



Derechos y responsabilidades/consentimiento para el tratamiento de salud mental

Este aviso discute sus derechos y responsabilidades como cliente de salud mental y sirve como consentimiento informado para el tratamiento. Su firma indica que acepta seguir las pautas descritas aquí, la de su proveedor lo compromete a hacer lo mismo. Sus derechos como cliente están establecidos por la Sección 17-205a-206k, los Estatutos Generales de Connecticut, las regulaciones de licencias de CT para Clínicas Psiquiátricas Ambulatorias con Licencia para Adultos y Clínicas Psiquiátricas Ambulatorias con Licencia para Niños y Adolescentes, y las políticas de Norwalk Community Health Center. La información del cliente también puede estar protegida por las regulaciones federales de confidencialidad (42CFR, Parte 2). Las políticas de HIPPA se han proporcionado en el momento del registro como cliente.

El tratamiento de salud mental no se describe fácilmente en declaraciones generales. Varía según las personalidades del proveedor y el paciente, y los problemas particulares que presenta. Hay muchos métodos diferentes utilizados para lidiar con los problemas que espera abordar. El tratamiento de salud mental requiere un esfuerzo muy activo de su parte. Para que el tratamiento sea más exitoso, tendrás que trabajar en cosas de las que hablamos tanto durante nuestras sesiones como en casa.

El tratamiento de salud mental puede tener beneficios y riesgos. Dado que el tratamiento a menudo implica discutir aspectos desagradables de su vida, puede experimentar sentimientos incómodos como tristeza, culpa, ira, frustración, soledad e impotencia. Por otro lado, también se ha demostrado que el tratamiento de salud mental tiene beneficios para las personas que lo atraviesan y, a menudo, conduce a mejores relaciones, soluciones a problemas específicos y reducciones significativas en los sentimientos de angustia. Pero no hay garantías de lo que experimentarás.

Las leyes y estándares para el tratamiento de salud conductual requieren que su proveedor mantenga registros de tratamiento. Usted tiene derecho a recibir una copia de los registros a menos que su proveedor crea que verlos le causaría daño a usted o a otra persona, en cuyo caso estaremos encantados de enviarlos a un profesional de salud mental de su elección. Debido a que estos son registros profesionales, pueden ser malinterpretados y / o ser molestos para los lectores no capacitados. Por lo tanto, se recomienda que los revise en presencia de su proveedor de salud conductual para que pueda discutir el contenido.

Mis derechos como cliente de salud mental en el NCHC incluyen:

1. Ser tratado sin distinción de raza, credo, religión, orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género, o discapacidad mental o física. Ser tratado de manera segura, justa y con respeto a la dignidad personal y la privacidad en el entorno menos restrictivo. Ser tratado de acuerdo con un plan de atención individualizado. Participaré en el desarrollo de este plan y participaré en revisiones periódicas de los éxitos y desafíos de cumplir con los objetivos del tratamiento. Estos objetivos se actualizarán según sea necesario. Tener todo lo que hago y digo, y

tener mi registro de caso, mantenido confidencial, excepto según lo exijan las leyes estatales y federales. Como reporteros obligatorios, el personal reportará la sospecha de abuso infantil al Departamento de Niños y Familias de CT y la sospecha de abuso de ancianos al Departamento de Asuntos Sociales de CT.

2. Servicios. Protegeremos los registros de los clientes en toda la extensión de la ley, en caso de que sean citados a la corte, y los divulgaremos sin el permiso del cliente / tutor solo en el caso de una orden judicial para hacerlo.
3. Dar mi permiso por escrito para cualquier video o grabación de audio de mí y / o mi hijo y antes de la inclusión en cualquier proyecto de investigación.
4. Si soy menor de 18 años de edad, puedo buscar asesoramiento sobre drogas o alcohol sin el consentimiento de mis padres. Si hay razones para creer que notificar a mis padres sobre mi búsqueda de tratamiento me causaría daño o me haría no buscar tratamiento, es posible que me vean hasta 5 veces sin el consentimiento de mis padres con la aprobación de mi terapeuta y el Director de Salud del Comportamiento o designado de acuerdo con los Estatutos Generales de CT Sec 19a-14c. Cualquier otro tratamiento de menores requiere el consentimiento de los padres.
5. Previa solicitud, se me proporcionarán los antecedentes educativos o profesionales de todos mis proveedores de tratamiento..
6. Todos los clientes atendidos en más de un programa de tratamiento reciben atención integrada a través de un registro de salud electrónico compartido.
7. Nuestras oficinas están abiertas de 8:00 am a 5 pm La mayoría de los departamentos también están abiertos varias noches por semana. Pídale a su terapeuta u otro personal información actualizada sobre el departamento en el que está siendo atendido. Llame al número principal para obtener cobertura fuera de horario.

Si no estoy satisfecho con algún aspecto de la atención que recibo, puedo notificar a mi terapeuta o a cualquier otro miembro del personal que pueda ayudarme a completar un formulario de comentarios para que lo revise el personal administrativo. Puedo notificar al Director de Salud del Comportamiento de cualquier inquietud o comunicarme con el Gerente de Práctica.

Mis responsabilidades como cliente de NCHC salud mental incluyen:

1. Participar en la planificación del tratamiento y seguir el plan de atención acordado.
2. Cumplir con las normas del programa al que estoy asignado, según corresponda. Estos incluyen seguir las reglas de que todos los sitios están libres de tabaco y armas, y abstenerse de comportamiento amenazante o violento mientras están en el sitio.
3. Dar al menos 24 horas de aviso de cualquier cancelación de una cita programada. Si se pierden dos o más citas consecutivas sin avisar con 24 horas de anticipación, o se pierden 3 citas dentro de los 3 meses, es posible que no pueda programar más citas con anticipación hasta que haya asistido al menos a una sesión grupal y / o del mismo día y tenga que comunicarme con mi terapeuta. Mi plan de tratamiento puede ser revisado para reemplazar las sesiones individuales con sesiones grupales y / o sesiones el mismo día. También se me puede dar la opción de una cita de espera, lo que no garantiza que me vean el día en que está programado. Incluso si no me ven, me sacarán del estado de espera después de venir para la cita de espera programada.
4. Para venir a todas las sesiones libre de alcohol y drogas.
5. Para pagar las tarifas que he acordado pagar. Los copagos vencen en el momento de la sesión.

6. Respetar la privacidad de otros clientes atendidos en la clínica.
7. Para organizar la administración de medicamentos. El departamento de salud conductual proporciona evaluación de medicamentos, recetas de medicamentos según sea necesario y administración de medicamentos, pero no dispensa ni administra medicamentos. Si a mí o a mi hijo se nos receta un medicamento, haré una cita antes de que se agote mi medicamento. En los casos en que no pueda hacerlo,
8. Entiendo que debo comunicarme con mi farmacia para asegurarme de que no haya resurtidos disponibles para mis medicamentos antes de solicitar un resurtido. Entiendo que debo solicitar todas las recargas al menos 7 días antes del día en que se necesitan para garantizar que mi recarga se procese de manera oportuna. Las recargas deben solicitarse primero a través de la farmacia.
9. Hacer que un adulto acompañe a todos los niños menores de edad al tratamiento en todos los entornos clínicos de salud conductual. Este adulto debe estar disponible durante el tratamiento para estar disponible en caso de emergencias. El terapeuta y el padre / tutor pueden hacer otros acuerdos por escrito para dejar y recoger a los clientes infantiles.
10. Todos los clientes que reciben servicios en un programa financiado parcial o totalmente por el Estado de Connecticut acuerdan que la información demográfica se envíe a la agencia estatal pertinente..
11. Cualquier cliente con una directiva anticipada psiquiátrica debe notificar al personal de este hecho para que pueda ser registrado en nuestros registros.

Consentimiento para el tratamiento Doy mi consentimiento para recibir servicios de salud conductual para mí (o doy permiso para que mi hijo menor de edad _____) reciba servicios de salud conductual que me dará el personal del Centro de Salud Comunitario Norwalk Me han informado sobre los servicios ofrecidos, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estoy de acuerdo con ellos. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento notificando por escrito al Centro de Salud Comunitario de Norwalk

Nombre impreso del cliente/tutor	Nombre firmado del cliente/tutor	Fecha

Mi firma indica que he aceptado los términos de este documento

Nombre impreso del cliente menor	Nombre firmado del cliente menor	Fecha

Mi firma indica que este documento ha sido discutido conmigo en un lenguaje apropiado para la edad. Si elegí no firmar y soy menor de 18 años, la firma de mi padre / tutor es legalmente vinculante.

Nombre impreso del terapeuta	Nombre firmado del terapeuta	Fecha

Mi firma indica que he participado en el desarrollo de este plan y he sido testigo de las firmas anteriores.