

¡Bienvenidos!

A PATHWAYS TRANSITION PROGRAMS, INC.

Gracias por permitirnos conocerte.

Antes de comenzar, también queremos que sepas algo sobre nosotros, y como trabajaremos juntos.

Pathways Transition Programs, Inc. (PTP) ha estado trabajando con niños, adolescentes, adultos y familias desde 1991. Tenemos psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, consejeros y asistentes que trabajan juntos en equipo. De esta manera podemos ofrecer los mejores servicios para los desafíos que su familia está tratando en este momento.

Cómo trabajamos

- ❖ Comenzaremos con una entrevista para recopilar información que nos ayudará a entender sus inquietudes, esperanzas y deseos. Es muy importante para nosotros aprender como usted ve los problemas y que cambios serían significativos para usted.
- ❖ Después de la primera entrevista, un consejero se pondrá en contacto con usted para comenzar a trabajar con su familia en las metas que usted identificó. Con su aporte, se desarrollará un plan, y discutiremos el curso potencial del tratamiento.
- ❖ Piense en su consejero como el entrenador de su familia. Un asistente de comportamiento también puede trabajar con su hijo. Un buen entrenador sabe lo que se necesita para lograr una meta, y para reconocer cuando se alcanza la meta; por esa razón, le deja con las herramientas y los recursos para mantener el progreso y evitar que los desafíos futuros se conviertan en problemas más grandes.
- ❖ Su consejero está ahí para ayudar a reducir el estrés familiar que puede provenir de preocuparse y de manejar a los niños que están teniendo dificultades para sobrellevarlo. Creemos que la consejería es una asociación entre las familias y sus consejeros. Cada uno de nosotros aporta algo único a la asociación: usted conoce a su hijo, a su familia y, por supuesto, a usted mismo. Su consejero aporta una comprensión de cómo se desarrollan los niños y como las experiencias de vida difíciles cambian la forma en que los niños piensan, sienten y se comportan. Su consejero también trae herramientas y estrategias que ayudan a los niños a lidiar con los sentimientos y pensamientos que influyen en sus comportamientos.
- ❖ Nuestro trabajo no puede ser eficaz sin su participación. Incluso cuando parece que es un niño o adolescente que necesita hacer el cambio, se necesita la ayuda de los adultos en sus vidas para hacer el cambio posible.
- ❖ Creemos que hay tres compromisos que son importantes para usted y nosotros para que nuestro trabajo juntos tenga éxito. Los llamamos las **Tres Cs**:

➤ **Confidencialidad.**

- Su privacidad es muy importante para nosotros. También es la ley. El contenido de nuestras sesiones (con usted y sus hijos) permanece confidencial. Su consejero le hablará sobre la divulgación de información y los límites de confidencialidad.

➤ **Cortesía.**

- Es importante que respetemos las funciones de los demás en la búsqueda de soluciones a los desafíos de sus hijos. Estamos comprometidos a escuchar a usted y a sus hijos. También respetamos nuestro trabajo como una asociación. Agradecemos los comentarios y esperamos que usted estará abierto a los comentarios también.

➤ **Consistencia.**

- Por supuesto, nada se puede cambiar si no trabajamos en ello constantemente. Un horario consistente de citas hace que sea más fácil para todos nosotros estar preparados y encontrar un ritmo para trabajar juntos.

Esperamos poder conocerlo y trabajar juntos para resolver problemas y desafíos para que usted y/o sus hijos puedan aprender y crecer con confianza y alegría.

Dr. Jain

A handwritten signature in black ink that reads "Sunaina R. Jain". The signature is written in a cursive, flowing style.

Sunaina R. Jain, PhD

Psicólogo clínico

Fundador y CEO



120 East Trinity Place • Decatur, GA 30030

Phone (404) 378-2300 • Fax (404) 378-2394

DOCUMENTOS DE ADMISION / ORIENTACION

TABLA DE CONTENIDO

¡BIENVENIDOS!..... 1

Cómo trabajamos..... 1

DOCUMENTOS DE ADMISION / ORIENTACION..... 3

TABLA DE CONTENIDO..... 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO..... 5

Servicios..... 5

Nuestros Derechos 5

Sus responsabilidades 6

Entendimientos..... 6

Promesa de pago 6

Riesgos..... 7

Ventajas..... 7

Comunicaciones de PTP..... 7

Comunicaciones de usted..... 7

Disciplina e informes obligatorios 8

Comportamiento agresivo..... 8

Quejas..... 8

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRESTACIÓN

DE SERVICIOS DE SALUD TELEMENTAL (TMH)..... 9

Tecnologías 9

Seguridad & Privacidad 9

Confidencialidad 9

Nuestros derechos 9

Entendimientos..... 9

Riesgos..... 9

Ventajas..... 10

LEY DE PORTABILIDAD Y RENDICIÓN DE CUENTAS DEL SEGURO MÉDICO (HIPAA)..... 10

Objetivos de la HIPAA 10

Entidades cubiertas..... 10

La regla de privacidad 10

La regla de seguridad 10
Asociados de Negocios 11
Su expediente médico 11
Quejas de privacidad 11
SEGURIDAD DE ARMAS DE FUEGO EN EL HOGAR 12
COVID-19 LIBRE DE RESPONSABILIDAD Y ACEPTACION DE RIESGO 12



120 East Trinity Place • Decatur, GA 30030

Phone (404) 378-2300 • Fax (404) 378-2394

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO

INFORMACION DEL CLIENTE <i>(Confirme la ortografía correcta del nombre y DOB con el cliente y/o tutor.)</i>			
Nombre:	Inicial Segundo Nombre:	Apellido:	Fec Nac:

Este documento contiene información importante sobre los servicios y políticas comerciales de Pathways Transition Programs, Inc. (PTP). Por favor, lea atentamente y pregunte para aclarar si es necesario. Cuando firme este documento, representará un acuerdo entre PTP y autorizar a nuestro personal a comenzar sus servicios de consejería.

PTP es una agencia privada de salud conductual que sirve a niños, adolescentes, adultos y familias en más de 40 condados del centro norte de Georgia. Todos nuestros terapeutas son Consejeros Profesionales Con Licencia (LPC), Trabajadores Sociales Clínicos Con Licencia (LCSW), Consejeros Profesionales Asociados (LAPC, por sus cuentas) o Maestros Trabajadores Sociales con Licencia (LMSW) bajo supervisión y dirección clínica. Empleamos personal adicional como Paraprofesionales con títulos universitarios en diversos campos en roles de apoyo. Un personal clínico participará en la consulta entre pares, así como en la educación continua.

Abordamos nuestro trabajo utilizando un modelo integral e integrado para entender y trabajar con clientes de todos los ámbitos de la vida desarrollado por la Dra. Sunaina Rao Jain, nuestra fundadora, llamada *The Kaleidoscope Model of Therapy™*. Todo el trabajo con nuestros clientes se basa en la premisa fundamental de que nuestros patrones de comportamiento reflejan nuestra comprensión de nosotros mismos y del mundo en el que vivimos, y el cambio consiste básicamente en cambiar esta perspectiva lo suficiente como para arriesgarnos a probar nuevas formas de hacer frente y prosperar.

Las técnicas que utilizamos para ayudar a los clientes a sanar y aprender provienen de una variedad de fuentes ya que las necesidades de cada persona son diferentes; no hay un enfoque único para todos. Sin embargo, la elección de los métodos proviene de nuestra comprensión, en colaboración con nuestros clientes, de lo que más necesitan para recuperar el control de la dirección de sus vidas.

Servicios

- ❖ Servicios prestados en PTP incluye, pero no se limitan a, consejería y psicoterapia; psiquiatría y manejo de medicamentos; terapia intensiva basada en la familia (IFI); ayuda conductual; apoyo escolar; asesoramiento en grupo; revisiones de diagnóstico y evaluación; servicios envolventes financiados por el estado, intervención temprana, prevención de colocación innecesaria y evaluaciones familiares.
- ❖ Recibirá una evaluación integral y un plan de tratamiento. Usted participará en la creación de objetivos del tratamiento. Estos planes se actualizarán según sea necesario.

Nuestros Derechos

Mientras recibe servicios de PTP, sus derechos están protegidos por el Departamento de Recursos Humanos de Georgia.

Usted tiene derecho a

- ❖ Servicios que respeten su dignidad y protejan su salud y seguridad.
- ❖ Estar informado de los beneficios y riesgos de su plan de servicio.
- ❖ Participar en la planificación de su propio programa.
- ❖ Rechazar los servicios, a menos que un médico piense que el rechazo de servicios sería inseguro para usted u otros.
- ❖ Servicios rápidos y confidenciales, incluso si se determina que no puede pagar.
- ❖ Revisar sus registros con su médico, a menos que él o ella piense que no es en su mejor interés.
- ❖ Ejercer todos los derechos civiles, políticos, personales y de propiedad a los que tiene derecho como ciudadano.
- ❖ Permanecer libre de restricciones físicas o procedimientos de tiempo de espera, a menos que tales medidas sean necesarias para proporcionar un tratamiento eficaz o proteger la seguridad de usted o de los demás.
- ❖ Estar libre de abuso físico, sexual o verbal.
- ❖ Recibir servicios sin discriminación por su afiliación política, religión, raza, color, género, orientación sexual, discapacidad mental o física, nacionalidad o edad.

Nombre:	Inicial Segundo Nombre:	Apellido:	Fec Nac:
---------	-------------------------	-----------	----------

También tiene derecho a

- ❖ Consultar con su médico sobre cualquier inquietud relacionada con su tratamiento para garantizar su bienestar.
- ❖ Hacer preguntas sobre cualquier procedimiento o técnica utilizada por su médico.
- ❖ Aprender métodos alternativos de atención.
- ❖ Comunicaciones confidenciales entre usted y PTP.
- ❖ Revisar su expediente médico.
- ❖ Solicitar y recibir copias de su expediente médico y solicite que se modifique su registro.
- ❖ Revise los acuerdos de asociados de negocios de PTP para las entidades con acceso a su expediente médico en nuestra oficina.
- ❖ Solicitar una cuenta de todas las divulgaciones hechas por PTP de su información de salud privada en los seis años o menos antes de la fecha solicitada.
- ❖ **Finalizar el tratamiento con PTP en cualquier momento.**
- ❖ Presentar una queja si cree que alguno de sus derechos ha sido restringido o denegado.

Sus responsabilidades

Según el Departamento de Recursos Humanos de Georgia, es su responsabilidad

- ❖ Sea honesto con el personal que proporciona servicios.
- ❖ Coopere en la implementación y seguimiento de su plan de servicio.
- ❖ Mantenga todas las citas a tiempo y de 24 horas de aviso si es necesaria la cancelación.
- ❖ Respetar los derechos y la confidencialidad de otros clientes.
- ❖ Realizar el pago oportuno de las tasas de PTP o arreglos para el pago por otra parte.

Entendimientos

- ❖ Su médico puede finalizar los servicios en cualquier momento por cualquiera de las siguientes razones:
 - No asistir a sesiones individuales o familiares programadas.
 - Preocupación por la seguridad y el bienestar de los niños en el hogar.
 - Comportamientos agresivos implícitos o explícitos o amenazas hacia otros clientes o nuestro personal. (ver Comportamiento Agresivo a continuación)

Promesa de pago

- ❖ Se espera el pago completo en el momento en que los servicios se prestan en PTP, para todos los servicios recibidos por PTP, a menos que se presenten reclamaciones a su compañía de seguros u otro pagador. La negativa a pagar la tarifa puede dar lugar a la terminación de los servicios.
- ❖ Requerimos 24 horas de aviso para la cancelación de la cita s. Las citas canceladas sin 24 horas de antelación estarán sujetas a la tarifa de cancelación.
- ❖ Para las cuentas vencidas más de 30 días, se añadirán intereses (2% por mes).

Por favor, Inicie su nombre

La información relacionada de mi seguro y/o pagador es verdadera y correcta a mi leal saber y entender y permanecerá confidencial. Soy responsable del pago en el momento en que se prestan los servicios a menos que se presenten a un seguro o pagador en mi nombre. Si mi proveedor de seguros indica que se debe realizar un copago, soy responsable del copago en el momento en que se prestan los servicios.

_____ Autorizo la divulgación de la información médica necesaria para procesar reclamos de seguro por servicios prestados por PTP.

_____ Autorizo el pago de beneficios médicos a PTP por servicios; reclamos puede ser presentado en mi nombre.

_____ Autorizo correspondencia con el médico de cabecera, según sea necesario para la aprobación/autorización del seguro de los servicios de salud mental.

Nombre:	Inicial Segundo Nombre:	Apellido:	Fec Nac:
---------	-------------------------	-----------	----------

Riesgos

- ❖ La mayoría de los clientes salen de la terapia sintiéndose más capaces de cuidarse a sí mismos y a sus seres queridos. Sin embargo, no hay garantías de que cualquier tratamiento de terapia ofrecido en cualquier lugar tendrá éxito; nadie en PTP puede ofrecer una garantía con respecto al resultado de su tratamiento.

Ventajas

- ❖ Comprenderse uno mismo más a fondo: definir fortalezas personales, identificar desencadenantes que interfieren con el funcionamiento normal de la vida y encontrar oportunidades para el desarrollo personal.
- ❖ Superar los malos hábitos y desarrollar habilidades saludables para manejar circunstancias difíciles.
Mejora de las relaciones con la familia, los amigos y otras personas.
- ❖ Mejorar la resiliencia.
- ❖ Identificar caminos hacia el logro de metas.

Comunicaciones de PTP

- ❖ Seguro, la comunicación privada se puede garantizar completamente utilizando teléfonos móviles y correos electrónico. Por favor, indique que comunicación nos permite utilizar y bajo que circunstancias. Puede modificar sus preferencias en cualquier momento.

MÉTODOS DE COMUNICACIÓN PERMITIDOS		
	¿Permitido?	
Comunicaciones de voz a teléfono fijo:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Correo de voz en teléfono fijo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Comunicación por voz al móvil:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Correo de voz en el teléfono móvil	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Comunicación por texto a un teléfono móvil	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dirección de correo electrónico del cliente:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dirección de correo electrónico del padre/tutor	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Número de teléfono de fax:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

- ❖ Cuando utilice un teléfono móvil o correo electrónico para ponerse en contacto con nosotros, consideraremos que implicó su consentimiento y nos permite volver a realizar los mismos métodos no seguros.
- ❖ Si no realiza ninguna selección anterior, solo nos ponemos en contacto con usted por teléfono fijo, fax o correo de USPS mail.

Comunicaciones de usted

Estamos comprometidos con su apoyo y cuidado. Queremos responder a usted de manera oportuna; devolvemos las llamadas dentro de las 24 horas de lunes a jueves. Las llamadas recibidas los viernes, sábados o domingos se devuelven el lunes.

Si tiene una emergencia, llame al 911. Para llamadas que no sean de emergencia

❖ días entre semana

De lunes a viernes, entre las 9am-5pm, por favor llame al teléfono móvil de su médico. También puede llamar a nuestra oficina principal en (404) 378-2300 para hablar con la oficina de recepción o presione cero (0) para dejar un mensaje de correo de voz. Asegúrese de indicar su nombre claramente, el nombre de su médico y su número de teléfono de devolución de llamada.

❖ Horas después de horario de trabajo, fines de semana y días festivos

Después del horario de trabajo, los fines de semana, o durante los días festivos, deje un mensaje en el teléfono móvil de su médico, o llame a nuestra oficina principal al (404) 378 fines de semana - 2300. Presione cero (0) para dejar el correo de voz para la oficina de recepción. ***Si su llamada es urgente (pero no una emergencia), llame al dial (404) 378-2300 y presione dos (2) para hablar con nuestro asistente de horas posteriores.***

Nombre:	Inicial Segundo Nombre:	Apellido:	Fec Nac:
---------	-------------------------	-----------	----------

Disciplina e informes obligatorios

Nuestras agencias reguladoras nos exigen que le informemos que **PTP no apoya ni aprueba el uso del castigo corporal** en ningún momento.

Según lo estipulado por la ley estatal de Georgia, todo el personal de PTP son **reporteros encargados** de abuso o negligencia infantil. Los reporteros obligatorios están obligados a presentar un informe a la oficina apropiada del condado de DFCS si creen que un niño menor de edad ha experimentado cualquiera de los siguientes padres o tutores:

- ❖ Lesiones físicas no accidentales.
- ❖ Descuido o explotación.
- ❖ Agresión o explotación sexuales.

Comportamiento agresivo

Así como usted merece estar libre de abuso físico, sexual y verbal mientras busca tratamiento en PTP, nuestro personal también tiene el derecho de estar libre de abuso físico, sexual y verbal mientras trabaja con usted.

- ❖ Cualquier amenaza, implícita o explícita, sobre infligir violencia, abuso sexual o acoso a otra persona será tomada en serio.
- ❖ Los enfrentamientos físicos se detendrán inmediatamente utilizando los medios más seguros posibles. El personal no usará restricciones o aislamiento para detener el comportamiento agresivo, pero se pueden usar retenciones de emergencia para detener el comportamiento agresivo.
- ❖ Si es necesario, se contactará a las fuerzas del orden para que acuda a nuestra oficina para documentar un altercado, tomar declaraciones y hacer arrestos si es necesario.
- ❖ Si se sufre una lesión que requiere atención médica, organizaremos el transporte al hospital más cercano. El personal de PTP lo acompañará.
- ❖ Un informe de incidentes será completado por su médico y enviado a nuestro director clínico. El director clínico se reunirá con su equipo de tratamiento y con el Comité de Mejora Continua de la Calidad (CQI) dentro de los cinco días hábiles siguientes al incidente.
- ❖ Todas las partes involucradas se reunirán con el supervisor clínico dentro de los cinco días posteriores al incidente. Si alguien en su equipo de tratamiento se siente inseguro, usted será dado de alta de nuestro servicio.
- ❖ Su referido puede ser notificado.

Quejas

El personal de PTP quiere saber que está satisfecho con nuestros servicios. También entendemos que con cualquier relación en curso puede haber momentos de conflicto. Es importante que sus quejas o inquietudes sean escuchadas. Hay varias opciones disponibles para usted para enviar una queja.

- ❖ Si se siente incómodo al traer inquietudes a su médico, o si siente que una situación no se ha resuelto con su médico a su satisfacción, póngase en contacto con nuestro director clínico al (404) 378-2300 x5011. Puede esperar una respuesta en un plazo de cinco días hábiles. El director clínico programará una reunión con usted y otros partidos interesadas en una oficina de PTP. PTP proporcionará transporte si es necesario para asegurarse de que no haya barreras para su asistencia a su personal.
- ❖ Puede completar una encuesta de comentarios en línea anónima que se puede encontrar en el pie de página de cualquier página web en el sitio web de PTP.
- ❖ Si no cree que la situación se resuelve a su satisfacción en PTP, puede ponerse en contacto con las entidades responsables de la financiación de PTP (pagos de reclamos) y monitoreo. Esto incluye su oficina local de DFCS. O, si usted no recibe satisfacción de estas agencias dentro de los 30 días de su queja presentada, puede comunicarse con el Departamento de Salud Conductual de Georgia al (404) 657-5964.

Nombre:	Inicial Segundo Nombre:	Apellido:	Fec Nac:
---------	-------------------------	-----------	----------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD TELEMENTAL (TMH)

Salud Telemental (Telemental Health, TMH) es el uso de la tecnología de telecomunicaciones por parte de un médico para ofrecer atención en tiempo real cuando no puede estar físicamente presente con un cliente. En esta circunstancia, TMH se puede utilizar para entregar una variedad de PTP servicios incluyendo, terapia individual, terapia familiar, evaluaciones psiquiátricas, manejo de medicamentos, intervención de crisis, seguimientos, desarrollo de habilidades, y sesiones de entrenamiento.

Tecnologías

- ❖ Los médicos pueden conectarse por texto, correo electrónico o teléfono, o video.
- ❖ Muy a menudo, los médicos de PTP llevarán a cabo citas de TMH usando Google Meet o VSee. Estas son herramientas de videoconferencia interactivas gratuitas en línea.

Seguridad & Privacidad

- ❖ Todas las leyes de privacidad existentes se aplican a las consultas de TMH.
- ❖ Las protecciones de seguridad de Google Meet y VSee cumplen o superan los requisitos técnicos especificados por la regla de seguridad HIPAA.
- ❖ Los médicos de PTP no grabarán sesiones de video o teléfono sin su permiso. Las notas clínicas de las consultas se agregarán a su historial médico y usted tiene acceso legal a copias de estos registros.
- ❖ PTP no compartirá ninguna información recopilada de sus citas de TMH con otras entidades sin su consentimiento.

Confidencialidad

- ❖ Se han realizado esfuerzos razonables y apropiados para eliminar cualquier riesgo de confidencialidad asociado con las consultas sobre la TMH.
- ❖ Bajo la ley federal y del estado de Georgia, todas las protecciones de confidencialidad existentes se aplican a cualquier información que comparta con su médico durante todas las citas con TMH.

Nuestros derechos

- ❖ Los servicios de TMH son voluntarios. Usted puede retirar el consentimiento para los servicios prestados de esta manera en cualquier momento sin afectar su derecho a la atención futura o la elegibilidad para otros programas.
- ❖ Usted tiene derecho a hacer preguntas sobre cualquier procedimiento o técnica utilizada por su médico.
- ❖ Usted tiene derecho a aprender sobre métodos alternativos de atención.

Entendimientos

- ❖ Las citas con TMH no serán exactamente las mismas que las sesiones presenciales, ya que usted y su médico no están presentes en la misma habitación.
- ❖ Los médicos generalmente se encuentran en una oficina de PTP o en un consultorio en casa. Por favor, encuentre un entorno privado y tranquilo en su hogar, oficina, escuela, etc., para su cita.
- ❖ Al comienzo de la cita, usted y su médico discutirán cómo volver a conectarse si la videoconferencia o la conexión telefónica se interrumpen o se desconectan.
- ❖ Utilizará su propio dispositivo para conectarse para citas y PTP no es responsable de su rendimiento o la calidad de su conexión a Internet.
- ❖ Si su hijo menor de edad es el cliente, como su padre/tutor, estará disponible por teléfono o texto durante las sesiones de TMH de su hijo.
- ❖ Si hay una emergencia durante la sesión, el médico llamará a los servicios de emergencia y a sus contactos de emergencia.

Riesgos

- ❖ Aunque Google Meet y VSee son herramientas de conferencia extremadamente seguras, todavía existe una posibilidad muy pequeña de acceso no autorizado que podría afectar a mi confidencialidad.
- ❖ La tecnología de las comunicaciones puede estar sujeta a interrupciones y dificultades técnicas.
- ❖ Usted o su médico pueden interrumpir una cita en cualquier momento si alguno de ustedes siente que la videoconferencia,

Nombre:	Inicial Segundo Nombre:	Apellido:	Fec Nac:
---------	-------------------------	-----------	----------

el texto, el correo electrónico o la conexión telefónica no son suficientes para la situación.

Ventajas

- ❖ TMH proporciona una mayor flexibilidad de programación de citas.
- ❖ TMH elimina el tiempo de viaje y los gastos.
- ❖ La TMH reduce el tiempo que usted no puede trabajar o cuidar a otros miembros de la familia.
- ❖ TMH elimina una sala de espera de oficina.
- ❖ Durante este tiempo de pandemia, TMH reduce su exposición a posibles contagios; puede permanecer en su casa para limitar el contacto con los demás.

LEY DE PORTABILIDAD Y RENDICIÓN DE CUENTAS DEL SEGURO MÉDICO (HIPAA)

Objetivos de la HIPAA

- ❖ Facilitar al público mantener y mover su seguro médico.
- ❖ Ayudar a la industria de seguros de salud a controlar los costos administrativos y reducir el fraude.
- ❖ Crear y hacer cumplir las normas para la información de atención médica.
- ❖ Establecer normas de privacidad y seguridad para proteger a los consumidores.

Entidades cubiertas

- ❖ **Proveedores.** Todo proveedor de atención médica, independientemente del tamaño, que transmite electrónicamente información de salud en relación con ciertas transacciones, es una entidad cubierta. Estas transacciones incluyen reclamos, consultas de elegibilidad de beneficios, solicitudes de autorización de referencia u otras transacciones para las cuales HHS ha establecido estándares bajo la Regla de Transacciones HIPAA. **PTP es una entidad cubierta.**
- ❖ **Planes de Salud.** Los planes de salud individuales y grupales que proporcionan o pagan el costo de la atención médica son entidades cubiertas. Los planes de salud incluyen aseguradoras de salud, dentales, de visión y de medicamentos recetados, organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO), Medicare, Medicaid, aseguradoras de suplementos de Medicare y aseguradoras de cuidado a largo plazo (excluidas las políticas de indemnización fija en el hogar de ancianos). Los planes de salud también incluyen planes de salud grupales patrocinados por el empleador, planes de salud patrocinados por el gobierno y la iglesia, y planes de salud de múltiples empleadores.
- ❖ Las entidades cubiertas deben cumplir con todas las Reglas y Normas de la HIPAA.

La regla de privacidad

- ❖ Regla de privacidad de tele salud define y limita como las entidades cubiertas pueden utilizar o divulgar la PHI.
- ❖ La PHI incluye muchos identificadores comunes (por ejemplo, nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de Seguro Social).
- ❖ Todo el personal de PTP, los pasantes estudiantiles y los voluntarios firman un acuerdo de confidencialidad que requiere que toda su PHI se tenga en estricta confianza. Ellos son personalmente responsables de cualquier violación de este acuerdo.

La regla de seguridad

- ❖ La Regla de Seguridad estableció normas para protegerla Ion de PHI almacenada electrónicamente (ePHI) mediante el uso de las salvaguardias administrativas, físicas y técnicas apropiadas para garantizar la confidencialidad, integridad, y seguridad de esta información.
- ❖ Las notas de progreso y otra información médica privada que comparte con PTP pasan a formar parte de su Registro Médico Electrónico (EMR). El EMR está sujeto a la regla de seguridad.
- ❖ PTP mantiene todos los registros médicos dentro de un sistema EMR seguro, CareLogic por Qualifacts, o en un archivo seguro en línea compatible con HIPAA que cumple o supera los estándares de seguridad HIPAA normas.

Nombre:	Inicial Segundo Nombre:	Apellido:	Fec Nac:
---------	-------------------------	-----------	----------

Asociados de Negocios

- ❖ Un asociado comercial es una persona u organización, que no sea miembro de la fuerza de trabajo de una entidad cubierta, que realiza ciertas funciones o actividades en nombre de, o proporciona ciertos servicios a, una entidad cubierta que implica el uso o divulgación de información de salud identificable individualmente.
- ❖ PTP mantiene una serie de acuerdos de asociación comercial con contratistas y proveedores externos que nos ayudan con nuestras operaciones diarias. Estos Acuerdos de Asociados de Negocios aseguran que su PHI será salvaguardada apropiadamente.
- ❖ El Departamento de Servicios para Niños y Familias (DFCS) y las agencias del condado del Departamento de Justicia Juvenil (DJJ) también se consideran **Asociados de Negocios que pagan por sus servicios. Tienen derecho legal a obtener una copia de su expediente médico; su confidencialidad es limitada.** Tenga en cuenta: los registros documentados de II, como notas de progreso y evaluaciones, para clientes DFCS y DJJ se consideran propiedad de estos Business Associates. Los registros sólo pueden ser liberados por las agencias del condado que conservan esos registros.

Su expediente médico

- ❖ Puede solicitar una copia de su expediente médico para usted u otra entidad completando un formulario de autorización para divulgar/recibir información (descargar en <https://www.pathwaystp.com/downloads.html>). Una copia de sus documentos se preparará dentro de los 30 días posteriores a la recepción. Se debe proporcionar la identificación de los documentos recogidos en nuestras oficinas.
- ❖ Puede solicitar una modificación de su expediente médico por escrito. La enmienda escrita, o una denegación de enmienda con una explicación, se le enviará por correo dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud.
- ❖ **Importante: PTP se especializa en psicoterapia y no publica notas confidenciales de psicoterapia.** HIPPA define las notas de psicoterapia como "notas registradas, en cualquier medio, por un proveedor de atención médica que es un profesional de la salud mental que documenta o analiza el contenido de la conversación durante una sesión de asesoramiento privado o una sesión de asesoramiento grupal, conjunta o familiar y **que están separadas de la historia clínica del individuo**". **Las notas de psicoterapia de PTP solo se publican mediante citación u orden judicial** y se suministrarán dentro de los 30 días. En lugar de las notas de psicoterapia, puede solicitar un documento de resumen formal, que se proporcionará dentro de los 30 días.
- ❖ El costo administrativo para copias de registros médicos es de \$25.88 más:
 - 97 centavos para 1-20 páginas.
 - 83 centavos para 21-100 páginas.
 - 66 centavos para más de 100 páginas.
(2015 Departamento de Salud Comunitaria De la División de Registros Médicos)
 - Excepciones de tarifas:
 - PTP ondea este programa de tarifas si sus servicios son financiados por DFCS. Debe tomar sus solicitudes de documentación en su oficina de DFCS del condado.
 - PTP también proporciona registros médicos sin costo alguno para beneficios por discapacidad o programas de rehabilitación vocacional.
- ❖ Hay algunas circunstancias en las que no se requiere su consentimiento por escrito para divulgar información:
 - Si tiene la intención de hacerse daño a sí mismo o a los demás.
 - Como **reporteros obligatorios**, estamos obligados por ley a reportar cualquier sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
 - Los registros, en determinadas circunstancias, pueden ser citados en casos judiciales.

Quejas de privacidad

- ❖ Por favor, hable con nuestra directora clínica al (404) 378-2300 x5011 sobre cualquier preocupación de privacidad.
- ❖ Las quejas serán revisadas y se realizará una respuesta dentro de los 60 días posteriores a la recepción.
- ❖ También se pueden presentar quejas a:

Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles
200 Independence Ave, SW, Washington, DC 20201
Teléfono (877) 696-6775

Nombre:	Inicial Segundo Nombre:	Apellido:	Fec Nac:
---------	-------------------------	-----------	----------

SEGURIDAD DE ARMAS DE FUEGO EN EL HOGAR

Nuestra compañía de seguros requiere la siguiente información.

Por favor verifique la declaración correspondiente:

- No guardo armas de fuego en mi casa. ***Le daré a PTP*** una notificación por escrito dentro de cinco días si adquiero alguna arma de fuego en el futuro.
- He informado a PTP sobre la existencia de todas las armas de fuego guardadas en mi casa. ***Todas las armas de fuego están seguras (bajo llave o con un clip de seguridad) y no son accesibles para los menores*** en mi casa.
- He revelado todas las armas de fuego guardadas en mi casa. ***Estas armas de fuego no están aseguradas actualmente.***

COVID-19 LIBRE DE RESPONSABILIDAD Y ACEPTACION DE RIESGO

El nuevo coronavirus, COVID-19, ha sido declarado pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. COVID-19 es extremadamente contagioso y se cree que se propaga principalmente desde el contacto de persona a persona. Como resultado, los gobiernos federales, estatales y locales y las agencias de salud recomiendan el distanciamiento social y la congregación de grupos limitados.

Pathways Transition Programs Inc. (PTP) ha implementado medidas seguras para reducir la propagación de COVID-19; sin embargo, no podemos garantizar que usted y sus familiares no se infecten con COVID-19. ***Asistir a citas en persona con el personal de PTP*** podría aumentar el riesgo de ***exposición y/o infección por parte de COVID-19*** por parte de ***usted y sus familiares.***

Reconozco la naturaleza contagiosa de COVID-19. Entiendo que la exposición o infección puede resultar en lesiones personales, enfermedad, discapacidad permanente, y aunque muy rara, incluso la muerte. Entiendo que la exposición o infección COVID-19 contraída durante una cita de persona a persona de PTP puede deberse a acciones, omisiones o negligencia de mí, a mis familiares, o por PTP, su personal, internos, socios comerciales y sus familias.

Asumo voluntariamente todos los riesgos y acepto la responsabilidad ***exclusiva de cualquier*** lesión, enfermedad, discapacidad permanente y/o muerte en el ***caso de que yo y/o mi*** experiencia ***familiar*** como resultado de asistir ***a citas en persona con*** el personal ***de PTP o socios de negocios.***

Prometo no demandar; Me mantengo inofensivo y libero a PTP, su personal, internos y socios comerciales de cualquier responsabilidad y/o obligación por cualquier daño, costo, o gasto de cualquier tipo si yo o cualquier persona de mi familia se infecta con el virus COVID-19. Entiendo y acepto que esta liberación incluya cualquier reclamo basado en acciones, omisiones o negligencia por parte de PTP, su personal, internos, socios comerciales o cualquiera de sus familiares, ya sea que una infección COVID-19 ocurra antes, durante o después de la participación en cualquier cita en persona.

Nombre:	Inicial Segundo Nombre:	Apellido:	Fec Nac:
---------	-------------------------	-----------	----------

Soy un adulto, mayor de 18 años; Yo soy el cliente	<input type="checkbox"/>
El cliente es menor de edad; Soy el padre del cliente	<input type="checkbox"/>
El cliente es menor de edad; Soy el tutor legal del cliente	<input type="checkbox"/>
Otro; Por favor, explique:	<input type="checkbox"/>

Leí este documento. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas; entiendo toda la información proporcionada aquí. Si tengo preguntas sobre cualquiera de este contenido en el futuro, le preguntaré a mi médico.

Firma del cliente/padre/tutor **Nombre de impresión** **Fecha**

Firma y Credenciales del Representante de PTP **Nombre de impresión y título** **Fecha**