

Consentimiento para Tratamiento

Yo, el abajo firmante, por la presente solicito servicios de Legacy Behavioral Health Services (LBHS). Entiendo que tengo la responsabilidad de trabajar en conjunto con mi administrador de casos/terapeuta/proveedor médico para desarrollar un Plan de Recuperación Individualizado en cuanto al tratamiento involucrado en mi caso individual. Doy mi consentimiento para permitir que mis registros sean utilizados por el personal de LBHS según sea necesario. Entiendo que todos los centros de tratamiento de LBHS están incluidos en HIPAA y que la información se puede compartir y/o divulgar con otros centros para incluir hospitales psiquiátricos privados, hospitales médicos y centros psiquiátricos del estado de Georgia sin consentimiento de conformidad con los términos y condiciones del Aviso de LBHS de Prácticas de privacidad y leyes y reglamentos aplicables. Entiendo que el Departamento de Salud del Comportamiento y Discapacidades del Desarrollo requiere que informe ciertos incidentes críticos, incluida la muerte de cualquier persona actual a DBHDD. Entiendo que la información sobre mi diagnóstico y tratamiento puede recopilarse y compartirse con mis fuentes de pago y/o las agencias reguladoras de LBHS. Entiendo que mi fotografía será parte de mi expediente médico electrónico. Entiendo que recibiré recordatorios automáticos de citas a través de llamadas telefónicas o mensajes de texto. Entiendo que me contactarán durante el horario comercial regular, así como después del horario de atención, los fines de semana y/o días festivos con respecto a cualquier valor de laboratorio crítico. Entiendo que el personal de enfermería de LBHS hará tres intentos para comunicarse conmigo al número de teléfono que figura en mi expediente. También entiendo que no ser notificado de manera oportuna puede resultar en una situación que pone en peligro la vida y soy completamente responsable de asegurar que mi información de contacto se mantenga actualizada. Entiendo que se me ofrecerán directivas anticipadas.

Por la presente, autorizo a LBHS y a los proveedores médicos involucrados en mi atención durante este período de enfermedad o tratamiento a tomar todas las medidas necesarias sin limitaciones, a presentar apelaciones clínicas o administrativas en mi nombre y todos los demás procedimientos similares, y además acepto proporcionar y firmar cualquier otro documento que pueda ser razonablemente necesario para lograr este propósito.

Entiendo que la persona que me brinda asesoramiento y es responsable de la gestión de mi caso puede estar inscrita en un programa de posgrado o ser un médico clínico de posgrado en capacitación o un profesional de nivel asociado. Entiendo que este profesional está ejerciendo bajo la supervisión de un profesional licenciado calificado y que mi caso puede ser registrado, discutido y revisado con el propósito de desarrollo profesional para el médico. Si este profesional es un médico en formación, un LAPC y LMSW, o un LAMFT que no puede practicar de forma independiente y requiere supervisión continua para poder practicar, doy mi consentimiento para ser tratado por esta persona.

Entiendo que LBHS utiliza enfermeras practicantes de práctica avanzada en cada uno de nuestros entornos de tratamiento. También entiendo que estos APRN tienen acuerdos de delegación y designación con médicos autorizados de conformidad con los requisitos de la Junta Estatal de Medicina y la Junta Estatal de Enfermería.

Entiendo que si estoy obligado a prestar servicios, debo conocer y seguir todos los requisitos del mandato. Además, entiendo que si no asisto a los servicios según lo programado, el personal se verá obligado a informar al organismo encargado.

La incorporación de pruebas de drogas en orina aleatorias y específicas (UDT) como parte de su tratamiento general tiene una utilidad terapéutica significativa. UDT es una herramienta útil para realizar las modificaciones necesarias en su plan de tratamiento, así como para obtener la confirmación del estado de abstinencia. Entiendo que durante mi tratamiento, se me puede pedir que me someta a una prueba de detección de drogas en la orina. A veces se le pide a LBHS que comparta los resultados de las pruebas con entidades externas, como agencias de servicios sociales o el sistema de justicia penal. Entiendo que los proveedores se asegurarán de que he dado mi consentimiento informado para compartir los resultados de las pruebas antes de que se entreguen a cualquier entidad externa. Entiendo que cualquier resultado positivo será verificado por una prueba de laboratorio antes de informar a una entidad externa. También entiendo que puedo solicitar un resultado de prueba de drogas verificado por laboratorio para mi propio beneficio. Entiendo que soy responsable de todos los cargos relacionados con UDT.

Entiendo que Legacy Behavioral Health Services utiliza telesalud para brindar servicios. Por la presente doy mi consentimiento para participar en la telemedicina con Legacy Behavioral Health Services (LBHS) como parte de mi tratamiento. Entiendo que soy responsable de cualquier servicio no cubierto o pagado por mi seguro, Medicare o Medicaid. Además entiendo que los servicios no pagados incluyen copagos y deducibles.

Entiendo que "telesalud" incluye la práctica de la prestación de atención médica, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la transferencia de datos médicos y la educación mediante comunicaciones interactivas de audio, video o datos. Entiendo que la telesalud también involucra la comunicación de mi información médica/mental, tanto oral como visualmente.

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a la telesalud:

1. Tengo derecho a retener o retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro ni correr el riesgo de perder o retirar cualquier beneficio del programa al que de otro modo tendría derecho. Entiendo que este retiro puede causar un retraso en mi cita y en mis recetas.
2. Entiendo que toda la protección de confidencialidad se aplica a la telesalud. También entiendo que mi información de salud protegida es privada y confidencial en la medida permitida por la ley.
3. Doy mi consentimiento para que mi médico o su representante haga uso de la asistencia de otros médicos y personal del centro y puedo permitirles ordenar o realizar toda o parte de la evaluación y que él/ella puede permitirles tener la misma discreción en mi valoración como él mismo.
4. Entiendo que si mi médico, enfermero practicante o clínico cree que me serviría mejor otra forma de tratamiento o servicios (p. ej., servicios en persona), será remitido a un proveedor que pueda satisfacer mis necesidades.
5. Entiendo que tengo derecho a acceder a mi información médica y copias de registros médicos de acuerdo con la ley de Georgia.

6. Entiendo que se me pedirá que verifique mi identidad y ubicación antes de que mi proveedor/médico comience mi sesión y que es mi responsabilidad no estar seguro de estar en un lugar privado para mi sesión de telesalud.

7. Entiendo que seré orientado al uso de equipos de telesalud.

- He leído y comprendo la información proporcionada anteriormente y he recibido una copia.

- He tenido la oportunidad de discutirlo con el personal y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

Legacy Behavioral Health Services AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA)

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

Introducción

Este aviso de prácticas de privacidad, vigente a partir del 1 de febrero de 2021, describe cómo podemos usar y divulgar su información médica, a la que se hace referencia en este aviso como información de salud protegida (PHI). Este aviso también describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de PHI y una breve descripción de cómo puede ejercer estos derechos. La ley nos exige mantener la privacidad de su PHI y proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI. También estamos obligados a cumplir con los términos descritos en el aviso actualmente en vigor. Publicaremos una copia de nuestro Aviso en cada sitio de Legacy Behavioral Health Services y en nuestro sitio web.

Cómo podemos usar y divulgar información médica sobre usted

Podemos usar y divulgar su PHI como se describe en cada categoría enumerada a continuación sin obtener su autorización por escrito.

Para tratamiento. Usaremos y divulgaremos su PHI para proporcionar y coordinar su atención médica y cualquier servicio relacionado, incluida la divulgación de PHI para actividades de tratamiento de otro proveedor de atención médica. Además, podemos divulgar su PHI sin autorización a otro proveedor de atención médica (EMS, su médico de atención primaria o un laboratorio) que trabaje fuera de LBHS para los fines de su tratamiento.

Para pago. Usaremos y divulgaremos su PHI para facturar y cobrar el pago por el tratamiento y los servicios que se le brindaron. También podemos divulgar PHI a nuestros socios comerciales, como compañías de facturación y otros que ayudan en el procesamiento de reclamos de salud. También podemos divulgar PHI a otros proveedores de atención médica y planes de salud para actividades de pago de dichos proveedores o planes de salud.

Para operaciones de atención médica. Podemos usar y divulgar su PHI para nuestras operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para administrar nuestra organización y garantizar que nuestros consumidores reciban atención de calidad. Estas actividades pueden incluir evaluación y mejora de la calidad, revisión del desempeño o calificaciones de nuestros médicos, capacitación de estudiantes en actividades clínicas y actividades de cumplimiento y gestión de riesgos.

Investigar. Podemos divulgar su información de salud a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por la Junta de Revisión Institucional de DBHDD.

Según lo requiera la ley y la aplicación de la ley. Divulgaremos su PHI cuando así lo exija la ley aplicable o cuando se nos ordene hacerlo en un procedimiento judicial o administrativo.

Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad. Podemos usar y divulgar su PHI al personal encargado de hacer cumplir la ley u otras personas apropiadas cuando sea necesario para evitar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad o para la salud o seguridad del público o de otra persona.

Divulgaciones incidentales. Algunos tratamientos ocurren en un ambiente abierto. Por ejemplo, se puede ofrecer algún tratamiento como asesoramiento grupal o sesiones educativas grupales. Las divulgaciones que ocurren en dichos entornos de tratamiento están permitidas sin autorización individual.

Actividades de salud pública. Podemos divulgar su PHI según sea necesario para actividades de salud pública, incluidas las divulgaciones para informar a las autoridades de salud pública con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; reportar abuso y negligencia como lo requiere la ley; reacciones a medicamentos o defectos o problemas del producto.

Desastres naturales. Podemos divulgar su PHI en caso de un desastre natural para ayudar en el alivio de desastres y garantizar que se reciba la atención médica adecuada.

Actividades de vigilancia de la salud. Podemos divulgar su PHI a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley.

Médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias. Podemos proporcionar PHI sobre un consumidor fallecido a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias con el fin de identificar a las personas fallecidas, para determinar la causa de la

muerte en ciertas circunstancias o según sea necesario para que estas partes lleven a cabo sus funciones de conformidad con la ley aplicable. .
Militares y Veteranos. Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su PHI según lo exijan las autoridades del comando militar. También podemos divulgar su PHI con el fin de determinar su elegibilidad para los beneficios proporcionados por el Departamento de Asuntos de Veteranos.

Servicios de Protección y Seguridad Nacional para el Presidente y Otros. Podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Reclusos. Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al oficial de la ley para tratamiento, pago o para la protección de su salud y seguridad o la de otros. o para la seguridad y protección de la institución correccional.

Compensación de trabajadores. Cualquiera de nosotros divulgamos su PHI para cumplir con la ley estatal de Compensación para Trabajadores o leyes similares.

Recordatorios de citas, beneficios y servicios relacionados con la salud, marketing. Podemos usar y divulgar su PHI para comunicarnos con usted y recordarle una cita en LBHS, o para informarle sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Divulgación a usted o para investigaciones de cumplimiento de HIPAA. Debemos divulgar su PHI al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando se solicite para investigar el cumplimiento de LBHS con las normas federales de privacidad.

Divulgaciones a personas involucradas en su atención médica o pago de su atención médica. A menos que usted se oponga, podemos divulgar su PHI a un familiar, otro pariente, amigo u otra persona que usted identifique como involucrada en su atención médica o en el pago de su atención médica. También podemos notificar a estas personas sobre su ubicación o condición.

Usos y divulgaciones de su información de salud con su permiso.

Los usos y divulgaciones no descritos en la Sección II de este Aviso de prácticas de privacidad generalmente solo se realizarán con su permiso por escrito, denominado "autorización". Tiene derecho a revocar una autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, no haremos más usos ni divulgaciones de su PHI en virtud de esa autorización, a menos que ya hayamos tomado una medida relacionada con los usos de las divulgaciones que usted autorizó previamente.

Sus derechos con respecto a su información de salud

Derecho a inspeccionar y copiar. Tiene derecho a solicitar la oportunidad de inspeccionar o copiar su PHI que conservamos y usamos para tomar decisiones sobre su atención, ya sean decisiones sobre su tratamiento o el pago de su atención. Debe enviar su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad. Si solicita una copia de la información, podemos cobrar una tarifa por el costo de copiar o recopilar información según su solicitud. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato que no sean fotocopias. Usaremos el formato que solicite a menos que no podamos hacerlo en la práctica. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información de salud por una tarifa. Podemos denegar su solicitud de inspeccionar o copiar su PHI si el médico tratante determina que la divulgación sería perjudicial para su salud física o mental. Si negamos el acceso a su PHI,

Derecho a Modificar. Si cree que su PHI mantenida por nosotros es inexacta o incompleta, puede pedirnos que corrijamos su PHI. Su enmienda debe estar escrita o mecanografiada en una hoja de papel separada y especificar por qué cree que la información es inexacta o incorrecta. Puede comunicarse con la Oficina de Privacidad utilizando la información que se encuentra al final de este Aviso. Si su solicitud es denegada, le proporcionaremos una denegación por escrito que explique el motivo de la denegación y sus derechos.

Derecho a la Rendición de Cuentas de las Divulgaciones. Tiene derecho a solicitar y recibir una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su PHI en cualquier momento durante los últimos seis (6) años anteriores a la fecha de la solicitud. La lista no incluirá divulgaciones hechas a pedido suyo, con su autorización, y tampoco incluye usos y divulgaciones a las que ya se aplica este aviso. Para solicitar un informe de las divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por responder a estas solicitudes adicionales.

Derecho a Solicitar Restricciones. Tiene derecho a solicitar que restrinjamos el uso o la divulgación de su PHI. No estamos obligados a aceptar una restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos con su acuerdo a menos que sea necesario para brindarle un tratamiento de emergencia.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su atención solo por un medio particular o en ubicaciones particulares. Debe realizar la solicitud por escrito. Debe especificar los medios o la ubicación alternativos y proporcionar una explicación satisfactoria de cómo se manejarán los pagos con los medios o la ubicación alternativos que solicite.

Derecho a una copia impresa de este aviso. Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente o en nuestro sitio web, aún puede obtener una copia impresa.

Confidencialidad de los registros de abuso de sustancias

Para las personas que han recibido tratamiento, diagnóstico o derivación para tratamiento de un programa de abuso de drogas o alcohol, las leyes y reglamentos federales protegen la confidencialidad de los registros de tratamiento por abuso de drogas o alcohol. Como regla general, no podemos divulgar a una persona ajena al programa que usted asiste a alguno de estos programas, ni divulgar ninguna información que lo identifique como adicto al alcohol o las drogas, a menos que usted autorice la divulgación por escrito; la divulgación está autorizada por un orden judicial correspondiente; la divulgación se hace al personal médico en una emergencia médica, al personal calificado con fines de investigación, auditoría o evaluación del programa, o si usted amenaza con cometer un delito en un programa de abuso de drogas o alcohol o contra cualquier persona que trabaje para nuestro programa de abuso de drogas o programas de alcohol. Las leyes y regulaciones federales que rigen la confidencialidad del abuso de drogas o alcohol nos permiten denunciar sospechas de abuso o negligencia infantil según la ley estatal a

las autoridades estatales o locales correspondientes. (Ver 42 USC 290dd-3 y 42 USC 290ee-3 y 42 CFR Parte 2)

Preguntas y quejas

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con nosotros. Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información de salud o en respuesta a una solicitud que hizo para enmendar o restringir el uso o divulgación de su información de salud o para tener comunicación con usted por medios alternativos o en una ubicación alternativa, puede compartir sus inquietudes con nosotros utilizando la información de contacto que se encuentra al final de este Aviso. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja. Apoyamos su derecho a la privacidad de su PHI. No tomaremos represalias de ninguna manera si elige presentar una queja con nosotros o con los EE. UU. mcrews@bhsga.com
Dirección: 3120 N. Oak Street Extension Suite C, Valdosta, GA 3160

Liberación de información

Entiendo que esta autorización, a excepción de las medidas que ya se hayan tomado, puede ser revocada por mí en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito a LBHS. A menos que se revoque de otro modo, esta autorización vencerá en un año a partir de la fecha de hoy y debe ser posterior a cualquier fecha de servicio que se solicite. Esta autorización se vuelve nula y sin efecto a partir de la fecha ingresada en el cuadro en que se cerrará el cuadro.

Entiendo que LBHS no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios relacionados con mi atención médica si firmo o me niego a firmar esta autorización.

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es voluntario y la divulgación de dicha información conlleva el potencial de una nueva divulgación no autorizada.

Política financiera

Es política de Legacy Behavioral Health Services (LBHS) facturar con precisión a los individuos y terceros pagadores las tarifas evaluadas, los copagos y los deducibles de acuerdo con todas las leyes y políticas descritas en el Departamento de Salud del Comportamiento y Discapacidades del Desarrollo. Manual (DBHDD), Pautas del Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y contratos de proveedores de seguros de terceros. Es política de LBHS ayudar a las personas sin beneficios a presentar una solicitud para el derecho a beneficios de salud. Es política de LBHS remitir las cuentas individuales a una agencia de cobro si los esfuerzos para cobrar los saldos pendientes no han tenido éxito.

ATENCIÓN A INDIGENTES

Antes de que se presten los servicios, todas las personas deben completar los documentos iniciales de admisión. Durante el proceso de admisión, se les pide a las personas que proporcionen información demográfica, copia de tarjetas de seguro e información financiera (como declaración de impuestos, W-2, talón de cheque, documentos de Medicaid, declaración escrita, etc.), así como verificación del tamaño de la familia. Sin embargo, esto no será una barrera para recibir servicios que no requieren prueba de ingresos (clases de DUI, otros servicios de bolsillo).

Legacy Behavioral Health Services se rige por las políticas de escala móvil de tarifas proporcionadas en el manual del proveedor de DBHDD y determina la elegibilidad de cada individuo indigente para recibir descuentos de acuerdo con los documentos financieros proporcionados. Legacy Behavioral Health

Services no debe aplicar descuentos a la cuenta de una persona indigente sin la información financiera adecuada y se le cobrarán las tarifas completas a la persona. Las personas que califican para el descuento de la escala móvil de tarifas son elegibles por un año a partir de la fecha de calificación. En ese momento, la persona presentará información financiera actual para mantener la calificación para la escala móvil de tarifas. Cualquier saldo remanente después de que se haya aplicado el descuento de la escala móvil de tarifas a la cuenta de una persona es responsabilidad de cada persona.

PARTICULARES CON SEGURO

Se informará a las personas con cobertura de terceros antes de prestar los servicios de su responsabilidad por copagos, deducibles o cargos por servicios no cubiertos o cubiertos parcialmente por el tercero pagador. Las personas recibirán un estado de cuenta en el momento del check-in. Si la persona cuestiona la exactitud de la factura, el personal de secretaría o el departamento de facturación intentará resolver los saldos en disputa con la persona por teléfono o en persona. Las personas con seguro de terceros no son elegibles para el descuento de la escala móvil de tarifas. Las personas deben presentar su tarjeta de seguro actual en cada visita. El no hacerlo puede resultar en la denegación del servicio.

Actualmente aceptamos los siguientes seguros:

- Medicaid

- Medicare Parte B

- Medicaid de WellCare (CMO)

- Medicaid estatal de durazno (CMO)
 - Medicaid de Amerigroup (CMO)
 - CareSource Medicaid (CMO)
 - Comercial: (el plan debe verificarse para el nivel de beneficios y el estado de la red)
 - Planes Medicare Advantage: (el plan debe verificarse para el nivel de beneficios y el estado de la red)

TARIFAS POR SERVICIOS

El pago es debido en el momento del servicio. Sus tarifas se determinaron en su cita de admisión y se revisan periódicamente. Puede traer su prueba de ingresos (o falta de ingresos) dentro de 2 semanas. Si no obtenemos esta información, se le cobrarán las tarifas completas. Cada vez que su seguro y/o sus ingresos cambien, deberá informar al personal de recepción.

Todas las tarifas por los servicios no se pueden determinar en la cita de admisión. Dependerá del nivel/credenciales del proveedor de servicios, el servicio y la duración del servicio. Para calificar para la asistencia estatal, se debe obtener la información financiera del miembro e ingresarla en el sistema para determinar si califica para la asistencia estatal a través de la escala móvil de tarifas, posiblemente en un porcentaje. No todos los servicios calificarán para la escala móvil de tarifas, como algunos servicios estatales no cubiertos, servicios de pago por cuenta propia (ciertos grupos, evaluaciones o tarifas de laboratorio), que son responsabilidad directa del consumidor. Laboratorio y otros misc. Es necesario revisar los cargos manuales (como 902) que el consumidor pueda tener.

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Para que su seguro o Estado pague por sus servicios, debemos obtener una autorización. Esto incluye reunirse con usted para obtener la información necesaria. Se solicitará una autorización inicial al ingreso y dentro del primer mes de tratamiento. Después de eso, su autorización estará vigente hasta por un (1) año, según los servicios que reciba. Si su autorización caduca, es posible que no pueda recibir ningún otro servicio, incluida la visita al médico, hasta que se haya completado la autorización.

No todos los servicios requieren autorización previa. Depende del tipo de cobertura que tenga la persona y del servicio. Los servicios tradicionales de Medicaid y del estado requieren una autorización previa a través de Georgia Collaborative-ASO que debe completarse en el momento de la admisión y al mismo tiempo, según sea necesario para todos los servicios. Las solicitudes iniciales son válidas por 90 días, donde la mayoría de las solicitudes simultáneas generalmente se aprueban hasta por un año, pero no todas, ya que depende del tipo de atención solicitada. Los CMO requieren autorización previa para algunos, pero no para todos los servicios. Las aprobaciones de CMO pueden variar de 1 a 3 meses, dependiendo de la determinación de CMO, si se aprueba. Algunos planes comerciales requieren autorizaciones previas, pero depende del plan de beneficios específico.

AGENCIA DE COBROS

LBHS hará varios intentos para cobrar los saldos pendientes de las personas. Sin embargo, si no se recibe ningún pago en un período de 90 días, LBHS se reserva el derecho de enviar las cuentas vencidas a una agencia de cobro.

CARGO DE CHEQUE DEVUELTO

Hay un cargo de \$35.00 por cada cheque devuelto.

HONORARIOS DE LABORATORIO

Todas las personas inscritas en los servicios de trastornos por uso de sustancias o que reciben medicamentos deben someterse a pruebas de laboratorio de vez en cuando. Los honorarios de laboratorio asociados con las pruebas de laboratorio no están cubiertos por la escala móvil de honorarios y, por lo tanto, son responsabilidad del individuo por el monto total en el momento en que se prestan los servicios.

Si está cubierto por un seguro de terceros, se proporcionará la información de su seguro para cubrir esas tarifas. Cualquier tarifa no cubierta por su seguro será su responsabilidad.

Las pruebas de detección de drogas en orina son necesarias para todas las personas que reciben servicios para trastornos por uso de sustancias y pueden ser ordenadas por el médico en cualquier momento para todas las personas atendidas por LBHS. Usted también es responsable del costo de las pruebas de detección de drogas en la orina.

Me han explicado las políticas financieras de LBHS y entiendo y reconozco que soy responsable de cualquier cargo por servicio no cubierto por mi seguro, servicios no reembolsables o tarifas que se me cobren de acuerdo con la escala móvil de tarifas.

HONORARIOS DE FARMACIA

Entiendo que LBHS también brinda servicios de farmacia. Entiendo que si tengo un seguro de terceros, la farmacia facturará a su compañía de seguros por sus medicamentos. Los copagos por medicamentos no cubiertos por su seguro serán su responsabilidad y deben pagarse en el momento en que recoja los medicamentos.

Derechos individuales

Los servicios a las personas deben prestarse sin discriminación por motivos de afiliación política, religión, raza, color, sexo, discapacidad mental o física, origen nacional o edad. Las personas tienen muchos derechos y responsabilidades.

Tengo derecho a un acceso razonable a la atención, independientemente de mi raza, religión, sexo, orientación sexual, origen nacional, edad, discapacidad o capacidad de pago.

Tengo derecho a una atención considerada y respetuosa con reconocimiento de mi dignidad personal, valores y creencias.

Tengo derecho a ser informado de cualquiera de las normas y reglamentos de la organización que puedan aplicarse a mí.

Tengo derecho a recibir información que me ayude a participar y tomar decisiones sobre mi atención. Si soy menor de edad, mis padres o tutores tienen derecho a recibir información y participar en la toma de decisiones sobre mi atención.

Tengo derecho a servicios individualizados, humanos y de calidad en el entorno menos restrictivo, independientemente de mi capacidad de pago. Habrá un plan para estos servicios, basado en mis necesidades, revisado periódicamente e implementado por proveedores de servicios calificados y competentes.

Tengo derecho a participar en la consideración de cualquier problema ético que pueda surgir durante mi atención.

Tengo derecho a la privacidad personal y esa información se mantendrá confidencial. Entiendo que existen ciertas condiciones bajo las cuales se puede divulgar información sin mi consentimiento. Estos incluyen, pero no se limitan a: (1) Órdenes judiciales, (2) Emergencia de salud, (3) Amenazas de daño a sí mismo o a otros, (4) Abuso físico o sexual según lo requiera un informante obligatorio. Tengo derecho a recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Legacy Behavioral Health Services, en el que se describen estos derechos.

Tengo derecho a que alguien actúe como mi representante y tome decisiones en mi nombre si no puedo hacerlo.

Tengo derecho a recibir información de una manera y en un idioma que pueda entender.

Tengo derecho a recibir información y educación sobre mis necesidades de servicio.

Tengo derecho a recibir servicios que protejan mi salud y seguridad.

Tengo derecho a rechazar cualquier servicio, tratamiento o medicamento en la medida permitida por la ley.

Tengo derecho a revisar mis registros y puedo solicitar copias de mis registros.

Tengo derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, personales y de propiedad a los que tengo derecho como ciudadano.

Tengo derecho a permanecer libre de restricción física o reclusión a menos que una emergencia lo requiera.

Tengo derecho a permanecer libre de negligencia y abuso físico o verbal.

Tengo derecho a una conversación privada, acceso razonable a un teléfono, correo sin censura y visitas.

Tengo derecho a llevar conmigo mis pertenencias personales y mi dinero.

Tengo derecho a presentar una queja sin temor a sufrir acoso o represalias.

Tengo derecho a solicitar una copia del informe emitido más recientemente por el Departamento de Salud Comunitaria.

Responsabilidades del individuo

Tengo la responsabilidad de compartir información pertinente con mis proveedores de servicios.

Tengo la responsabilidad de ser considerado y respetuoso con los demás.

Tengo la responsabilidad de compartir valores y creencias personales que necesitan consideración.

Tengo la responsabilidad de cumplir con las normas y reglamentos que puedan aplicarse a mí.

Tengo la responsabilidad de participar y tomar decisiones sobre mi atención.

Tengo la responsabilidad de cumplir con mi plan de tratamiento y los servicios recomendados. Entiendo que si no me adhiero a mi plan de tratamiento y a los servicios recomendados, se me puede dar de baja para recibir los servicios.

Tengo la responsabilidad de participar en el desarrollo de mi plan de servicio y todos los aspectos de los servicios recibidos.

Tengo la responsabilidad de notificar a mi proveedor de servicios sobre cualquier problema ético que surja.

Tengo la responsabilidad de comprender que toda la información sobre mí se mantiene confidencial a menos que firme una divulgación de información.

Tengo la responsabilidad de designar a un representante para tomar decisiones según sea necesario.

Tengo la responsabilidad de notificar a mi proveedor de servicios si no entiendo el idioma que se utiliza.

Tengo la responsabilidad de notificar a mi proveedor de servicios si estoy preocupado por mi salud y seguridad, y soy responsable de seguir todas las reglas de salud y seguridad.

Tengo la responsabilidad de mantenerme informado sobre cualquier aspecto de mi enfermedad, condición o necesidad de servicios.

Tengo la responsabilidad de tomar decisiones para cumplir o rechazar medicamentos o servicios.
Tengo la responsabilidad de solicitar, si así lo decido, revisar mi registro.
Tengo la responsabilidad de notificar a mi proveedor de servicios de cualquier incompetencia o acciones legales.
Tengo la responsabilidad de cumplir con todas las normas y reglamentos y actuar de manera adecuada.
Tengo la responsabilidad de entender que las armas, pistolas, drogas ilegales y alcohol NO están permitidas en la propiedad de LBHS. Entiendo que se llamará a la policía si se viola.
Tengo la responsabilidad de notificar a mi proveedor de servicios si siento que he sido descuidado o abusado.
Tengo la responsabilidad de respetar la privacidad de los demás.
Tengo la responsabilidad de presentar una queja si siento que mis derechos han sido restringidos o negados.

Si en algún momento siento que se han violado mis derechos o si tengo alguna inquietud o pregunta, puedo comunicarme con:

brezo hachett

Presidente, Comité de Derechos, Responsabilidades y Ética Individual
3120 N. Oak Street Ext, Suite C
Valdosta GA 31602
(229) 671-6109

Departamento de Salud Comunitaria

2 Peachtree Street, NW
Atlanta, GA 30303
404-656-4507

Departamento de Salud Conductual y Discapacidades del Desarrollo de Georgia (DBHDD)

Oficina de Asuntos Exteriores

Calle Peachtree, 2, piso 24
Atlanta, GA 30303
404-657-5964

****He leído, revisado y explicado los Derechos y responsabilidades de las personas**

DIRECTIVA AVANZADA PSIQUIÁTRICA PARA SERVICIOS DE SALUD MENTAL

La ley de Georgia otorga el derecho a cualquier persona mayor de 16 años a participar en las decisiones sobre su tratamiento de salud mental. Sin embargo, un padre o tutor de una persona menor de 18 años puede autorizar el tratamiento, incluso a pesar de la objeción del menor. La ley también señala que, en ocasiones, algunas personas no pueden tomar decisiones sobre el tratamiento. La ley de Georgia establece que usted tiene derecho a tomar decisiones por adelantado, incluidas las decisiones sobre tratamientos de salud mental, a través de un proceso llamado directiva anticipada psiquiátrica. Una directiva anticipada psiquiátrica se puede usar para indicar sus opciones de tratamiento o se puede usar para nombrar a un agente de atención médica, que es alguien que tomará decisiones de atención médica por usted.

He recibido, leído y entiendo lo anterior:

_____ Actualmente tengo un PAD. Copia de PAD proporcionada a LBHS Sí_____ No_____

_____ Actualmente no tengo PAD y solicito asistencia con un personal designado para hacer uno en este momento. (Requiere seguimiento)

_____ Actualmente no tengo un PAD y no deseo tener uno en este momento.

Nombre impreso del cliente:

Firma del cliente/tutor legal: _____ **Fecha:** _____