



**Aviso de Prácticas de Privacidad/Confidencialidad  
Derechos de los Clientes y Políticas de la Agencia**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN  
MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN

POR FAVOR EXAMINELA CON CUIDADO.

255 18<sup>th</sup> Street, SE  
Hickory, NC 28602  
Teléfono: (828) 327-6633

Emergencias después de horas hábiles de salud del comportamiento:  
(828) 446-4774

Crossroads Counseling Center está aquí para atender sus necesidades. Agradecemos la confianza que ha depositado en nosotros y nos comprometemos a utilizar su información protegida de manera responsable.

## Aviso de Prácticas de Privacidad/Confidencialidad

### Entendiendo Su Información de Salud

Aquí mantenemos su expediente durante el transcurso de su tratamiento. Su expediente podría incluir, pero no se limita a, notas de progreso diario, plan de tratamiento, evaluaciones, dibujos, fotografías y sesiones grabadas en video. Este expediente es propiedad de Crossroads Counseling Center y nos sirve como:

- Una base para planificar su cuidado y tratamiento
- Un medio de comunicación entre los profesionales que contribuyen a su cuidado
- Un documento legal que describe la atención que ha recibido
- Un medio por el cual usted o un pagador tercero pueden verificar que los servicios facturados en realidad fueron proporcionados
- Una herramienta en la educación de profesionales
- Una fuente de datos para la planificación y comercialización de nuestra práctica
- Una herramienta con la cual podemos evaluar y trabajar continuamente para mejorar la atención que prestamos y los resultados que logramos

El entendimiento mutuo del contenido en su expediente y cómo se usa la información de salud lo ayudará a:

- Garantizar su precisión
- Tener un mejor conocimiento de quién, qué, cuándo, dónde y por qué otros pueden tener acceso a su información de salud
- Tomar decisiones mejor informadas al autorizar su divulgación a terceros

**Si tiene preguntas sobre la información proporcionada, puede platicarlo con su terapeuta y/o nuestro Gerente de Práctica, el cual funge como nuestro Oficial de Privacidad. Puede contactarnos al teléfono 327-6633.**

### ¿Cómo Se Usará Mi Información?

Usaremos la información que obtengamos de usted y otros con respecto a su salud, para brindarle **tratamiento** (p.ej., evaluando sus necesidades, desarrollando objetivos e intervenciones, dándole seguimiento al curso del tratamiento), organizando **pagos** (p.ej., facturando a su compañía de seguros, Medicaid, MCO), y para las **operaciones de atención médica** habituales (p.ej., mejoramiento de la calidad, mercadotecnia).

Si usted o nosotros queremos utilizar o divulgar (enviar, compartir, revelar) su información con cualquier fin que no sea el tratamiento, el pago y/o las operaciones, lo platicaremos con usted y le pediremos que firme un formulario de autorización que nos lo permita.

No se divulgará información a nadie sin su permiso, **excepto** cuando el Estado de Carolina del Norte nos lo ordene, como por ejemplo:

- Por cuestiones de seguridad pública (una situación que amenace la vida propia o la de los demás)
- En respuesta a una emergencia médica
- En respuesta a una orden judicial o citación
- Donde la ley estatal requiere divulgación (sospecha de abuso infantil o de adulto discapacitado, o enfermedad transmisible)

## **Derechos de los Clientes**

1. Tiene derecho a tratamiento, incluyendo acceso a atención médica y rehabilitación, independientemente de su edad o grado de discapacidad MH (Salud Mental)/IDD (Discapacidades intelectuales y de Desarrollo)/SA (Abuso de Sustancias).
2. Tiene derecho a un plan de tratamiento individualizado por escrito y el derecho de tener acceso a atención médica para el tratamiento de dolencias físicas.
3. Nos puede solicitar que hablemos con usted sobre su salud y los asuntos pertinentes a ella de una manera particular o en un lugar determinado que sea más privado para usted. (p.ej., llamarlo(a) a su casa y no a su trabajo para programar o cancelar una cita). Por favor, utilice el espacio provisto en el formulario de admisión para especificar cómo desea que nos comuniquemos con usted.
4. Usted tiene el derecho de limitar lo que le decimos a las personas, tales como familiares y amigos, involucrados en su cuidado o el pago por su cuidado. Aunque no tenemos que aceptar su petición, si la aceptamos, mantendremos nuestro acuerdo, excepto en los casos en que sea ilegal, en caso de emergencia o cuando la información sea necesaria para darle tratamiento. Información confidencial no puede ser divulgada sin un consentimiento por escrito cuando los estatutos federales prohíben dicha publicación.
5. Usted tiene derecho a ver la información en su expediente del caso, siempre y cuando esto no interfiera con el proceso del tratamiento. Para hacerlo, debe presentar una solicitud por escrito y, una vez obtenida la aprobación del Oficial de Privacidad, la revisión se llevará a cabo en presencia de un terapeuta.
6. Si usted cree que la información en su expediente es incorrecta o que le falta información importante, puede solicitarnos que hagamos cambios (se le llama enmienda) a su información médica. Se debe hacer una solicitud por escrito para cambiar su información demográfica (p. ej., dirección, número de teléfono) u otra información. Su terapeuta o nuestra recepcionista pueden proporcionarle la forma adecuada.
7. Usted tiene derecho a una copia de este aviso. Si cambiamos la información en este documento, publicaremos la nueva versión en nuestra sala de espera y siempre podrá obtener una copia de su terapeuta o de nuestra recepcionista.
8. Usted tiene derecho a presentar una queja si no está satisfecho(a) con su experiencia aquí. Usted puede presentar una queja con nuestro Oficial de Privacidad y con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Su terapeuta o el Oficial de Privacidad pueden proporcionarle un formulario de queja. Someter una queja no afectará negativamente el cuidado que le proporcionamos.
9. Usted tiene el derecho de revocar su autorización para usar o divulgar información, salvo con respecto a los actos que en los términos de la misma se encuentren ya realizados. Su terapeuta o el Oficial de Privacidad pueden proporcionarle el formulario apropiado.
10. Usted tiene derecho a solicitar un registro de información confidencial del paciente que contiene su información médica protegida. Su terapeuta o el Oficial de Privacidad pueden proporcionarle el formulario apropiado.
11. Usted puede renunciar a los servicios en cualquier momento, a menos que la corte ordene lo contrario.

### **Consentimiento de los Padres para Recibir Servicios**

De acuerdo con la ley estatal y/o las normas aceptables de cuidado, Crossroads Counseling Center debe obtener una autorización por escrito de un tutor legal o albacea para proveer servicios a un menor de edad. Esto permitiría que el terapeuta asignado:

- Proporcione sesiones de terapia individual a su hijo(a)
- Realice entrevistas, pruebas, observaciones y cuestionarios
- Proporcione información a los centros de cuidado infantil (day care centers), a la escuela u otros proveedores de cuidado o instalaciones, con un consentimiento por escrito de usted, lo cual ayudaría a las instalaciones a trabajar con su hijo.

Los servicios serán cancelados o se enviará una referencia a otro centro si se determina que su hijo(a) no necesita tratamiento adicional o que recibiría mejor atención en otro centro.

### **Mantenimiento de Registros y Terminación**

Los expedientes se mantendrán bajo llave.

Es posible que ocurra cancelación cuando no ha habido contacto con usted durante al menos noventa (90) días. Tras la terminación de los servicios, el expediente se volverá inactivo, pero se mantendrá bajo seguridad durante un período mínimo de once (11) años. En ese momento, se destruirá el expediente y cualquier información relacionada. Las sesiones grabadas en video no se guardarán en el archivo como un aspecto integrado del caso y se destruirán inmediatamente después de su revisión por parte del terapeuta.

### **Horario de Citas y Programación**

Una hora de consejería es de 45-50 minutos aproximadamente. Si necesita cancelar o cambiar una cita, requerimos que nos lo notifique con 24 horas de anticipación. Puede haber un cargo por no notificarnos con anticipación. Si tiene una cita permanente o recurrente y pierde dos citas consecutivas sin previo aviso, las citas permanentes futuras serán canceladas. Usted tendría que hablar directamente con su terapeuta para volver a programar su cita.

**En el caso de una emergencia o riesgo inminente, el personal de Crossroads llamará al 911 y/o la persona de contacto de emergencia listado en su archivo.**

**Disability Rights (Derechos de Discapitados) de Carolina del Norte 1-877-235-4210**

### **Declaración de Misión**

Crossroads Counseling Center es una agencia privada comprometida a promover el bienestar de niños, adolescentes, adultos y familias mediante el suministro de servicios terapéuticos de calidad y culturalmente competentes; defensa de niños y familias y educación de la comunidad. Comprendemos las múltiples dificultades que enfrentan las familias en la actualidad y es nuestra misión asistir a las personas que servimos a alcanzar su máximo potencial al brindarles servicios específicos para sus necesidades.