No
- Sí: _____

¿Quieres firmar una autorización de información para que podamos coordinarnos con tu colegio? Si es así, por favor proporciona información de contacto.

- No
- Sí:

¿Tienes alguna discapacidad de aprendizaje? Si es así, ¿cuál es la discapacidad?

- No
- Sí: _____

Historia psiquiátrica

¿Has visto a un profesional de la salud mental antes? Si es así, indica el plazo.

- No
- Sí: _____

¿Quiere firmar una autorización de información para que podamos coordinarnos con este proveedor?

- No
- Sí

Si es así, por favor proporciona información de contacto:

Proveedor: _____

Agencia: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

**Si procede, haz una lista de todos los medicamentos psicotrópicos que estés tomando actualmente.
Si tomas medicación con receta, ¿quién es tu médico que te prescribe?**

Nombres de medicamentos:

Médico recetador: _____

¿Alguna vez has estado hospitalizado por un problema psiquiátrico? Si es así, por favor explica por qué.

- No
- Sí
 - Motivo de la hospitalización:

<p>_____</p> <p>¿Hay algo más que te gustaría que supiera tu terapeuta?</p>
--

GESTIÓN DE LA ATENCIÓN

NBCC/BCC puede ofrecer ayuda o derivaciones para diversas necesidades. Coloca una comprobación junto a cualquier cosa con la que quieras ayuda para que podamos recopilar más información y ayudarte lo mejor posible.

Necesidades sociales		Necesidades de salud	
	Servicios de Protección		Educación y Prevención de la Salud
	Asistencia financiera		Seguro de salud
	Servicios de Ayuda al Hogar		Cribado y evaluación
	Cuidado de respiro		Atención primaria
	Servicios de Refugio		Cuidados agudos
	Acogida		Cuidados a largo plazo
	Adopción		Cuidado Dental
	Ropa		Derivación al VIH
	Gastronomía		Asistencia con medicación (financiera)
	Problemas de vivienda	Necesidades Vocacionales	
	Asistencia para Servicios Públicos		Formación profesional
	Socialización		Evaluación Profesional
	Recreación (YMCA, boy scouts, etc.)		Habilidades de supervivencia laboral
	Servicios de Violencia Doméstica		Formación en Habilidades Profesionales
Necesidades educativas			Orientación Profesional
	Pruebas psicológicas		Búsqueda y colocación de empleo

Clases de recursos		Necesidades adicionales
Educación Especial		Grupos de autoayuda y apoyo
Escuelas Especiales		Defensa
Instrucción en casa		Transporte
Escuela Residencial		Servicios legales/Documentación
Programas alternativos		Programas de voluntariado
Título de Asociado		Continuación del cuidado
Desarrollo de la Educación General (GED)		Organización de Reinserción/Casa de Transición
Necesidades de salud conductual		Otras preocupaciones/Comentarios relevantes
Apoyo a la recuperación		
Apoyo entre iguales		
Servicios en grupo		
Nivel Superior de Atención		
Atención hospitalaria		
Tratamiento especializado (trauma/DBT/trastornos alimentarios, etc.)		
Hospitalización		

A. DERECHOS DEL CLIENTE

Esta agencia respalda formalmente el reconocimiento y la creencia tanto en los derechos como en las responsabilidades de los clientes como base de la relación entre el cliente y la agencia. Por lo tanto, la agencia adopta lo siguiente:

1. El derecho a estar libre de medicación innecesaria o excesiva. (Véase N.J.A.C. 10:37-6.54.)
2. El derecho a no ser sometido a tratamientos o procedimientos no estándar, procedimientos o investigaciones experimentales, psicocirugía, esterilización, terapia electroconvulsiva o programas de demostración de proveedores, sin consentimiento informado por escrito, tras consultar con un abogado o parte interesada de la elección del cliente. (Véase N.J.A.C. 10:37-6, Artículo XV.)
 - i. Si un cliente ha sido declarado incompetente, la autorización para dichos procedimientos solo podrá obtenerse conforme a los requisitos de la N.J.S.A. 30:4-24.2d(2).
3. El derecho al tratamiento en el entorno menos restrictivo, libre de ataduras físicas y aislamiento, siempre establecía que un cliente en cuidados hospitalarios pudiera ser restringido o aislado en una emergencia conforme a las disposiciones de la N.J.S.A. 30:4-24.2d(3). (Véase N.J.A.C. 10:37-6, Artículo XV.)
4. El derecho a estar libre de castigo corporal.
5. El derecho a la privacidad y la dignidad.
6. El derecho a las condiciones menos restrictivas necesarias para alcanzar los objetivos del tratamiento/servicios.
7. En cuidados hospitalarios u otros centros residenciales:
 - i. El derecho a oportunidades normales de interacción con personas del sexo opuesto;
 - ii. El derecho de un cliente a llevar su ropa; conservar y utilizar sus pertenencias personales, incluidos artículos de aseo; y que se quede y se le permita gastar su propio dinero en gastos y compras;
 - iii. El derecho a tener acceso a un espacio de almacenamiento individual para su uso privado;
 - iv. El derecho a ver a los visitantes cada día;

- v. El derecho a tener acceso razonable y uso del teléfono, tanto para realizar como para recibir llamadas confidenciales;
- vi. El derecho a tener acceso fácil a materiales para escribir cartas, incluidos sellos, y el derecho a enviar y recibir correspondencia sin abrir;
- vii. El derecho a hacer ejercicio físico regularmente varias veces por semana;
- viii. El derecho a estar al aire libre a intervalos regulares y frecuentes, en ausencia de consideraciones médicas;
- ix. El derecho a practicar la religión de su elección o abstenerse de prácticas religiosas. Las disposiciones para dicho culto en la atención hospitalaria estarán disponibles para cada persona de forma no discriminatoria.
- x. El derecho a recibir tratamiento médico rápido y adecuado para cualquier dolencia física.
 - 8. Los derechos en N.J.A.C. 10:37-4.5(h)1-4 no pueden ser negados bajo ninguna circunstancia; N.J.A.C. 10:37-4.5
 - 9. Los derechos en N.J.A.C. 10:37-4.5(h)5-7 pueden ser negados a clientes en Cuidados Hospitalarios por causa justificada, en cualquier caso en el que el Director del Elemento del Programa considere imprescindible negar alguno de estos derechos; sin embargo, siempre que bajo ninguna circunstancia se restrinja el derecho del cliente a comunicarse con su abogado, médico o los tribunales.
 - i. Cualquier denegación de este tipo de derechos del cliente solo tendrá efecto después de que se haya presentado un aviso escrito de la denegación, que incluya una explicación del motivo de la denegación en el expediente del cliente.
 - ii. Cualquier denegación de derechos de un cliente será efectiva por un periodo no superior a 30 días y solo podrá renovarse por periodos adicionales de 30 días mediante una declaración escrita introducida por el Director del Elemento del Programa en el historial de tratamiento del cliente que indique el motivo detallado de dicha denegación o renovación.
 - 10. Todo cliente en Cuidados Hospitalarios tiene derecho a un recurso de habeas corpus mediante petición adecuada por parte propia, por un familiar o un amigo ante cualquier tribunal competente en el condado donde esté detenido, y además tendrá derecho a hacer valer cualquiera de los derechos establecidos por acciones civiles u otros recursos disponibles por derecho común o ley



New Brunswick Counseling Center y Burlington Comprehensive Counseling conservan el derecho de admitir y tratar únicamente a aquellos clientes que sean adecuados para la misión, capacidad y recursos de la agencia.

Firma del cliente: _____

B. AVISO DE CONFIDENCIALIDAD

1. Información General y Protecciones Legales

La información sobre tu atención a la salud mental, incluido el pago de servicios, está protegida por:

- La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA), y
- Leyes de privacidad aplicables en Nueva Jersey y federales.

Según estas leyes:

- El Centro de Asesoramiento de New Brunswick (NBCC) y el Asesoramiento Integral de Burlington (BCC) deben proteger la privacidad de tu información sobre salud mental.
- No podemos divulgar tu información sanitaria protegida (PHI) a personas o agencias fuera de NBCC/BCC, salvo que la ley lo permita o exija, o con tu permiso por escrito.

2. Consentimiento por escrito para la divulgación

Antes de divulgar información sobre tu tratamiento actual, tratamientos anteriores o recomendaciones de tratamiento a alguien fuera de NBCC/BCC, generalmente debemos obtener tu consentimiento por escrito.

Un consentimiento válido debe incluir:

- ¿Qué información se está revelando?
- A quienes se está divulgando la información.
- El propósito de la divulgación.
- El periodo de tiempo o fecha de caducidad para el consentimiento.
- Información sobre cómo revocar el consentimiento.



Puedes revocar tu consentimiento en cualquier momento informándonos por escrito. Una vez revocada, NBCC/BCC dejará de divulgar información bajo ese consentimiento, salvo en la medida en que ya hayamos confiado en él.

Puedes ser denegado si te niegas a dar tu consentimiento para las divulgaciones necesarias para el tratamiento, el pago o las operaciones sanitarias según lo permitido por la ley. No se te negará servicios por negarte a dar consentimiento a divulgaciones para otros fines no esenciales (por ejemplo, algo de marketing o coordinación opcional).

3. Responsabilidades de NBCC/BCC y tu derecho a presentar una queja

NBCC/BCC están obligados a:

- Mantén la privacidad de tu información de salud y tratamiento.
- Proporcionarle información sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad.

Si crees que tus derechos de privacidad han sido violados:

- Puedes presentar una queja formal ante un supervisor en cualquiera de las dos ubicaciones (New Brunswick o Burlington) y solicitar hablar con el Director Clínico y/o el Director Ejecutivo.

Si tu preocupación no se resuelve a tu satisfacción, puedes contactar con:

- El Departamento de Servicios Humanos de Nueva Jersey / División de Salud Mental y Servicios de Adicciones (DMHAS), y/o
- El Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

No sufrirás represalias por presentar una queja o una queja.

4. Sus derechos bajo HIPAA y leyes relacionadas

Tienes derecho a:

- Solicita restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de tu información sanitaria (aunque NBCC/BCC no está obligado a aceptar todas las restricciones solicitadas).
- Solicita correcciones (modificaciones) en tus registros de salud y/o tratamiento si crees que algo es inexacto o incompleto.
- Solicita y recibe un informe de ciertas divulgaciones de tu información sanitaria realizadas por NBCC/BCC (por un periodo definido por ley).

- Solicita copias de tu información de salud y tratamiento mantenida por NBCC/BCC, dentro de los límites de la ley.

Cierta información (como notas de psicoterapia o información que pueda causar daños graves) puede ser retenida o censurada si se determina que el acceso supone un perjuicio serio para ti o para otros, según lo permita la ley.

También puedes solicitar:

- Recibir comunicaciones nuestras de manera confidencial u alternativa (por ejemplo, desde una dirección o número de teléfono diferente), cuando sea razonable.

Si también recibes servicios de tratamiento por consumo de sustancias, pueden aplicarse protecciones adicionales bajo normativas federales distintas. Recibirás un aviso y consentimiento separados relacionados con la confidencialidad del trastorno por consumo de sustancias si procede.

5. Limitaciones a la confidencialidad (divulgaciones sin tu consentimiento por escrito)

En algunas situaciones, las leyes federales y estatales permiten o exigen que NBCC/BCC divulgue tu información sin tu permiso por escrito. Estas situaciones incluyen (pero no se limitan a):

Sospecha de abuso o negligencia

Debemos informar de la sospecha de abuso o negligencia infantil a la División de Protección y Permanencia Infantil (DCP&P) y puede estar obligada a informar de la sospecha de abuso, negligencia o explotación de adultos o personas mayores vulnerables a la autoridad correspondiente.

Amenazas de daño a otros

Si haces una amenaza seria de daño físico a otra persona, podríamos estar obligados a notificar a esa persona y/o a las fuerzas del orden, de acuerdo con las leyes de "deber de advertir / proteger".

Peligro para uno mismo o para los demás

Si se determina que corre un riesgo inminente de hacerse daño a sí mismo o a otros, podemos notificar a alguien que pueda ayudarte a mantenerte seguro—esto puede incluir a un familiar, fuerzas del orden y/o el Centro Móvil de Cribado de Crisis, y puede resultar en una evaluación o hospitalización.



Emergencias médicas La

información puede compartirse con el personal médico en una emergencia médica legítima en la medida necesaria para atenderla.

Salud pública y notificación de enfermedades infecciosas

La información puede ser divulgada a las autoridades sanitarias en relación con enfermedades o condiciones que se declaren declarables (por ejemplo, tuberculosis, ciertas infecciones de transmisión sexual u otras emergencias de salud pública como la COVID-19).

Cuando la ley lo permite, la información puede compartirse con personas en riesgo de contraer o propagar una enfermedad, o con familiares o amigos implicados en tu cuidado, especialmente en emergencias o en casos de peligro inminente.

Órdenes judiciales y requisitos legales

Puede que se nos requiera compartir información cuando recibamos una orden judicial válida, citación judicial o según lo requiera la ley.

En tales casos, seguiremos los procedimientos legales aplicables para proteger tu privacidad tanto como sea posible.

Supervisión, consulta y revisión de calidad

Los clínicos deben compartir información relevante con supervisores y dentro de los equipos de tratamiento para la supervisión clínica, consulta, revisión de utilización y mejora de la calidad, todo dentro de la agencia.

Coordinación con otros proveedores en emergencias

Si se le evalúa en un centro de cribado psiquiátrico, sala de urgencias u otra instalación de salud mental, podemos compartir la información adecuada para facilitar la evaluación, el tratamiento y la continuidad de la atención, según lo permita la ley.

Asociados comerciales y organizaciones de servicios

La información puede compartirse con socios comerciales (por ejemplo, empresas de facturación, proveedores de historiales electrónicos de salud, laboratorios) que prestan servicios a NBCC/BCC, bajo acuerdos escritos que les obliguen a proteger tu información.

Dentro de NBCC/BCC,

la información se comparte entre el personal de NBCC/BCC en función de lo necesario para proporcionar tu atención, coordinar servicios y llevar a cabo operaciones internas.



Auditorías, evaluaciones y registros de acreditación

pueden ser revisados por auditores estatales y federales autorizados, entidades de licencias, Medicaid y organizaciones de acreditación (como CARF) con el fin de realizar auditorías, certificaciones o evaluaciones de calidad.

Forense o

forense En ciertas circunstancias, la información puede compartirse con un forense o forense (por ejemplo, para determinar la causa de la muerte).

Clientes

fallecidos Los registros de un cliente fallecido pueden ser entregados al albacea o administrador de la herencia o, si no existe, al familiar más cercano, conforme a la ley aplicable.

Menores (clientes menores de 18 años)

Para clientes menores de 18 años, la divulgación de información generalmente implica al progenitor o tutor legal, conforme a la ley de Nueva Jersey y las excepciones que protegen la confidencialidad de los menores en determinadas situaciones (por ejemplo, tipos específicos de servicios).

6. Preguntas y más información

Si tienes alguna pregunta sobre este Aviso de Confidencialidad, tus derechos de privacidad o cómo se utiliza y protege tu información:

- Por favor, pide una explicación a tu orientador, enfermero o a cualquier miembro del personal de NBCC/BCC.
- Puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Firma del cliente: _____

C. AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN SANITARIA

1. Nuestro deber legal de proteger tu privacidad

NBCC/BCC tienen la **obligación** legal de proteger la privacidad de tu **Información Sanitaria Protegida (PHI)**.

La PHI incluye cualquier información que pueda identificarte y que se relacione con:

- Tu salud o condición física o mental pasada, presente o futura
- Los servicios sanitarios que recibes
- Pago por esos servicios

Todos los empleados, voluntarios, personal, médicos, profesionales sanitarios y demás personal están **obligados por** ley a proteger la confidencialidad de su información sanitaria y a seguir las prácticas descritas en este aviso.

Podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad en cualquier momento. Si lo hacemos:

- Actualizaremos este aviso y lo publicaremos en nuestro vestíbulo.
- Puede solicitar una **copia actual** en cualquier momento a nuestra recepción o visitando www.nbcounselingcenter.org.

2. Cómo podemos utilizar y divulgar tu PHI

Podemos utilizar y divulgar tu PHI para los siguientes fines:

R. Tratamiento

Podemos utilizar y compartir tu PHI para proporcionar, coordinar o gestionar tu atención. Por ejemplo:

- Tu consejero puede hablar sobre tu atención con nuestro personal médico.

- Nuestro personal médico puede revisar tus medicamentos y tu historial médico.

Programa de Seguimiento de Recetas (PMP):

Al ingresar y cuando sea clínicamente necesario, nuestro departamento médico puede consultar el **Programa Estatal de Seguimiento de Prescripciones (PMP)** y DrFirst para ver si estás recibiendo medicamentos de otro proveedor que puedan ser inseguros para tu tratamiento asistido con medicación. Si necesitamos contactar con su médico privado, le pediremos que firme una **Autorización de Información (ROI)** para permitir la comunicación entre nuestro director médico y su prescriptor.

B. Pago

Podemos usar o divulgar tu PHI para que **los servicios puedan ser facturados y pagados**. Por ejemplo:

- Podemos enviar información a tu plan de seguro a:
 - Confirma la elegibilidad o la cobertura
 - Determinar la necesidad médica
 - Obtener la preautorización o certificación
 - Justificar los cargos por cuidados

Los pagadores pueden incluir:

- Medicaid
- Medicare
- Seguro de salud comercial/privado
- DCF
- Financiadores de subvenciones gubernamentales

C. Operaciones sanitarias

Podemos utilizar y divulgar PHI según sea necesario para **gestionar nuestros programas y mejorar los servicios**, por ejemplo:

- Evaluación y mejora de la calidad
- Revisión del desempeño y las cualificaciones de los clínicos
- Formación de estudiantes bajo supervisión
- Licencias, acreditación y auditorías
- Actividades administrativas generales

Podemos combinar información sanitaria de muchos clientes para:

- Decide qué servicios ofrecer o dejar de ofrecer

- Evalúa nuevos tratamientos o programas
- Compara nuestros servicios con otros proveedores y busca formas de mejorar

Cuando usamos datos combinados para estos fines, la información que te identifica se **elimina siempre que es posible**.

3. Otros usos y divulgaciones permitidos sin tu permiso por escrito

La ley nos permite (y a veces nos exige) usar o divulgar tu PHI sin tu autorización firmada en determinadas situaciones, incluyendo:

R. Emergencias

- En caso de emergencia, podemos compartir tu PHI para proporcionar la atención necesaria, por ejemplo, con paramédicos o personal de urgencias.

B. Recordatorios de citas

- Podemos ponernos en contacto contigo (por teléfono, correo o mensaje de texto) para recordarte las **citas**.

C. Investigación / Evaluación de Programas

Bajo estrictos procesos de salvaguardas y aprobación, podemos utilizar o divulgar una información limitada de información pública para:

- Investigación o evaluación de programas (por ejemplo, comparar los resultados de diferentes tratamientos)

Cualquier proyecto de investigación que involucre a tu PHI está sujeto a un **proceso especial de aprobación**. Si un investigador ve tu **nombre, dirección o información identificable**, o si se te pide participar en un tratamiento experimental, pediremos **tu permiso específico**.

D. Abuso y negligencia

Informaremos de los sospechosos:

- Maltrato o negligencia infantil
- Abuso a personas mayores o adultos vulnerables
- Ciertas formas de violencia doméstica

a las autoridades competentes, según lo requiera la ley.

E. Según lo exigido por la ley

Divulgaremos la información de información pública cuando lo requiera la **legislación federal, estatal o local**, incluyendo:

- Órdenes judiciales firmadas por un juez
- Ciertos informes de salud pública
- Otros requisitos legales específicos

F. Para evitar una amenaza seria

Podemos utilizar o divulgar PHI cuando sea necesario para **prevenir o reducir una amenaza grave e inminente** a su salud o seguridad, o a la salud y seguridad de otros. Solo compartiremos información con alguien que pueda ayudar a prevenir la amenaza (por ejemplo, policía, equipo de crisis, posible víctima).

G. Actividades de supervisión sanitaria

Podemos divulgar la información de información pública a organismos gubernamentales que supervisan:

- El sistema sanitario
- Programas de prestaciones gubernamentales (por ejemplo, Medicaid/Medicare)
- Cumplimiento de licencias y derechos civiles

H. Situaciones legales y de aplicación de la ley

- **Procedimientos legales:** Podemos divulgar la información de información personal si un tribunal nos lo ordena.
- **Fuerzas del orden:** Podemos divulgar la información de información pública cuando:
 - Denunciar un delito en nuestras instalaciones, o
 - Responder a una situación inminente y peligrosa, o
 - Cuando la ley lo requiera.

I. Forenses

Podemos proporcionar PHI a un médico forense para:

- Identificar a una persona fallecida
- Determinar la causa de la muerte, cuando sea necesario



J. Reclusos

Si eres **recluso** o estás bajo custodia de las autoridades, podemos divulgar información de PHI a:

- La institución correccional o
- El agente de la ley

Si es necesario para tu cuidado, seguridad o protección.

K. Compensación para Trabajadores

Podemos divulgar la información de información personal según sea necesario para:

- Cumple con los programas **de Compensación Laboral** o similares cuando tengamos tu Autorización para la Liberación de Información firmada.

L. Usos y divulgaciones que requieren tu autorización por escrito

Cualquier **uso o divulgación no descrita en este aviso** generalmente **requerirá su autorización por escrito**.

- Tienes derecho a **revocar** una autorización **en cualquier** momento, por escrito.
- Si se revoca, dejaremos de usar o divulgar información bajo esa autorización, salvo en las acciones ya tomadas en base a ella.

4. Intercambio de Información Sanitaria (HIE)

NBCC/BCC puede participar en **los Intercambios de Información Sanitaria (HIEs)**, que permiten el intercambio electrónico seguro de PHI con otros proveedores autorizados y planes de salud para:

- Tratamiento
- Pago
- Operaciones sanitarias
- Otros fines permitidos por la ley

La PHI compartida a través de un HIE puede incluir:

- Diagnósticos, medicamentos, alergias
- Resultados de laboratorio
- Inscripción y elegibilidad en el plan de salud

También puede incluir **información sensible**, como información sobre salud mental, información relacionada con el VIH/SIDA e información sobre planificación familiar.

La participación es voluntaria y está sujeta a tu derecho a no participar.

- Si no optas **por no participar**, NBCC/BCC puede compartir tu información con los HIE, según lo permita la ley.
- Si te **das de baja**, tu información **no se compartirá a través de un HIE**, ni siquiera en caso de emergencia.
- Optar por no cancelar no impide compartir PHI a través de otros medios seguros permitidos por la ley (como fax seguro).

Más información:

- Red de Información Sanitaria de Nueva Jersey (NJHIN):
<https://www.njii.com/healthcare/new-jersey-health-information-network-njhin/>
- Programa de Monitorización de Recetas en Nueva Jersey (NJPMMP):
<https://www.njconsumeraffairs.gov/pmp>

Para optar por no compartir datos HIE:

- NBCC (Nuevo Brunswick): 732-246-4025
- BCC (Burlington): 609-267-3610

5. Tus derechos respecto a tu información sanitaria

Tienes los siguientes derechos:

A. Derecho a inspeccionar y copiar

Puede solicitar **inspeccionar u obtener una copia** de la PHI utilizada para tomar decisiones sobre su atención o pago.

- La solicitud debe **hacerse por escrito** a tu consejero o médico tratante.
- Podemos cobrar una **tarifa razonable** por copias y envío por correo.
- En ciertos casos, podemos denegar su solicitud; Algunas denegaciones pueden ser revisadas por otro profesional con licencia.

B. Derecho a enmendar

Puede solicitar que **modifiquemos (correctamente)** la PHI si cree que es inexacta o incompleta.

- La solicitud debe estar **por escrito**, con una explicación de por qué crees que es incorrecta.
- Si denegamos tu solicitud, proporcionaremos una **explicación por escrito** y opciones para:
 - Presentar una **declaración de desacuerdo**, o

- Tener tu solicitud y nuestra denegación vinculadas a futuras divulgaciones de esa PHI.

C. Derecho a una contabilidad de las divulgaciones

Puedes solicitar una **contabilidad (lista)** de ciertas divulgaciones de tu PHI realizadas por NBCC/BCC (sin incluir las divulgaciones de tratamiento, pago u operaciones).

- La solicitud debe hacerse **por escrito** a tu orientador principal.

D. Derecho a solicitar restricciones

Puede solicitar que limitemos cómo usamos o divulgamos su PHI para tratamiento, pago u operaciones, y/o que no compartamos información con ciertos familiares u otros.

- No estamos obligados a aceptar todas las restricciones solicitadas.
- Si acordamos **por escrito**, debemos cumplir la restricción salvo que se permita cambiarla por ley o acuerdo mutuo.

E. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

Puede solicitar que nos **pongamos en contacto con usted de una manera o lugar específico**, como:

- Solo en el trabajo
- Solo por correo
- Solo en un número de teléfono concreto
- Las solicitudes deben **hacerse por escrito** a tu consejero o médico.
- No necesitas dar una razón, pero debes especificar claramente **cómo o dónde** debemos contactarte.

F. Correo electrónico, mensajes de texto y otras comunicaciones

Si decides comunicarte por correo electrónico o mensaje de texto:

- No podemos garantizar que el correo electrónico o el mensaje de texto sea **completamente seguro o confidencial**.
- Las cuentas de correo electrónico compartidas pueden permitir que otros vean tus mensajes.
- NBCC/BCC **no se hacen responsables** de mensajes mal dirigidos, entregados o interrumpidos debido a factores fuera de nuestro control.



- El correo electrónico o el mensaje de texto deben usarse solo para **asuntos rutinarios y no urgentes** , no para emergencias o tratamientos clínicos.

G. Derecho a una copia en papel de este aviso

Puede solicitar una **copia en papel** de este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento.

6. Consentimiento y derecho a revocar

Al firmar nuestro formulario de consentimiento, tú:

- Autoriza a NBCC/BCC a **utilizar y divulgar tu PHI** para tratamiento, pago, operaciones y según lo descrito en este aviso.
- Reconoce que te han **ofrecido o te han dado una copia** de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del cliente: _____

D. DERECHOS DEL CLIENTE RESPECTO A LA INFORMACIÓN SANITARIA

Derecho a inspeccionar y copiar

Tienes derecho a solicitar la oportunidad de inspeccionar o copiar información sanitaria utilizada para tomar decisiones sobre tu atención, ya sean decisiones sobre tu tratamiento o el pago de tu atención.



Debes presentar tu solicitud por escrito con una breve explicación del propósito a tu consejero o médico tratante. Si solicita una copia de la información, podemos cobrar una tarifa por el coste de copia, envío y suministros asociados a su solicitud.

Podemos denegar tu solicitud para inspeccionar o copiar tu información sanitaria en ciertas circunstancias limitadas. En algunos casos, tendrás derecho a que la denegación sea revisada por un profesional sanitario autorizado que no haya participado directamente en la decisión original de denegar el acceso. Le informaremos por escrito si la denegación de su solicitud puede ser revisada. Una vez completada la revisión, respetaremos la decisión tomada por el revisor profesional sanitario autorizado.

Derecho a enmendar

Mientras mantengamos registros sobre usted, tiene derecho a solicitarnos que modifiquemos cualquier información sanitaria utilizada para tomar decisiones sobre su atención, ya sea sobre su tratamiento o sobre el pago de su atención. Para solicitar una enmienda, debe presentar un documento escrito a nuestro personal, personal de recepción o a su asesor principal y explicarnos por qué considera que la información es incorrecta o inexacta.

Si denegamos su solicitud de enmienda, le enviaremos un aviso escrito de la denegación en el que exponga la base y le ofrecerá la oportunidad de presentar una declaración por escrito en desacuerdo con la denegación.

Si no desea preparar una declaración escrita de desacuerdo, puede solicitar que la enmienda solicitada y nuestra denegación se adjunten a todas las futuras divulgaciones de la información sanitaria objeto de su solicitud.

Si decides presentar una declaración escrita de desacuerdo, tenemos derecho a preparar una réplica escrita a tu declaración de desacuerdo. En este caso, adjuntaremos la solicitud por escrito y la réplica.

Derecho a una contabilidad de las divulgaciones

Tiene derecho a solicitar que le proporcionemos un informe de las divulgaciones que hemos hecho sobre su información sanitaria. Pero esta lista no incluirá ciertas divulgaciones de tu información sanitaria, por ejemplo, aquellas que hayamos realizado para tratamiento, pago y operaciones sanitarias. Para solicitar un informe de las divulgaciones, debes presentar tu solicitud por escrito a tu asesor principal.



Derecho a solicitar restricciones

Tienes derecho a solicitar una restricción sobre la información sanitaria que utilizamos o divulgamos sobre ti para tratamiento, pago o operaciones sanitarias. También puede solicitar que parte (o toda) de su información sanitaria no sea divulgada a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para fines de notificación, según se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad.

Para solicitar una restricción, debe incluirla (con nuestra aprobación) en el Formulario de Consentimiento para Uso o Divulgación o solicitar la restricción por escrito dirigida al Director Ejecutivo.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

Puede haber circunstancias que justifiquen la comunicación contigo, por ejemplo, reprogramar una cita o proporcionar un recordatorio de cita. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su atención médica solo en un lugar determinado o mediante un método determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos pongamos en contacto con usted en el trabajo o por teléfono.

Para solicitar dicha comunicación confidencial, debe hacer su solicitud por escrito a su consejero o médico que le trate. No hace falta que nos des una razón para la petición; Pero tu solicitud debe especificar cómo o dónde deseas ser contactado.

Preferencias de comunicación

Para aquellos clientes que hayan consentido recibir correos electrónicos del Centro de Asesoramiento de New Brunswick, tengan en cuenta que no podemos garantizar la seguridad y confidencialidad de una transmisión por correo electrónico. Si tu correo electrónico es una dirección familiar, otros miembros de la familia pueden ver tus mensajes, por lo tanto, ten en cuenta que envías correos bajo tu propio riesgo.

Debido a los muchos factores de internet y correo electrónico fuera de nuestro control, no podemos hacernos responsables de correos incorrectos, entregados o interrumpidos. NBCC no se hace responsable de las violaciones de confidencialidad causadas por ti o por un tercero. El correo electrónico es más adecuado para asuntos rutinarios y preguntas sencillas, y no debe usarse con fines de tratamiento ni información sensible. No deberías enviarnos correos



electrónicos por situaciones urgentes o de emergencia ni para asuntos que requieran una respuesta inmediata.

Derecho a una copia en papel de este aviso

Tiene derecho a obtener una copia en papel de este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento.

Autorizaciones de comunicación

A continuación se muestran mis preferencias para recibir comunicaciones del Centro de Consejería de New Brunswick. Entiendo que puedo cambiar estas preferencias en cualquier momento.

Consiento recibir comunicaciones del Centro de Asesoramiento de New Brunswick a través de lo siguiente (marque todas las que se apliquen):

- Teléfono
- Buzón de voz
- Correo electrónico (Entiendo que estas comunicaciones no están cifradas. También entiendo que las direcciones de correo electrónico del Centro de Asesoramiento de New Brunswick se identificarán en todas las comunicaciones por correo)
- Texto (entiendo que pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes)
- Correo (entiendo que estas comunicaciones se enviarán a la dirección que aparece en el archivo)

Firma del cliente: _____



E. CONSENTIMIENTO POR TELEMEDICINA

Propósito y visión general

El New Brunswick Counseling Center (NBCC) y Burlington Comprehensive Counseling (BCC) ofrecen servicios de asesoramiento y salud conductual a través de telemedicina. La telemedicina permite a los clientes recibir atención utilizando una plataforma de vídeo segura y conforme a la normativa HIPAA.

Este formulario detalla tus derechos, responsabilidades y las condiciones bajo las cuales se prestan los servicios de telemedicina.

Las sesiones de telemedicina se realizan a través del Portal de Telemedicina MyEvolv.

Recibirás un enlace seguro por correo electrónico aproximadamente 10 minutos antes de tu sesión programada.

Las sesiones duran 45 minutos salvo que se indique lo contrario.

Tecnología y Acceso

Necesitarás:

- Una conexión a internet fiable
- Un dispositivo con capacidad de audio y vídeo (ordenador, tableta o smartphone)
- Un espacio privado, libre de distracciones e interrupciones

Las sesiones de telemedicina se realizan a través de MyEvolv, una plataforma compatible con HIPAA que cumple con los requisitos federales y estatales de privacidad.

Si tienes problemas técnicos, tu orientador intentará contactarte por teléfono para restablecer la sesión o reprogramar.

Si persisten problemas de conexión, tu terapeuta hará un seguimiento contigo para explorar opciones de cuidado alternativas, que pueden incluir sesiones presenciales.

Programación y asistencia



Las sesiones de telemedicina se realizan con el mismo estándar profesional que las presenciales.

Se espera que:

- Iniciar sesión a tiempo
- Vestidos adecuadamente
- No estar bajo los efectos de drogas o alcohol

Si no te unes a la sesión dentro de los 15 minutos previstos desde la hora programada de inicio, tu orientador puede considerar que la sesión no se presenta.

Las citas perdidas repetidas pueden resultar en:

- Suspensión temporal de los privilegios de telemedicina, y
- Es necesario reanudar las sesiones presenciales para continuar los servicios.

Cuando la telemedicina puede no ser apropiada

La telemedicina puede no ser adecuada para todos los clientes o situaciones. En consulta contigo, tu consejero y supervisión clínica, los servicios de telemedicina pueden limitarse o dejarse de ofrecer si:

- No tienes un entorno seguro, privado ni estable para las sesiones.
- Experimentas una emergencia psiquiátrica o médica que requiere un nivel de atención más alto.
- Se repiten citas perdidas, no participación o problemas técnicos continuos.
- Tu profesional determina que la atención presencial es clínicamente necesaria o más adecuada.

Si se suspende la telemedicina, tu consejero ayudará a coordinar un plan adecuado para la atención continua, que puede incluir tratamiento presencial o derivación a otro profesional.

Confidencialidad y privacidad

La confidencialidad de toda la información de los clientes está protegida por la ley federal y estatal, incluyendo HIPAA, 42 C.F.R. Parte 2 y N.J.A.C. 10:37, según corresponda.



MyEvolv Telehealth es una plataforma segura, pero como con toda tecnología, existen riesgos potenciales (por ejemplo, acceso no autorizado, brechas de datos). NBCC/BCC toma medidas razonables para prevenir tales ocurrencias.

Eres responsable de:

- Garantizar que tu ubicación física proporcione suficiente privacidad
- Asegurarse de que no haya personas no autorizadas presentes durante la sesión salvo que su orientador lo apruebe previamente

Está estrictamente prohibida la grabación de sesiones por parte de clientes o personal sin consentimiento previo por escrito.

Correo electrónico, teléfono y otras tecnologías

La comunicación por correo electrónico a través de Microsoft Outlook está cifrada y está destinada únicamente a fines de programación y administración, no para asesoramiento clínico.

Las sesiones de telemedicina no pueden realizarse por teléfono (solo voz) según las normativas del Departamento de Salud de Nueva Jersey, salvo en emergencias cuando estén aprobadas por supervisión clínica y sean coherentes con la normativa vigente.

Los mensajes de texto pueden usarse solo para recordatorios o confirmaciones de citas, no para comunicación clínica ni apoyo en crisis.

Derechos del cliente y consentimiento informado

Al aceptar los servicios de telemedicina, reconoces que:

- Entiendes que las leyes que protegen la confidencialidad (HIPAA, 42 C.F.R. Parte 2 y la ley estatal) también se aplican a la telemedicina.
- Tienes derecho a retener o retirar el consentimiento para la telemedicina en cualquier momento sin afectar tu derecho a cuidados futuros, aunque la forma de atención (por ejemplo, solo presencial) pueda cambiar.
- Entiendes que los resultados de la telemedicina no pueden garantizarse, y que la telemedicina puede tener tanto beneficios como limitaciones.
- Tu proveedor puede modificar o suspender la telemedicina si se considera insegura, clínicamente inapropiada o no lo suficientemente privada/confidencial.



- Aceptas notificar a tu orientador cualquier cambio en tu información de contacto, contacto de emergencia o ubicación física, especialmente antes o al inicio de cada sesión de telemedicina.

Procedimientos de emergencia durante sesiones de telemedicina

Si experimentas una emergencia de salud mental, aceptas tomar una o más de las siguientes acciones de inmediato:

- Llama al 988 (Línea Nacional de Prevención de Suicidio y Crisis)
- Llama al 112
- Ve al servicio de urgencias más cercano
- Contacta con tu Persona de Contacto de Emergencia (ECP) que tienes registrada

Aceptas a:

- Proporciona tu dirección física actual al inicio de cada sesión de telemedicina, y
- Identifica:
 - El hospital/servicio de urgencias más cercano, y
 - El departamento de policía más cercano a tu ubicación durante la sesión.

Si tu consejero determina que la telemedicina ya no es clínicamente adecuada ni segura, los servicios pasarán a atención presencial u otro nivel de atención adecuado. Recibirás comunicación de seguimiento para ayudar a garantizar tu seguridad y la continuidad del tratamiento.

Reconocimiento de consentimiento

He leído y comprendo la información proporcionada anteriormente sobre los servicios de telemedicina en el New Brunswick Counseling Center y en Burlington Comprehensive Counseling. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Acepto voluntariamente participar en servicios de telemedicina a través del Portal de Telesalud MyEvolv bajo los términos descritos en este consentimiento.

Firma del cliente: _____

F. DIRECTIVA ANTICIPADA

¿Qué es una Directiva Anticipada?

Una directiva anticipada (DA) es un documento legal que puedes completar para ayudar a garantizar que se respeten tus preferencias de tratamiento médico si no puedes tomar decisiones médicas por tu cuenta.

Si eres menor de 18 años, tu familiar legal (normalmente un padre o tutor legal) tomará estas decisiones por ti, y no necesitas completar esta sección.

Tu directiva anticipada solo entra en vigor después de que un médico te haya evaluado y determinado que no puedes comprender:

- Tu diagnóstico
- Tus opciones de tratamiento
- Los posibles beneficios y riesgos de esas opciones

Tipos de directivas anticipadas en Nueva Jersey

Nueva Jersey reconoce dos tipos principales de directivas anticipadas. Puedes optar por completar uno o ambos de estos:

1. Directiva de Poder Representativo (Poder Notarial Duradero para la Atención Sanitaria)

Una directiva de poder es un documento que utilizas para nombrar a una persona que tome decisiones sanitarias por ti si no puedes tomarlas por ti mismo.

Esto se aplica tanto si tu incapacidad es temporal (por ejemplo, debido a un accidente) como permanente (por ejemplo, debido a una enfermedad grave).

La persona que nombras se llama tu representante sanitario.

Tu representante sanitario es responsable de tomar las mismas decisiones que tú habrías tomado dadas las circunstancias, basadas en tus deseos y valores conocidos.

Si no pueden determinar qué querías en una situación concreta, deberían basar sus decisiones en lo que creen que es lo mejor para ti.

2. Directiva de Instrucción (Testamento Vital)

Una directiva de instrucción, a menudo llamada Testamento Vital, es un documento que utilizas para informar a tu médico y a tu familia:

- Los tipos de situaciones en las que querías o no querías un tratamiento que sostenga la vida, y
- Tus creencias, valores y preferencias generales de cuidado.

Este documento guía a tu médico y familia cuando deben tomar decisiones sanitarias por ti, incluidas situaciones no específicamente descritas en tu directiva.

Directrices Anticipadas de Salud Mental

Una Directiva Anticipada de Salud Mental es un tipo de directiva anticipada que se centra en la atención y el tratamiento psiquiátrico.

Cualquiera puede quedar incapaz de tomar decisiones debido a una enfermedad mental. Las personas que actualmente reciben tratamiento de salud mental, o que puedan necesitarlo en el futuro, pueden utilizar un AD en salud mental para:

- Dirigir su tratamiento futuro
- Da orientación y tranquilidad a familiares y amigos
- Asegúrate de que sus deseos sean conocidos aunque no puedan expresarlos más adelante

¿Quién puede ejecutar un AD?

Año competente adulto can execute an AD.

En Nueva Jersey, esto generalmente significa una persona de 18 años o más que no tiene tutor legal, o un menor que ha sido emancipado (por ejemplo, por orden judicial u otro evento que establezca independencia financiera).

¿Puedo cambiar o revocar mi directiva anticipada?

Sí. Puedes cambiar o revocar tu AD en cualquier momento mediante:

- Crear una nueva directiva anticipada, o
- Informar a un miembro de tu equipo de tratamiento, a tu apoderado, a tu médico o a tu abogado de que quieres cambiarlo o revocarlo.

Si has registrado tu AD en la División de Servicios de Salud Mental y Adicciones (DMHAS), debes notificar a DMHAS si cambias o revocas tu directiva.

Si eres paciente hospitalario en un centro psiquiátrico, puedes cambiar o revocar tu AD si tu médico determina que eres competente para hacerlo en ese momento.

¿Respetarán los hospitales o agencias la Directiva Anticipada?

En general, los hospitales y agencias seguirán tu directiva anticipada si:

- Te has vuelto incapaz de tomar decisiones, y
- El tratamiento solicitado está disponible, es médicamente apropiado y es legal.

Un hospital o agencia no puede honrar a un AD si:

- El tratamiento que solicitas no está disponible, ni siquiera con un traslado
- El tratamiento no es médicamente adecuado en tu caso
- La directiva violaría una orden judicial o ley
- La acción solicitada probablemente te perjudicaría a ti o a otra persona

En una emergencia potencialmente mortal, puede que no haya tiempo suficiente para revisar tu directiva o contactar con tu apoderado antes de administrar el tratamiento. Sin embargo, tan pronto como la emergencia se estabilice, el hospital o la agencia seguirá a tu AD lo más de cerca posible.

¿Hay un formulario especial?

No se requiere un formulario específico. Sin embargo:

- Los hospitales y agencias pueden proporcionar un formulario y ayudarte a completarlo.
- Un miembro de tu equipo de tratamiento o un defensor entre iguales puede ayudarte.
- También puedes descargar formularios de la web de DMHAS u otras fuentes fiables.



En general, un AD debe ser:

- En la escritura
- Firmado y fechado
- Presenciado por al menos una persona

Un AD puede incluir:

- El nombre de un representante de la atención sanitaria o apoderado, y
- Tus instrucciones y preferencias específicas para el tratamiento.

No tienes que llevar a tu AD contigo. Puedes:

- Regístrate en DMHAS para que pueda accederse a él en caso de emergencia a través de Admisiones Centralizadas en el 609-777-0317
- Comparte copias con tu apoderado, familia y tus proveedores de tratamiento

Recursos útiles

DMHAS – Información sobre Directiva Anticipada (inglés/español)

www.state.nj.us/humanservices/dmhas/resources/mental/pad/

Plan de Acción para la Recuperación del Bienestar (WRAP)

www.wellnessrecoveryactionplan.com

Registro de Directiva Anticipada Psiquiátrica de Nueva Jersey (NJPAD)

www.state.nj.us/humanservices/dmhas/resources/mental/pad/

División de Salud Mental y Servicios de Adicciones de Nueva Jersey

, 222 South Warren Street, apartado postal 700

Trenton, NJ 08625-0700

Teléfono: 800-382-6717

Centro Nacional de Recursos sobre Directivas Anticipadas

Psiquiátricas www.nrc-pad.org

Colaboración de la Universidad de Temple para la Inclusión Comunitaria

<http://tucollaborative.org>



El Centro Bazelon de Derecho de la Salud Mental

www.bazelon.org

Derechos de las personas con discapacidad

[en Nueva Jersey www.drnj.org](http://www.drnj.org)

Política de NBCC/BCC sobre Directrices Anticipadas

La política de NBCC/BCC es aceptar directivas anticipadas de los clientes.

Sin embargo, dentro de nuestro nivel de atención y ámbito de práctica:

- El personal siempre administrará RCP y
- Llama al 911 para servicios médicos de emergencia en caso de emergencia médica.

Si compartes tus directivas anticipadas con nosotros:

- Depositaremos una copia en tu historial médico, y
- Los proporcionaremos a los Servicios Médicos de Emergencia cuando lleguen cuando sea apropiado.

Por favor, ten en cuenta: el personal de NBCC/BCC siempre reanima en situaciones de emergencia médica.

Jóvenes menores de 18 años

Para personas menores de 18 años:

- En caso de una emergencia médica o psiquiátrica en el lugar, se contactará inmediatamente con un padre o tutor.
- El personal no acompañará al joven al hospital.
- Idealmente, el padre o tutor recibirá al joven en la clínica para el traslado o lo recibirá directamente en el hospital.



Cómo NBCC/BCC abordará las directivas anticipadas contigo

Como parte de la atención de ingreso o continua:

- El personal puede preguntar si actualmente tienes una directiva anticipada.
- Si tienes uno, puedes optar por proporcionar una copia a NBCC/BCC para que se incluya en tu historial médico.
- Si no tienes una directiva anticipada, puedes solicitar más información o ayuda, y el personal puede remitirte a recursos y formularios.

No está obligado a completar una directiva anticipada para recibir servicios en NBCC/BCC, pero le animamos a considerar sus opciones y a discutir cualquier pregunta con su equipo de tratamiento.

Entiendo que puedo entregar una copia de mis directivas anticipadas médicas o psiquiátricas a mi personal de tratamiento para que las incluya en mis historiales médicos.

Firma del cliente: _____

G. AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN / ELECCIÓN BENÉFICA

Aviso de No Discriminación

Ningún proveedor de servicios de consumo de sustancias que reciba fondos federales de la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental de EE. UU. (SAMHSA) – INCLUYENDO EL New Brunswick Counseling Center (NBCC) y Burlington Comprehensive Counseling (BCC) – puede discriminarte por motivos de:

- Tu religión
- Tus creencias religiosas
- Tu negativa a tener creencias religiosas
- Tu negativa a participar en cualquier práctica religiosa

No se te puede negar servicios, tratarte de forma diferente ni presionarte para participar en actividades religiosas por tus creencias o falta de ellas.

Elección benéfica

Bajo las protecciones federales de la Elección Benéfica:

NBCC y BCC pueden no requerirte participar en actividades religiosas (como oración, culto o grupos religiosos) como condición para recibir servicios de tratamiento por consumo de sustancias.

Si te opones al carácter religioso o no religioso de NBCC o BCC, la ley federal te da derecho a solicitar una derivación a otro proveedor cuyos servicios sean más acordes con tus preferencias.

NBCC y BCC están obligados a:



- Toma tu objeción en serio, y
- Ayudarte, en un plazo razonable, a localizar y derivarte a un proveedor de tratamiento alternativo y accesible para el consumo de sustancias cuyos servicios tengan el mismo valor, en la medida en que dichos servicios estén disponibles.

No serás penalizado ni perderás la elegibilidad para los servicios por solicitar dicha derivación.

Firma del cliente: _____

H. FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE CREDENCIALES DEL CONSEJERO

De acuerdo con la Oficina del Fiscal General de Nueva Jersey, División de Asuntos del Consumidor — las Juntas Estatales de Examinadores de Terapia Matrimonial y Familiar, el Comité de Consejeros de Alcohol y Drogas, el Comité de Examinadores de Consejeros Profesionales y los Examinadores de Trabajo Social (en adelante denominados "el organismo estatal de licencias") — el Centro de Consejería de New Brunswick (NBCC) y Burlington Comprehensive Counseling (BCC) me han informado de lo siguiente:

De acuerdo con los Reglamentos 13:34-3.3, 13:34C-3.2(e), 13:34C-13.1(g) y 13:44G-3.1, entiendo que:

Puede que reciba servicios de asesoramiento de un miembro del personal que no sea:

- Terapeuta Matrimonial y Familiar Licenciado (LMFT)
- Consejero Profesional Licenciado (LPC)
- Trabajador Social Clínico Licenciado (LCSW)
- Consejero Clínico Licenciado en Alcohol y Drogas (LCADC)

En su lugar, mi consejero puede ser uno de los siguientes, con licencia o acreditación en el Estado de Nueva Jersey:

- Consejero Asociado Licenciado (LAC)
- Terapeuta Asociado de Pareja y Familia (AMFT)
- Trabajador Social Licenciado (LSW)
- Consejero Certificado en Alcohol y Drogas (CADC)



- Consejero en formación
- Un becario matriculado en un programa de máster en una de estas profesiones

Además, entiendo que:

Cualquier consejero de este tipo permanecerá bajo la supervisión clínica de un supervisor debidamente licenciado y/o certificado, según lo exigido por los Reglamentos 13:34-3.3(b), 13:34C-6.2(c), 13:34C-13.1(g) y 13:44G-8.1(g). Los supervisores clínicos tienen acceso a mis historiales de tratamiento, y el clínico supervisor es en última instancia responsable de todos los aspectos de mi tratamiento

Firma del cliente: _____

I. PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN

(Quejas / Quejas / Sugerencias)

"Paciente" o "cliente" incluye a la persona que recibe los servicios y, si el cliente es menor de edad, a su padre o tutor legal.

Tus derechos

Tienes derecho a quejarte sobre tus servicios, decisiones de tratamiento o cómo te han tratado sin temor a represalias ni barreras para los servicios.

También puedes hacer sugerencias sobre las normas, normativas o protocolos de la agencia.

Si se te está considerando la baja administrativa, puedes solicitar una "audiencia justa" para revisar la decisión, salvo en casos de comportamiento violento o amenazante.

Cómo presentar una queja

Paso 1 – Habla con tu orientador o personal

Primero, lleva tu preocupación a la persona que presta tu servicio (tu orientador, enfermero, etc.).

Intentarán reunirse contigo en un plazo de 2 días laborables para hablar de tu preocupación y trabajar en una solución.

Si no te sientes cómodo hablando directamente con ellos, puedes pedir hablar con su supervisor en su lugar.

Paso 2 – Habla con un supervisor

Si la preocupación no se resuelve con la persona que presta tu servicio, puedes pedir hablar con el supervisor.

Puedes expresar tu queja verbalmente o por escrito.

El supervisor deberá:

- Escucha tus preocupaciones
- Revisar la información relevante
- Habla con el personal implicado según lo necesites

Se debe ofrecer una reunión con el supervisor en un plazo de 5 días laborables.

Tras la reunión, recibirás una respuesta verbal y/o una carta de seguimiento resumiendo el resultado.

En la mayoría de los casos, cualquier acción negativa relacionada con tu queja quedará en pausa hasta que se tome una decisión final, salvo que exista un riesgo serio para la salud o la seguridad.

Paso 3 – Hablar con el Director del Programa/Departamento

Si no estás satisfecho con la respuesta del supervisor, puedes pedir hablar con el Director del Programa o del Departamento.

El Director revisará tu queja, hablará con el personal implicado y, si se lo solicita, se reunirá contigo (generalmente en un plazo de unas dos semanas).

Recibirás una respuesta explicando la decisión del Director.

Paso 4 – Hablar con el Director Ejecutivo y con agencias externas

Si aún no estás satisfecho tras hablar con el Director, puedes escribir al Director Ejecutivo.

El Director Ejecutivo será:

- Revisa tu queja



- Ofrécete a reunirte contigo (normalmente dentro de aproximadamente una semana después de la solicitud)
- Te proporcionará una respuesta escrita final

Si el asunto no puede resolverse dentro de la agencia, el Director Ejecutivo te proporcionará información de contacto de agencias externas donde puedas presentar una queja.

Recursos Externos para Quejas

Puede contactar con cualquiera de las siguientes personas en cualquier momento:

Líneas Directas de Quejas de Salud

Mental Región Sur: 609-777-0763

Región Norte: 973-977-4397

División de Servicios de Salud Mental y Adicciones de Nueva Jersey – Defensor del Pueblo Teléfono: 609-438-4321

Línea de quejas para el tratamiento por consumo de sustancias de

DMHAS Número gratuito: 1-877-712-1868

Administradores de Salud Mental del Condado

de Middlesex: 732-745-4373

Condado de Burlington: 609-265-5383

Departamento de Niños y Familias – Oficina de Defensa

Número gratuito: 1-877-543-7864

Línea de Ayuda contra el Maltrato Infantil en Nueva Jersey (24/7)

1-877-NJ-ABUSE (1-877-652-2873)

Asociación de Salud Mental de NJ (Información y Derivación)

Número gratuito: 1-877-294-HELP (o 1-877-294-4357) o 1-877-285-2844 (recursos locales)

En caso de emergencia, llama siempre al 911 o acude a la sala de urgencias más cercana.

Reconocimiento del cliente

He leído y entendido la información anterior sobre el Proceso de Reclamaciones en NBCC/BCC. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y mis preguntas han sido respondidas a mi



satisfacción. Se requerirá una firma al final de este paquete reconociendo la comprensión del Proceso de Reclamaciones.

Firma del cliente: _____

J. EVALUACIÓN INTEGRADA Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Autorizo al personal del Centro de Consejería de New Brunswick / Burlington Comprehensive Counseling (NBCC/BCC) a proporcionar servicios de evaluación y/o tratamiento según lo clínicamente indicado.

Me han dado una visión general de los servicios que ofrece NBCC/BCC y autorizo la evaluación y cualquier tratamiento recomendado que pueda ofrecerse, incluyendo, pero no limitándose a, salud mental, consumo de sustancias, servicios médicos/psiquiátricos y de gestión de casos según corresponda.

Entiendo y reconozco que:

- Mi participación es voluntaria y puedo negarme o retirarme de los servicios en cualquier momento, salvo que lo requiera la ley o una orden judicial.
- La participación en los servicios de evaluación no garantiza que se ofrezcan servicios de tratamiento continuos y no crea por sí sola una relación continuada entre paciente y terapeuta o cliente. Se establece una relación de tratamiento cuando soy formalmente aceptado en los servicios y acepto un plan de tratamiento.
- Con todo tipo de tratamiento, existen posibles beneficios y riesgos. No se me ha hecho ninguna garantía respecto a los resultados de la evaluación o el tratamiento.
- Seguir las recomendaciones de tratamiento es importante para obtener el máximo beneficio posible de los servicios.
- Esta autorización permanecerá vigente mientras NBCC/BCC proporcione servicios de evaluación y/o tratamiento, salvo que la revoque por escrito o según lo limite legalmente.
- Para los clientes menores de 18 años, se requiere la firma de un progenitor o tutor legal para autorizar la evaluación y el tratamiento, salvo que la ley permita lo contrario.

Firma del cliente: _____

K. POLÍTICA FINANCIERA

El cliente acepta pagar todos los servicios en su totalidad en el momento en que nos preste la oficina, salvo que se hagan otros arreglos previos.

Políticas financieras de los clientes

Debes presentar una tarjeta de seguro válida en el momento de la admisión y según sea necesario durante toda la atención. Eres responsable de informar al Centro de Asesoramiento de New Brunswick (NBCC) o a Burlington Comprehensive Counseling (BCC) de cualquier cambio en tu seguro (aseguradora, número de póliza, cobertura, etc.).

Te reservas el derecho de optar por no utilizar el seguro contratado y aceptas toda la responsabilidad financiera por los servicios prestados. En este caso, se te exigirá completar una exención y pagar la totalidad de los servicios en el momento en que se presten.

Aseguradoras comerciales:

Eres responsable de obtener cualquier derivación y preautorización requerida por tu plan de seguro.

Facturaremos a las aseguradoras dentro de la red en tu nombre.

Cualquier copago, coseguro, franquicia y saldo pendiente debe ser debido antes de registrarse para tus citas.

Tu acuerdo con tu aseguradora es un contrato privado entre tú y la aseguradora. No investigamos rutinariamente por qué una aseguradora no ha pagado ni por qué ha pagado menos de lo previsto.

Si tu aseguradora no ha pagado en un plazo razonable o niega la cobertura, todas las comisiones serán debidas y pagaderas en su totalidad.



Medicare:

Nuestra oficina es un proveedor participante de Medicare y facturaremos a Medicare en tu nombre.

Cualquier franquicia, importe de co-seguro o servicios no cubiertos son tu responsabilidad y se pagarán a medida que se presten los servicios.

Medicaid:

Nuestra oficina es un proveedor participante en Medicaid y facturaremos a Medicaid en tu nombre.

Eres responsable de informarnos de cualquier cambio en tu elegibilidad para Medicaid o en tu plan de atención gestionada.

Cualquier servicio no cubierto o denegado por pérdida de elegibilidad puede convertirse en tu responsabilidad financiera según lo permitan la ley y las normas del plan.

Seguro fuera de la red:

Si no estamos en la red de tu aseguradora, eres responsable de pagar la tarifa en el momento del servicio.

A petición, puedes presentar reclamaciones a tu compañía de seguros para un posible reembolso, sujeto a los beneficios fuera de la red de tu plan.

Pagos y Cobros

Los estados de saldo de los clientes se enviarán mensualmente. Por favor, pague cualquier saldo que aparezca en su extracto en un plazo de 15 días para mantener su cuenta en buen estado.

Si necesitas un plan de pagos, puedes contactar con el departamento de facturación para discutir las opciones.

Los saldos impagados pueden poner en peligro tu estatus como cliente, y tu caso puede quedar en pausa o cerrado hasta que se realicen los acuerdos de pago.

Nuestra oficina acepta las siguientes formas de pago: efectivo y tarjetas de crédito (y cualquier otro método que decidas añadir, por ejemplo, tarjetas de débito, HSA).



Si tu saldo no se paga según los términos de esta póliza:

- Nuestra oficina puede derivar tu cuenta a una agencia de cobro externa.
- Si tu cuenta es transferida para cobros, aceptas pagar todas las tasas adicionales incurridas en la cobranza de la deuda, incluidas las tasas de agencia de cobro y honorarios razonables de abogado, según lo permita la ley.

El cliente es en última instancia responsable de todos los honorarios por los servicios prestados.

Al recibir servicios, reconoces que has leído, entendido y aceptado la política financiera anterior para el pago de honorarios profesionales.

Política de cancelación / citas perdidas

Una vez programado un servicio de asesoramiento o clínico, se reserva un tiempo específico para ti. Es extremadamente importante que cumplas con tu cita, ya que las citas perdidas impiden que otros reciban servicios y aumentan los costes del programa.

Si no puede cumplir con su cita, por favor llame al menos con 24 horas de antelación para que su tiempo pueda ser ofrecido a otro cliente.

No se pueden ofrecer servicios continuos a clientes que frecuentemente faltan o cancelan citas sin aviso adecuado.

Citas perdidas o canceladas tarde

Se espera que el pago se realice en el momento de cada visita.

El Centro de Asesoramiento de New Brunswick / Burlington Comprehensive Counseling puede cobrar una tasa por citas que se pierdan o cancelen sin previo aviso de 24 horas, salvo cuando lo prohíba tu seguro o la ley.

Las citas perdidas repetidas y/o el impago de tasas pueden resultar en:

- Las citas se realizan solo en estado de atención el mismo día o sin cita previa, y/o
- Suspensión o terminación de servicios, ofreciéndose las derivaciones adecuadas.



Reconocimiento del cliente

He leído y entiendo la Política Financiera y la Política de Cancelación/Cita Perdida del New Brunswick Counseling Center / Burlington Comprehensive Counseling. Acepto cumplir con estas políticas y entiendo que, en última instancia, soy responsable de todas las tarifas por servicios prestados, de acuerdo con mi cobertura de seguro y las leyes aplicables.

Firma del cliente: _____

J. Agradecimiento

Esto es para reconocer que he recibido y revisado el contenido de la documentación de admisión de NBCC/BCC. Tienes derecho a una copia en papel de este paquete y de todos los formularios incluidos. Por favor, háznos saber si desea una copia. Además, por favor firme a continuación para indicar que ha revisado y comprendido el contenido de este paquete:

Nombre del cliente (impreso): _____

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

SOLO USO EN OFICINA — No escribas debajo de esta línea

Nombre del personal (Impreso): _____

Firma del personal: _____

Fecha: _____