



CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS

Bienvenido a Caridades Católicas de la Arquidiócesis de Chicago. Este formulario de Consentimiento de Servicios está diseñado para darle información importante acerca de los servicios que son ofrecidos por Caridades Católicas. Dependiendo de los servicios que reciba de Caridades Católicas, es posible que tenga diferentes derechos bajo la Ley de Confidencialidad de Illinois de Salud Mental y Discapacidades, la Ley de Alcoholismo y Dependencia en Otras Drogas, las Regulaciones Federales que gobiernan el Tratamiento de Abuso de Sustancias situadas en el 42 C.F.R. Parte 2, y/o la Ley Federal de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Algunos de estos derechos están resumidos a continuación.

CONFIDENCIALIDAD: Todos los expedientes personales de los clientes de Caridades Católicas son confidenciales y están protegidos como requiere la ley y las políticas de Caridades Católicas. Los clientes recibirán un "Aviso de Prácticas de Privacidad", que ofrece información sobre sus derechos bajo la ley HIPAA, si es aplicable. La divulgación de información confidencial se hará solamente con su consentimiento por escrito. Las excepciones a esta política incluyen, sin limitación, los siguientes: (a) cuando un tribunal de jurisdicción competente de órdenes de la divulgación de sus registros; (b) cuando hay conocimiento, o motivos razonables para creer, que un menor o adulto vulnerable está siendo abusado o descuidado; (c) cuando se cree que existe un peligro serio, predecible e inminente de daño físico o violencia a usted, a otras personas identificadas o a la comunidad; y (d) los controles de calidad, otorgamiento de licencias, acreditación y auditoría o la evaluación por las entidades de financiación.

E-Mail: Caridades Católicas ha establecido medidas de seguridad para proteger cualquier correo electrónico que usted podrá enviar a su trabajador social o a la agencia. Sin embargo, Caridades Católicas no utiliza tecnología de cifrado. Además, no podemos evitar la divulgación de su información debido a errores de transmisión o acciones no autorizadas de terceros.

Si desea utilizar correo electrónico como una forma de comunicación, por favor firme aquí: _____.

Su dirección de correo electrónico es: _____.

Teléfono: Cuando su trabajador social necesite comunicarse con usted por teléfono, ¿qué número de teléfono preferiría?

Teléfono de Casa: _____ y/o Teléfono de Celular: _____.

¿Podrá el trabajador social dejar un mensaje de voz para usted? Sí _____ No _____

EXPEDIENTES PERSONALES: Los clientes tienen el derecho a ver sus expedientes personales. Si un cliente es menor de 12 años de edad, los padres o tutores del cliente pueden ver los registros sin el consentimiento del cliente. Si el cliente tiene entre 12 y 18 años de edad, el padre o tutor del cliente, puede ver los registros en ciertas circunstancias, dependiendo en los servicios proporcionados.

QUEJAS: Si usted tiene alguna preocupación acerca de los servicios proporcionados, o decisiones tomadas acerca de usted, usted (o un padre o tutor si es permitido por la ley) puede discutir el asunto de manera informal con el director del programa o departamento implicado. También puede presentar una queja por escrito con el director del programa o departamento implicado. Si no se resuelve el asunto, puede presentar una queja al siguiente nivel de administración del personal. Si la queja sigue sin resolverse, el Vicepresidente de la División, o una persona designada, y todas las partes interesadas se reunirán para tratar de resolver el asunto. Por último, una apelación ante el Vicepresidente de Operaciones de Caridades Católicas puede ser iniciada. Una copia de los Procedimientos de Quejas de los Clientes estará disponible bajo petición.

PLAN DE SERVICIO INDIVIDUALIZADO: Los clientes tienen el derecho a una atención adecuada, basada en un plan de servicio individual en un ambiente apropiado para los servicios implicados. El plan será formulado y revisado periódicamente con el cliente y/o el padre/tutor.

RETIRO DE CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS: Entiendo que tengo el derecho de hacer preguntas y de ser informado con respecto a cualquier servicio en el que se me pide que participe. Además, entiendo que, aunque puedo retirar este consentimiento para participar en los servicios en cualquier momento, si lo hago, mis servicios con Caridades Católicas se darán por terminados inmediatamente.

HE LEÍDO LAS DECLARACIONES ANTERIORES O FUERON LEÍDAS Y EXPLICADAS A MÍ EN UN IDIOMA QUE YO ENTIENDO. ADEMÁS HE RECIBIDO UNA COPIA DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE CARIDADES CATÓLICAS. DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DE CUALQUIERA Y TODOS LOS SERVICIOS ADECUADOS PARA MÍ, MI HIJO O PUPILO POR PARTE DE CARIDADES CATÓLICAS.

Cliente: _____
Apellido Nombre

Testigo: _____
Apellido Nombre

Firma Fecha

Firma Título Fecha

Nombre del padre/tutor* (Apellido, Nombre)

Firma Fecha

* If client is age 17 or younger, parent or guardian signature is required. ** If client is age 12-17, the client signature is also required.

In appropriate circumstances, signatories may be requested to furnish identification. Witness has reasonable belief of the identity of the person signing. If additional signatures are needed, use Consent to Services Supplemental Form and staple to this form.