



Código de Caso del Cliente: \_\_\_\_\_

## Declaración de Entendimiento

### **Beneficio de Perspectives/Atención Administrada**

Los servicios de Perspectives son proporcionados para usted y su familia como beneficio del empleado. Perspectives ofrece evaluaciones, referencias, seguimiento y, dependiendo del modelo de beneficio que su empresa ha escogido, asesoría a corto plazo y/o gestión de casos. Cuando un problema requiere de servicios especializados o a largo plazo, se puede dar una referencia luego de la evaluación inicial. Si ha sido referido, puede que los servicios especializados o a largo plazo incurran costos. Esos servicios pueden estar cubiertos bajo los beneficios de seguro proporcionados por su empleador; sin embargo, es su responsabilidad determinar si el costo de estos servicios está cubierto por sus beneficios de seguro. Es responsabilidad suya verificar su elegibilidad a través de su agente de seguros, la cual incluye información sobre los deducibles, el máximo vitalicio y afecciones pre-existentes. **Si su plan incluye servicios de atención administrada de Perspectives**, Perspectives puede proporcionar autorización terapéutica; sin embargo, los reclamos de seguro deben ser presentados a su agente de seguros y puede que la elegibilidad cambie luego de que se de la autorización. Toda continuación o cambios a su tratamiento debe tener previa autorización del Departamento de Atención Administrada de Perspectives para máxima cobertura. Usted es responsable de cualquier cargo no cubierto (coseguro, deducibles o servicios brindados cuando la elegibilidad ya no tiene vigencia).

### **Confidencialidad**

Perspectives y/o sus servicios afiliados son estrictamente voluntarios y confidenciales, según lo exigen las leyes estatales y federales. Ninguna información relacionada a la naturaleza del problema puede ser divulgada sin su expreso consentimiento, escrito o verbal, salvo en casos de abuso infantil o cuando una persona puede representar una amenaza a su propia seguridad o a la seguridad de un tercero. Dichas instancias pueden incluir, pero no se limitan a, cuando existe una amenaza de matar o lesionar a otra persona, una amenaza de suicidio, instancias donde un profesional de la salud continúe brindando tratamiento a pacientes en situaciones con posibilidad de que su propia enfermedad, o abuso de drogas o alcohol, creen un peligro a los pacientes, o donde existe la posibilidad de que su propia enfermedad, o abuso de drogas o alcohol, creen un riesgo en un puesto responsable de seguridad.

Perspectives también debe divulgar información por orden judicial o en instancias donde se interpone una demanda legal en contra de Perspectives.

### **Cancelación de Citas**

Si necesita cancelar una cita de Perspectives, llame a su consejero de el beneficio con 24 horas de anticipación a la hora de su cita. Si las circunstancias no se lo permiten, llame a su consejero para discutir la situación.

### **Referencia del Supervisor/Gerencia para Perspectives**

Si el supervisor inicia los servicios de Perspectives a causa de inquietudes relacionadas al desempeño laboral, ni la naturaleza del problema ni los detalles de la recomendación serán divulgados a menos que usted autorice la divulgación de información por escrito (a menos que exista una amenaza inmediata a su seguridad o a la seguridad de un tercero, según se indica en la sección de Confidencialidad, y que afecte directamente sus obligaciones como empleado). En instancias donde se requiera que Perspectives haga una recomendación relacionada a su aptitud para regresar a trabajar, dicha recomendación puede ser retenida si Perspectives se ve imposibilitado de divulgar dicha información en su totalidad debido a su falta de disposición de que se divulgue.

### **Servicios de Gestión de Casos**

Si actualmente recibe servicios de paciente interno o servicios intensivos de paciente externo, Perspectives le ofrece servicios de gestión de casos a lo largo de su participación en este programa terapéutico, tanto como posteriormente. Sírvase comunicarse con su consejero de Perspectives lo más pronto posible para discutir la posible coordinación entre el centro terapéutico, usted, su familia y/o su lugar de trabajo. Le instamos

**He leído este formulario y entiendo su contenido.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Cliente**

\_\_\_\_\_  
**Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Nombre Impreso del Cliente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

## Aviso sobre las Normas de Privacidad

(dos páginas)

ESTE AVISO DESCRIBE DE QUÉ MANERA SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE. **Usted puede solicitar de su consejero de Perspectives una copia de esta política y de su aviso de derechos de privacidad en cualquier momento. Solicitamos que firme una copia de la declaración de derechos (siguiente página).**

Perspectives y su red de proveedores afiliados, ubicados dentro y fuera de los Estados Unidos, respeta la confidencialidad del paciente y solo divulga información médica sobre usted en conformidad con las leyes federales y estatales. Este aviso describe nuestras políticas concernientes al uso de la información de la atención brindada a usted generada por Perspectives, Ltd. Si tiene alguna pregunta sobre esta política o sobre sus derechos, comuníquese con el Oficial Encargado de la Confidencialidad de los Datos de Perspectives.

### USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Con el objeto de brindarle una atención adecuada, hay ocasiones en las que tendremos que compartir su información médica con personas ajenas a nuestra práctica médica, para fines de:

Tratamiento: Para proporcionar, coordinar o administrar la atención brindada a usted, o cualquier servicio relacionado, incluyendo compartir información con personas ajenas a nuestra práctica con quienes estemos consultando o a quienes estemos refiriendo.

Pago: Para obtener el pago correspondiente por tratamiento y servicios proporcionados. Esto incluirá el contactar a su compañía de seguro médico para la autorización previa de un tratamiento planificado o por propósitos de facturación.

Actividades administrativas relacionadas con la atención: Para coordinar nuestras actividades de negocios. Esto pudiera incluir la programación de sus citas, la evaluación de la atención proporcionada a usted y la supervisión de nuestro personal.

**Información divulgada sin su consentimiento.** Bajo las leyes de Illinois y federales, su información puede divulgarse sin su consentimiento en las siguientes circunstancias:

Emergencias. La información puede ser compartida cuando se encuentre ante una situación de emergencia.

Citas/atención de seguimiento. Nos estaremos contactando con usted para recordarle de citas próximas o para ofrecerle información sobre tratamientos alternativos u otros beneficios y servicios relacionados a la salud que pudieran interesarle.

Según lo exija la ley. Esto incluye situaciones en las que tengamos una orden de comparecencia, una orden judicial o estemos obligados a proporcionar información médica pública, como en el caso de enfermedades propagables o si se sospecha de abuso o negligencia, como en el caso de abuso infantil, abuso de personas mayores o a nivel institucional.

Requisito gubernamental. Podríamos divulgar información a una entidad supervisora de servicios de salud para actividades autorizadas por ley, como para auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. También tenemos la obligación de compartir información si lo solicita el Departamento de Salud y Servicios Humanos para determinar nuestro cumplimiento de las leyes federales respecto a los servicios de salud.

Actividad delictiva o daño a los demás. Si se comete un delito en nuestras instalaciones o en contra de nuestro personal, podemos compartir información con las fuerzas del orden para la captura del delincuente. También tenemos el derecho de involucrar a las fuerzas del orden si creemos que existe un peligro inminente hacia alguna persona.

### DERECHOS DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

Usted tiene los siguientes derechos bajo las leyes estatales y federales:

Copia de su expediente. Usted tiene derecho a revisar el expediente médico que nuestra práctica ha expedido sobre usted. Pudieran aplicar cargos extras por la reproducción y el envío por correo de su expediente médico.

Divulgación de información. Usted puede dar su consentimiento escrito para la divulgación de su información a terceros, para cualquier propósito que elija. Esto podría incluir su abogado, empleador u otros que deseen tener conocimiento de la atención proporcionada a usted. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, salvo que previamente se hayan tomado medidas en relación a esta autorización.

Restricciones de la información. Usted puede solicitarnos no usar o divulgar parte de la información médica. Esta solicitud debe ser por escrito. La Práctica no tiene obligación de acceder a su solicitud si creemos que es para su beneficio permitir el uso y divulgación de la información. Esta solicitud debe ser entregada al Oficial Encargado de la Confidencialidad de los Datos de Perspectives.



Comunicación con usted. Usted puede solicitar que enviemos información a otra dirección o por medios alternativos. Aceptaremos dicha solicitud siempre que sea razonable y que nos aseguremos esté correcta. Tenemos el derecho de

verificar que la información de pago que nos proporcione es correcta. También podemos proporcionarle la información por correo electrónico si así usted lo solicita. Si usted desea que mantengamos comunicación por correo electrónico, también tiene derecho a una copia impresa de este aviso de privacidad.

Enmendadura de la información. Si usted cree que algo en su expediente es incorrecto o incompleto, puede solicitar que se enmiende. Para hacer esto, comuníquese con el Oficial Encargado de la Confidencialidad de los Datos de Perspectives y solicite el formulario de Solicitud para Enmendar la Información Médica. En ciertos casos, podemos denegar su solicitud. Si le denegamos su solicitud de una enmendadura, usted tiene el derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros. Luego, nosotros presentaremos nuestra respuesta y su declaración y nuestra respuesta serán agregadas a su expediente.

Contabilidad de divulgaciones. Usted puede solicitar una lista de las divulgaciones que hemos hecho respecto a su información médica, excepto por la información que usemos para propósitos de tratamiento, pago o actividades administrativas relacionadas con la atención médica o que compartamos con usted o su familia, o información en la que usted nos proporcionó un consentimiento específico para divulgar. Esto también excluye información que tenemos la obligación de divulgar. Para recibir información respecto a las divulgaciones realizadas por un período de tiempo específico de no más de seis años, y posterior al 14 de abril de 2003, envíe su solicitud por escrito al Oficial Encargado de la Confidencialidad de los Datos de Perspectives. Le informaremos del costo asociado con la preparación de esta lista.

Preguntas y quejas. Si tiene alguna pregunta, desea una copia de esta Política o tiene alguna queja, puede contactar al Oficial Encargado de la Confidencialidad de los Datos de Perspectives por escrito en nuestra oficina para mayor información. También puede presentar su queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que nuestra Práctica ha violado sus derechos de privacidad. No tomaremos represalias en contra suya por presentar una queja.

Cambios a la política. La Práctica se reserva el derecho de cambiar su Política de Privacidad en base a las necesidades de la Práctica y a cambios en las leyes estatales y federales.

***Acuse de Recibo de los Derechos de Privacidad y Consentimiento para Divulgar Información Médica Protegida entre el Proveedor Afiliado y Perspectives, Ltd.***

Confirmando haber recibido y entendido mis derechos de privacidad en relación con los Servicios de Asistencia al Empleado (Miembro). Además autorizo a Perspectives, Ltd. (Programa de Asistencia al Empleado) y

---

**(Afiliada u organización local que brinda servicios a nombre de Perspectives)**

a intercambiar información escrita y verbal sobre mis servicios de asistencia al empleado (y los de mi familia), incluyendo información sobre las evaluaciones, necesidades, impresiones, recomendaciones de consejería, referencias, fechas de servicio y contacto(s) con terceras partes en conexión con tratamientos, pagos y operaciones de servicios.

---

**Firma(s) de cliente(s) adulto(s)**

**Fecha**

Proveedor Afiliado de Perspectives retendrá una copia de este aviso con su firma en su expediente. Le proporcionaremos una copia si usted lo solicita.



## CONSENTIMIENTO DE TELESALUD

Yo \_\_\_\_\_ (el "cliente"), he solicitado que  
\_\_\_\_\_ (el "consejero"), \_\_\_\_\_ (tipo de  
licencia) y Perspectives, Ltd., una corporación de Illinois ("Perspectives") se comuniquen y me brinden  
servicios de EAP mediante programas de comunicación basados en Internet, como Zoom.

Al comunicarme con el Consejero mediante programas de comunicación basados en Internet,  
entiendo, reconozco y acepto lo siguiente:

1. Entiendo que Perspectives me ha invitado a participar en una cita / consulta de telesalud para brindar  
evaluación y asesoramiento a corto plazo.
2. Un representante de Perspectives me ha explicado que la tecnología de videoconferencia no será lo mismo  
que una visita directa de un cliente / consejero debido al hecho de que no estaré en la misma habitación  
que mi consejero.
3. Entiendo que existen riesgos asociados con el uso de esta tecnología, como
  - a. Interrupciones, dificultades técnicas e incapacidad de obtener información suficiente para la  
toma de decisiones sobre mi problema, y que se tomarán todas las precauciones posibles para  
minimizar estos riesgos. Además, mi consejero o yo podemos interrumpir la visita de telesalud si  
consideramos que la información obtenida a través de la conexión de telesalud no es adecuada  
para la toma de decisiones o para implementar la gestión de mi (s) problema (s).
  - b. En casos muy raros, los protocolos de seguridad podrían fallar, provocando una violación de la  
privacidad de la información personal. En ese caso, completaremos la sesión por teléfono o, si  
está disponible, programaremos una cita en persona en el lugar donde se pueda proporcionar la  
evaluación adecuada y el asesoramiento a corto plazo.
4. Entiendo que la información que proporciono se puede compartir solo con otras personas en Perspectives  
para fines de programación.
5. Se me han explicado las alternativas a una cita / consulta de telesalud (si corresponde).

Al firmar este formulario, certifico que:

- He leído o me han leído este formulario y / o me han explicado este formulario.
- Entiendo completamente su contenido, incluidos los riesgos y beneficios de la cita / consulta de telesalud.  
Se me ha brindado una amplia oportunidad para hacer preguntas y que todas las preguntas han sido  
respondidas a mi satisfacción.
- Doy mi consentimiento para esta consulta / cita de telesalud.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de consejero: \_\_\_\_\_

## Consentimiento Para Liberar Información Confidencial

Yo, \_\_\_\_\_, consiento y autorizo voluntariamente las siguientes divulgaciones de información. (Nombre de cliente)

### Sección I

Autorizo a Perspectives EAP a divulgar y liberar a las siguientes personas u organizaciones:

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

Toda la información necesaria para:

- referir al cliente para tratamiento
- tener servicios autorizados
- obtener cobertura de beneficios o pago por servicios
- ayuda en la planificación, prestación o seguimiento de servicios
- otro

### Sección II

Yo autorizo \_\_\_\_\_ (Proveedor de servicios) para divulgar y entregar al EAP toda la información necesaria para ayudar a administrar o coordinar mi caso.

### Sección

Autorizo al EAP a divulgar y divulgar al representante de mi empleador:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Nombre de supervisor o representante del empleador)

la siguiente información:

- He mantenido citas con el consejero de EAP
- Las recomendaciones de la EAP con respecto al nivel de servicio
- Remisión a recursos externos cuando sea apropiado
- Mi cumplimiento y / o cumplimiento de las recomendaciones del EAP
- otro

Entiendo que tengo derecho a inspeccionar cualquier información escrita que se divulgue. Entiendo que si no doy mi consentimiento, la información que se busca divulgar no se divulgará excepto según lo disponga la ley. Mi consentimiento está sujeto a revocación por escrito en cualquier momento, pero dicha revocación no puede tener ningún efecto sobre las divulgaciones ya realizadas. En todo caso, esta autorización caduca sin revocación expresa a un año de la fecha que figura a continuación. Aviso: Ninguna persona o empresa a la que se divulgue información de conformidad con esta autorización puede volver a divulgar dicha información a menos que la persona que autorizó esta divulgación consienta específicamente en dicha divulgación. Entiendo que, si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede volver a divulgarse y dejar de estar protegida por estas regulaciones. Sin embargo, se le puede prohibir al destinatario divulgar información relacionada con la salud mental, el abuso de sustancias o el SIDA según los Requisitos federales de confidencialidad del abuso de sustancias, la Ley de confidencialidad de salud mental y discapacidades del desarrollo de Illinois y la Ley de confidencialidad del SIDA de Illinois. También entiendo que la persona a la que autorizo a utilizar la información puede recibir una compensación por hacerlo. Entiendo que puedo inspeccionar y copiar la información divulgada. Además, entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago ni mi elegibilidad para los beneficios.

**NOTA PARA LA AGENCIA / PERSONA RECEPTORA:** Esta información le ha sido revelada de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR, Parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer más divulgaciones de esta información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita 42 CFR, Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o otra información NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas. La ley estatal con respecto a la confidencialidad de los registros de salud mental también prohíbe la divulgación de esta información sin el consentimiento específico de la persona que dio su consentimiento para la divulgación.

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha