



Cliente:

Fecha:

Fecha Final:

- He elegido recibir servicios de Tides Family Services. Mi elección ha sido voluntaria y entiendo que puedo finalizar o rechazar el tratamiento en cualquier momento.
- Entiendo que no hay garantía de que me sentiré mejor o de que los problemas que han resultado en mi participación en los servicios se resolverán. Dado que mi tratamiento es un esfuerzo cooperativo entre mi(s) proveedor(es) de servicios y yo, trabajaré con mi(s) proveedor(es) de servicio de manera cooperativa para resolver mis dificultades.
- Entiendo que durante el curso de mi participación en Tides Family Services, se puede discutir material que será de naturaleza perturbadora y esto puede ser necesario para ayudar a resolver mis problemas.
- Entiendo que el registro de un cliente es el medio por el cual varios proveedores comunican una cronología de atención. Por lo tanto, es política de Tides Family Services que los proveedores se comuniquen de manera clara y efectiva durante toda la atención al cliente. Los clientes y familias involucrados con más de un programa, o más de un proveedor, deben entender claramente que para brindar el servicio más efectivo, todos los proveedores en todos los programas en los que participan tendrán acceso a la información del cliente en la medida que sea posible. Ya que es necesario para brindar el mejor tratamiento o servicio.
- Entiendo que es política de esta agencia que el tratamiento de cada cliente esté sujeto a una revisión de uso y un proceso de revisión de registros de casos clínicos. Entiendo que este proceso es una parte importante del Programa de mejora de la calidad de la Agencia y es necesario para monitorear la calidad de los servicios que me son brindados.
- Entiendo que la confidencialidad de mi información se mantendrá o se divulgará de acuerdo con las leyes estatales sobre la confidencialidad de dichos registros e información.
- Entiendo que la agencia en ocasiones brindará servicios a través de medios electrónicos como teléfonos, computadoras y máquinas de fax. Entiendo que la agencia toma medidas de precaución para proteger la confidencialidad del cliente al utilizar dichos medios electrónicos; sin embargo, dado el estado actual de los medios electrónicos, es posible que la comunicación electrónica sea vista u escuchada por otras personas que sepan cómo interceptar o "escuchar" electrónicamente.
- Entiendo que las leyes estatales y locales exigen que mi proveedor de servicios informe todos los casos de abuso/negligencia de menores, ancianos u otras personas vulnerables.
- Entiendo que las leyes estatales y locales exigen que mi proveedor de servicios informe todos los casos en los que exista un peligro para mí y/o para otros.
- Entiendo que puede haber otras circunstancias en las que la ley requiera que mi proveedor de servicios revele información confidencial. Esto puede incluir cualquier actividad ilegal en la que participe mientras participo en un programa de Tides.
- Entiendo que mi compañía de seguros puede comunicarse conmigo para asegurar la continuidad y la calidad de mi tratamiento, después de completarlo, o para evaluar el resultado de mi tratamiento.

Client Code:

1 of 2

Cliente:

- Entiendo que mi proveedor de servicios puede divulgar todos y cada uno de los registros relacionados con mi tratamiento a mi compañía de seguros si dicha divulgación es necesaria para el procesamiento de reclamos, administración de casos, coordinación de servicios, control de calidad o revisión de uso. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que el tratamiento ya se haya realizado o se hayan tomado medidas en función de este consentimiento, y que si no revoco este consentimiento, caducará automáticamente un año después de que se hayan pagado todos los reclamos por tratamiento, o después de la terminación de los servicios.

Entiendo que Tides Family Services, Inc. me facturará mensualmente cualquier cargo de copago requerido por mi compañía de seguros. Entiendo que si no puedo realizar estos pagos, me comunicaré con el departamento de facturación para hacer arreglos de pago.

He leído y entendido lo de arriba.