***Taking Control***

***Dr. James Jorgenson & Associates***

***106 S. Lincolnway Street, Suite F***

***North Aurora, IL 60542***

***Teléfono: (630) 801-1669 ~ Fax: (630) 801-1675***

**Nueva información del cliente**

*Por favor imprima claramente*

Fecha hoy: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ fecha del cliente de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nombre completo del cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                (Primera vez) (Medio inicial) (Pasado)

Padre/ Nombre del tutor legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(si el cliente es menor de 18 años) (Primera) (medio inicial) (último)

Dirección de la calle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero del Casa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ teléfono celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trabajo teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Número que es el mejor para comunicarnos con usted durante horas del día? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información de contacto de emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contacto #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Contacto #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información de pago**

¿El cliente tiene cobertura de seguro y Medicare/Medicaid válida? (Circule uno) Sí No

Si la respuesta a la pregunta anterior es "Sí", se requiere una copia de su tarjeta de seguro o información equivalente para propósitos de facturación y pago. Un copago o un cargo adicional puede ser requerida según los detalles del plan de seguro de la persona.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Uso de oficina solamente**

Proveedor de seguros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ política ID #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Códigos de diagnóstico: \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_

 (si aplica)

**Familia y datos personales**

*Por favor imprima claramente*

Estado civil:

Casado solo viudo divorciado

                               (Nunca casado)

Nombre de la actual cónyuge o pareja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vive con usted: SÍ NO

Niños:

Nombre Edad fecha de nacimiento vive en casa

                                                                                                 Sí No

                                                                                                Sí No

                                                                                                Sí No

                                                                                                Sí No

                                                                                                Sí No

Otros miembros del hogar:

Nombre edad Relación

Proporcione una breve relación de los servicios que le están buscando, cualquier preguntas/preocupaciones que tienes, o necesidades especiales que requieran alojamiento durante su visita *(opcional)*

**TAKING CONTROL**

**Directrices de procedimiento**

*Iniciales en la línea junto a cada pauta para indicar que ha leído y entendido*

\_\_\_ La terapia **las sesiones son normalmente de 50 a 55 minutos** de longitud. Sin embargo, el foco está en el cliente en lugar de cumplimiento de un horario estricto. Si ya es necesario para un cliente y te está esperando, por favor sea paciente, puede necesitar más tiempo algún día.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    **Aviso de cancelaciones de último minuto con menos de 24 horas o falta de citas se le cobrará al cliente a la velocidad normal.**

\_\_\_ Teléfono consultas son posibles aunque a veces es difícil volver a las personas inmediatamente. **Consultas teléfono serán facturadas** en intervalos de cuarto de hora a la velocidad normal para esa persona o familia.

\_\_\_ Las disposiciones financieras que deban realizarse **debe solicitarse antes o durante la primera reunión**. Si la certificación caso especial se requiere a través de su seguro, estar dispuestos a hacer inmediatamente después de la primera sesión o usted puede ser responsable de una parte mayor del costo hasta que se obtenga la certificación. Tiempo empleado por nosotros para obtener la certificación se le cobrará a usted en incrementos de cuarto de hora.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    **Si un copago se requiere plan de seguro del cliente, se espera a pagar en cada período de sesiones a menos que otros arreglos específicos.**

\_\_\_ Letras de explicación o informes pueden suministrarse en caso necesario y se cobran en incrementos de cuarto de hora.

\_\_\_ Asistencia a staffings caso, audiencias o Tribunal apariencias se alojarán según sea necesario y se cobran en incrementos de cuarto de hora.

**TAKING CONTROL**

**Aviso de derechos del cliente de confidencialidad**

Leyes federales y regulaciones confidencialidad de alcohol y drogas abuso cliente registros mantenidos por este programa. Generalmente el programa no puede decir a una persona fuera del programa que un cliente asiste al programa, o revelar cualquier información de identificación de un cliente como un abusador de alcohol o drogas a menos QUE:

1. el consentimiento del cliente está en la escritura

2. el acceso es permitido por una orden judicial.

3. la divulgación se hace personal médico en una emergencia médica o personal calificado para investigación, auditoría o evaluación del programa.

Violación de la Ley Federal y regulaciones de un programa es un crimen. Sospechas de violación pueden presentarse a las autoridades competentes conforme a las regulaciones federales.

Regulaciones y leyes federales no protegen cualquier información sobre un delito cometido por un cliente en el programa o contra cualquier persona que trabaja para el programa o sobre cualquier amenaza de cometer tal delito.

Regulaciones y leyes federales no proteger cualquier información sobre caso de abuso infantil o negligencia ser registrados bajo la ley estatal para apropiarse de estado o las autoridades locales.

(Ver U.S.C. 290odd-3 y 42 U.S.C. 290ee-3 para las leyes federales y 42 CFR part 2 de regulaciones federales)

ESTE RESUMEN DE LAS PAUTAS PROCESALES DE TAKING CONTROL Y MIS DERECHOS DE CONFIDENCIALIDAD HA SIDO REVISADO Y UNA COPIA PARA MÍ.

Firma del cliente fecha

Firma del personal   Fecha

***Taking Control***

***Dr. James Jorgenson & Associates***

***106 S. Lincolnway Street, Suite F***

***North Aurora, IL 60542***

***Teléfono: (630) 801-1669 ~ Fax: (630) 801-1675***

**La información del cliente y las prácticas de privacidad**

Estamos proporcionando esta información para responder a clientes de preguntas que tenga acerca de su cuidado. Esperamos que se tome el tiempo para leer la siguiente información para familiarizarse con nuestras políticas y procedimientos.

Si tienes cualquier duda sobre el material, no dude en contactar con nosotros o pedir a su terapeuta para que sus preguntas son contestadas. Estamos deseando trabajar con usted y proporcionar los servicios necesarios para lograr sus metas de tratamiento

**Servicios**

**Individual, pareja, matrimonio y orientación familiar**

            *Para los niños, adolescentes y adultos*

**Abuso, violencia doméstica terapia y manejo de la ira**

            *Para los niños, adolescentes y adultos*

**Asesoramiento y tratamiento de abuso de sustancias**

            *Para adolescentes y adultos*

**Depresión, ansiedad, ADD/ADHD y terapia de la codependencia**

*Para los niños, adolescentes y adultos*

**Servicios de tutoría/descanso**

*Para niños y adolescentes*

**Después de la escuela y programas de campamento de verano**

*Para niños y adolescentes*

No todos los servicios pueden cubrirse con todos los planes de cuidado administrado o de seguros. Póngase en contacto con su compañía de seguro o plan de salud para los detalles de cobertura y elegibilidad.

**TAKING CONTROL**

**La información del cliente y las prácticas de privacidad**

***Derechos paciente***

Usted tiene el derecho a la atención accesible, compasivo y competente.

**Accesible:**

Nos Controle cuidadosamente los tiempos de espera para citas de rutina para complacerle, típicamente dentro de dos semanas. Además, hemos diseñado un sistema de citas para satisfacerte si te enfrentas a una necesidad urgente o de emergencia para el servicio.

Entendemos que las emergencias pueden surgir durante las vacaciones y después de horas de oficina normales. Debe sentir que está experimentando una emergencia psiquiátrica o psicológica o una reacción grave a tratamiento con medicamentos que está recibiendo, por favor póngase en contacto con el número de teléfono de emergencia en la tarjeta de visita de su terapeuta. Un terapeuta para estas situaciones de emergencia está disponible por teléfono 24 horas al día.

**Compasivo:**

Usted tiene derecho a esperar que se conservará su dignidad. Usted tiene el derecho a gastar la amable atención del personal de apoyo de oficina.

Usted tiene derecho a solicitar un cambio de proveedor o una consulta de segunda opinión si usted siente que los servicios actuales no están funcionando a sus expectativas.

**Competente:**

Licencia de terapeutas y requisitos de educación médica de continuación garantizar la excelencia de los cuidadores.

Usted tiene derecho a esperar protección de la confidencialidad en su atención.

Usted tiene el derecho a ser una parte importante del equipo de tratamiento.

Usted tiene derecho a solicitar que se le notifique por adelantado todos los cargos por servicios recibidos.

Usted tiene el derecho adicional como se indica en el código de Salud Mental de Illinois

***Responsabilidades del paciente***

Se puede pedirá firmar un formulario indicando que usted está dispuesto a recibir servicios a través de Taking Control

Citas

Usted tiene la responsabilidad de asistir a sus citas programadas o para dar el aviso apropiado si usted no puede asistir. Entendemos que pueden surgir situaciones de emergencia que puede interferir con su cita programada. Existen políticas de cancelación no-show y los últimos de la agencia, que se discuten en este paquete de información.

Medicamento

Por favor notifique a su psiquiatra de efectos adversos (malos efectos secundarios) del medicamento. *Cumplimiento de medicamentos:* Por favor, tome el medicamento prescrito por su psiquiatra. Si desea dejar de tomar medicamento o ajustar la dosis, hable con su psiquiatra primero. No comparta sus medicamentos con otros. Asegúrese de que sus medicamentos estén en un lugar seguro, lejos de los niños y otros. Ver su medicamento suministro para asegurarse de que usted no se quede sin medicina.

Copago

Usted tiene la responsabilidad de hacer el copago en el momento del servicio. Si se trata de un problema, por favor consulte con su terapeuta. Puede dirigirse a la oficina de negocios para discutir arreglos alternativos. Se le pedirá que firme un formulario reconociendo su responsabilidad financiera.

Supervisión del niño

Es responsabilidad de la familia o paciente para proporcionar un control adecuado para los niños que son menores de diez años que puede estar en la sala de espera. No podemos proporcionar supervisión o cuidado de niños. Si la cita está dividida entre los padres y el niño, deben traer alguien que supervise a su hijo en la sala de espera. Por favor sea considerado con los otros en la sala de espera.

Respeto de la propiedad

Por favor, respeto a la terapeuta y a su propiedad y la propiedad de Taking Control. No traen materiales potencialmente peligrosos o ilegales. Usted puede ser considerado financieramente y legalmente responsable por daños causados por usted o por otros es responsables de.

**Procedimientos**

Su registro de terapia es privada y tiene derecho a una copia de todos los aspectos documentados de su tratamiento. Solicitar cualquier documentación específica puede hacerse por escrito y se acomodó tan pronto como sea razonablemente posible.

***Confidencialidad***

*General de divulgación de la información:* En la mayoría de los casos, la información es divulgada solamente a ésos designado por escrito o que por lo tanto se señalan por su tutor legal. Información puede administrarse también a su médico de atención primaria para coordinar el tratamiento. Consentimiento es necesaria por escrito si el médico no es parte de Taking Control.

*Situaciones de emergencia:* Confidencialidad se puede renunciar en circunstancias de peligro cuando los síntomas psiquiátricos son de tal gravedad que puede existir un riesgo inminente de acción 1) suicida, acción 2) homicida o 3) incapacidad para cuidar de las necesidades básicas, llevando a un riesgo de peligro. Confidencialidad también se autorizan excepciones en casos de abuso de menores y mayores. Estas exenciones de confidencialidad se realizan conforme a la ley estatal.

*Situaciones jurídicas:* Como regla general, los registros no se liberan en situaciones jurídicas salvo consentimiento está dado por el paciente o por un padre o tutor por escrito. Archivos se escriben discretamente, a menudo con detalles mínimos en caso de que los registros son liberados. Registros no se pueden escribir de una manera que distorsionar el diagnóstico o el alcance del tratamiento. En el caso de orden judicial o citación, nuestro abogado y el paciente o tutor son consultados antes de cualquier lanzamiento discográfico. Registros no pueden ser "detectable" (por ejemplo, en casos de divorcio o custodia).

Liberación de registros se hace siempre conforme a la ley y mejor interés del paciente.

*Paciente derecho a ver registros:* Usted tiene un derecho absoluto de inspeccionar y copiar sus archivos, que permanecen en Taking Control. El terapeuta puede recomendar ver el registro durante una cita para que el archivo se puede interpretar para usted y preguntas pueden ser contestadas inmediatamente. Los datos crudos prueba psicológica no pueden ser revelados, por ley, a cualquier persona que no sea un psicólogo registrado.

*Transferencias de registro de paciente*: usted tiene el derecho a transferir copias de los registros de tratamiento a un profesional de salud mental posterior a la firma de un formulario de consentimiento escrito.

***Política de no-Show/cancelación***

Las emergencias pueden ocurrir y pueden surgir otras circunstancias que dificultan asistir a citas programadas. Solicitamos que nos notifique en el momento más temprano posible si hay falta a una cita. **FAVOR de avisar de cancelaciones antes de 24 horas de su cita. Se aplicará un pago extra (50% del pago total) para falta de aviso de cancelaciones y cancelaciones entre 24 horas de la cita.**

Carga completa puede evaluarse por cancelaciones hechas menos de 24 horas de antelación y no se presenta, basado en la razón. Su compañía de seguros o plan de atención administrada puede requerir que usted tome responsabilidad financiera total para esto.

Llegadas tarde: Si llegas tarde y ha pasado su hora de la cita, se hará todos los esfuerzos para acomodarle en una cita diferente. Si no ha transcurrido el tiempo total para la cita, intentaremos llevar a cabo todas las posibles de trabajo durante el resto de la hora programada.

El terapeuta, a su discreción y en base a la programación de cita, pueden ser capaces de extender el nombramiento más allá de su hora de finalización normal. Si el programa no permite esto y más tiempo de tratamiento es necesario, haremos todo lo posible para concertar otra cita tan pronto como sea posible.

UN FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO, QUE LA COMPRENSIÓN Y ACEPTACIÓN A ESTA POLÍTICA, SE DARÁ A TODOS LOS CLIENTES MUESTRA.

***Cargos por pagar***

Como se mencionó anteriormente, usted es responsable del pago de copagos HMO/PPO/POS en el momento del servicio. Por favor presente su copago a nuestra recepcionista cuando te registras. Usted recibirá ingresos por estos pagos. Guarde para verificar el pago.

El folleto de evidencia de cobertura de su compañía de seguros, que describe los beneficios de pago, deberá detallar co--niveles de pago. Nuestra recepcionista le puede ayudar si usted tiene preguntas sobre copagos. Tiene responsabilidades financieras para pagar por cuotas no cubiertas por su plan de seguro. Se le pedirá que firme un formulario de consentimiento para comprobar que usted entiende que ciertos servicios (por ejemplo, ciertos tipos de pruebas psicológicas) están su responsabilidad financiera.

Es la responsabilidad del paciente en contacto con su compañía de seguros si hay una pregunta si una específica forma de terapia está cubierta de pago.

**Se aplicará un pago extra para falta de aviso de cancelaciones y cancelaciones entre 24 de la cita.**

Se aplicará un costo por la pérdida de materiales prestados, robo o destrucción de propiedad. Este tipo de acciones también puede resultar en procesos judiciales o terminación de servicios, basados en las circunstancias de la situación.

***Cambio de terapeuta***

Ocasionalmente, un paciente puede sentir que es el mejor interés de su tratamiento para cambiar de proveedor. Si esto sucede, le sugerimos lo siguiente:

1. discuta sus inquietudes con el proveedor en un intento de resolver la dificultad. A menudo, una cita cara a cara puede ser más útil que una discusión por teléfono. Por favor recuerde que el proveedor quiere que el tratamiento para trabajar y está dispuesto a discutir las razones para el acercamiento del tratamiento y para tratar de abordar los problemas. A veces, la presión se acumula cuando un paciente consigue más profundo en cuestiones, y un cambio de terapeuta en ese momento puede significar la pérdida de la valiosa oportunidad de trabajar a través de esas cuestiones.

2. Si esto no conduce a una resolución, por favor solicite que su actual proveedor solicite una evaluación de la segunda opinión por otro proveedor. Su terapeuta actual, el nuevo proveedor y usted puede discutir cómo hacer la transferencia a servic3es tan suave como sea posible.

***Comunicación de preocupaciones***

Si usted tiene cualquier preocupación que usted desea discutir sobre las políticas del Departamento o su tratamiento, por favor, tenga en cuenta que existen funcionarios que están interesados en escucharlos y ayudarles. Por favor hable con su terapeuta.

Esperamos que esta información le ayuda a comprender sus derechos y responsabilidades, así como las políticas y procedimientos de Taking Control teniendo. Damos la bienvenida a sus comentarios y sugerencias y esperamos que tu tiempo con nosotros le permite cumplir sus metas de tratamiento.

**TAKING CONTROL**

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Fecha: 11/15/2016

Este aviso describe cómo privado de salud puede utilizarse y divulgarse información sobre usted y cómo usted puede acceder a esta información. Por favor repáselo cuidadosamente.

Si usted tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el oficial de privacidad en el dirección/número de teléfono al final de este aviso. Todas las solicitudes escritas o apelaciones se presentarán al oficial de privacidad.

*¿Que seguirá este aviso?*

Taking Control proporciona servicios a nuestros clientes a través de los servicios de profesionales de la salud mental de la Consejería de salud mental. Le seguirán las prácticas de privacidad de la información en este aviso:

Todos profesionales de salud mentales que le

Todos nuestros empleados, personal y voluntarios, con quienes podemos compartir información.

*Nuestro compromiso con usted*

Entendemos que la información médica es personal y estamos comprometido a proteger la privacidad de su información médica. Creamos un registro del cuidado y servicios que usted recibe para proporcionar una atención de calidad y cumplir con los requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención que mantenemos, ya sea creado por nuestro personal de la institución, o los recibidos de otros cuidado de la salud proporciona. La ley nos exige:

Mantener la información médica privada

Darle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud.

Cumplir con los términos del aviso actualmente en efecto.

*Cambios en este aviso*

Podemos cambiar nuestras políticas de privacidad de este aviso en cualquier momento. Cambios se aplicarán a la información médica que ya tenemos, así como nueva información después de que los cambios ocurren. Antes de una política de cambio que afectan a la privacidad de su información médica, cambiaremos este aviso y el nuevo aviso en las oficinas de las áreas y personal que espera. Usted puede recibir una copia de la notificación en cualquier momento. Será ofrecido un f copia el aviso actual cada vez que te registras.

*Cómo podemos usar y revelar información médica sobre usted*

Podemos usar y revelar información médica sobre usted para tratamiento, (como el envío de información médica sobre usted a un especialista) como parte de un tratamiento (como el envío de información de facturación a su compañía de seguros y Medicaid) y para apoyar nuestras operaciones de atención médica (por ejemplo, comparando datos de los pacientes para mejorar los métodos de tratamiento).

Podemos utilizar o divulgar su información médica sin su previa autorización por varias otras razones. Sujeto a ciertos requisitos, podemos dar información médica para propósitos de salud pública (tales como informes de nacimientos y muertes, prevención/control de la enfermedad, lesión o discapacidad), abusar o descuidar la presentación de informes, supervisión de salud auditorías o inspecciones, estudios, comentarios de examinador forense/médico, compensación del trabajador, funciones gubernamentales (tales como la protección de funcionarios públicos o informes a distintas ramas de las fuerzas armadas) y emergencias de la investigación.

También podemos divulgar información de salud cuando sea necesario por ley y para fines de aplicación de la ley, tales como en respuesta a la solicitud de aplicación de la ley en circunstancias específicas o en respuesta a órdenes judiciales o administrativas válidas, si eres un miembro de las fuerzas armadas o de personal militar extranjero si usted es un recluso o bajo la custodia de un oficial de la ley.

También podremos contactarlo para recordatorios de citas o seguimiento postratamiento de decirle acerca de o recomendar posibles opciones de tratamiento, alternativas, beneficios relacionados con la salud o servicios que pueden ser de interés para usted, a menos que usted nos dice que no desea ser contactado para apoyar los esfuerzos de recaudación de fondos.

Podemos divulgar su información médica a nuestros asociados de negocios, cada uno de los cuales ha entrado en un contrato por escrito con nosotros con respecto a la privacidad de su información médica.

*Otros usos de información médica*

En cualquier otra situación no cubierta por este aviso, le pediremos su autorización por escrito antes de usar o revelar información médica sobre usted. Si usted decide autorizar el uso o divulgación, más adelante puede revocar dicha autorización notificándonos por escrito. Sin embargo, no puede llevar ninguna divulgación que ya hecha con su permiso y debe mantener los registros de su atención.

*Sus derechos con respecto a información médica sobre usted*

En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho a ver u obtener una copia de la información médica que usamos para tomar decisiones sobre su atención cuando usted envía una solicitud por escrito. Si usted solicita copias, podemos cobrar una cuota por el costo de copiar, correo u otros suministros relacionados. Si negamos su petición de revisar u obtener una copia, usted puede enviar una solicitud por escrito para una revisión de esa decisión.

Si usted cree que información en su expediente es incorrecta o si falta información importante, usted tiene derecho a solicitar que corrijamos o modificar los registros, enviando una solicitud por escrito que su razón para solicitar la corrección/modificación. Nosotros podríamos negar su solicitud para corregir o enmendar un registro si la información no fue creada por nosotros; Si no es parte de la información médica mantenida por nosotros; Si no es parte de la información que tienes derecho a mirar; o Si determinamos que el registro es exacto y completo.

Usted puede apelar, por escrito, una decisión por nosotros no para corregir o enmendar su registro.

Usted tiene el derecho a una lista de algunos casos donde hemos divulgado información médica sobre usted cuando usted envía una solicitud por escrito. La solicitud debe indicar el período de tiempo deseado para la contabilidad, que debe ser menor que un periodo de 6 años y a partir del 01 de mayo de 2004. Puede recibir la lista en papel. La primera lista de información solicitada en un período de 12 meses es gratuita. Otras solicitudes dentro del mismo período de 12 meses se cobrará según nuestro costo de producción de la lista. Le informaremos de la cuota antes de incurrir en cualquier costo.

Usted tiene derecho a solicitar comunicarse información médica sobre usted a usted de manera confidencial, como el envío de correo a una dirección diferente a la de su hogar notificándonoslo por escrito de la forma específica o lugar para comunicarnos con usted. No le preguntará la razón de su solicitud y tendrá en cuenta todas las solicitudes razonables.

Usted puede solicitar, por escrito, un límite sobre la información médica que utilizamos o revelamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud; Usted puede solicitar que limite la información revelada acerca de usted a alguien que está involucrado en su cuidado, el pago de su atención, salvo cuando específicamente autorizado por usted cuando sea necesario, o en caso de emergencia. En su solicitud, debe indicar: 1) Qué información desea limitar, 2) Si desea limitar nuestro uso, revelación o ambos, y 3) a quién quiere limitar la información (por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge). Consideraremos su petición lindan no están legalmente obligados a aceptarla. Le informaremos nuestra decisión sobre su solicitud.

**Acuse de aviso de privacidad**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, reconozco que he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad y los derechos para Taking Control. Entiendo que puedo contactar con el oficial de privacidad designado en Taking Control si siento que mi privacidad ha sido violado.

Si llenar este formulario para menor de edad, lista su nombre:

Cliente o firma del padre/tutor fecha

**TAKING CONTROL**

**CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL CLIENTE**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ solicitar por este medio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a revelar el contenido de mis registros confidenciales del caso y/o comunicaciones, conforme a los términos y condiciones aquí establecidos, a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. El propósito o la necesidad de esta divulgación es:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Es el grado, tipo y naturaleza de la información o registros a ser revelada:

Tipo de información Sí No

Duración de la participación en el programa Sí No

Resumen de participación/evolución Sí No

Historia clínica Sí No

Historia social Sí No

Otra (especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entiendo que esta autorización vencerá automáticamente en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entiendo que es mi derecho a revocar este consentimiento para la publicación de esta información en cualquier momento, por escrito.

Doy mi consentimiento para permitir solamente la información especificada en este formulario de consentimiento.

Entiendo que uno recibida, la información no puede ser dado otra vez a cualquier otro agente o persona por el destinatario sin mi consentimiento por escrito.

Entiendo que la información debe utilizarse para los fines detallados en este formulario.

Entiendo que es mi derecho a inspeccionar y copiar la información que debe revelarse.

Entiendo que debo me niego a revelar la información detallada sobre las consecuencias de tal negativa (si existe) será \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del cliente (si 12 años de edad o más) fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miembro del personal / testigo fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personal asesor fecha**Original**

Phone: (630) 801-1669 ~ Fax: (630) 801-1675