

# Centro de Servicios para la Familia

## Declaración de Derechos, Responsabilidades, y Consentimiento para recibir tratamiento

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Como cliente del Centro de Servicios para la Familia, usted es bienvenido y con derecho a:

1. A ser tratado con cortesía y respeto por el personal y terapeutas.
2. Preguntar acerca de las calificaciones de los profesionales y de las pólizas de nuestra agencia, los procedimientos para proteger la privacidad y la confidencialidad para cumplir las leyes y regulaciones federales que rigen en el estado de Florida.
3. Saber que, con una orden válida de la corte, la información contenida en su expediente puede ser revelada sin su permiso de acuerdo a la ley de Florida.
4. Saber que se requiere que el **personal profesional informe al Departamento de Niños y Familias de Florida si hay cualquier sospecha de abuso físico, sexual, o emocional y/o negligencia de un niño/a. La ley requiere que nosotros informemos al Servicio protector de adultos y Departamento de asuntos de gente de edad mayor, si hay cualquier sospecha de abuso físico de un adulto dependiente.**
5. Entender que, **si su profesional de salud mental tiene causa razonable para creer que usted sea un peligro a sí mismo o a otra persona, o a la propiedad de otra persona, entonces tendrá que hacerle saber al debido individuo o agencia para prevenir la amenaza de peligro.**
6. Recibir un servicio competente de calidad sin discriminación de raza, color, credo, edad, religión, origen nacional, estado económico, sexo, orientación sexual, estado legal de veterano, discapacidad o método de pago.
7. Participar en el desarrollo, revisión y terminación de un servicio/plan de tratamiento que utiliza métodos para dirigir sus necesidades lo más pronto y efectivamente posible, y ser informado de todos los servicios proveídos, cómo y cuándo serán realizados los servicios.
8. Rechazar cualquier parte del plan de servicio o pedir el cambio de un miembro del equipo asignado a su caso sin riesgo de pérdida de servicio, después de haber sido completamente informado y haber entendido las consecuencias de ciertas acciones.
9. Tener sesiones privadas sin interrupción en un ambiente equipado y mantenido para asegurar su salud y seguridad con un profesional de salud mental que sea puntual, atento y con deseos de escuchar.
10. Que sus quejas, problemas y sugerencias sean escuchadas y respondidas.
11. A no ser objeto de medidas disciplinarias o represalias en forma de negación o terminación de servicios por consecuencia de presentar una queja.
12. Saber que cada cliente tiene el derecho de contactar al Departamento de Niños y Familias de Florida si tiene alguna queja que no pueda ser resuelta por medio del procedimiento de quejas.
13. Saber que cada cliente tiene el derecho de contactar al Departamento de Niños y Familias de Florida si cree que ha sido explotado, abusado o ignorado en el Centro de Servicios para la Familia (800-96-Abuse).
14. Ser libre de restricción o reclusión como una forma de intervención.
15. Tener acceso a cualquier información suya en su expediente y a través de una autorización firmada para proporcionar esa información a cualquier otra persona que usted designe.
16. Saber que existe la posibilidad de que su expediente sea revisado por una persona acreditada por el Centro, proveedores de fondos y/o por el Comité de mejoramiento de calidad con el propósito de evaluar la calidad de los servicios.
17. Saber que su expediente es guardado por siete años y después es destruido por medio de una máquina trituradora o quemado.
18. Saber que la parte electrónica de su expediente seguirá en el sistema de registro de salud electrónica de la organización.

Como cliente del Centro de Servicios para la Familia usted tiene las siguientes responsabilidades:

1. Proporcionar información precisa y completa sobre salud mental actual y pasada y los problemas de salud física, los medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
2. Hacer preguntas para asegurarse de que usted comprende su diagnóstico, tratamiento, resultados esperados y las instrucciones.
3. Participar en la planificación del tratamiento y seguir un mutuo acuerdo sobre el plan, incluyendo completar las asignaciones del tratamiento y regresar para citas de seguimiento.
4. Cumplir su cita y si no es posible, cambiarla o cancelarla con al menos 24 horas de anticipación, para permitir que otros tengan acceso a servicios de salud.
5. Utilizar los servicios con prudencia, ser conscientes de los costos y pagar todos los cargos facturados de manera oportuna.
6. Firmar los comunicados y consentimientos necesarios para determinar y autorizar los servicios de tratamiento.
7. Ser respetuoso y cortés con los demás, incluyendo personal, voluntarios, visitantes y otros clientes.

Las pólizas del Centro de Servicios para la Familia **prohiben el servicio de envío o respuesta de mensajes cortos/mensajes de texto a los clientes** en cualquier circunstancia. El Centro también **prohíbe cualquier grabación de servicios terapéuticos facilitados por empleados o consultores que graben ilegalmente los servicios terapéuticos**. Los servicios terapéuticos no deben ser grabados incluyendo psicoterapia, terapia de grupo, sesiones psiquiátricas, intervenciones terapéuticas telefónicas y comunicaciones terapéuticas.

Si usted siente que no se han respetado sus derechos por favor consulte primero con el profesional que trabaja con usted. Si esto no resuelve satisfactoriamente el problema, entonces le sugerimos contactar al director de operaciones para programar una entrevista, la cual tendrá lugar dentro de diez (10) días laborales.

Mi firma a continuación certifica que he leído y entiendo la información relacionada a mis derechos y responsabilidades como cliente del Centro de Servicios para la Familia. Autorizo a un representante profesional del Centro de Servicios para la Familia a que me proporcione diagnóstico y tratamiento según se considere necesario.

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_