Document ID: 6190a39a1cdcd6a4501581fc12a30044f15e9cf1
Generated on: April 29, 2020
Signed On: https://options.org/

NOTIFICACIÃ“N SOBRE PolÃtica

Options
Counseling and Family Services

Cliente Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ubicación de Options: Beaverton - 8285 SW Nimbus Ave, Ste 148; Beaverton, OR 97008 Fax: (503)352-3262

Notificación Sobre Prácticas de Privacidad

La Notificación sobre Prácticas de Privacidad le informa sobre cómo Options Counseling & Family Services pueden utilizar o compartir información sobre usted. No se pueden describir todas las situaciones. Options tiene la obligación de proporcionarle una notificación de nuestras prácticas de privacidad sobre la información que recopilamos y guardamos sobre usted.

Confidencialidad

Comprendo que la información que comparto con quien me proporciona el tratamiento permanecerá en calidad de confidencial, con las excepciones que se establecen a continuación. Tengo el derecho a solicitar que se divulgue mi información, a menos que otorgue permiso por escrito para divulgar información, conforme a las reglas y leyes federales de Oregón. Asimismo, tengo derecho a solicitar que se divulgue mi información.

- En caso de que se reciba información que sugiera que ha habido maltrato o desatención de un/a menor, persona de tercera edad o adulto con una enfermedad mental o discapacidad, incluido el abuso sexual.
- En caso de amenaza de daño a la persona misma o a otros. Esto puede incluir un informe ante el organismo o a la autoridad correspondiente, una advertencia a la persona amenazada de recibir daños, o bien la divulgación de información a una persona que tenga la autoridad de mediar ante el peligro.
- Los encargados de mi plan de salud pueden revisar mi información, incluidas la Autoridad de Salud de Oregón y la organización local de atención médica coordinada, para la autorización de servicios, la mejora de la calidad, la gestión de la utilización y la revisión del sitio.
- Mi información, incluidos los diagnósticos de VIH y otros, puede compartirse dentro del ámbito de atención médica coordinada con el fin de brindarme una atención integral.
- En el caso de una emergencia médica, Options puede divulgar información al trabajador de la salud que me asista en cuanto a lo que se considere necesario para resolver la emergencia y brindarme asistencia.
- En el caso de una hospitalización psiquiátrica, se podrá divulgar información sobre mi estado de salud mental antes de ingresar en el hospital y toda información considerada necesaria para planificar mi alta del hospital.
- En caso de mediar una orden por parte de un tribunal.
- En caso de que presente una reclamación en contra de Options en relación con los servicios prestados.

Política de comunicación electrónica

Algunos pacientes han solicitado que nos comuniquemos con ellos mediante correo electrónico o mensaje de texto. No se puede garantizar siempre que la información contenida en el correo electrónico y en los mensajes de texto permanecerá confidencial debido a las limitaciones inherentes del Internet y de otros medios electrónicos. Nuestro personal solamente puede utilizar el correo electrónico o mensajes de texto como método de correspondencia entre sesiones. No significa que sea un sustituto al tratamiento cara a cara. Entiendo que la información electrónica que comparto con mi proveedor de tratamiento, incluyendo intercambios de copias o informes de correo electrónico y mensajes de texto se mantendrá en mi expediente conforme a la normativa por las regulaciones del estado que se rigen los informes de salud mental.

verified by approveme

Exoneración y renuncia por viaje

Comprendo durante el curso de la prestación de los servicios, podría ser ventajoso que el proveedor de Options viaje con mis hijos/as a diversos lugares, como parques, tiendas o restaurantes. Reconozco haber recibido la política de viajes de Options, que libera al proveedor del servicio y a Options Counseling and Family Services, así como a cualquier agente, funcionario, empleado o contratista independiente, de toda demanda por actos negligentes u omisiones que resulten en cualquier tipo de lesiones o muerte en las que mis hijos/as puedan verse involucrados/as mientras viajan con dichas personas, o que pueda resultar en la fuga de mis hijos/as en el transcurso de dicho viaje.

Entiendo que las opciones de transporte sólo están disponibles para el cliente identificado y su tutor (si el cliente es un menor) y que no estoy obligado/a utilizar al proveedor de Options para los servicios de transporte de mis hijos/as. Entiendo que se rechazó los servicios de transporte, le proveedor de Options no viajara con mis hijos/as, per proporcionara los servicios de inervación.

POLÍTICA DE CITA INCUMPLIDA

Para que usted pueda cumplir sus objetivos de tratamiento, es importante que asista a todas las sesiones programadas. Hay ocasiones en las que es difícil asistir a una cita. Cuando eso sucede, comprendo que se espera que llame para reprogramar la cita con una antelación mínima de 48 horas sobre la hora de la cita. Comprendo que, en Options, una cita incumplida se define como la cancelación o reprogramación de una cita con menos de 48 horas de antelación o no asistir a una cita programada sin ninguna notificación.

Comprendo que si falto a dos o más citas sin un aviso de al menos de 48 horas de antelación , mi proveedor de Options, especialista en recursos o administrador de casos puede ponerse en contacto conmigo para conversar sobre la participación. Estos servicios se me pueden ofrecer con el fin de identificar y abordar los obstáculos a la asistencia, así como para evaluar los objetivos de la terapia. Comprendo que si no participo en estos servicios, se puede cerrar mi caso y cancelarse cualquier cita futura. Además, entiendo que, si pasan 45 días o más sin participar en los servicios de Options, seré dado de baja de los servicios de Options.

Entiendo que, en general, si estoy demasiado enfermo para el trabajo o la escuela, reprogramaré mi cita en persona como telesalud. Además, acepto reprogramar mi cita en persona como telesalud si alguien en mi hogar está enfermo. Entiendo que la reprogramación como telesalud debido a una enfermedad no se contará como una cancelación y no afectará negativamente mi asistencia.

Acuerdo Financiero

La ley requiere que Options Counseling haga un esfuerzo por recopilar los beneficios de terceros (seguro privado) y a los que usted y sus dependientes tienen derecho antes de facturar el Plan de Salud de Oregón/Medicaid. Esto incluye los beneficios proporcionados por un padre o madre con custodia, sin custodia, fuera del estado o ausente. También incluye los beneficios para los servicios provistos como resultado de daños físicos y cubierto por la póliza de protección de daños físicos como el seguro del automóvil.

La mayoría de las compañías de seguros, incluida OHP requieren una autorización previa y en curso para los servicios de Options Counseling and Family Services. Entiendo que en caso de no notificar a Options Counseling los cambios en la cobertura del seguro puede incrementar de manera importante mi responsabilidad financiera. Me comprometo a notificar a Options Counseling cualquier cambio o cambios anticipados, en la cobertura del seguro mientras el/la niño/a mencionado(a) anteriormente recibe los servicios de Options Counseling. Esto incluye cambios en la cobertura existente, terminación de la cobertura, o nueva cobertura (bien privada o de OHP).

Entiendo que soy responsable de las obligaciones de deducción, co-pago, co-seguro y de cualquier otra obligación financiera no cubierta por el seguro contra terceros o por OHP. Entiendo que soy responsable de informarme sobre los beneficios de mi seguro y de que cualquier informe que me facilite Options Counseling o mi compañía de seguros sobre los beneficios no es una garantía de la disponibilidad de beneficio o pago. Si

verified by approveme

los gastos los incurre Options Counseling para recopilar los montos que debo, entiendo que puedo ser responsable de los cargos asociados. Cedo a Options Counseling cualquier beneficio pagado que reciba de mi compañía de seguros para los servicios facilitados por Options Counseling. Esta cesión seguirá vigente hasta que la revoque por escrito.

Como cliente de servicios de salud del comportamiento en el estado de Oregón, me han informado cuáles son mis derechos a recibir información sobre los siguientes derechos y políticas:

Información de registro de votantes (para clientes que tendrán 18 años

de edad en las próximas elecciones): Firma con iniciales del/la

Información sobre voluntades anticipadas (para clientes mayores de 18 años): Firma con iniciales del/la

El/La paciente desea desarrollar una documento de voluntad anticipada ☐ Si☐ No

Ya tengo un documento de voluntad anticipada ○Si○No

Declaración de tratamiento de salud mental (para clientes mayores de 18 años): Firma con iniciales del/la

El/La paciente desea desarrollar una declaración relativa al tratamiento de salud mental ☐ Si☐ No

Ya tengo una declaración de tratamiento de salud mental ☐ Si☐ No

Mi firma indica que he leído y que comprendo/estoy de acuerdo con las políticas establecidas anteriormente, las cuales se utilizarán mientras yo me encuentre en tratamiento, o bien, mientras mi familiar se encuentre en tratamiento. También se me ha entregado una copia de mis derechos, y me los han explicado verbalmente.

cliente

Incluidas las normas ORS 107.154, 179.505, 179.507, 192.515, 192.507, 414.679 y las normas 42 CFR Parte 2 y 45 CFR Parte 205.50.

X

verified by approveme

Signature Certificate

Document name: NOTIFICACIÃ“N SOBRE PolÃtica

Unique Document ID: 6190A39A1CDCD6A4501581FC12A30044F15E9CF1

LEGALLY SIGNED USING WPesignature
Build. Track. Sign Contracts.

Timestamp	Audit
April 29, 2020 7:50 am PDT	NOTIFICACIÃ“N SOBRE PolÃtica Uploaded by Adam Falk - adam.falk@options.org IP 38.79.149.190
April 29, 2020 8:11 am PDT	Options Records - OCFSrecords@options.org added by Adam Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient Ip: 50.240.25.195
April 29, 2020 8:13 am PDT	Options Records - OCFSrecords@options.org added by Adam Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient Ip: 50.240.25.195
May 7, 2020 10:31 am PDT	Options Records - OCFSrecords@options.org added by Adam Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient Ip: 50.240.25.195
October 28, 2020 1:50 pm PDT	Options Records - OCFSrecords@options.org added by Adam Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient Ip: 108.174.191.234
October 28, 2020 1:51 pm PDT	Options Records - OCFSrecords@options.org added by Adam Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient Ip: 108.174.191.234
October 30, 2020 10:39 am PDT	Options Intake - intake@options.org added by Adam Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient Ip: 108.174.191.234
December 2, 2020 12:43 pm PDT	Options Intake - intake@options.org added by Adam Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient Ip: 50.238.71.126
September 29, 2021 1:16 pm PDT	Options Intake - intake@options.org added by Adam Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient Ip: 206.192.252.48
January 19, 2022 10:12 am PDT	Options Intake - intake@options.org added by Adam Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient Ip: 100.42.162.250

This audit trail report provides a detailed record of the online activity and events recorded for this contract.