

Tulsa CARES Consentimiento Informado

Nombre del cliente:

Yo, _____, (Para) el suscrito voluntariamente por la presente consiento a evaluación, recomendación, tratamiento o servicios de Tulsa CARES. Soy consciente de que la práctica del trabajo social, incluidos los servicios de salud mental, no es una ciencia exacta, y que ningún tratamiento terapéutico de salud mental es 100% efectiva en cada cliente que se trata. Como consecuencia, reconozco que no se ha realizado ninguna garantía a mí sobre el resultado de cualquier evaluación, cualquier otro tratamiento o cualquier servicio que puede ser rendido. Además, entiendo que la evaluación, tratamiento y servicios implicará discusión de eventos personales en mi propia historia y la situación actual que, en ocasiones, puede ser incómodo y en todo momento muy personal.

Limitaciones en materia de confidencialidad:

La ley protege la privacidad de las comunicaciones entre un cliente y un proveedor de salud mental, así como cualquier miembro del personal remunerado o voluntario de Tulsa CARES. En casi todas las situaciones, el proveedor puede divulgar información sobre mi tratamiento a otros sólo si firmar un formulario de autorización escrito que cumpla con ciertos requisitos legales impuestos por la ley. Mi firma en este acuerdo proporciona consentimiento para esas actividades como sigue:

- Entiendo que Tulsa CARES profesional puede ser útil consultar otras salud y profesionales de la salud mental sobre un caso de vez en cuando. Entiendo que durante una consulta, se realiza todos los esfuerzos posibles para evitar revelar la identidad de cualquier cliente. Tengo entendido que los otros profesionales y personal en Tulsa CARES también legalmente está obligado a mantener la información confidencial. Me han dicho que, si yo no me opongo, no contarán sobre estas consultas a menos que el proveedor se siente que es importante a mi cuidado. Sin embargo, todas las consultas se notará en mi historial clínico.
- Me han avisado y soy consciente de que profesionales de Tulsa CARES interactuaron con otros profesionales de la salud mental, y que el personal administrativo es empleado de Tulsa CARES. En muchos casos hay necesidad de compartir información protegida con fines clínicos y administrativos, como la provisión de estos individuos apropiados y servicios eficaces, programación, facturación y aseguramiento de la calidad. Todos los profesionales de salud mental están sujetos a las mismas reglas de confidencialidad. Todos los miembros del personal y voluntarios han sido instruidos acerca de proteger la privacidad de los clientes y la información del cliente y han acordado mantener toda información protegida dentro de la agencia a menos que dirigido a divulgar información protegida por un personal profesional.

Entiendo que mis derechos de confidencialidad aplican a las comunicaciones con los médicos o psicólogos u otros profesionales de salud mental, sujeto a las limitaciones como se describe a continuación. Específicamente, entiendo que personal de Tulsa CARES es requerido para revelar la información confidencial sin mi consentimiento bajo ciertas circunstancias que incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:

1. Si yo soy evaluado para ser un peligro para mí u otros;
2. Si soy una persona menor de edad, anciana o discapacitada y el proveedor cree que yo soy la víctima de abuso o si divulgue información sobre tal abuso;
3. Si divulgue información que causaría el proveedor desarrollar creencia razonable que he abusado o descuidado un menor de edad, una persona de edad avanzada o discapacitada, o miembro de otro protegido clase;
4. Si presento una demanda contra el proveedor por cualquier motivo;
5. Si una orden judicial, otros procesos judiciales, o estatua requiere divulgación;
6. Entiendo que si soy menor de edad, mi padre/s o tutor legal/s puede tener acceso a parte o la totalidad de la información sobre mí y proporcionado por mí, a menos que limitado por orden judicial. El proveedor puede limitar el acceso si hay creencia razonable de que el padre o tutor no tampoco está actuando en mis intereses o que tal divulgación sería perjudicial para mí
7. Además, reconoce que un tercero pagador puede tener acceso a información confidencial de otra manera.

Estoy de acuerdo que este consentimiento permanecerá en vigor durante la duración del todo social, salud mental y servicios médicos prestados, o hasta que dicha autorización es revocado por mí. Estoy de acuerdo que una fotocopia de este formulario puede ser utilizada en lugar de la original.

También reconozco que mi información puede ser compartida como parte de los requisitos de contratación, auditoría o acreditación de la organización. (es decir, Oklahoma Housing Finance Agency, Oklahoma Departamento de estado de salud, la ciudad de Tulsa, Council on Accreditation). Tulsa CARES requiere estas agencias regulatorias para firmar acuerdos de confidencialidad antes de cualquier registro de cliente de la auditoría y los auditores están sujetos a requisitos profesionales y legales para proteger mi confidencialidad.

Iniciales del cliente _____

Tulsa CARES Consentimiento Informado

Sostener inofensivo declaración:

Además, reconozco que aunque CARES de Tulsa no revelar o discutir mi estatus de VIH con otras partes, excepto como se indica anteriormente, soy consciente de que a través de mi asociación con Tulsa CARES y participación en actividades de Tulsa CARES, mi estatus de VIH pueden ser sospechoso por otros que puede observar tal asociación o participación con Tulsa CARES. Por ejemplo, si alguien me ve entrar en un centro de Tulsa CARES o evento, y esa persona sabe del propósito de Tulsa CARES, él o ella puede sospechar o asumir que soy VIH +. Estoy de acuerdo en no responsabilizar a Tulsa CARES o cualquiera de su personal remunerado o voluntario, o a cualquier representante de tales ocurrencias

Iniciales del cliente _____

Tulsa CARES políticas de oficina

Derechos del cliente:

He sido informado que la ley me brinda varios derechos nuevos o ampliados con respecto a mi historial clínico y revelaciones de información protegida de salud. Entiendo que estos derechos incluyen el acceso a la información del cliente de mí; solicita que el proveedor de modificar mi registro; peticiones relativas a las restricciones a la información de mi historial clínico es revelada a otros; peticiones de un informe de mayoría divulgaciones de información de salud protegida que yo tampoco he consentido no autorizado; determinar la ubicación a la que se envían las revelaciones de información protegida; cualquier queja que hacer acerca de las políticas y procedimientos de haber grabado en mis registros; y el derecho de papel copia de este acuerdo, incluyendo los procedimientos y políticas de privacidad de Tulsa CARES. Responsabilidades y derechos adicionales se describen en el Manual de servicios cliente Tulsa CARES.

Iniciales del cliente _____

Servicios / filosofía del tratamiento:

Tulsa CARES promueve un ambiente seguro y terapéutico para garantizar la prestación efectiva de servicios del programa. Somos una empresa dedicada al mantenimiento de un entorno de apoyo de seguridad y sanidad. Para garantizar este entorno, nos esforzamos por mantener un ambiente libre de acoso y no violenta. El respeto mutuo es un comportamiento esperado para todos los clientes y personal. Esto apoya una cultura de seguridad para todos los que reciben servicios y trabajan en Tulsa CARES.

Los clientes que son físicamente o verbalmente abusivos al personal o a otros clientes serán sujeto a escrito advertencias, suspensión o terminación de servicios. Si Tulsa CARES llega a ser consciente de la violencia real, una amenaza de violencia o acoso que se ha producido entre dos clientes de Tulsa CARES, Tulsa CARES tomará medidas para proteger la seguridad de los clientes en un intento por permitir que los servicios en curso para ambos clientes en Tulsa CARES. Para garantizar la seguridad entre los autores del cliente y cliente víctimas de violencia o de acoso, nos podemos tomar las siguientes medidas con el permiso del cliente víctima: reasignar atención coordinadores si el perpetrador y la víctima comparten el mismo coordinador del cuidado, víctima programar citas médicas a veces separan citas de autor, ayudar a la víctima del cliente una queja judicial orden o cliente si lo desea y en contacto con la policía si un delincuente violento se niega a abandonar la propiedad Tulsa CARES mientras la víctima cliente está recibiendo servicios. Si estas medidas no son efectivas en la protección de seguridad del cliente mientras en instalaciones en Tulsa CARES, el autor del cliente será dado de alta de todos los programas de Tulsa CARES a discreción del Director Ejecutivo.

Para proporcionar servicios centrada en el cliente, todos los clientes deben completar las evaluaciones iniciales y permanentes por personal de Tulsa CARES. Esto nos permite ofrecer servicios y tratamientos que son intencionadas y enfocados en el problema. Tratamiento o servicios son creados con estos objetivos identificados en mente, y trabajaremos con usted para crear pasos de acción para lograr estos objetivos. Tengo un papel activo en fijar y alcanzar mis metas de tratamiento. Entender mi plan de cuidados es una parte importante de lograr mis metas. Si tengo alguna pregunta acerca de la naturaleza de mi cuidado o el tratamiento, pediré mi Coordinador de cuidado o terapeuta para clarificación.

Tulsa CARES prohíbe explícitamente el uso de intervenciones de manejo de comportamiento restrictivo que restringir, limitar, o restringir la libertad de una persona del movimiento, incluyendo pero no limitado a, aislamiento, sujeción manual, contención química, sujeción mecánica y cerrada la reclusión. Tulsa CARES cumple con todos los requisitos relativos a las intervenciones de apoyo y gestión de comportamiento y las normas legales y reglamentarias federales, estatales y locales.

Iniciales del cliente _____

Tulsa CARES Consentimiento Informado

Emergencias:

He sido informado que en el caso de una emergencia médica, debo llamar al 911 (o el número de acceso de emergencia en mi zona); Quéedese en la línea mientras que la ayuda está siendo arreglado; y buscar atención médica definitiva en lugar de contactar con Tulsa CARES o mi administrador de casos. He sido informado que en el caso de una emergencia psiquiátrica o emocional, debo llamar al 911 o las autoridades locales; Quéedese en la línea mientras que la ayuda está siendo arreglado; o ir a la sala de emergencia más cercana y pedir asistencia. Tengo entendido que Tulsa CARES no proporciona todos los servicios, incluyendo servicios de salud mental, en 24 horas al día, 7 días a la semana. Entiendo que los servicios están disponibles a través de Tulsa CARES durante sus horas de trabajo publicadas.

Iniciales del cliente _____

Faltó citas, expiró el papeleo y cierre caso cliente:

Entiendo que cuando programo una cita con cualquier miembro del personal de Tulsa CARES, te pido que esta vez será reservado para mí, que nada más está programada para ese miembro del personal en ese momento, y que su agenda está construido con mi sesión en mente. Entiendo que, durante este tiempo la cita programada, los miembros del personal de Tulsa CARES no puede programar otro cliente o cita y dedica esta vez a mí. Debido a esto, me comprometo a cancelar citas que soy incapaz de mantener en el tiempo más temprano posible. Si por algún motivo extraño una cita ajenas a mi voluntad, es mi responsabilidad para llamar y cambiar esa cita tan pronto como sea posible. Si no puedo mantener este acuerdo, entiendo que el miembro del personal de Tulsa CARES no puede ser capaz de cambiar mi cita inmediatamente. Si te echo de menos citas múltiples y si no tengo contacto con Tulsa CARES durante tres meses, o si llega a ser vencido mis papeles importantes (incluyendo mi plan de acción, verificación de ingresos o verificación de residencia), entiendo que colocará *en espera*. *En suspenso* significa que no puedo acceder a cualquier programa de Tulsa CARES o servicios, con excepción de salud mental, hasta que se actualice mi carta astral.

Si yo me pone *en espera* y el Director del programa de cuidado de coordinación no puede ponerse en contacto conmigo, mi archivo Tulsa CARES se cerrará. Mi archivo de Tulsa CARES también se cerrará si: solicito encierro; Me mudo fuera del área de servicio; mis ingresos excede los requisitos de elegibilidad; Necesito transición mis servicios de hospicio o atención paliativa; Violo las reglas del programa o requisitos; Convierto en prisión; o caducan mis formularios de consentimiento. Siempre que sea posible, tengo entendido que Tulsa CARES trabajará conmigo para obtener los servicios que necesito de otro proveedor, antes de cerrar mi archivo.

Iniciales del cliente _____

Apelaciones y quejas:

He tenido explicó a mí y yo hemos dados u ofrecidos, por mi administrador de caso asignado u otro representante de Tulsa CARES en el momento de mi entrada, una copia de los derechos y responsabilidades, que he firmado del cliente. Al firmar este documento, he accedido a las pautas y expectativas de mí y a las pautas y las expectativas para todo el personal voluntario remunerado y no remunerado afiliada a Tulsa CARES cuando estoy recibiendo servicios allí. Incluida en los derechos y responsabilidades del cliente, es el procedimiento para registrar una queja acerca de o en relación con un personal remunerado o voluntario, u otro representante de Tulsa CARES. He accedido a seguir este procedimiento si necesito presentar una queja.

Además, tengo entendido que puede presentar, por escrito, una denuncia a la Junta de licencias de Oklahoma del practicante afectado con respecto a cualquier aspecto de la atención profesional, ilegal o inmoral. Entiendo que si esta es la acción que seguir, sea obligado a comparecer ante la junta médica de Oklahoma que gobierna esta profesión. Me ha aconsejado que las instrucciones para aportarte una queja de esta manera están disponibles para mí y no afectará negativamente a mis servicios a través de Tulsa CARES.

Iniciales del cliente _____

Agradecimientos:

Reconozco que he leído y rubricado este documento y han recibido, o he estado ofrecido y se negó, una copia del documento firmado y rubricar para mi propio uso. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción ha sido tomada confiando en él, y que en ningún caso de este consentimiento caduca automáticamente, un año (365 días) a partir de la fecha de mi firma, salvo que se especifique la caducidad bajo las siguientes condiciones alternativas:

Especificación de la fecha, evento o condición en la cual vence este consentimiento; rubricado por el cliente.

Firma del cliente

Fecha

Firma del testigo

Fecha