Bienvenida

Bienvenido a Pineland Salud Conductual y Discapacidades del Desarrollo (BHDD). Nos alegra que esté aquí. En Pineland BHDD, recibirá el apoyo de un equipo de profesionales compasivos y con competencias culturales y lingüísticas, dedicados a satisfacer sus necesidades de salud conductual en un entorno respetuoso, inclusivo y confidencial.

Los invitamos a usted y a su familia a participar activamente en su atención. Su voz es importante, y su participación es fundamental para desarrollar un plan de tratamiento personalizado y adaptado a sus objetivos.

¿Necesita ayuda fuera del horario laboral? El apoyo está disponible 24/7.

Llame al 1-800-PINELAND (1-800-746-3526) para hablar con un profesional en cualquier momento. También puede llamar a la Línea de Crisis y Acceso de Georgia al 1-800-715-4225 para obtener asistencia inmediata en caso de crisis de salud mental.

Para recibir apoyo urgente de salud mental en todo el país, marque el 988 para comunicarse con la Línea de Ayuda para el Suicidio y la Crisis y contactar a un consejero capacitado.

Ofrecemos acceso el mismo día; no se necesita cita previa para recibir los servicios. Si tiene alguna pregunta o necesidades específicas, comuníquese con el administrador de su programa. Su nombre e información de contacto se encuentran a continuación.

Nos complace acompañarlo en su proceso y nos comprometemos a ayudarlo a alcanzar el éxito. Si no está satisfecho con sus servicios, por favor comuníquese con el administrador del programa. Sus comentarios son valiosos y nos ayudan a mejorar la atención que brindamos. Gracias por elegir Pineland BHDD.

Oficina Administrativa
Cynthia Cone-Dekle, CEO interina
5 W. Altman St.
Statesboro, GA 30458
Numero: 912-764-6906 / Fax: 912-764-3585

Formulario de admisión de Pineland BHDD

Por favor, complete este formulario de admisión con precisión. Si necesita ayuda, por favor, notifique a uno de nuestros empleados.

Nombre legal completo: _____ **Nombre preferido:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** Hombre Mujer

Identidad de Género: Masculino Femenino Transgénero (MaF) Género Queer Transgénero (FaM) Elige no revelar Otro

Orientación Sexual: Heterosexual Lesbiana, Gay (Homosexual) Bisexual Otro Elige no revelar

Estado Civil: Casado/a o Vuelto a Casar Soltero/a Unión Civil Divorciado/a Viudo/a Separado/a

Raza/ Etnia: Indígena americano Asiático (Isleño del Pacífico) Afroamericano Hispano (Latino) Blanco (Caucásico) Otro

No. de Seguro Social: _____ **Apellido de soltera (si corresponde):** _____

Idioma Principal: _____ **Religión:** _____

Lugar de Nacimiento: _____ **Nivel más alto de educación completado:** _____

Situación laboral: Tiempo Completo Tiempo Parcial Desempleado **Ocupación:** _____

Horas por Semana: _____ **Pago Por Hora:** _____ **Fecha de Contratación:** _____

Motivo de la remisión a Pineland (problemas actuales): _____

¿Usa productos de nicotina? Sí No **Si respondió que sí, ¿con qué frecuencia?** _____

Dirección Postal: _____ **Condado:** _____

Teléfono de Casa: _____ **Celular:** _____ **Teléfono de Trabajo:** _____

Correo Electrónico: _____ **La major manera de contactarle:** _____

¿Está embarazada? Sí No No está segura No aplica (hombre)

Si está embarazada, ¿cuál es su fecha estimada de parto? _____

¿Está amamantando actualmente? Sí No

Fecha de Hoy: _____

Describa su residencia actual y cuánto tiempo ha vivido allí (casa privada, hogar grupal, casa de un amigo, etc.): _____

¿Cuántas personas viven en su hogar, incluyendo usted? _____

¿Cuál es su situación de vivienda? Vivienda estable En riesgo de quedarse sin hogar Sin hogar

¿Es usted veterano/a? Sí No **Si tiene una discapacidad relacionada con el servicio militar, descríbala:**

Rama del servicio militar: _____ **Años de servicio:** _____

¿Tiene alguna necesidad o preferencia de comunicación? Letra grande Braille Lengua de señas americana (ASL) Prefiere comunicación escrita Otro: _____ No aplica

Describa cualquier impedimento físico o condición médica (problemas de salud, pérdida de visión o audición, etc.): _____

Por favor, entregue su identificación y tarjetas de seguro a un miembro del personal para que sean cargadas en el sistema electrónico de registros médicos.

Seguro médico: _____ **Nombre del titular de la póliza:** _____

Número de miembro (ID): _____ **Número de grupo:** _____

Seguro médico: _____ **Nombre del titular de la póliza:** _____

Número de miembro (ID): _____ **Número de grupo:** _____

Nombre de contacto de emergencia: _____ **Relación con usted:** _____

Dirección: _____

Mejor Número de contacto: _____

Nombre del padre o tutor legal: _____

Dirección: _____

Mejor Número de contacto: _____

Fecha de Hoy: _____

¿Recibe beneficios no monetarios? No Sí; si respondió sí, por favor seleccione la fuente de los beneficios no monetarios:

- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) Vale de Vivienda de Georgia (DBHDD) Sección 8 Servicios de Cuidado Infantil TANF Servicios de Transporte TANF Otros Servicios Financiados por TANF Programa Especial Suplementario de Nutrición para Mujeres, Infantes y Niños (WIC) Asistencia Temporal para Alquiler Otra fuente: Especifique _____

Ingresos: (Combinados Familiares / Tutores)

Salarios Brutos Individuales:	\$
Salarios Brutos del Cónyuge:	\$
Salarios Brutos del Tutor Legal 1:	\$
Salarios Brutos del Tutor Legal 2:	\$
Ingreso del Seguro Social Suplementario (SSI):	\$
TANF:	\$
Beneficios del Departamento de Veteranos (V.A.):	\$
Manutención Infantil:	\$
Pensión Alimenticia:	\$
Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI):	\$
Otros Pagos Periódicos (Jubilación, Fideicomiso)	\$
Ingreso Mensual Total:	\$

Deducciones mensuales permitidas:

Manutención Infantil:	\$
Pensión Alimenticia	\$
Pagos Mensuales por Cuidado Infantil	\$
Gastos Médicos Mensuales que exceden el 5% del ingreso bruto	\$
Total de Deducciones Permitidas	\$
Ingreso Mensual Ajustado	\$
Número de Miembros en la Familia (incluyéndose usted):	

Con base en esta información y en la escala de tarifas adjunta, los cargos determinados por mis servicios se enumeran a continuación:

Fecha de Hoy: _____

Servicio	Tarifa Individual por Período Establecido

Autorización de Seguro y Facturación

Autorizo a Pineland BHDD CSB a divulgar cualquier información médica u otra información necesaria para procesar reclamaciones. Autorizo que los beneficios sean pagados directamente a Pineland BHDD CSB. Entiendo que soy responsable financieramente por cualquier saldo no cubierto por el seguro.

Entiendo que:

- Los copagos deben pagarse al momento del registro.
- Soy responsable de los deducibles y cualquier cargo no cubierto por mi seguro.
- Algunos servicios (por ejemplo, informes judiciales, pruebas de drogas) pueden no estar cubiertos por el seguro y se me facturarán directamente.

Mi situación financiera será revisada anualmente o cada vez que cambien mis circunstancias. Me comprometo a notificar a la agencia sobre cualquier cambio en mi seguro, empleo o ingresos. Puedo solicitar una revisión de cualquier determinación financiera siguiendo el proceso de apelaciones de la agencia.

Certificación y Consentimiento

Confirmando que la información proporcionada es verdadera y refleja mi situación financiera actual. Entiendo que soy responsable de pagar por cualquier servicio proporcionado a mí o a mis dependientes. Pineland BHDD CSB puede solicitar información adicional para evaluar mi capacidad de pago y puede verificar la información que he proporcionado. Al firmar, autorizo dicha verificación. También autorizo que los pagos de mi seguro se realicen directamente a Pineland BHDD CSB. Entiendo que debo pagar cualquier monto no cubierto por el seguro. Mi información financiera será revisada una vez al año o si cambia mi situación. Si no estoy de acuerdo con alguna decisión, puedo solicitar que se revise.

Firma del Individuo o Representante

Nombre en letra de molde y Fecha

Firma del personal que revisa el formulario

Nombre en letra de molde del personal y fecha

Fecha de Hoy: _____

Lista de Verificación de Verificación de Presencia Legal

Para: La persona que solicita servicios

Si usted no tiene ninguno de los documentos seguros y verificables enumerados en el Anexo A de esta política, y usted se encuentra legalmente en los Estados Unidos, por favor comuníquese con el personal de la instalación donde está solicitando servicios para completar una declaración jurada de presencia legal.

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PERSONAL

Nombre del Individuo: _____

Todos los documentos que verifiquen la presencia legal en los EE.UU. deben ser ORIGINALES o COPIAS CERTIFICADAS por la agencia emisora.

¿Se ha proporcionado verificación de presencia legal en EE.UU.?	☐ Sí	☐ No
¿Copia del documento de verificación archivada?	☐ Sí	☐ No
Si no se proporcionó verificación, ¿el servicio es requerido por una situación de emergencia?	☐ Sí	☐ No

Verificación revisada por: _____ Fecha: _____

Fecha de Hoy: _____

Autorización para el Tratamiento

Yo, _____ (Nombre), solicito servicios de Pineland BHDD. Estoy dispuesto/a que yo o mi hijo sea evaluado/a por los profesionales de Pineland BHDD. Yo entiendo que tengo la libertad de buscar ayuda de otras fuentes. Además entiendo que la información contenida en mi registro es confidencial y no se divulgará a nadie ni a ninguna agencia sin mi autorización firmada a menos que sea autorizado por la ley.

Firma del Individuo o Representante

Nombre en letra de molde y Fecha

Autorización para la Comunicación por Telemedicina

Pineland BHDD busca mejorar la eficiencia y el acceso a los servicios mediante el uso de comunicaciones por audio, video y datos.

Al utilizar la telemedicina y/o telesalud, puedo:

Obtener una cita más pronto

Obtener recetas para medicamentos si son necesarias

Ver e interactuar con mi equipo de atención clínica, incluyendo revisar mi progreso y recibir respuestas oportunas a mis preguntas o inquietudes de salud

Completar una cita sin tener que viajar lejos de mi hogar

Recibir servicios rápidamente cuando surja una necesidad urgente

Al firmar este formulario, entiendo y acepto lo siguiente:

La telemedicina o telesalud implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los proveedores de atención médica compartan y/o reciban información médica individual con el propósito de mejorar la atención. Los proveedores pueden incluir médicos, enfermeros, asistentes médicos, consejeros, gestores de casos y otros profesionales de salud que forman parte de mi equipo de atención. Además de mí y los miembros de mi equipo de atención, miembros de mi familia, cuidadores u otros representantes legales o tutores pueden unirse y participar en el servicio de telemedicina/telesalud, y acepto que mi información personal pueda ser compartida con dichos participantes. La información puede utilizarse con fines tales como diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o educación.

La telemedicina o telesalud requiere la transmisión, por Internet o dispositivos de telecomunicación, de información médica que puede incluir:

Informes de progreso, evaluaciones u otros documentos relacionados con la intervención

Fecha de Hoy: _____

Datos biofisiológicos transmitidos electrónicamente

Videos, imágenes, mensajes de texto, audios y cualquier forma digital de datos

Las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina/telesalud. La información obtenida durante estas sesiones que me identifique no será divulgada sin mi consentimiento, salvo para fines de tratamiento, educación, facturación y operaciones de atención médica. Al aceptar el uso de servicios de telemedicina/telesalud, estoy consintiendo que Pineland BHDD comparta mi información de salud protegida con ciertos terceros, según se describe en la Política #2726 de Pineland. Entiendo, acepto y autorizo expresamente a Pineland BHDD a obtener, usar, almacenar y divulgar a terceros necesarios información sobre mí, incluida mi imagen, según sea necesario para brindar los servicios de telemedicina/telesalud.

Como en toda comunicación basada en Internet, entiendo que existe el riesgo de una violación de seguridad. Los sistemas electrónicos utilizados incorporan protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de los datos de identificación e imágenes del paciente, e incluyen medidas para resguardar la integridad de los datos. Personas ajenas a mi equipo clínico o proveedores consultores pueden estar presentes o tener acceso a mi información durante la sesión para operar o reparar el equipo de video o audio. Estas personas cumplirán con las políticas aplicables de privacidad y seguridad. Las sesiones de telemedicina/telesalud pueden no ser siempre posibles. Problemas técnicos como fallas en la señal o la infraestructura de Internet pueden causar interrupciones en la transmisión o recepción (por ejemplo, mala calidad de imagen o sonido, conexiones caídas, interferencia de audio) que impidan una interacción eficaz entre el profesional, el participante, el paciente o el equipo de atención.

Por la presente, libero de responsabilidad a Pineland BHDD y a todos los miembros de mi equipo de atención por cualquier pérdida de datos o información debido a fallas técnicas relacionadas con los servicios de telemedicina/telesalud. Entiendo y acepto que la información médica que proporcione durante mi sesión puede ser la única fuente de información disponible para los profesionales médicos durante mi evaluación y tratamiento en esa visita, y que dichos profesionales podrían no tener acceso a mi historial médico completo u otra información almacenada por Pineland BHDD.

Entiendo que se me proporcionará información sobre las pruebas, tratamientos y procedimientos, según corresponda, incluyendo los beneficios, riesgos, posibles complicaciones y opciones alternativas para mi atención médica durante la visita. Tengo el derecho de retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina/telesalud en cualquier momento y volver a los servicios clínicos presenciales. Entiendo que si retiro mi consentimiento, esto no afectará ningún beneficio de atención o servicio al que tenga derecho. No hay ningún costo adicional por los servicios recibidos mediante telemedicina o telesalud.

Por la presente, doy mi consentimiento para el uso de la telemedicina/telesalud en la prestación de atención, bajo los términos y condiciones descritos, incluyendo el uso de (marque todo lo que corresponda):

_____ Plataformas audiovisuales compatibles con HIPAA, incluidas pero no limitadas a Zoom, Webex o Microsoft Teams

_____ Intervenciones telefónicas

Fecha de Hoy: _____

_____ Mensajes de texto

_____ Correo electrónico

Al firmar a continuación, certifico que soy el representante legal del participante, o que soy el paciente y tengo 18 años o más, o que estoy legalmente autorizado para otorgar este consentimiento. He leído cuidadosamente y entiendo las declaraciones anteriores. Todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo que este consentimiento informado pasará a formar parte de mi expediente médico.

Firma del Individuo o Representante

Nombre en letra de molde y Fecha

Fecha de Hoy: _____

Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA POR EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO (DBHDD, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE.

Este aviso entra en vigencia el 23 de septiembre de 2013. Se le proporciona bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 y las regulaciones federales relacionadas (HIPAA), y ofrece información adicional sobre otras protecciones de confidencialidad federales y estatales. Si tiene preguntas sobre este aviso, comuníquese con la instalación donde recibe servicios (su proveedor de tratamiento o proveedor de servicios) o con el Oficial de Privacidad de DBHDD a la dirección que se indica a continuación.

DBHDD es una agencia del Estado de Georgia responsable de ciertos programas relacionados con la salud médica, la salud mental, las discapacidades del desarrollo, enfermedades adictivas y otra información confidencial. Tanto las leyes federales como estatales establecen requisitos estrictos sobre la divulgación de información confidencial, y DBHDD debe cumplir con esas leyes. En situaciones donde no se aplican requisitos más estrictos de divulgación, este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo DBHDD puede usar y divulgar su “información médica protegida” para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y para ciertos otros propósitos. Este aviso también describe sus derechos respecto a su información médica protegida. La información médica protegida es aquella que puede identificarle personalmente y que se relaciona con su salud física o mental pasada, presente o futura, y los servicios de atención médica relacionados. DBHDD está obligado a notificarle en caso de una violación de información médica protegida no asegurada sobre usted. DBHDD también está obligado a proporcionarle este Aviso de Prácticas de Privacidad y a cumplir con sus términos. DBHDD puede cambiar los términos de este aviso en cualquier momento. Un nuevo aviso será efectivo para toda la información médica protegida que DBHDD mantenga en ese momento. DBHDD le proporcionará cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad revisado publicando copias en sus instalaciones, publicándolo en el sitio web de DBHDD, respondiendo a una solicitud telefónica o por fax al Oficial de Privacidad, o en persona en cualquier instalación donde reciba servicios.

1. Sus Derechos: A continuación se indican sus derechos respecto a su información médica protegida y una breve descripción de cómo puede ejercer estos derechos. Si tiene un tutor designado por el tribunal, su tutor puede ejercer estos derechos por usted; si es menor de edad, su padre/madre o custodio designado por el tribunal puede ejercer estos derechos por usted; su apoderado de salud en una directiva anticipada válida puede ejercer estos derechos si así lo indica la directiva. Para ejercer cualquiera de estos derechos, puede comunicarse con el personal mencionado en la Sección 7 en la ubicación de su proveedor de tratamiento, o con el Coordinador de HIPAA de su proveedor.
 - a. Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su información médica protegida: Usted puede revisar y obtener una copia de su información médica protegida mientras DBHDD mantenga dicha información. Esto incluye expedientes médicos, facturas y otros registros utilizados por DBHDD para tomar decisiones médicas u otras sobre usted. Puede aplicarse una tarifa razonable basada en el costo de copias, envío postal y gastos de mano de obra. Según la ley federal, usted no puede revisar ni copiar información recopilada en anticipación a, o para usar en, un procedimiento civil, penal o administrativo, ni información protegida sujeta a leyes federales o estatales que prohíban el acceso a dicha información. Si usted está hospitalizado, su

médico puede restringir su derecho a revisar sus registros si esto representa un riesgo para su vida o seguridad física. Si su información médica protegida fue obtenida o creada durante una investigación que incluye tratamiento, su derecho de acceso puede estar restringido mientras la investigación esté en curso, siempre que usted haya aceptado esta restricción previamente.

- b. Tiene derecho a solicitar restricciones sobre su información médica protegida: Usted puede pedir que DBHDD no use ni divulgue alguna parte de su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o que no se comparta con familiares o amigos involucrados en su cuidado. Esta solicitud debe indicar claramente qué restricción desea y a quién debe aplicarse. DBHDD no está obligado a aceptar la restricción solicitada, y no puede impedir divulgaciones requeridas por ley o al Secretario de Salud y Servicios Humanos. Si DBHDD considera que es en su mejor interés permitir el uso o divulgación de su información médica protegida, no se aplicará la restricción, salvo cuando lo exija la ley. Si DBHDD acepta la restricción, no podrá usar ni divulgar su información en violación de la misma, salvo en caso de tratamiento de emergencia. DBHDD debe aceptar la restricción si usted solicita que no se divulgue su información a un plan de salud cuando:
 - i. la divulgación es para propósitos de pago u operaciones de atención médica y no es requerida por ley, y
 - ii. la información se refiere a un servicio que usted o alguien más ha pagado completamente, sin involucrar al plan de salud.
 - c. Tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales por medios o ubicaciones alternativas, incluyendo información de facturación y pago: A solicitud escrita, DBHDD atenderá solicitudes razonables para comunicarse con usted mediante medios o ubicaciones alternativas. DBHDD puede requerir que usted proporcione una dirección alternativa o método de contacto o forma de pago, pero no le pedirá que justifique su solicitud.
 - d. Puede tener derecho a solicitar una enmienda a su información médica protegida: Si DBHDD creó su información médica protegida, usted puede solicitar que se enmiende esa información mientras DBHDD la mantenga. DBHDD puede rechazar la solicitud, y en ese caso le informará sobre otros derechos relacionados con dicha negativa.
 - e. Tiene derecho a recibir un informe sobre ciertas divulgaciones hechas por DBHDD: Este derecho aplica solo a divulgaciones que no fueron para tratamiento, pago u operaciones, y no incluye divulgaciones hechas a usted, a familiares o representantes autorizados por usted, ni aquellas requeridas por seguridad nacional, inteligencia o notificaciones. Puede solicitar un informe de las divulgaciones realizadas en los seis (6) años anteriores a su solicitud, sujeto a ciertas excepciones, restricciones y limitaciones.
 - f. Tiene derecho a obtener una copia impresa de este Aviso de Prácticas de Privacidad de parte de DBHDD, si lo solicita.
2. Usos y Divulgaciones de Información Médica Protegida (PHI): DBHDD puede usar y divulgar su información médica protegida (PHI) para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- a. Tratamiento: Su información médica protegida puede ser utilizada por médicos, enfermeras, terapeutas, trabajadores sociales, especialistas en servicios de apoyo, y/u otro personal involucrado en su atención para brindarle tratamiento o servicios. Por ejemplo, su información médica protegida puede ser compartida con personal del hospital o con un proveedor que lo atiende fuera del hospital para garantizar la continuidad de su atención. Si se traslada a otra instalación o proveedor, su información médica protegida puede ser compartida con dicho

- proveedor para ayudar con su tratamiento.
- b. Pago: Su información médica protegida puede ser utilizada y divulgada según sea necesario para que DBHDD reciba el pago por sus servicios. Esto puede incluir actividades necesarias para obtener aprobación previa de seguros o revisar la necesidad médica de los servicios proporcionados. Por ejemplo, DBHDD puede compartir su información médica protegida con una compañía de seguros o Medicaid para que le reembolsen el tratamiento proporcionado por DBHDD.
 - c. Operaciones de atención médica: Su información médica protegida puede ser utilizada o divulgada en actividades relacionadas con la operación de DBHDD, como evaluaciones de calidad, formación de estudiantes, licenciamiento, y realización de auditorías internas. Por ejemplo, DBHDD puede usar su información médica protegida para revisar el desempeño de su personal o para mejorar la calidad de la atención que usted recibe.
3. Otros Usos y Divulgaciones Permitidos o Requeridos con su Autorización o con Oportunidad para Oponerse: Su información médica protegida (PHI), incluyendo registros clínicos de tratamiento por enfermedad mental o abuso de sustancias, o servicios relacionados con discapacidad del desarrollo, está protegida por leyes de confidencialidad del estado. DBHDD puede hacer ciertas divulgaciones descritas en la Sección 2 anterior y en las Secciones 4 y 5 siguientes sin su autorización ni oportunidad de oponerse. Otros usos y divulgaciones de su PHI solo se realizarán con una autorización escrita suya (o de su tutor, padre/madre, custodio legal o agente de atención médica, según corresponda), la cual puede ser revocada en cualquier momento, siempre que DBHDD no haya actuado ya en base a dicha autorización. DBHDD puede divulgar toda o parte de su PHI cuando haya una autorización por escrito. Si está hospitalizado(a), DBHDD puede usar y divulgar cierta PHI a su representante, según lo define el Código de Salud Mental de Georgia, al momento de su admisión o alta; se le puede dar la oportunidad de oponerse a ciertas otras divulgaciones a su representante. Se requiere autorización para el uso o divulgación de notas de psicoterapia que no se mantengan en su expediente médico, con ciertas limitaciones en casos forenses. También se requiere su autorización para cualquier divulgación de su PHI con fines de mercadeo por parte de DBHDD. Si DBHDD recibe una queja en su nombre, como por parte de su representante o un familiar, su PHI no se divulgará a esa persona en respuesta a la queja sin su autorización.
- a. Confidencialidad de los Registros de Pacientes por Abuso de Alcohol y Drogas: La confidencialidad de los registros que revelan información que lo identifica como consumidor de alcohol o drogas está protegida por leyes y regulaciones federales. Esta información, en general, no se divulgará a menos que usted dé su consentimiento por escrito, exista una orden judicial que lo permita, o la divulgación se haga a personal médico en una emergencia médica, o a personal calificado para investigación, auditoría o evaluación de programas. La violación de estas leyes y regulaciones federales por parte de la instalación, proveedor de tratamiento o DBHDD, constituye un delito. Usted puede reportar violaciones a las autoridades correspondientes de acuerdo con las regulaciones federales. Las regulaciones federales no protegen información sobre un delito cometido por usted en una instalación o programa, ni contra alguna persona que trabaje en una instalación o programa, ni información sobre amenazas de cometer tales delitos. Tampoco protegen información sobre sospechas de abuso o negligencia infantil, que debe reportarse según la ley estatal a la agencia estatal y a las autoridades locales.
 - b. Información confidencial sobre el SIDA: La información confidencial relacionada con el SIDA,

Fecha de Hoy: _____

incluyendo resultados de pruebas de VIH o el estado serológico, es confidencial según la ley estatal. Generalmente, DBHDD no divulgará esta información sin su autorización. No obstante, puede divulgarla en ciertas circunstancias para proteger a personas en riesgo de infección, incluyendo a su familia o a proveedores de salud. También puede divulgarla en procedimientos legales relacionados con compromisos de salud mental u otros procesos legales aplicables.

- c. Otros: DBHDD no venderá su información médica protegida. Si DBHDD desea utilizar su PHI con fines de recaudación de fondos (por ejemplo, para enviarle una solicitud de donación a fondos para el beneficio de pacientes), primero solicitará su autorización.
4. Usos y Divulgaciones Permitidos o Requeridos Sin Su Autorización o Sin Oportunidad de Oponerse: DBHDD puede usar o divulgar su información de salud protegida sin su autorización a su tutor legal designado por el tribunal, si lo hubiera; a su padre o tutor legal si usted es menor de edad, o a su agente de atención médica cuando sea aplicable; para la continuidad de su atención o para su tratamiento en una emergencia o cuando sea clínicamente necesario; cuando lo exija la ley, como por orden judicial; para fines de salud pública; a una persona que pueda estar en riesgo de contraer una enfermedad transmisible; a una agencia de supervisión de la salud; a una autoridad policial u otra agencia estatal autorizada para recibir reportes de abuso o negligencia; en ciertos procedimientos legales, como audiencias relacionadas con su hospitalización o compromiso, o para cumplir con leyes de compensación laboral; y para ciertos fines de cumplimiento de la ley. Si usted fue admitido en una instalación de forma involuntaria, se puede notificar su cambio a estado voluntario o su alta al proveedor de atención médica o al tribunal que lo remitió para atención involuntaria. La información de salud protegida también puede divulgarse sin su autorización a un forense o médico forense, a una organización de donación de órganos o tejidos, y al representante legal de su patrimonio.
5. Divulgaciones Requeridas: Según la ley, DBHDD debe realizar ciertas divulgaciones a usted y al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando sea necesario para investigar o determinar el cumplimiento por parte de DBHDD con los requisitos de las regulaciones de HIPAA en 45 CFR Partes 160 y 164.
6. Prácticas que DBHDD no sigue:
 - a. DBHDD no vende la información médica protegida de ningún individuo.
 - b. Las instalaciones de DBHDD no mantienen directorios de admisiones. DBHDD no divulga el hecho de su admisión a una instalación o programa a menos que esté autorizado o sea requerido por ley para hacerlo, o a menos que usted autorice dicha divulgación.
7. Quejas e Información Adicional: Usted puede presentar una queja ante DBHDD y ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si cree que sus derechos de privacidad han sido violados. Puede presentar una queja por escrito en la instalación o programa de DBHDD donde recibe servicios, o con su proveedor de tratamiento o proveedor de servicios que tenga contrato o acuerdo con DBHDD y que mantenga su información médica protegida, llamando al teléfono 912-764-6906, al fax 912-489-3058, o enviando una carta a P.O. Box 745, Statesboro, Georgia 30459. Debe indicar el motivo de su queja. Ni la instalación, ni el proveedor, ni DBHDD tomarán represalias contra usted por presentar una queja. También puede obtener información adicional sobre las prácticas de privacidad con esta persona de contacto. También puede comunicarse con el Oficial de Privacidad de DBHDD por teléfono al (404) 657-2282, fax (404) 657-2173, o por correo a 2 Peachtree Street NW, Room 22.240, Atlanta, Georgia, 30303-3142, para más información sobre el proceso de quejas o sobre este aviso.

Por favor firme una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad para los registros de su proveedor y del

Fecha de Hoy: _____

Departamento.

Yo, _____ (nombre en letra de molde), he recibido una copia de este Aviso en la fecha indicada abajo.

Firma del Individuo o Representante

Nombre en letra de molde y Fecha

Fecha de Hoy: _____

DERECHOS COMO UNA PERSONA DE SERVICIO

Sus derechos como individuo servido por Pineland BHDD están protegidos por las leyes de Georgia.

Sus derechos incluyen:

- El derecho a recibir los servicios profesionales, apoyos, cuidados y tratamiento en el ambiente menos restrictivo que respeta su dignidad, proteger su salud y seguridad y que da opción sin discriminación.
- El derecho a recibir atención ética se adapte a sus necesidades, haciendo hincapié en la comunicación positiva y las intervenciones menos restrictivas. Esto puede incluir la discusión de asuntos legales, tales como la tutela, administración del dinero, y las directivas anticipadas, en su caso.
- El derecho a ser informado sobre el propósito y el proceso de la evaluación y los beneficios y riesgos de su tratamiento.
- El derecho a la privacidad y confidencialidad de la información, escrita, hablada y electrónicos.
- El derecho a participar en la planificación de su propio programa que sea sensible a las diferencias y preferencias individuales.
- El derecho al consentimiento informado o el rechazo o la expresión de elección con respecto a la prestación de servicios, la liberación de la información, servicios concurrentes, la composición del equipo de la prestación de servicios, participación en proyectos de investigación con adherencia a las guías de recursos y la ética, en su caso.
- El derecho a rechazar los servicios, a menos que la licencia de un médico, psicólogo, trabajador social clínico, o consejero profesional con licencia sienta su negativa sería peligroso para usted u otras personas. En aquel tiempo, consentimiento para el tratamiento no es totalmente voluntario.
- El derecho de solicitar, servicios accesibles y confidenciales, incluyendo servicios de emergencia, incluso si usted es incapaz de pagar.
- *El derecho a acceder a la información pertinente, revisar y / u obtener copias de sus registros, a menos que el médico u otro personal autorizado considera que no está en su mejor interés, dentro de un tiempo suficiente para facilitar una toma de decisiones.
- El derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, personales y bienes a los que tiene derecho como ciudadano.
- El derecho a estar libre de restricciones físicas o de tiempo de proceso, incluye aislamiento, a menos que tales medidas son necesarias para la protección de su seguridad o la seguridad de otros. Restricciones químicas nunca pueden ser utilizados.

Fecha de Hoy: _____

- El derecho a estar libre de abuso físico, el abuso sexual, los procedimientos que suscitan el miedo y el castigo corporal.
- El derecho a estar libre de fiduciario (explotación deliberada de fondos u otra explotación), el abuso psicológico y verbal, negligencia incluyendo la humillación, las amenazas (abierta o implícita), la acción de la explotación, y las represalias o la coerción.
- El derecho a tener acceso a la autoayuda, servicios de defensa de apoyo y derivación a entidades legales para la representación adecuada.
- El derecho, si usted recibe servicios residenciales, para conversar en privado, para tener un acceso razonable a un teléfono, para recibir y enviar correo, recibir visitas, y para conservar sus efectos personales y dinero.
- El derecho a presentar una queja si considera que ninguno de estos derechos han sido restringidos o negados. El nombre, dirección y teléfono del Representante para los Derechos de las Personas Servidas aparece en un cartel en cada lugar de servicio.
- El derecho a una investigación a fondo y la resolución de la supuesta infracción de los derechos.

Si quieres saber más sobre sus derechos, una copia completa del Reglamento está disponible para usted a petición. Un resumen del Proceso de Quejas Derechos está también disponible. Su firma indica que ha leído y que entiende sus derechos. Sus iniciales y una fecha nueva indicar que ha recibido una revisión anual de sus derechos.

Firma del Individuo o Representante

Nombre en letra de molde y Fecha

Fecha de Hoy: _____

RESPONSABILIDADES DE LAS PERSONAS ATENDIDAS

Pineland trata de proporcionar un entorno seguro y de apoyo para las personas atendidas. Trabajando como un equipo, creemos que el éxito del tratamiento dará lugar a una mejor calidad de vida. Cada individuo es considerado es un miembro valioso del equipo, y comparte la responsabilidad de un tratamiento exitoso.

Se me ha informado de algunos derechos como individuo sirve en Pineland Salud Mental, Discapacidades de Desarrollo y Enfermedades Adictivas. Me doy cuenta de que yo también tengo las siguientes responsabilidades:

- **Yo soy responsable de hacer preguntas si no entiende algo o tiene alguna duda.
- **Yo soy responsable de ser un jugador activo en el equipo, ayudando a planear mis metas y dar su opinión sobre los servicios que reciba.
- **Yo soy responsable de seguir mi plan de tratamiento incluyendo la toma de la medicación según lo prescrito por mi médico.
- **Soy responsable de mantener mi Coordinador de Caso informados de mi progreso y los problemas que estoy teniendo.
- **Soy responsable de mantener mis citas y llegar a tiempo a mis citas. Si no puedo acudir a mi cita, notificaré a mi coordinador de caso tan pronto como sea posible. Entiendo que si no aviso a mi Coordinador de Caso al menos 24 horas de antelación, que será cobrado por una cita perdida.
- **Yo soy responsable de seguir las normas y directrices del programa.
- **Yo soy responsable de informar al personal Pineland de cualquier cambio en mi situación financiera, de seguros, o la cobertura de un tercero.
- **Soy responsable de pagar mi parte de los servicios que recibe en el momento en que los servicios se ofrecen a menos que hayan hecho otros arreglos por adelantado.
- **Yo soy responsable de reportar cualquier queja, que yo pueda tener. Si tengo una queja, entiendo que yo soy primero en contacto con mi Coordinador de Caso o su supervisor / a. Si no siento que las acciones apropiadas se han tomado, estoy en contacto con Patricia Donaldson, Presidente de los Derechos de personas atendidas, en 1-800-767-8152.

Para asegurar un ambiente seguro y de apoyo, los siguientes actos causarían la descarga de una persona desde el programa, así como una revisión clínica de su her / plan de tratamiento.

- **Las amenazas y/o violencia hacia el personal o los compañeros.
- **Posesión de un arma en la propiedad Pineland
- **La actividad sexual, amenaza sexual, acoso u hostigamiento
- **El uso, posesión o venta de alcohol, productos químicos no autorizados o drogas que alteran el estado de ánimo
- **Juegos de azar
- **Posesión o distribución de material pornográfico u oculto
- **Intencionalmente dañar, destruir o destrozar la propiedad Pineland

Fecha de Hoy: _____

El robo y otras actividades delictivas

He leído y estoy de acuerdo de asumir las responsabilidades mencionadas anteriormente.

Firma del Individuo o Representante

Nombre en letra de molde y Fecha

Fecha de Hoy: _____

Lista de verificación Orientación

He recibido la siguiente orientación para Pineland BHDD, incluyendo:

1. La misión, código del ética, programas, servicios, actividades, y expectativas de Pineland BHDD.
2. La identificación de la persona responsable de coordinar mi servicio/tratamiento y su papel. Eso la persona también explicará reglas y regulaciones y me proporcionará una copia del manual para los individuos servido en los programas de Pineland BHDD.
Ese miembro del personal es _____.
3. La explicación de confidencialidad, los derechos, las responsabilidades y los riesgos potenciales para los individuos sirvió, queja, denuncia, y apela procedimientos y cualquier procedimiento de restricción; tales como la reclusión y la restricción, y la identificación de las intervenciones terapéuticas, entre ellas: las sanciones, intervenciones y criterios de alta administrativos.
4. Explicación de la mi derecha de elegir para que mi familia esté implicada en mi cuidado:
_____ Consiento _____ No Consiento
5. El proceso para el gravamen y desarrollo de mi plan persona-centrado, propósito, curso potencial de tratamiento/servicios, incentivos de motivación que pueden ser utilizados, y mi participación en el desarrollo de la meta logro
6. Maneras que puedo proporcionar la entrada en calidad y la satisfacción del cuidado y el logro de resultados.
7. La explicación de honorarios y arreglos financieros que incluyen: tarifas para los servicios proporcionados, consideraciones para el pago, servicios no cubiertos, y una proyección razonable de mida el tiempo que los servicios proporcionése.
8. Criterios de la transición y de la descarga (más los requisitos de la carta recordativa para el tratamiento asignado por mandato).
9. Revisión de seguridad de premisas (plan incluyendo de la evacuación), del equipo de la supresión del fuego y de kits de primeros auxilios.
10. Además Orientación (específico de programa en el que estoy recibiendo servicios), incluidas las normas e información relativas a criterio de la transición y las descargas administrativos, el tabaquismo, la posesión de armas y drogas lícitas o ilícitas, medicamentos recetados trajo de programar, horas de funcionamiento, a los servicios después de horas , actitudes y comportamientos que pueden dar lugar a sanciones o pérdida del derecho o privilegios, formas de eliminar las sanciones y recuperar los derechos y privilegios, los requisitos de las agencias de informes y / o seguimiento de personas autorizadas servido, y las expectativas para legalmente requeridos, las citas, las sanciones, o notificaciones judiciales.
11. Si es apropiado, educación con respecto a directorios avanzados.
12. Entiendo que mi fotografía será tomada como parte de mi proceso de la admisión y seguirá siendo parte de mi expedientes médicos.

Firma del Individuo o Representante

Nombre en letra de molde y Fecha

Fecha de Hoy: _____

Cuestionario para Adultos de Experiencias Adversas en la Infancia

Nuestras relaciones y experiencias, incluso las de la infancia, pueden afectar nuestra salud y bienestar. Las experiencias difíciles de la infancia son muy comunes. Díganos si ha tenido alguna de las experiencias enumeradas a continuación, ya que pueden estar afectando su salud hoy o pueden afectar su salud en el futuro. Esta información lo ayudará a usted y a su proveedor a comprender mejor cómo trabajar juntos para apoyar su salud y bienestar.

Instrucciones: A continuación hay una lista de 10 categorías de Experiencias Adversas en la Infancia (ACEs por sus siglas en inglés.) En la lista a continuación, coloque una marca de verificación junto a cada categoría de ACEs que experimentó antes de cumplir 18 años. Luego, sume el número de categorías de ACE que experimentó y coloque el número total en la parte inferior

1. ¿Sintió que no tenía suficiente para comer, tenía que usar ropa sucia o no tenía a nadie que lo protegiera o lo cuidara?	
2. ¿Perdió a uno de sus padres a causa de divorcio, abandono, muerte u otra razón?	
3. ¿Vivió con alguien que estaba deprimido, enfermo mental o intentó suicidarse?	
4. ¿Vivió con alguien que tuvo problemas del alcohol y/o drogas, incluyendo medicamentos recetados?	
5. ¿Sus padres o algún adulto en su casa alguna vez se golpearon o amenazaron con lastimarse?	
6. ¿Vivió con alguien que fue a la cárcel o prisión?	
7. ¿Alguna vez uno de sus padres o algún adulto en su casa le ha insultado o menospreciado?	
8. ¿Alguno de sus padres o algún adulto en su hogar alguna vez lo golpeó, pateó o lastimó físicamente de alguna manera?	
9. ¿Sintió que nadie en su familia lo quería o pensaba que era especial?	
10. ¿Experimentó contacto sexual no deseado (como manosear / penetración oral / anal / vaginal)?	
Su calificación ACE es el número total de respuestas marcadas	

¿Usted cree que estas experiencias han afectado a su salud? _____ No mucho _____ Algo _____ Mucho

Fecha de Hoy: _____

Cuestionario sobre la Salud Del Paciente-9 (PHQ-9)

	(0) Para nada	(1) Varios días	(2) Más de la mitad de los días	(3) Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas				
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas				
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado				
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía				
5. Con poco apetito o ha comido en exceso				
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia				
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión				
8. . ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal				
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera				
Puntuación total _____ = 0 + _____ + _____ + _____				

Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?

____ Para nada difícil ____ Un poco difícil ____ Muy difícil ____ Extremadamente difícil