

Este Aviso de Derechos y Responsabilidades (este “**Aviso**”) es para los clientes/pacientes de InterCommunity, Inc. (“**InterCommunity**”). Este Aviso está diseñado para informarle de sus derechos y responsabilidades. También revisaremos este aviso con usted y recibirá una copia para futura referencia. Le recomendamos que consulte este aviso o que se comunique con cualquier miembro de InterCommunity en cualquier momento si tiene preguntas sobre sus derechos y responsabilidades.

DERECHOS DE LOS PACIENTES

Tiene derecho a ser tratado humanamente y con dignidad ya a un ambiente que contribuya a una imagen positiva de sí mismo y minimice las distracciones que puedan interferir con las actividades terapéuticas. No se le privará de ningún derecho personal, de propiedad, o civil sin el debido proceso legal. InterCommunity no utiliza restricciones ni aislamiento. Tiene derecho a tener acceso a sus registros médicos, a menos que hacerlo sea medicamente perjudicial para usted o según lo dispuesto por la ley. Tiene derecho a estar libre de humillación, negligencia, explotación, acoso sexual, orientación sexual, identidad sexual, creencias religiosas o discapacidad.

También tiene derecho a recibir información sobre los métodos de tratamiento, las técnicas utilizadas, la duración del tratamiento, si se conoce, la educación profesional y la experiencia de sus proveedores, los medicamentos recetados (antes de dar su consentimiento, si corresponde), y la escritura de tarifas. Se le proporcionará información antes del tratamiento para que pueda dar su consentimiento para el tratamiento. Se le tratará de acuerdo con un plan de tratamiento individualizado adecuado a sus necesidades, se revisará ocasionalmente e incluirá un plan de alta (según corresponda), y usted tiene derecho a dirigir la creación de sus objetivos de servicio y los planes de servicio. En cualquier momento usted puede elegir o no participar en proyectos de investigación que garanticen un tratamiento/ investigación ética.

Puede rechazar atención, tratamiento o servicios de acuerdo con la ley y no se le proporcionará medicamentos ni ningún tratamiento sin su consentimiento, excepto de conformidad con la ley aplicable con respeto al tratamiento involuntario. Tiene derecho a delegar decisiones sobre su atención, tratamiento, o servicios a otra persona e involucrará a su familia en las decisiones sobre su atención, tratamiento y servicios. En cualquier momento puede optar por buscar a una segunda opinión, solicitar un cambio de proveedor, buscar una revisión interna de su plan de atención, tratamiento o servicio y/o finalizar el tratamiento. Tiene acceso completo a servicios externos de grupos de apoyo, de autoayuda, servicios de protección, servicios de apoyo de defensa y entidades legales para una representación adecuada.

SERVICIOS DE TELESALUD

En general, los servicios de atención médica se ofrecen en un centro de InterCommunity. Sin embargo, después de recibir atención en InterCommunity, usted puede solicitar, o su proveedor puede recomendar, que reciba atención médica remota/virtual o servicios de evaluación a través de tecnologías de comunicación electrónica como su teléfono, tableta o computadora (lo que se conoce como “**telesalud**”). La telesalud puede facilitar el acceso a la atención y evitar la exposición a enfermedades. Si bien la telesalud puede tener algunas limitaciones (por ejemplo, es posible que su proveedor no pueda ver las imágenes con claridad debido a la baja resolución, lo que podría dificultar la interpretación de señales no verbales, o que no pueda examinarlo físicamente, si es necesario, como sería en caso en una consulta), se le explicarán estas limitaciones con respeto al servicio específico que se brinda a través de telesalud para que pueda tomar una decisión informada sobre su participación. Además, como con toda tecnología, tenga en cuenta que los problemas técnicos pueden interrumpir, retrasar o detener su consulta de telesalud.

Los servicios de telesalud solo se pueden brindar cuando usted como su proveedor lo consideren medicamente apropiado. Si recibe servicios de telesalud, InterCommunity le notificara si hay otra persona presente en la habitación durante la consulta y se esforzara por proteger su privacidad mediante el uso de tecnología diseñada para tal fin. Sin embargo, no se puede garantizar la seguridad de ninguna tecnología. Para evitar que alguien escuche o intercepte su consulta de telesalud, le recomendamos acceder a la telesalud en un entorno privado mediante una red privada y segura.

Antes o durante su visita inicial de telesalud, su proveedor le preguntara si ha tenido la oportunidad de revisar esta información sobre los servicios de telesalud, le permitirá hacer preguntas y confirmara su consentimiento para compartir información de la cita con su proveedor de atención primaria. Puede, en cualquier momento, solicitar un encuentro en persona en lugar de telesalud. A menos que se indique lo contrario, todos los documentos firmados para el tratamiento en InterCommunity se aplican a los servicios prestados a través de telesalud. Si no puede dar su consentimiento para los servicios de telesalud según la ley aplicable, su representante autorizado (por ejemplo; su padre, guardián legal o tutor) debe estar presente durante la visita inicial de telesalud.

El permiso para renovar los tratamientos de telesalud debe firmarse anualmente para poder seguir participando en los servicios de telesalud. Puede revocar su consentimiento en cualquier momento presentando una solicitud por escrito, o bien, puede negarse a participar o decidir dejar de participar en cualquier momento. Cualquier revocación de su consentimiento, o cualquier negativa a participar o decisión de dejar participar, se documentará en su historial médico.

PRIVACIDAD

Usted tiene derecho a que se respete su privacidad y que su información de salud protegida se mantenga confidencial. La información de salud protegida solo se utilizará y compartirá de acuerdo con el Aviso de Privacidad de InterCommunity, que se le proporcione junto con este documento.

InterCommunity es parte de un acuerdo de atención medica organizado que incluye a los participantes en OCHIN. Una lista actualizada de participantes de OCHIN está disponible en www.ochin.org. Como socio de negocio de InterCommunity, OCHIN proporciona tecnología de la información y servicios relacionados a InterCommunity y otros participantes de OCHIN. OCHIN también participa en actividades de mejoría y evaluación de la calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina las actividades de revisión clínicas en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de mejores prácticas y evaluar los beneficios clínicos que pueden derivarse del uso de sistemas de registros médicos electrónicos. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar la gestión de las derivaciones de pacientes internas y externas. InterCommunity puede compartir su información de salud con otros participantes de OCHIN cuando sea necesario para los fines de las operaciones de atención medica del acuerdo de atención medica organizado.

Como parte de la participación de InterCommunity en OCHIN, los registros médicos electrónicos de InterCommunity se comparten con otros proveedores de tratamiento a través del sistema de registros médicos electrónicos (“Epic”) y su función Care Everywhere. A través de Epic, muchos de sus hospitales, médicos, clínicas y otros proveedores de Epic pueden acceder al registro medico electrónico compartido, que incluye la información médica generada por InterCommunity y otros proveedores. La información del registro medico se comparte para facilitar la coordinación del cuidado, y el acceso a la información se otorga según la necesidad con el único propósito del tratamiento y de garantizar la seguridad del paciente y la consistencia del cuidado. Si bien no puede optar por no participar en Epic, puede solicitar por escrito la exclusión de Care Everywhere, lo que evitara que futuros proveedores de tratamiento fuera de la red OCHIN acceden a su historial médico en el sistema OCHIN Epic. Los proveedores de tratamiento que participan en OCHIN seguirán teniendo acceso a su información. Para obtener

información sobre cómo darse de baja de Care Everywhere o si tiene alguna pregunta sobre la información compartida a través de Epic, comuníquese con el Oficial de Privacidad de InterCommunity al 860-569-5900 ext. 364 o compliance@intercommunityct.org.

InterCommunity también comparte información médica electrónica a través del Intercambio de Información de Salud de Connecticut, conocido como “CONNIE.” A través de CONNIE, sus hospitales, médicos, clínicas y otros proveedores de atención médica pueden tener acceso a información médica generada por InterCommunity para facilitar el cuidado y garantizar la seguridad del paciente y la consistencia del cuidado. Para obtener más información sobre CONNIE, por favor comuníquese directamente con los administradores al 888-783-4410 o info@connie.org. Para darse de baja de CONNIE, puede completar el formulario de baja de CONNIE, disponible en la red en <https://connect.connie.org/OptoutForm>.

Al momento de su admisión, se le solicitará que firme un consentimiento para permitir las divulgaciones anteriores, particularmente las relacionadas con el uso y la divulgación de información sobre el estado de VIH, la salud mental y los trastornos por uso de sustancias.

Nota Especial para el tratamiento de menores en InterCommunity: Pacientes menores de 18 años quedan excluidos automáticamente de Care Everywhere. Sin embargo, InterCommunity recomienda la participación en Care Everywhere para facilitar la mejor coordinación de cuidado. Si desea optar por que la información de su hijo se comparta a través de Care Everywhere, por favor hable con el proveedor de su hijo o comuníquese con el Oficial de Privacidad de InterCommunity al 860-569-5900 ext. 364 o compliance@intercommunityct.org.

EMERGENCIAS

Se puede contactar al personal de enfermería de InterCommunity las 24 horas del día para problemas médicos urgentes llamando al 860-569-5900. En caso de emergencias, por favor marque el 911 o diríjase al centro de atención de urgencia más cercano.

RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

Como cliente/paciente de InterCommunity, es su responsabilidad utilizar los servicios de InterCommunity para promover su salud, en parte siendo un participante activo en la planificación, implementación y evaluación de su programa, planes y objetivos. Es práctica de InterCommunity revisar los planes de tratamiento con los pacientes y documentar que esto ha ocurrido marcando una casilla de verificación dentro de su registro médico. Todos en InterCommunity tienen la responsabilidad de respetar los derechos de otras personas y las políticas, procedimientos, normas y reglas específicas del programa de InterCommunity.

Usted es responsable del pago de las tarifas relacionadas con los servicios proporcionados por InterCommunity. Si tiene seguro, se harán arreglos para el pago de los servicios de la compañía de seguros y usted será responsable de los deducibles, el copago de los servicios de la compañía de seguros, los servicios no cubiertos o los saldos impagos. Las personas aseguradas por Medicaid pueden estar exentas de dichos pagos de acuerdo con las leyes aplicables. Si no tiene seguro o está preocupado por su capacidad para cumplir con sus obligaciones financieras, puede reunirse con un especialista financiero para determinar si califica para cuidado médico con descuento según la póliza de descuento de tarifa gradual de InterCommunity.

QUEJAS

Si en algún momento siente que se han violado sus derechos, tiene derecho a presentar una queja comunicándose con el Oficial de Derechos del Cliente de InterCommunity y/o la autoridad gubernamental correspondiente. La información de contacto esta publicado en el vestíbulo del centro de InterCommunity donde recibió los servicios e incluye: llamar al 860-569-5900 ext. 364 y solicitar que lo conecten con el Oficial de Derechos del Cliente o enviar un correo electrónico a compliance@intercommunityct.org. InterCommunity responde a quejas/ reclamos dentro de los tres días hábiles.

Si es paciente del centro Psiquiátrico ambulatorio de InterCommunity, también puede presentar una petición ante el tribunal superior dentro de cuya jurisdicción que reside. Además, el Aviso sobre las Practicas de Privacidad de InterCommunity proporciona información de contacto específica para cualquier queja que pueda tener relacionada con su información de salud protegida. Nuestra expectativa es que todos los miembros de InterCommunity sigan las políticas, procedimientos y decisiones de quejas.

Después de revisar este Aviso, por favor firma el consentimiento/ permiso informado para tartar y el acuse de recibo del Aviso de Practicas de Privacidad de InterCommunity en las siguientes páginas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO/ PERMISO PARA TRATAR

Al firmar a continuación, reconozco lo siguiente:

- He leído, o me leyeron, y entiendo completamente las condiciones descritas en el Aviso de Derechos y Responsabilidades del paciente y los reconocimientos enumerados en este formulario.
- Doy mi consentimiento total y voluntario y autorizo a InterCommunity, Inc. y su personal, incluidos los médicos de familia, APRNs, psiquiátricas, psicólogos, trabajadores sociales, consejeros, enfermeras y asistentes médicos a brindarme tratamiento, asesoramiento u otros servicios o procedimientos según se considere necesario y aconsejable con respeto a mi cuidado. Me han dado una explicación de la naturaleza y el propósito del cuidado propuesta, que puede incluir tratamiento de salud física, salud mental, y/o de abuso de alcohol y sustancias. También se han discutido los riesgos y beneficios del cuidado, las alternativas razonables y los riesgos y beneficios de no recibir o recibir cuidado médico. Se me ha ofrecido tiempo suficiente para hacer preguntas y buscar aclaraciones sobre cualquier cosa que no me sea clara. Además, entiendo y acepto que participare en la planificación de mi cuidado y que puedo suspender dicha atención en cualquier momento.
- He revisado la información anterior sobre telesalud, y mi consentimiento y autorización voluntarios para el tratamiento, la consejería y otros servicios se extienden a los servicios de telesalud que me proporciona InterCommunity, según lo descrito anteriormente. Entiendo que mi representante autorizado (por ejemplo; padre, madre, guardián legal o tutor) debe estar presente en mi primera consulta de telesalud si, según la legislación aplicable, no puedo dar mi consentimiento para los servicios de telesalud. Entiendo que, antes de recibir cualquier servicio de telesalud o en mi primera consulta de telesalud, tendré la oportunidad de hacer preguntas y confirmar mi consentimiento para compartir la información de la consulta con mi médico de cabecera.
- Tengo claro mis derechos y responsabilidades relacionados con los servicios y expectativas de comportamiento/ trato de los demás.

- Tengo suficiente información para tomar la decisión de proceder o rechazar cualquier curso de cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento en particular. Doy mi consentimiento para participar en la evaluación y/o tratamiento.
- Reconozco que puedo revocar mi consentimiento para cualquier evaluación o tratamiento (incluso mediante telesalud) en cualquier momento enviando mi solicitud por escrito, o puedo negarme a participar o decidir dejar de participar en cualquier momento. Reconozco que cualquier revocación de mi consentimiento, o cualquier negativa a participar o decisión de dejar de participar, quedara documentada en mi historial médico.

Consentimientos Relacionados con el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida

- Doy mi consentimiento para que InterCommunity use y divulgue toda mi información de salud protegida, incluida mi salud física, mental, estado de VIH y toda la información sobre trastornos por uso de sustancias, incluidos medicamentos, dosis, resultado de laboratorio, alergias, información de diagnóstico e historial de uso de sustancias, para fines de tratamiento, pago, y operaciones de cuidado médico. Esto incluye mi consentimiento para que InterCommunity divulgue toda la información anterior a los socios de negocios/ organizaciones de servicios calificados de InterCommunity, incluidos OCHIN y CONNIE y a otros proveedores de tratamiento presentes y futuros que comparten registros médicos e información a través del sistema Epic, ya sea como participantes de OCHIN o usuarios de Care Everywhere o a través de CONNIE, todo como se describe en el Aviso de Derechos y Responsabilidades del Paciente y el Aviso de Practicas de Privacidad de InterCommunity.
- Entiendo que, tras solicitud por escrito, InterCommunity me proporcionara una lista de entidades a las que se divulgó mi información sobre el tratamiento del trastorno por uso de sustancias durante los tres (3) años anteriores con mi consentimiento y/o para tratamiento, pago u operaciones de atención médica (pero solo si dicha divulgación se realizó electrónicamente).
- Entiendo que puedo revocar este consentimiento con respeto al uso y divulgación de información médica protegida, pero dicha revocación no se aplicara a ninguna información que InterCommunity ya haya ingresado en su registro medico compartido de Epic o compartido con o a través de CONNIE en base a este consentimiento. Entiendo que puedo limitar el uso y la divulgación futuros de la información ya ingresada en el registro medico de Epic al optar por no participar en Care Everywhere o CONNIE, como se describe en el Aviso de InterCommunity sobre sus Derechos y Responsabilidades de los Pacientes y en el Aviso de Practicas de Privacidad.
- Entiendo que este consentimiento para usar y divulgar mi información médica protegida seguirá vigente hasta que yo lo revoque o hasta que ya no sea razonablemente necesario que InterCommunity tenga acceso a mis registros.
- Autorizo a InterCommunity y sus socios de negocios/ organizaciones de servicios calificados a realizar llamadas o mensajes de texto a mi teléfono designado utilizando cualquier tipo de tecnología pregrabada o de marcado automático para todos los fines permitidos (por ejemplo, recordatorios de citas).
- He tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta sobre mis derechos (en general y en relación con el uso y divulgación de mi información de salud protegida) y conozco mis opciones si siento que mis derechos han sido violados.
- Si no soy capaz de consentir o autorizar cualquiera de los puntos anteriores según la ley aplicable, mi representante autorizado (por ejemplo; padre, guardián legal o tutor) debe indicar su consentimiento/autorización a lo anterior en mi nombre firmando a continuación.

Escriba el Nombre del Cliente/Paciente Fecha de Nacimiento Firma Fecha

Escriba el Nombre del Representante del Cliente Firma del Representante Fecha

Relación/Autoridad legal del Cliente (i.e. padre/guardián legal/tutor de la persona)

USO EXCLUSIVO DEL ADMINISTRADOR

Incapaz de obtener consentimiento por escrito porque: Individuo se negó Situación de tratamiento de emergencia
Individuo no puede firmar debido a incompetencia/ razones médicas Otro: _____

Derechos y Responsabilidades revisados y entregados al cliente.

Firma del Personal y Fecha: _____

RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido una copia del Aviso de las Practicas de Privacidad de InterCommunity.

Por favor tenga en cuenta que el Aviso de Practicas de Privacidad de InterCommunity están sujeto a cambios. Puede encontrar una copia de la versión más reciente en la recepción o en la página de web de InterCommunity en: <https://www.intercommunityct.org/>.

Escriba el Nombre del Cliente/Paciente Fecha de Nacimiento Firma Fecha

Escriba el Nombre del Representante del Cliente Firma del Representante Fecha

Relación/Autoridad legal del Cliente (i.e. padre/guardián legal/tutor de la persona)

USO EXCLUSIVO DEL ADMINISTRADOR

Incapaz de obtener consentimiento por escrito porque: Individuo se negó Situación de tratamiento de emergencia
 Individuo no puede firmar debido a incompetencia/ razones médicas Otro: _____

Firma del Personal y Fecha: _____