WellPower

Consentimiento para Servicios i Derechos de Tratamiento

Nombre legal (por favor, use letra de molde)	Fecha de nacimiento	# ID WellPower

Consentimiento para servicios. Doy mi consentimiento para recibir servicios de parte de WellPower. Entiendo que el objetivo principal de estos servicios es ayudarme a lograr una vida de bienestar. Mi consentimiento es voluntario y seguirá siendo válido mientras mi estatus esté abierto con WellPower o hasta que firme otra versión de este formulario de consentimiento para servicios. (Sin embargo, si estoy firmando este consentimiento para servicios en nombre de mi hijo/a menor de edad, mi consentimiento es válido sólo hasta que mi hijo/a alcance la mayoría de edad.) Este consentimiento se aplica a todos los proveedores de WellPower que puedan prestarme servicios y permite el intercambio de información entre el personal de WellPower, según lo permita la ley. Yo podré retirar mi consentimiento en cualquier momento, a menos que exista una orden judicial de tratamiento involuntario. El hecho de retirar el consentimiento no afectará a las acciones ya tomadas, o en curso, por parte de WellPower. WellPower también tiene derecho a dejar de prestarme servicios.

Divulgación de información. Entiendo que WellPower necesitará información acerca de mis circunstancias pasadas y presentes para poder proporcionarme los servicios adecuados. Además, yo entiendo que, si a alguno de mis proveedores no se le da acceso a la información necesaria para mi tratamiento, según lo determinado por el proveedor en su opinión profesional, WellPower puede interrumpir el tratamiento. Yo entiendo que si actualmente estoy en libertad condicional o bajo libertad vigilada, es posible que yo necesite firmar una autorización para divulgar información para que mis proveedores puedan hablar con mi oficial de libertad vigilada o de libertad condicional.

Confidencialidad. Entiendo que la información acerca de mi persona, incluida la información contenida en mi historial médico electrónico (EHR por sus siglas en inglés) y la información compartida por mí durante las sesiones de terapia, es confidencial y no puede ser divulgada sin mi permiso. Existen algunas excepciones a esta regla general de confidencialidad. Se puede compartir información de manera legal sin mi permiso en circunstancias que incluyen, pero no se limitan a, lo siguiente: Existen sospechas o pruebas de abuso o negligencia contra un niño, anciano o adulto en riesgo; represento un peligro para mí o para los demás; estoy gravemente discapacitado/a; presento una demanda contra WellPower, un proveedor o un miembro del personal; se presenta una queja ante un consejo de licencias u otra autoridad reguladora estatal o federal contra WellPower, un proveedor o un miembro del personal; para cumplir con una citación u orden judicial.

Correo electrónico, mensajes de texto y comunicaciones electrónicas. Aunque las reglas sobre la confidencialidad se extienden a las comunicaciones electrónicas, incluidos el correo electrónico y los mensajes de texto sin encriptar, éstos no son medios seguros de comunicación. Existe el riesgo de que la información contenida en un correo electrónico o un mensaje de texto sin encriptar pueda ser interceptada por terceras personas no autorizadas, o mal dirigida de otra manera. Entiendo que, con pocas excepciones, WellPower no me enviará correo electrónico sin encriptar ni se comunicará conmigo a través de mensajes de texto sin obtener primero mi permiso - que puede ser verbal. (Algunos ejemplos de excepciones son el envío de confirmaciones de citas, información para ayudarme a conectarme a las citas de telesalud y enlaces a documentos relacionados a mi tratamiento.) Yo entiendo que cada vez que utilice cualquier forma de comunicación electrónica, estoy de acuerdo en aceptar los riesgos asociados.

Fotografías. Yo estoy de acuerdo en que WellPower puede tomar mi fotografía para identificar, por seguridad u otros propósitos administrativos, y entiendo que WellPower tratará dichas fotografías como confidenciales.

Informe del CBI. Yo entiendo que WellPower puede solicitar un informe de la oficina de investigación de Colorado (CBI por sus siglas en inglés) si existe algúna preocupación de seguridad.

Datos sobre resultados. Yo entiendo que WellPower recolecta datos sobre los desenlaces (resultados) de los servicios prestados como parte de la prestación de servicios rutinarios, y puede utilizar los datos para la evaluación del programa, la garantía y la mejora de la calidad, la obtención de fondos o para realizar presentaciones profesionales. Yo doy permiso a WellPower para recopilar y utilizar mis datos relacionados con los resultados del servicio. Si WellPower utiliza los datos, no se revelará ninguna información de identificación. Yo puedo retirar este permiso en cualquier momento notificando a WellPower por escrito, pero la retirada del permiso no afectará a los datos ya recogidos o utilizados por WellPower.

Objetos de valor. Yo entiendo que WellPower no es responsable por la pérdida o daño de cualquier artículo de valor que yo traiga a WellPower. Pueden ser cosas como teléfonos móviles, dispositivos electrónicos (como portátiles, tabletas y sistemas de juego), dinero, joyas, lentes, prótesis dentales, aparatos de asistencia auditiva, dispositivos médicos personales, documentos u otros objetos de valor.

Política antidiscriminatoria. WellPower reconoce la diversidad y el valor de todos los individuos y grupos de nuestra sociedad y no discrimina, excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza o etnia, color, religión, edad, sexo, discapacidad, origen nacional, idioma, servicio militar/estado de veterano, embarazo, orientación sexual, identidad o expresión de género, color/textura del cabello, tamaño corporal, información genética o estructura familiar.

Para los padres/cuidadores que dan su consentimiento en nombre de un menor. Este párrafo se aplica si yo soy un padre/cuidador del menor nombrado arriba y se vincula a mí personalmente. Entiendo que si yo recibo mi propio tratamiento de salud mental en WellPower, puede ser necesario que los proveedores clínicos del equipo de tratamiento de mi hijo se comuniquen con los proveedores clínicos de mi equipo de tratamiento; revisen la información en mi historial médico electrónico de WellPower; e ingresen documentación en mi historial médico electrónico de WellPower. Los proveedores clínicos comunicarán o revisarán sólo el mínimo de información médica protegida necesaria para lograr el propósito previsto. Yo doy mi consentimiento para el uso de mi información médica tal como se describe en este párrafo.

Nombre legal (por favor, use letra de molde) | Fecha de nacimiento | # ID WellPower

Derechos da Tratamiento

Las personas a las que servimos en WellPower tienen derecho a:

- Una atención y un tratamiento que sean respetuosos (en cumplimiento con la ley estatal) y reconozcan su dignidad, sus valores culturales, sus creencias religiosas, y que proporcionen privacidad personal (en la medida de lo posible).
- Que le hablen de una manera y en un idioma que puedan entender. Recibir servicios de interpretación sin coste alguno para ellos.
- Dar su consentimiento informado para tratamientos, servicios y procedimientos, y es nuestra responsabilidad obtener su consentimiento.
- Participar en las decisiones sobre su atención y tratamiento.
- Tener un plan de servicio individualizado que ellos hayan ayudado a redactar. Obtener una copia de su de plan de servicio.
- Rechazar un servicio, como un medicamento, una prueba, un procedimiento o un tratamiento -a menos que el servicio sea ordenado por un tribunal- y que se le informe acerca de los riesgos y beneficios de dicho rechazo.
- Recibir servicios en el entorno menos restrictivo y más adecuado, siempre que dicho entorno esté disponible y esté actualmente financiado.
- Una atención que responda a sus necesidades y que se preste en un entorno seguro.
- Estar libre de abusos y negligencias.
- Estar libre de la aplicación indebida de ataduras o aislamiento (que en cualquier caso, WellPower no utiliza).
- Conocer los nombres, las credenciales y el nivel de experiencia del personal que les presta servicios.
- Recibir atención continua por parte del mismo proveedor, siempre que sea posible.
- Recibir información sobre los métodos de terapia, las técnicas utilizadas, la duración de la terapia (si se conoce), la estructura de pagos y los procedimientos de facturación. Recibir, si se solicita, una factura detallada.
- Preguntar si WellPower está en su red de seguros y solicitar que los servicios sean prestados por un proveedor perteneciente a la red.
- Proporcionar directivas anticipadas, y hacer que WellPower cumpla con dichas directivas, según sea apropiado, y en cumplimiento con el estatuto estatal aplicable.
- A que se mantenga la confidencialidad de la información de su historial médico, de acuerdo con la ley.
- Revisar o solicitar una copia de su historial médico, según lo permita la ley.
- Presentar una queja o una reclamación sobre WellPower sin temor a represalias. Estar informado de los procedimientos para presentar una queja o una reclamación, incluida la información de contacto. Que un representante de WellPower les ayude a presentar una queja o una reclamación.
- Elegir a una persona que represente sus intereses con respeto a una queja o reclamación.
- Buscar una segunda opinión de un proveedor ajeno a WellPower; serán responsable del coste y de las gestiones.
- Ser informado si las referencias que proporciona WellPower son a entidades en las que WellPower tiene un interés financiero.
- Dar su consentimiento informado antes de ser incluido en cualquier ensayo clínico o estudio de investigación.
- Que le informen si WellPower participa en programas de enseñanza.
- **Ejercer estos derechos libremente, sin temor a que afecte a su atención, tratamiento o a los servicios recibidos.**

En una situación de crisis, se puede acceder a los servicios de crisis 24 horas al día, 7 días a la semana y 365 días al año enviando un mensaje de texto TALK al 38255 o llamando al 844-493-8255 (TALK) o visitando **coloradocrisisservices.org** para localizar un centro de crisis sin cita previa.

ACUERDO

Al firmar a continuación, yo reconozco cada uno de los siguientes puntos en mi nombre, en el de mi hijo menor de edad nombrado anteriormente, o en el de otra persona nombrada anteriormente para la que yo soy el responsable de tomar decisiones en materia de salud (como tutor legal o con poder médico).

- Yo he leído la información contenida en este consentimiento para servicios o me la han leído y yo entiendo lo que dice. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas y se me han contestado mis preguntas. Yo estoy de acuerdo con este consentimiento para servicios i derechos de tratamiento.
- Yo tengo derecho y se me ha ofrecido una copia de este consentimiento para servicios i derechos de tratamiento.
- Yo entiendo los derechos de una persona que recibe servicios de WellPower.
- Me han ofrecido una copia del aviso de prácticas de privacidad de WellPower.

X _____ _____

Firma del individuo o del representante personal | Fecha de la firma

_____ _____

Nombre del representante personal (si procede) | Relación

WellPower es un nombre comercial registrado del Mental Health Center of Denver, una corporación sin ánimo de lucro de Colorado.