

Derechos y Responsabilidades del Cliente

Como cliente de Consejería CareNet (CareNet Counseling), usted tiene los siguientes derechos y responsabilidades:

- El derecho a que le traten bien y a que se respete su privacidad y a no sufrir abusos mentales y físicos, negligencia, explotación, represalias ni humillaciones.
- El derecho a vivir lo más normalmente posible mientras recibe atención y tratamiento.
- El derecho a un tratamiento culturalmente competente, incluido el acceso a la atención médica y la habilitación, independientemente de la edad o el grado de enfermedad mental, discapacidad del desarrollo o abuso de sustancias.
- El derecho a un plan de tratamiento personalizado y culturalmente apropiado que se enfoque en sus objetivos, necesidades y habilidades, fortalezas, preferencias, y antecedentes culturales y necesidades.
- El derecho a recibir una copia de su plan de tratamiento en cualquier momento durante su tratamiento, solicitando una copia a su proveedor(a).
- El derecho a tener un plan de tratamiento en vigor dentro de los 15 días de la admisión a CareNet Counseling.
- El derecho a ejercer los derechos civiles de que disponen todos los ciudadanos a menos que estos derechos hayan sido limitados por un tribunal de justicia.
- El derecho a la confidencialidad. Esto significa que nadie tiene acceso a su identidad o información de salud sin su permiso por escrito, excepto en situaciones especiales que se definen en el Aviso de Prácticas de Privacidad y Consentimiento para Recibir Tratamiento.
- El derecho a los servicios que mejor se adapten a su edad, nivel de necesidad y antecedentes culturales.
- El derecho a estar completamente informado de antemano de los posibles riesgos y beneficios de las diferentes opciones de servicio.
- El derecho a estar libre de medicamentos innecesarios.
- El derecho a aceptar o rechazar cualquier servicio que le hayan ofrecido a menos que: (a) en una situación de emergencia, (b) si el servicio fue ordenado por el tribunal, (c) usted es menor de 18 años y la persona legalmente responsable por usted lo autoriza, incluso si usted se opone. El rechazo o la expresión de elección pueden referirse a la prestación de servicios, la divulgación de información, los servicios concurrentes y la composición del equipo de prestación de servicios y/o la participación en proyectos de investigación, si corresponde.
- El derecho a contactar con Derechos de Discapacidad (Disability Rights) de NC:

<i>Disability Rights NC</i>	<i>NC División de MH/DD/SAS</i>
<i>3724 National Drive, Suite 100</i>	<i>Advocacy and Customer Service</i>
<i>Raleigh, NC 27612</i>	<i>3009 Mail Service Center</i>
<i>TL: 877-235-4210</i>	<i>Raleigh, NC 27600</i>
<i>Dispositivo de telecomunicaciones para sordos (TTY): 888-268-5535 / 1-919-7153197</i>	
<i>FAX: 919-856-2244</i>	<i>TF: 1-855-262-1946</i>

Consejería CareNet

- La responsabilidad de mantener todas las citas programadas y llamar para cancelar y/o reprogramar dentro de las 24 horas de la cita.
- La responsabilidad de proporcionar tanta información como sea posible sobre su salud, historial médico y beneficios de seguro
- La responsabilidad de pagar su factura en su totalidad en cada cita, o de proporcionar información actual del seguro médico, para que este pueda ser archivado en su nombre.
- La responsabilidad de notificar a su proveedor(a) y a nuestra oficina administrativa, si usted tiene dificultades financieras que afecten la capacidad de pago, de modo que se puedan considerar arreglos alternativos.
- La responsabilidad de notificar a su proveedor(a) sobre cualquier otra atención que esté recibiendo y sobre cualquier medicamento que esté tomando, incluyendo los cambios de medicamentos.
- La responsabilidad de notificar a su proveedor(a) / a nuestra oficina administrativa sobre cualquier cambio en las responsabilidades del seguro / pago.
- La responsabilidad de mantener la confidencialidad con respecto a cualquier persona que se encuentre en la oficina de CareNet.
- La responsabilidad de participar en la planificación del tratamiento.
- La responsabilidad de participar, consistentemente y de la mejor manera posible, en las sesiones de terapia y de cumplir con las responsabilidades del plan de tratamiento, incluyendo las tareas escolares. El no hacerlo puede causar que lo refieran a otro médico, cuando parezca que el tratamiento no está siendo de ayuda.
- La responsabilidad de tratar al personal y a otros clientes con cortesía y respeto.

Al firmar a continuación, usted confirma que ha leído y comprendido la información anterior.

Nombre en letra de molde del/de la cliente: _____

Firma del/de la cliente: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde de la parte legalmente responsable (si es necesario): _____

Firma de la parte legalmente responsable: _____ Fecha: _____

Firma del/de la consejero(a): _____ Fecha: _____