

## **DERECHOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO CLIENTE/PACIENTE/ESTUDIANTE**

Wheeler no excluye, trata diferente o discrimina contra individuos de una manera que viola las leyes federales de derechos civiles.

### **MIS DERECHOS COMO CLIENTE/PACIENTE/ESTUDIANTE DE WHEELER SON:**

1. Ser tratado sin restricción, limitación, o denegación en base a raza, color, credo religioso, sexo, edad, origen nacional, ascendencia, estado civil, orientación sexual, identidad y expresión de género, o fuente legal de ingresos y sin discriminación ilícita por discapacidad mental o física.
2. Ser tratado de manera segura, justa y respetando la dignidad personal y la privacidad en el ambiente menos restrictivo. Si el cliente/paciente recibe servicios de atención primaria en Wheeler, esto incluye el derecho a tener un acompañante presente durante cualquier examen médico delicado.
3. Tener una participación activa en la planificación de mis propuestos servicios, y conocer los roles de mí y del personal en mis servicios. El personal me informara de cualquier alternativa de servicios y las ventajas y desventajas asociadas con los servicios antes del comienzo de recibir dichos servicios. Si yo tengo un plan individualizado de servicio como parte de mis servicios en Wheeler, estos serán revisados conmigo periódicamente, y reflejarán mis metas de servicio que yo he acordado, nombre del personal asignado y descripción del tipo y frecuencia de servicios que me serán proveídos.
4. Tener mi privacidad respetada y tener aplicadas y seguir todas las leyes de privacidad que me aplican. Es mi derecho recibir de Wheeler un Aviso de Practicas & Confidencialidad que me provee con información detallada sobre como información sobre mí que es recibida y/o creada por Wheeler puede ser utilizada y divulgada, y como yo puedo controlar o tener acceso a esta información. Este aviso también describe cuando mi información puede ser divulgada sin mi consentimiento. Yo entiendo que basado en el tipo de servicios que yo recibo en Wheeler, diferentes derechos de privacidad y leyes pueden aplicar y como Wheeler las utilice y divulgue mi información puede variar.
5. Dar autorización por escrito si se hace una grabación de video o audio de mi persona, o si seré incluido en un proyecto de investigación, a menos que la Junta de Revisión Institucional/Comité de Investigación apruebe una exención al consentimiento.
6. Si tengo menos de 18 años de edad, puedo buscar y pedir ciertos servicios, tal como tratamiento para trastornos por uso de sustancias, examinación de enfermedad venérea y/o tratamiento sin el conocimiento o permiso de mis padres o guardián. Yo también puedo recibir servicios como tratamiento de salud mental de paciente externo y prueba de VIH/SIDA y/o tratamiento sin consentimiento parental, proveyendo que ciertas condiciones estén satisfechas. Yo entiendo que mi proveedor puede explicar estas condiciones como pueden aplicar.
7. Puedo solicitar información sobre la educación y entrenamiento de los miembros de mi equipo de tratamiento/servicio.
8. Expresar mis preocupaciones o hacer una queja verbalmente o por escrito sobre la calidad o seguridad del tratamiento o servicios que yo he recibido. Se me anima hablar con mi proveedor de servicio, el Administrador de Programa o el Vice Presidente del Departamento si no estoy contento con las pólizas, servicios, personal de la Clínica. Si yo creo que mis preocupaciones no han sido dirigidas adecuadamente por la organización, yo puedo contactar la Comisión Conjunta (si recibe servicios en un programa acreditado por la Comisión Conjunta) o la agencia estatal de licencias para asistirme en resolver mis preocupaciones. Si soy un adulto siendo servido por un programa que es fundado por el Departamento de Servicios de Salud Mental y Adicción de Connecticut y tengo preocupaciones sobre mis derechos que siento que no han sido adecuadamente dirigidas por la organización, Yo puedo hacer una queja con el Oficial de Derechos del Cliente de Wheeler llamando al (860) 793-3199.
9. Dejar de recibir materiales de mercadeo y o de recaudación de fondos de Wheeler, como boletines, escribiendo al Vicepresidente de Mercadeo y Filantropía al 91 Northwest Drive, Plainville, CT 06062.
10. Recibir con previa solicitud, y a tiempo asistencia lingüística o de comunicación como servicios de interprete y de traducción o TTY. Si siento que mis necesidades lingüísticas o de comunicación no han sido adecuadamente dirigidas, yo puedo expresar mis preocupaciones con el equipo de administración de programa que me esta sirviendo. Yo también pedo dirigir mis preocupaciones a la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos, Government Center, J.F. Kennedy Federal Building - Room 1875, Boston, MA 02203, Teléfono de Voz (800) 368-1019, FAX (617) 565-3809, TDD (800) 537-7697.
11. Acceder a servicios cubiertos por la ley federal de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) Titulo II y Titulo III y los Estatutos del Estado de Connecticut. Esto incluye cuando sea necesario, la habilidad de acceder a todas las localizaciones de Wheeler con un animal de servicio según se define en las reglamentaciones de ADA. Para obtener información sobre las reglamentaciones de ADA, puedo llamar al teléfono de voz (800) 514-0301 o TTY (800) 514-0383.

Nombre del Paciente/Cliente/Estudiante (Imprima)

Número de Expediente Médico

**MIS RESPONSABILIDADES COMO CLIENTE/PACIENTE/ESTUDIANTE DE WHEELER SON:**

1. Participar en la planificación de los servicios/tratamiento y seguir con las recomendaciones acordadas y las actividades de auto-manejo. Yo entiendo que, si elijo no llevar a cabo mis responsabilidades, Wheeler puede suspender o terminar tratamiento o servicios.
2. Cumplir con las reglas del programa al que estoy asignado, si corresponde.
3. Ser respetuoso al personal y a otros pacientes/clientes/estudiantes y visitantes. Las amenazas (verbales y no verbales) o actos de violencia contra otros u objetos no serán toleradas y pueden llevar a la suspensión o terminación del tratamiento o servicios.
4. Informar con exactitud mi historial de salud y de medicamentos a mi mejor capacidad a mis proveedores de servicios, si se solicita.
5. En medida de lo posible, notificar a mi equipo de servicio en caso de que reciba atención en un hospital u otra institución, y notificar al hospital/institución que soy un paciente/cliente/estudiante de Wheeler, para que pueda proporcionar consentimiento por escrito, para compartir mi información con el fin de coordinar y planificar mi atención.
6. Asistir a todos los servicios o dar una notificación de cancelación adecuada.
7. Llegar a todos los servicios en un estado libre de alcohol y/o drogas y respetar las áreas de no fumar.
8. Abstenerse de traer armas, alcohol y/o sustancias ilegales a las Wheeler.
9. Respetar la privacidad de otros pacientes/clientes de la Wheeler.
10. Abstenerse de realizar grabaciones de audio y video en las instalaciones de Wheeler o mientras recibe servicios.
11. Pagar todos los co-pagos de seguros, cuotas de servicio y saldos existentes asociados con mis servicios, si corresponde.
12. Si asisto a los servicios de Wheeler con un animal de servicio, tal como se define en las reglamentaciones de ADA, yo entiendo mi responsabilidad de mantener el control del animal de servicio en todo momento y de seguir las instrucciones descritas en las reglamentaciones.

**CONSENTIMIENTO A TRATAMIENTO Y SERVICIOS**

1. Estoy de acuerdo en participar en los servicios / tratamiento de acuerdo con los derechos y responsabilidades anteriores. Tales tratamientos o servicios pueden incluir evaluaciones, pruebas, tratamiento de salud mental y / o abuso de sustancias, tratamiento y servicios médicos, servicios dentales, servicios de crisis, servicios domiciliarios, manejo de casos, manejo de atención, manejo de medicamentos, intervenciones psico-educativas tempranas, Servicios de infancia, servicios de justicia comunitaria, colocación y / o educación. Mi servicio también puede incluir pruebas genéticas, análisis de orina aleatorios, alcoholes o pruebas de cabello
2. Estoy eligiendo libremente participar en servicios / tratamiento a través de Wheeler, y entiendo que puedo decidir dejar de participar en tales servicios voluntarios / tratamiento en cualquier momento. Entiendo que tengo la opción de recibir atención de un proveedor diferente, buscar una segunda opinión y / o buscar atención especializada. Si soy un menor de edad (menor de 18 años), entiendo que mi guardián legal puede ser el individuo que consiente en mi nombre a participar en servicios / tratamiento y se reserva el derecho de decidir terminar mi participación en el tratamiento en cualquier momento.
3. Acepto participar en los servicios de telesalud (también denominados como "visitas virtuales") en caso de que me resulten convenientes. He sido informado-a de no estoy obligado/a a usar dichos servicios de telesalud, así como de que puedo dejar de utilizarlos en cualquier momento.
4. Puesto que Wheeler tiene un enfoque integral de atención de la persona, con la misma importancia puesta en el bienestar físico, emocional y psicosocial, este consentimiento firmado se extiende a todos mis servicios de Wheeler y proveedores. Se me puede pedir autorización por escrito antes de recibir ciertos tratamientos o servicios médicos.

**Al firmar a continuación, reconozco que la información sobre mis derechos y responsabilidades se me ha explicado de una manera que entiendo y que estos derechos y responsabilidades están vigentes mientras continúo recibiendo los servicios de Wheeler.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Cliente/Estudiante      Fecha de Hoy      Fecha de Nacimiento      Edad (si menor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Padre/Guardián Firma si aplica      Fecha de Hoy

Relación al Paciente/Cliente/Estudiante:  Padre/Madre  Guardián  Otro \_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD - Al firmar a continuación, reconozco que me han dado una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad y Confidencialidad de Wheeler. Entiendo que, si tengo preguntas sobre este aviso, Puedo preguntar a mi proveedor de servicios o contactar al Oficial de Privacidad de Wheeler al (860) 793-3777.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Cliente/Estudiante      Fecha de Hoy      Fecha de Nacimiento      Edad (si menor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Padre/Guardián Firma si aplica      Fecha de Hoy

Relación al Paciente/Cliente/Estudiante:  Padre/Madre  Guardián  Otro \_\_\_\_\_