

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 medicamento 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.

## **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 médica organizado que incluye a los participantes en OCHIN. Una lista actualizada de participantes de OCHIN está disponible en [www.ochin.org](http://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 médica del acuerdo de atención médica 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 de Epic (“Epic”) y su función de atención en todas partes. A través de Epic, muchos de sus hospitales, médicos, clínicas, y otros proveedores de Epic pueden acceder al registro médico electrónico compartido, que incluye la información médica generada por InterCommunity y otros proveedores. La información del expediente médico se comparte para facilitar la coordinación de cuidado y el acceso a la información se otorga según sea necesario con el único fin de brindar tratamiento y garantizar la seguridad del paciente y la coherencia del cuidado. Al ingresar, se le pedirá que firme un consentimiento para permitir lo anterior, particularmente en relación con el uso y divulgación de información sobre el estado del VIH, la salud mental y el abuso de sustancias.

Aunque no puede optar por no participar en Epic, puede solicitar por escrito su exclusión de Care Everywhere, lo que evitara que futuros proveedores de tratamiento fuera de la red de OCHIN accedan a su registro médico en el sistema OCHIN Epic. Los proveedores de tratamiento que sean participantes de OCHIN seguirán teniendo acceso a su información. Por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad de InterCommunity al 860-569-5900 o [compliance@intercommunityct.org](mailto:compliance@intercommunityct.org) para obtener más información sobre cómo excluirse de Care Everywhere o si tiene alguna pregunta sobre la información compartida a través de Epic en general.

*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 o [compliance@intercommunityct.org](mailto: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 donde recibió los servicios e incluye llamara al 860-569-5900 y solicitar que lo conecten con el Oficial de Derechos del Cliente o enviar un correo electrónico a [compliance@intercommunityct.org](mailto:compliance@intercommunityct.org).

Si es paciente del centro Psiquiátrico ambulatorio de InterCommunity, también puede presentar una petición ante el tribunal superior dentro de cuya jurisdicción 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/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.
- 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.

**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, incluido OCHIN 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, todo como se describe en el Aviso de Derechos y Responsabilidades del Paciente y el Aviso de Practicas de Privacidad de InterCommunity.
- Entiendo que, previa solicitud por escrito, InterCommunity me proporcionara una lista de entidades a las que se divulgó mi información sobre el tratamiento del abuso de sustancias.
- 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 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, 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.

\_\_\_\_\_  
Escriba el Nombre del Cliente/Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba el Nombre del Representante del Cliente

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante

**Uso Exclusivo del Administrador:**

- Incapaz de obtener consentimiento y reconocimiento 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 dado al paciente

Firma del Personal y Fecha & Date: \_\_\_\_\_

**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

\_\_\_\_\_

Firma y Fecha del Cliente/Paciente

\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_

ID

\_\_\_\_\_

Escriba el Nombre del Representante del Cliente y la Relación/ Autoridad legal del Cliente (i.e. padre/tutor/tutor de la persona)

\_\_\_\_\_

Firma y Fecha del Representante

**Uso Exclusivo del Administrador:**

Incapaz de obtener consentimiento y reconocimiento 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 & Date: \_\_\_\_\_