



Información del paciente (Client Information)

Fecha: _____

Nombre: _____ Fec. de Nac.: _____ SEXO: _____

Dirección: _____

Township: _____

Núm. de Celular: _____ Otro núm. telefónico: _____

¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

¿Quisiera recibir recordatorios de texto? Sí No

Se desea recibir una comunicación por correo electrónico de YFC, por favor escriba su correo electrónico a continuación:

Correo electrónico: _____

¿Quisiera recibir recordatorios y mensajes de YFC por correo electrónico? Sí No

Seleccione todo lo que corresponda a su Carrera:

- Indo(a) Americano(a)/Nativo(a) Alaska Asiático(a) Negro o aferamericano(a)
 Nativo(a) hawaiano(a) u otra isleña del Pacífico Blanco Otro(a) Prefiero no responder

¿Eres de origen hispano o latino? Sí No Prefiero no responder

Número de personas en tu casa: _____

Ingresos del hogar antes de impuestos: (seleccione la casilla que corresponda)

- Menos de \$10,000 \$10,000 a \$29,999 \$30,000 a \$74,999
 \$75,000 a \$99,999 \$100,000 a \$149,999 \$150,000 o más

Referido por: _____ Médico principal: _____

Nombre de padre (si el cliente es menor de 18 años)/Contacto de emergencia (si el cliente es mayor de 17 años)

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Núm. de Celular: _____ Otro núm. telefónico: _____



Información del suscriptor/asegurado (Insurance Information)

Se requiere la información siguiente para poder pedir un reclamo a su compañía de seguro médico.

Su terapeuta hará una copia de los dos lados de su tarjeta de seguro.

Fecha: _____

Nombre del cliente: _____ Fec. de nac.: _____

Nombre del asegurado: _____

Fec. de nac. del asegurado: _____

Núm. de SS: _____

Relación del asegurado con el paciente: _____

Seguro primario

Nombre de la aseguradora primaria: _____

Núm. de póliza: _____

Núm. de grupo: _____

Tel. de la aseguradora (anotado en la parte posterior de su tarjeta): _____

Tel. de salud conductual/Mental Health (MH) o Behavioral Health (BH): _____

Seguro secundario

Nombre de la aseguradora secundaria/suplementaria: _____

Núm. de póliza: _____

Núm. de grupo: _____

Tel. de la aseguradora (anotado en la parte posterior de su tarjeta): _____



Acuerdo de pago (Payment Agreement)

Por favor, selecciona una de las siguientes opciones:

- Mi plan de seguro es un **plan de seguro dentro de la red**. Entiendo que Youth & Family Counseling (YFC) es un proveedor preferido en mi red de seguros, y que soy responsable de los cargos que no están cubiertos, los montos del deducible, los copagos y el coseguro
- Mi plan de seguro es un **plan de seguro fuera de la red**. Entiendo que YFC no participa en mi red de seguros. Acepto que YFC facturará a mi seguro, pero soy responsable de los cargos por servicios que no están cubiertos por mi plan.
- Mi plan de seguro es una **Organización de Atención Administrada de Medicaid (MCO) en la que participa YFC**. Entiendo que es posible que mi seguro no cubre todos los cargos y que seré responsable de estos cargos.
- Mi plan de seguro es una **Organización de Atención Administrada de Medicaid (MCO) en la que YFC no participa**. Elijo que me vean en YFC y entiendo que estoy renunciando a mi cobertura del plan de Medicaid. YFC no facturará a mi compañía de seguros y yo soy responsable de todos los cargos incurridos. Puedo solicitar una tarifa reducida
- No estoy cubierto por, o elegí no usar, un seguro. Entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos, y que puedo solicitar una tarifa reducida.

Por favor, ponga sus iniciales a todos los reconocimientos:

_____ Autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud personal con el fin de obtener el pago de mi atención. Esto incluye la información mínimamente necesaria para la presentación de reclamaciones de seguros. Autorizo el pago directo / asignación de beneficios de seguro a YFC.

_____ Entiendo que el pago se espera a la hora de servicio o cuando se presenta un saldo adeudado en mi estado de cuenta mensual Entiendo que si el saldo de mi cuenta se retrasa, los servicios pueden suspenderse y es posible que enfrente una acción de cobro.

_____ Entiendo que se me cobrará si no me presento a una cita programada. También se me cobrará por cada cita cancelada con menos de 24 horas de aviso.

Firma del Paciente

Fecha

Testigo

Fecha

Firma del Padre/Tutor

Fecha



**Formulario de consentimiento, acuse
de recibo y autorización del paciente
(Client Consent, Acknowledgment & Authorization)**

Por favor Escriba sus iniciales:

_____ **Consentimiento para el tratamiento**

Otorgo mi consentimiento para el tratamiento proporcionado por el Youth & Family Counseling (YFC) y sus terapeutas. Autorizo a los servicios de salud mental que se consideren necesarios o recomendables por mis cuidadores para atender mis necesidades. Por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento proporcionado por y sus terapeutas.

_____ **Consentimiento de Telesalud**

Otorgo mi consentimiento para el tratamiento proporcionado por el YFC y sus terapeutas. Reconozco que se me ha ofrecido y/o he recibido una copia del Consentimiento de Telesalud del YFC. Todas mis preguntas han sido respondidas.

_____ **Derechos y responsabilidades del paciente**

Reconozco que se me ha ofrecido y/o he recibido una copia del Derechos y responsabilidades del paciente del YFC.

_____ **Aviso HIPAA sobre prácticas de privacidad**

Reconozco que se me ha ofrecido y/o he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad y del YFC.

_____ **Casos de divorcio o separación**

En casos de divorcio o separación, el padre, la madre, o el tutor que trae al niño a la cita es responsable por del pago. El pago (copagos, deducibles, etc.) vence en el momento del servicio, independientemente de cuál de los padres sea responsable de la cobertura médica. Si el decreto de divorcio exige que el otro padre pague todo o parte de los costos del tratamiento, es responsabilidad del padre que asiste cobrar del otro padre.

_____ **Autorización para coordinar la atención con mi médico (PCP):**

Autorizo a mi terapeuta contactar y comunicarse con mi médico con el fin de coordinar la atención. Entiendo que mi terapeuta compartirá solo la información mínimamente necesaria, y hablará conmigo sobre cuándo la información se compartirá, qué información se compartirá y con qué propósito. También entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento por escrito.

OR

_____ No autorizo la comunicación con mi médico. YFC no negará mi tratamiento debido a mi rechazo de estos contactos. Motivo del rechazo: _____

Firma del cliente

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Firma del padre / tutor

Fecha



Youth & Family
Counseling

Healthy individuals, strong families, thriving communities

**Formulario de autorización para la
tarjeta de crédito registrada
(Credit Card Authorization)**

Nombre del paciente: _____

Nombre del titular de la tarjeta: _____

Por la presente autorizo a Youth & Family Counseling a cobrar a la tarjeta de crédito que le di a YFC la cantidad debida de acuerdo con las políticas de facturación de YFC, de conformidad con las obligaciones establecidas en el Acuerdo de pago y seguro.

Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo la cancele por escrito.

Firma del titular de la tarjeta

Fecha

Consentimiento de Telesalud (Telehealth)

Teleterapia/telesalud (Teletherapy/telehealth) es la prestación de servicios de salud del comportamiento / psicoterapia utilizando tecnologías interactivas (teléfono, video) entre los psicoterapeutas de Youth & Family Counseling (YFC) y un cliente que no está en la misma ubicación física.

Este formulario es una adición / adición a los consentimientos otorgados al comienzo del tratamiento.

Consentimiento para tratamiento

- Por la presente, doy mi consentimiento para el tratamiento de telesalud (teléfono, video) proporcionado por YFC y sus terapeutas. Autorizo los servicios de atención de salud mental que mis cuidadores consideran necesarios o aconsejables para atender mis necesidades. Este acuerdo tendrá vigencia mientras dure mi tratamiento en YFC. Tengo derecho a retirar mi consentimiento para la teleterapia en cualquier momento.
- Entiendo que puedo beneficiarme de los servicios de telesalud, pero que los resultados no pueden garantizarse ni garantizarse.
- Entiendo que YFC no puede proporcionarme servicios de telesalud si estoy fuera de Illinois, ya que YFC tiene licencia para prestar servicios de telesalud a clientes que se encuentran solo en el estado de Illinois.

Privacidad y confidencialidad

Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica también se aplican a los servicios de telesalud.

- Reconozco que YFC está comprometido con el más alto nivel de práctica y utiliza la plataforma segura compatible con HIPAA en la prestación de servicios de telesalud. La privacidad y seguridad de la información de salud y la gestión de datos para esta plataforma se encuentran aquí (<https://zoom.us/docs/es-es/privacy-and-security.html>).
- Entiendo que existen riesgos potenciales para esta tecnología, incluidas interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas inherentes a los sistemas de comunicación.
- Entiendo que tengo la responsabilidad de mantener la privacidad de la sesión de mi parte (por ejemplo, espacio físico libre de distracciones e interrupciones, medidas de seguridad actualizadas en mi dispositivo, etc.).
- Entiendo que no tengo permitido hacer una grabación de audio o video de ninguna parte de mis sesiones de telesalud.

La tecnología

- Entiendo que necesitaré acceso y familiaridad con la tecnología apropiada para poder participar en los servicios de telesalud. Esto incluye descargar una aplicación y / o software para usar la plataforma, así como servicios de video / audio e Internet.
- Entiendo que soy responsable de los cargos de mis planes de datos.
- Entiendo que la tecnología puede fallar antes o durante los servicios, que la información transmitida en cualquier forma puede ser poco clara o inadecuada para un uso adecuado, y que la información puede ser interceptada por una persona no autorizada.
- Entiendo que mi proveedor o yo podemos interrumpir la sesión de telesalud si consideramos que la conexión de video y / o el entorno no son adecuados para una terapia efectiva.
- Si los servicios de video no están disponibles debido a un mal funcionamiento no planificado del equipo, entiendo que las sesiones se realizarán por teléfono. En caso de una interrupción en el servicio de video,

Consentimiento de Telesalud (Telehealth)

mi terapeuta se comunicará conmigo utilizando el número de teléfono principal / preferido en mi archivo YFC

La emergencia

La telesalud de YFC no es un servicio clínico basado en crisis.

- Estoy de acuerdo en que ciertas situaciones, incluidas emergencias y crisis, son inapropiadas para los servicios de psicoterapia de telesalud. Si estoy en una situación de crisis o emergencia, llamaré de inmediato al 911 o iré al hospital más cercano.
- Entiendo que las situaciones de emergencia incluyen: tener pensamientos sobre lastimarme o dañarme a mí mismo u otros; experimentando síntomas maníacos o psicóticos no controlados; cualquier emergencia médica o que ponga en peligro la vida, incluido el abuso de drogas o alcohol de manera peligrosa.
- Según la política de YFC, si mi proveedor considera que estoy en una situación peligrosa para la vida o insegura, mi proveedor se comunicará con el 911 y / o mi contacto de emergencia de inmediato.

Acuerdo de Pago de Telesalud

YFC no puede garantizar que su plan de seguro pagará por este servicio. Por favor, selecciona una de las siguientes opciones:

- Quiero servicios de telesalud. Acepto pagar a YFC ahora por los servicios prestados y solicitar que YFC se someta a un reembolso de mi compañía de seguros. Entiendo que, si mi seguro no paga, entonces soy responsable del pago. Si mi seguro paga por los servicios prestados, YFC reembolsará cualquier pago realizado, menos copagos y deducibles.
- Quiero servicios de telesalud. No estoy cubierto por, o elijo no usar, seguro. Entiendo que YFC no facturará a mi compañía de seguros. Entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos, y que puedo solicitar una tarifa reducida.
- No quiero servicios de telesalud.
- Autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud personal con el fin de obtener el pago de mi atención. Esto incluye la información mínimamente necesaria para la presentación de reclamaciones de seguros. Autorizo el pago directo / asignación de beneficios de seguro a YFC.
- Entiendo que el pago se espera a la hora de servicio o cuando se presenta un saldo adeudado en mi estado de cuenta mensual Entiendo que, si el saldo de mi cuenta se retrasa, los servicios pueden suspenderse y es posible que enfrente una acción de cobro.
- Entiendo que se me cobrará si no me presento a una cita programada. También se me cobrará por cada cita cancelada con menos de 24 horas de aviso.
- Entiendo que se me cobrará por sesiones de más de 16 minutos, incluso si la sesión se termina temprano debido a la interrupción de la tecnología y / o servicio.

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente. Todas mis preguntas han sido respondidas.

Nombre del cliente

Firma del cliente

Fecha

Firma del padre / tutor

Fecha

Aviso de prácticas de privacidad (Notice of Privacy Practices)

Este aviso describe cómo su información de salud se puede usar o divulgar. También describe sus derechos para acceder a esta información. Por favor léala atentamente.

Sus derechos respecto a su información de salud

Tiene los siguientes derechos conforme a las leyes federales y de Illinois:

- **Derecho a inspeccionar y copiar.** Tiene el derecho de inspeccionar su expediente clínico generado por el Youth & Family Counseling y sus proveedores. Sin embargo, podemos solicitar que esta inspección se realice con su terapeuta o el Director de Servicios Clínicos. Puede solicitar una copia de su expediente clínico. Se le cobrará una tarifa razonable por las copias y el franqueo. El expediente clínico original es propiedad del Youth & Family Counseling y nunca se entrega.
- **Derecho a divulgar el expediente clínico y la información protegida de salud.** Usted puede dar su consentimiento por escrito para divulgar una copia de su expediente clínico. Su consentimiento es revocable en cualquier momento, pero solo se aplica a las divulgaciones futuras, y no a las divulgaciones previamente autorizadas. Excepto como se describe en este aviso, o lo requerido por las leyes federales o de Illinois, no podemos divulgar su información protegida de salud sin su consentimiento por escrito.
- **Derecho a modificar su expediente clínico.** Si cree que algo en su expediente es incorrecto o incompleto, puede solicitar que lo modifiquemos. Para hacer esto, comuníquese con el Director de Servicios Clínicos. Podemos negar su solicitud de modificar su información si no está por escrito o no incluye una razón para respaldar la solicitud. No estamos obligados a hacer todas las modificaciones solicitadas, pero cada solicitud será considerada atentamente. Si su solicitud es denegada, tiene derecho a presentarnos una declaración sobre sus desacuerdos u objeciones. Esta declaración se adjuntará a su expediente clínico.
- **Derecho a un informe de divulgaciones o filtración de información.** Tiene derecho a pedirnos una contabilidad de las divulgaciones. Esta es una lista de aquellas personas o entidades que han recibido información sobre su salud. La lista no indicará la información de salud que se divulgó a usted o a su representante personal, ni a otras personas con su permiso. No cubrirá la información de salud que se divulgó con el fin de proporcionarle atención, facilitar el pago de sus servicios de atención médica y para ayudar al Youth & Family Counseling en sus operaciones. Y no incluirá información que estamos obligados a divulgar según las leyes o una orden judicial.

Para recibir información acerca de las divulgaciones hechas por un período de tiempo específico (no más de seis años), envíe su solicitud por escrito a nuestro Director de Servicios Clínicos o al Director Ejecutivo. Le notificaremos de los costos involucrados en la preparación de esta lista. Tenga en cuenta que los expedientes clínicos se conservarán solo durante siete años después de que la terapia finaliza para los adultos, y siete años después de la mayoría de edad (18 años) para los menores de edad. Después de siete años, serán destruidos.

Aviso de prácticas de privacidad (Notice of Privacy Practices)

Tiene el derecho a ser notificado si hay una filtración de su información protegida de salud sin garantía. Esto incluiría información que pueda derivar en el robo de identidad. Se le notificará si hay una filtración o una violación de la Regla de Privacidad HIPAA, y si hay una determinación de que su información protegida puede verse comprometida.

Uso y divulgación de información protegida de salud

Con el fin de brindarle atención de manera eficaz, hay situaciones en las que tendrá que compartir su información de salud con otras personas más allá del Youth & Family Counseling. Éstas incluyen:

- **Para tratamiento** Podemos usar o divulgar su información de salud para proporcionar, coordinar o administrar su asesoría, terapia y servicios relacionados. Por ejemplo, su información se podría compartir con un médico u otros profesionales de la salud que también se ocupan de su atención. **Sin embargo, bajo las leyes de Illinois, excepto en situaciones de emergencia, no podemos divulgar su información de salud sin su consentimiento.** Vamos a abordar con usted las situaciones en las que nos gustaría compartir su información de salud, y solicitaremos su consentimiento por escrito para hacerlo. Estos consentimientos especifican la persona o la entidad con quién se compartirá la información, el propósito o la necesidad de la información, qué información se compartirá y las limitaciones de tiempo. Su consentimiento se puede revocar en cualquier momento, y usted tiene el derecho de inspeccionar y solicitar una copia de cualquier información escrita que se divulgará. Las situaciones de emergencia incluyen aquellas en las que existe un riesgo para la salud o la seguridad de los pacientes u otras personas.

Para los menores de 12 años, los padres, tutores o el agente con un poder notarial de salud, podrán autorizar la divulgación de información. Los mayores de 12 y menores de 18 años, serán informados y se les preguntará si se oponen a la divulgación de su información. Si se oponen, su información protegida de salud no se divulgará.

Además, el terapeuta del menor puede considerar que hay razones convincentes para denegar el acceso o la divulgación de información, y puede negar su divulgación. Las razones convincentes incluyen, entre otras, el mejor interés clínico del menor, o un conflicto legal de custodia donde se pueden solicitar evaluaciones independientes en otra parte y que no comprometerían la relación terapéutica con el menor.

- **Para pagos.** Podemos usar o divulgar su información de salud para que los tratamientos y servicios que recibe se puedan facturar y el pago se pueda cobrar a usted, una aseguradora o a un tercero. Como parte de nuestro proceso de admisión, le pediremos su permiso verbal para comunicarnos con su aseguradora con el fin de verificar la cobertura y para obtener autorización para los servicios. Si se utilizará un seguro, una vez que usted se convierte en un paciente del Youth & Family Counseling, se le pedirá que nos otorgue una autorización por escrito para presentar reclamaciones en su nombre. En la tramitación de las reclamaciones ante la aseguradora por los servicios, el Youth & Family Counseling se compromete a proporcionar solo la información mínimamente necesaria requerida. Si paga de su bolsillo en su totalidad por servicios brindados,

Aviso de prácticas de privacidad (Notice of Privacy Practices)

tiene el derecho de restringir ciertas divulgaciones de su información protegida de salud a su aseguradora.

- **Para operaciones de atención médica.** Podemos utilizar o divulgar su información de salud en relación con nuestras operaciones de atención médica, que incluyen, entre otras, las siguientes: evaluación y mejora de la calidad; funciones relacionadas con la terapia, como la programación de citas; o capacitación profesional, acreditación, certificación, licencias o credenciales.
- **Para personas que participan en su cuidado o pagos por su atención.** Con su consentimiento por escrito, podemos divulgar la información mínimamente necesaria sobre usted a su familia u otras personas que usted identifique que están involucradas en su cuidado o que ayudan a pagar por sus cuidados.

En una situación de emergencia, podemos ejercer nuestro juicio profesional para determinar si las comunicaciones sobre usted son en su mejor interés, quién es la persona de contacto apropiada y qué información de salud es relevante para su participación en su atención médica. Si ha identificado a un contacto de emergencia, se hará todo lo posible para ponerse en contacto con esa persona primero.

- **Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad.** Según lo requerido por las leyes, podemos divulgar información sobre su salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad, o la salud y seguridad de otras personas. Cualquier divulgación de este tipo, sin embargo, se haría solamente a una persona con la capacidad para prevenir la amenaza
- **Otras comunicaciones con usted.** Podemos usar y divulgar su información de salud para contactarlo en la dirección y los teléfonos que nos proporcionó respecto a citas programadas o canceladas, actualizaciones de registro o de seguros, y asuntos de facturación y/o pagos. A menos que nos indique de otra manera, podemos dejar mensajes acerca de sus citas u otros recordatorios en su teléfono o con una persona que contesta el teléfono.
- **Según lo requiera la ley.** Podemos divulgar su información de salud si un tribunal lo ordena. Su información de salud no está sujeta a una citación sin una orden judicial, sin embargo, todos los proveedores de YFC son informantes obligatorios. La ley exige que denuncien sospechas de abuso y abandono de niños o ancianos. Deben advertir y proteger cuando creen que existe un peligro inmediato de daño a alguien, incluyendo la violencia doméstica. Los informes obligatorios podrían involucrar a la policía y las agencias del orden. Si se comete un delito en nuestras instalaciones o en contra de nuestro personal, podemos compartir información con la policía y las agencias del orden para detener a los criminales
- **Actividades criminales y amenazas de peligro a otras personas, en el presente y pasado.** Podemos compartir información con la policía para detener a un criminal, si un crimen está ocurriendo actualmente, se ha cometido en nuestras instalaciones o en contra de nuestro personal.

Aviso de prácticas de privacidad (Notice of Privacy Practices)

También tenemos el derecho a involucrar a la policía cuando creemos que existe un peligro inmediato para alguna persona identificable y puede producirse de forma inminente. Sin embargo, la información de actividades delictivas pasadas que se comparten en la terapia está protegida por confidencialidad y no se divulgará sin su permiso por escrito.

- **Actividades de supervisión médica y funciones gubernamentales especializadas.** Podemos divulgar información a las autoridades u organismos gubernamentales de salud para actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones o inspecciones de expedientes clínicos de Medicare o entidades certificadoras. Cuando los servicios son financiados por el gobierno, podemos divulgar información para la coordinación de su atención.
- **Médicos forenses.** Podemos divulgar información sobre su salud a un médico forense si es necesario para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte.
- **Recaudación de fondos.** No utilizaremos su información de salud, por ejemplo, nombre, dirección o números de teléfono, para solicitar contribuciones. No vamos a vender información protegida de salud de los pacientes por ningún motivo de comercialización. Tendrá la oportunidad de aceptar o rechazar la recepción de comunicaciones del YFC, que pueden incluir solicitudes de donaciones.

Preguntas y quejas

Si tiene alguna pregunta, o si desea presentar una queja, puede ponerse en contacto con el Director de Servicios Clínicos o el Director Ejecutivo. Todas las quejas se deben presentar por escrito.

Gina M. Tober, Director of Clinical Services or
Janelle Moravek, Executive Director
1113 S. Milwaukee Ave, Suite 104
Libertyville, IL 60048

Si cree que el Youth & Family Counseling ha violado sus derechos de privacidad, también puede comunicarse con cualquiera de las siguientes organizaciones:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Oficina de Derechos Civiles
Comisión de Tutela y Defensoría de Illinois
Autoridad de Derechos Humanos de Illinois Autoridad Regional de los Suburbios del Norte
Departamento de Derechos Humanos de Illinois

No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Si desea obtener copias adicionales de esta política, puede solicitarlas de su terapeuta o en recepción.

Cambios en la Política

El Youth & Family Counseling se reserva el derecho de modificar su Aviso de prácticas de privacidad según las necesidades de la agencia y los cambios en las leyes estatales y federales.

Como paciente, usted tiene los siguientes derechos:

- Recibir atención considerada y respetuosa.
- Ser informado de sus derechos y pedir que se expliquen en un lenguaje que entiende.
- Recibir atención sin importar su edad, raza, color, credo, origen nacional o étnico, religión, sexo, estado civil o estilo de vida, discapacidad mental o física, orientación sexual, VIH o antecedentes penales.
- Recibir acceso no discriminatorio a los servicios, de conformidad con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.
- Conocer la identidad de las personas involucradas en su atención, como su terapeuta, los supervisores y el Director de Servicios Clínicos.
- Conocer los costos de la terapia, en la medida en que se comprenden. Para solicitar una reducción de tarifas basada en las necesidades, según sus ingresos, el tamaño de su familia y la escala de tarifas móviles de YFC. (Nota: los servicios con tarifa reducida se hacen posibles a través de donaciones y donaciones de caridad y pueden estar limitados por la cantidad de fondos disponibles para YFC).
- Esperar que todas las comunicaciones y registros relacionados con su atención se traten como confidenciales, excepto en los casos de sospecha de abuso, negligencia o seguridad, para los cuales se requiere la divulgación y/o está permitido por la ley.
- Esperar que se respete su privacidad. Se le pedirá que identifique a las personas que pueden saber que usted está en terapia. De lo contrario, no vamos a confirmar que usted está recibiendo terapia.
- Estar involucrado en las decisiones sobre su atención y tratamiento. Esto incluye hacer consentimientos y tomar decisiones de manera informada con respecto a su atención. Tiene el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento recomendado. El YFC puede optar por no ofrecerle servicios si usted rechaza la atención necesaria.
- Expresar quejas o reclamaciones sobre la calidad de la atención o los servicios, y recibir una respuesta a su queja.
- Esperar que se hagan los esfuerzos para proporcionarle atención continua, coordinada y adecuada.
- Inspeccionar los expedientes clínicos relacionados con su terapia, que se le explique o interprete la información según sea necesario, y recibir una copia de los expedientes.
- Recibir atención en un entorno y ambiente seguros.
- Esperar que sus preferencias de tratamiento se respeten, tal como se expone en sus Instrucciones anticipadas de salud mental.

Derechos y responsabilidades del paciente (Client Rights & Responsibilities)

Como paciente, usted tiene las siguientes responsabilidades:

- Proporcionar toda la información personal y de salud necesaria para proporcionarle la atención adecuada.
- Participar, a su mejor capacidad, en la toma de decisiones sobre su atención, y cumplir con lo acordado en el plan de atención.
- Hacer preguntas a su terapeuta cuando no entienda alguna información o instrucción.
- Presentarse a las citas programadas, o reprogramarlas de manera oportuna. Se cobrarán las cancelaciones que no se hagan con al menos 24 horas de antelación, y no están cubiertas por los seguros médicos. En ciertas situaciones, su terapeuta puede hacer una excepción a esta política. (Si no vienes regularmente, eso resultará en la pérdida de su sesión normal).
- Informar a su terapeuta si anticipa algún problema para seguir el tratamiento recomendado.
- Informar a su terapeuta si desea una transferencia de atención a otro terapeuta.
- Ser considerado con las otras personas que reciben o le prestan atención en el YFC.
- Para supervisar a sus hijos. Los niños de 12 años o menos no deben quedarse desatendidos en ningún momento. YFC no supervisará a niños desatendidos. Se espera que un padre o cuidador permanezca en el edificio durante la sesión de su hijo. Al finalizar la sesión de su hijo, el terapeuta lo acompañará de vuelta al área de espera para encontrarse con usted.
- Aceptar la responsabilidad financiera de su terapia mediante el pago en el momento del servicio, trabajando en cooperación para resolver cualquier obligación financiera que pueda tener, autorizando a YFC a presentar reclamos en su nombre y aceptando la asignación de beneficios, y notificando inmediatamente a YFC si su cobertura de seguro hay cambiado.
- Respetar las políticas de citas de YFC tal como se describe a continuación:
 - Su terapeuta lo recibirá a su hora de cita. Si él o ella no se encuentra con usted lo antes posible, déjanos saber tocando el timbre en la entrada.
 - Vemos clientes solo por cita.
 - No interrumpimos las sesiones de aconsejaría.
 - No ofrecemos citas en el mismo día o visitas sin cita previa.
 - No somos un centro de crisis. Si tiene una emergencia, vaya a la sala de emergencias más cercana o llame al 911.