

**CONSENTIMIENTO**— Yo solicito y voluntariamente doy consentimiento a Oaklawn Psychiatric Center, Inc. (Oaklawn) y a sus clínicos que puedan atenderme durante este actual período de cuidado (así como también a sus asociados, asistentes, agentes, empleados y estudiantes) a proveer y realizar evaluación, tratamiento y servicios suplementarios según sean identificados en mi plan de cuidado. Reconozco que Oaklawn usa profesionales calificados para proveer servicios de salud mental dentro del ámbito de su licencia/certificación/entrenamiento o supervisión.

Entiendo que puedo solicitar una explicación de los varios pasos y actividades envueltas en recibir los servicios y una oportunidad para discutir riesgos, beneficios, complicaciones potenciales y opciones alternativas en cualquier momento. Afirmo que ninguna garantía me ha sido dada con relación al resultado de mi cuidado. Entiendo que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Entiendo que una evaluación psiquiátrica debe ser completada antes de dar de alta de los servicios.

Estoy de acuerdo con que todos los derechos y obligaciones de cada parte, con respecto a mi admisión y servicios solicitados, son para ser gobernados por las leyes fundamentales del Estado de Indiana.

**DERECHOS DEL CLIENTE**—He recibido una copia de mis derechos como cliente de Oaklawn y un manual para servicios intensivos.

**AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**—He recibido una copia del Aviso de Oaklawn sobre Prácticas de Privacidad, resumiendo mis derechos y las responsabilidades de Oaklawn.

**REVELACION DE INFORMACION**—Entiendo que Oaklawn revelará cualquiera y toda la información relativa a diagnóstico, tratamiento y pronóstico con respecto a cualquier condición física o psiquiátrica por la cual yo estoy siendo tratado-incluyendo el tratamiento por alcohol/abuso de drogas o enfermedades transmisibles-a lo siguiente:

- A cualquier parte que yo solicite por escrito.
- A cualquier compañía de seguros, empleador, pagador patrocinador y/o pagador tercera parte o representante que provea cobertura por esta admisión para confirmar elegibilidad o autorizar el pago.
- A otros proveedores de cuidado médico relacionados con mi continuo cuidado médico, excepto según está prohibido bajo 42 CFR, relacionado con registros de tratamiento de drogas y alcohol.
- A auditores hasta el límite necesario para conducir estudios de resultados; obtener/mantener licencia, acreditación de credenciales; y/o acceso a reembolso federal/estatal.
- A los primeros responsables y proveedores médicos en caso de una emergencia que amenaza la vida.
- A los que hacen cumplir la ley en caso de un crimen cometido en la propiedad de Oaklawn o contra personal de Oaklawn, y según lo requerido bajo los reglamentos de seguridad federales.
- Servicios de protección para niños/adultos en caso de sospecha de abuso/negligencia de un niño o adulto dependiente.

**ACUERDO Y GARANTIA PARA PAGAR POR SERVICIOS**—Estoy de acuerdo con pagar por los servicios provistos por Oaklawn. Entiendo que todos los servicios van a ser pagados cuando sean recibidos, a menos que otros arreglos hayan sido autorizados por Oaklawn. Entiendo que a veces los servicios de terapia pueden incluir colaboración y comunicación fuera de la sesión de terapia. En caso de que estos servicios excedan los 15 minutos, podrían cobrarse por separado. Estoy de acuerdo con pagar todos los honorarios no cubiertos por mi seguro, incluyendo deducibles, pagos conjuntos y cargos no cubiertos. Entiendo que se me puede cargar un honorario si dejo de cancelar una cita programada con por lo menos 24 horas de anticipación. Entiendo que si califico para un subsidio por honorario a través de la Indiana Division of Mental Health, el ajuste será aplicado solamente después de que todas las otras fuentes de seguro y pago hayan sido agotadas, y puede que no se aplique a todos los servicios.

En caso de que yo deje de hacer los pagos a tiempo, entiendo que Oaklawn puede entregar la cuenta a un abogado o agencia de cobranzas y yo seré responsable por cualesquiera honorarios relacionados con cobranzas, en adición a la cantidad que deba a Oaklawn.

**ASIGNACION DE BENEFICIOS**—Yo asigno y autorizo el pago de cualesquiera beneficios de seguro médico, incluyendo Medicare y Medicaid, a Oaklawn. Certifico que cualquier información provista por mi sobre un pagador tercera parte es correcta.

**SERVICIOS VIA TELEMEDICINA**—Reconozco que algunos servicios son provistos vía telemedicina, lo cual involucra usar comunicaciones electrónicas para permitir que un proveedor de salud mental en una ubicación pueda servir a un individuo en otra ubicación. El objetivo de Oaklawn al usar telemedicina es mejorar el acceso a proveedores, lo que conduce a cuidado más efectivo y eficiente. El equipo de telemedicina tiene protocolos de seguridad para proteger la confidencialidad de la identidad del cliente e información de salud protegida, y medidas para salvaguardar contra la corrupción de datos. Además de los riesgos asociados con cualquier servicio clínico, telemedicina incluye el riesgo de un error o demora debido al mal funcionamiento del equipo, pobre calidad de imagen o pérdida de acceso a los registros; o falla en seguridad causando una brecha de privacidad no intencional. Se espera que los beneficios de telemedicina superen mucho cualquier aumento de riesgo o daño. Entiendo que puedo optar por no recibir este método de tratamiento sin afectar mi acceso a futuros servicios.

**Al firmar abajo, usted afirma que ha leído y entiende este documento, y usted da su consentimiento informado para recibir cuidado, tratamiento y servicios en Oaklawn. Mis derechos de cliente han sido explicados verbalmente.**



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

Padre/Parte Autorizada:      Firma \_\_\_\_\_      Nombre Impreso: \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

White – Chart copy    Yellow – Client copy

Form No. 35 S    Rev. 10/19

<p>Name: _____</p> <p>Client ID: _____      DOB: _____</p>	 <p>* C O N S E N T   S E R V I C E S *</p>
<p><b>Oaklawn Psychiatric Center</b> <b>CONSENT FOR SERVICES</b></p>	 <p>* B U S I N E S S *</p>
<p>Client ID _____</p>	<p>Document Date _____</p>

# DERECHOS DEL CLIENTE

Como paciente o cliente de Oaklawn, usted tiene los siguientes derechos. Para los menores, algunos derechos son determinados por el padre/madre o guardián legal.

1. Aceptar o rehusar tratamiento (a menos que sea ordenado por una corte) hasta el límite permitido por la ley.
2. Recibir tratamiento dentro del ambiente menos restrictivo posible.
3. Recibir cuidado y tratamiento humano provisto con dignidad y respeto y protección del daño.
4. Tener igual acceso al tratamiento sin considerar raza, religión, género, origen étnico, edad, incapacidad o preferencia sexual.
5. Practicar su propia religión personal.
6. Participar activamente en la planificación para el tratamiento (si es mayor de 12 años de edad), con oportunidades periódicas para revisión.
7. Recibir una explicación completa de la naturaleza del tratamiento o programa de rehabilitación propuesto para usted, así como también tratamientos o programas alternativos, si los hubiere.
8. Recibir una clara descripción de los efectos conocidos por recibir y por no recibir el tratamiento o los servicios.
9. Formular directrices adelantadas, incluyendo directrices adelantadas psiquiátricas, y nombrar un sustituto para tomar decisiones de cuidado médico en su nombre hasta el límite permitido por la ley.
10. Recibir servicios de personal profesional competente.
11. Contactar o consultar con consejero legal o profesionales privados seleccionados por usted a su propio costo.
12. A la confidencialidad de todos los registros del paciente (según lo definido por la ley estatal y federal).

Queremos servirle en la mejor forma que podamos. Si usted o sus familiares tienen una preocupación o un halago acerca de su cuidado o seguridad en Oaklawn, favor hacérselo saber dirigiéndolo a su equipo de tratamiento o completando la forma “Como Lo Estamos Haciendo”, ubicada en la entrada. También puede comunicarse con el Defensor del Cliente al 574-533-1234 ext. 4270.

Indiana Division of Mental Health y Adicciones en Indianapolis ofrece una Línea de Servicio al Consumidor para servicios de salud mental pública o adicciones en Indiana. Ellos reciben con mucho gusto sus halagos, preguntas o preocupaciones sobre el servicio que usted recibió en Oaklawn en el 1-800-901-1133.

Usted también puede contactar la organización que acredita nuestros servicios, The Joint Commission, por teléfono al 1-800-994-6610 o por correo electrónico a [complaint@jointcommission.org](mailto:complaint@jointcommission.org).

También puede comunicarse con los Servicios de Protección y Defensa de Indiana llamando al 317-722-5555, o al 800-622-4845.