



FORMA DEMOGRAFICA DE CLIENTE (RSS)

FAVOR USAR LETRA DE MOLDE

Nombre del Padre/Cuidador: _____ Sexo: Femenino Masculino

Apellido
Primer Nombre
Segundo Nombre

Dirección de Casa: _____

Calle
Ciudad
Estad
Código Postal

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____

de Licencia/ID: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # de Seguro Social: _____

Relación con Niño(a): _____ ¿Guardian Legal? Si No

Acuerdo de Custodia: _____ ¿Caso Abierto con DCFS? Si No

Nombre de CSW: _____ Numero de Telefónico de CSW: _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Teléfono de Emergencia: _____

Relación con el Contacto de Emergencia: _____

Nombre(s) de los Niños (Bajo su Cuidado Directo):	Fecha(s) de Nacimiento

Afirmo bajo pena de perjurio que la información mencionada en este documento es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento y si recibimos servicios de The Children's Center of the Antelope Valley, estoy de acuerdo en informar a la oficina de cualquier cambio inmediatamente.

Firma del Adulto Responsable: _____ Fecha: _____

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

Referral Source: _____ Start Date: _____

Exym #: _____ RSS Tracking #: _____ DCFS Case#: _____

Staff Initials: _____



POLÍTICA Y CONSENTIMIENTO DE REGISTROS MÉDICOS

Las normas siguientes son las expectativas requeridas para solicitar y /o divulgar información de salud para los clientes actuales o anteriores de The Children's Center of the Antelope Valley. The Children's Center valora su confidencialidad y se atiene a todas las regulaciones de HIPAA encomendadas por el Departamento de Salud Mental de contrato(s)

Solicitudes de Registros Médicos consisten en la obtención y/o la divulgación de información de salud del cliente a través de:

- Suelte o ceder datos y/o información de salud
- Obtener o utilizar los registros y/o información.
- Mutuamente discutir o intercambiar registros y/o información

Mi información altamente confidencial:

Al firmar mi nombre junto a una categoría de información altamente confidencial serán numerados a continuación en un formulario de Autorización, donde autorizo específicamente el uso y/o divulgación de la clase de información altamente confidencial que se indica al lado de mi firma, si tal información será utilizada o divulgada virtud de una autorización:

- Información sobre la enfermedad mental o discapacidad del desarrollo
- Notas de psicoterapia
- Información sobre el VIH/SIDA Pruebas diagnóstico o tratamiento (incluyendo el hecho de que la prueba del VIH se le ordeno, realizada o reportada, con independencia de que los resultados de estas pruebas fueron positivos o negativos)
- Información sobre Enfermedades Transmisibles
- Información sobre Sustancias (es decir, alcohol o drogas) abuso, prevención y tratamiento
- Información sobre Asalto Sexual
- Información sobre el Abuso y Negligencia Infantil
- Información sobre Pruebas Genéticas
- Información sobre Abuso Doméstico
- Información sobre el Abuso de Ancianos

RECEPTOR – Nombre de la persona o clase de personas a las que el Centro de Niños puede divulgar mi información de salud.

PLAZO – La duración del tiempo en que una autorización se mantendrá en efecto.

OBJETIVO – Autorizo al Centro de Niños de Antelope Valley para usar o divulgar mi información de salud (incluyendo la información altamente confidencial que he seleccionado anteriormente, si los hubiera) durante la vigencia de la Autorización para el propósito específico(s).



Entiendo que una vez que The Children's Center Revele mi información de salud a los beneficiarios, The Children's Center no puede garantizar que el destinatario no divulgara mi información de salud a un tercero. El tercero no puede ser obligado a acatar cualquier autorización o las normas federales y estatales que rigen en el uso y divulgación de mi información de salud.

Entiendo que The Children's Center puede, directa o indirectamente, recibir una remuneración de un tercero en relación con el uso o divulgación de me información de salud.

Yo entiendo que puedo hacer en cualquier momento una solicitud por escrito a The Children's Center de inspeccionar y/o obtener una copia de mi información de salud. A petición de presentación, debo de proporcionar a The Children's Center una **prueba de identificación (ID) valida y emitida por el gobierno; tal como una Licencia de Conducir del Estado, ID del Estado o Pasaporte, a la cual se le ara una fotocopia.** The Children's Center, dentro de los treinta (30) días de petición de recepción de dicha solicitud por escrito, puede o bien acceder a la solicitud y ponerse en contacto conmigo para concertar una hora conveniente para inspeccionar y/o copiar la información de mi salud o darme una denegación por escrito de la solicitud de que establece las bases para la negación, mis derechos de la revisión (si lo hay), y las instrucciones sobre cómo y a quien puedo registrar una queja con respecto a la negación. **Si concede la petición un cargo de \$25.00 debe ser pagado.**

Yo entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de la autorización.

Yo entiendo que puedo negarme a firmar o revocar (en cualquier momento) una Autorización por cualquier motivo y que dicha negativa o revocación no afectara el comienzo, la continuación o la calidad de mi tratamiento en The Children's Center. Excepto que, sin embargo, si mi tratamiento en The Children's Center es con el único propósito de crear información de salud para la divulgación al destinatario identificado en la Autorización, en cuyo caso The Children's Center puede negarse a tratarme si no firmo una Autorización.

Entiendo que una autorización se mantendrá en efecto hasta que el plazo o una autorización vence o que proporcione una notificación escrita de revocación a The Children's Center Privacy Office a la dirección indicada a continuación. La revocación será efectiva inmediatamente después de que The Children's Center reciba mi notificación por escrito, salvo que la revocación no tendrá efecto alguno sobre las medidas adoptadas por The Children's Center basándose en una autorización antes de recibir mi notificación escrita de revocación.

Puedo contactar a The Children's Center of the Antelope Valley's Privacy Office por correo a:
45111 Fern Ave, Lancaster, CA 93534 o por teléfono (661) 949-1206

He leído y comprendido los términos de una Autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y/o divulgación de mi información médica. Con mi firma, por la presente, a sabiendas y voluntariamente, entiendo la política de The Children's Center of the Antelope Valley para autorizar el uso o la divulgación de salud protegida de la manera que describo en un formulario de autorización firmado.

Nombre del Cliente (Letra de Molde)

Firma del Cliente

Fecha

Si el paciente es menor de edad o no puede firmar esta Autorización, obtener las siguientes firmas:

Firma del Adulto Responsable

Relacion con el Cliente

Fecha

Firma de Testigo

Fecha

de Cliente MIS

Numero de Proveedor



CONFIDENCIALIDAD

Lo que se discute en sesiones por los padres y los hijos con empleados es información confidencial. No puede ser compartidas fuera de la sesión por parte del personal de tratamiento con otras personas. Hay, sin embargo, excepciones a esta regla y la información puede ser compartida fuera de las sesiones de tratamiento cuando cualquiera de las siguientes circunstancias:

1. Cuando los formularios de consentimiento firmados que nos permite compartir información.
2. Cuando el tribunal nos ordena entregar información.
3. Cuando hay una sospecha de abuso de menores, la sección 1116 del Código Penal requiere que todo el personal de tratamiento que trabaja con niños y familias informan que la sospecha de una agencia de protección infantil. Los miembros del personal de The Children's Center, están obligados a reportar y reportaran las sospechas de abuso de menores, así como las sospechas de maltrato a personas mayores.
4. Cuando el personal de tratamiento de The Children's Center cree por alguna razón que un cliente está en peligro de hacerse daño a sí mismo(a) u otra persona, la ley exige que el personal tome medidas para proteger a la víctima.
5. Cuando el personal de tratamiento de The Children's Center cumple con la supervisión semanal y reuniones de personal clínico, comparten rutinariamente la información del cliente con los demás.

Administrativos de casos de RSS tienen un mínimo de un título Bachiller y son para-profesionales sin licencia. Un MFT con licencia supervisada el personal para-profesional. Los reglamentos de confidencialidad arriba mencionados se aplican a los casos asignados a todos los empleados del Children's Center of the Antelope Valley y sus subcontratistas.

He leído la información anterior y/o revisado su contenido con un miembro del personal. Entiendo que, bajo ciertas condiciones, hay límites a los derechos de los clientes a la confidencialidad sobre el tratamiento a The Children's Center of the Antelope Valley.

Nombre del Adulto Responsable: _____

Firma del Adulto Responsable: _____ Fecha: _____

Represéntate de Agencia: _____ Fecha: _____



CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

El suscrito cliente o adulto responsable consiente y autoriza los servicios de salud por parte de: The Children's Center of the Antelope Valley.

Estos Servicios pueden incluir pruebas psicológicas, psicoterapia/orientación, servicios de rehabilitación, medicamentos, gestión de casos, pruebas de laboratorio, procedimientos diagnósticos, otros servicios apropiados. Si bien los servicios se pueden presentar en diferentes lugares, todos los servicios del sistema de salud mental del condado de Los Ángeles serán coordinados por el personal de una sola institución.

1. Tiene derecho a recibir información y participar en la elección de los servicios que se le presten;
2. Tiene derecho a recibir cualquiera de los servicios antes mencionados sin estar obligado a recibir otros servicios del sistema de salud mental del condado de los Ángeles;
3. Todos los servicios son voluntarios y tiene derecho a solicitar un cambio de proveedor de servicios (institución o personal) y a cancelar este consentimiento en cualquier momento;
4. Como condición de empleo, todos los empleados de la institución firman cada año un juramento de confidencialidad que les prohíbe dar a conocer información sobre los clientes, excepto en los casos permitidos por las leyes, políticas y procedimientos de privacidad federales, estatales, y del Departamento;
5. Toda la información que se comunique a los empleados y sea importante para la atención, debe incluirse en la historia clínica para asegurar que todo el personal que participe en el tratamiento tenga a su disposición información completa sobre el cliente al decidir que tratamiento será apropiado para sus necesidades y brindarle atención de calidad.
6. En una base de información computarizada se registra el nombre de todos los clientes y los programas que les brindan servicios, y que, sin requerirse su autorización, todos los empleados del sistema del Departamento, ya sea directos o de servicios contratados, acceden a esta información;
7. La información de la historia clínica de los clientes sobre sus necesidades de servicios puede ser compartida dentro de la institución o dentro del sistema de salud mental del condado de Los Ángeles (directamente o a través de servicios contratados).

Nombre del Adulto Responsable: _____

Firma del Adulto Responsable: _____ Fecha: _____

Representante de Agencia: _____ Fecha: _____



POLITICA DE QUEJAS DEL CLIENTE

Departamentos de Servicios Sociales de California (CDSS) Manual de Políticas y Procedimientos (MPP) División 31, Sección 020 requiere un proceso de quejas para revisar quejas de padres de crianza temporal (que incluye parientes aprobados y parientes que no son familiares relativos), padres legales, guardianes legales y los niños respecto a la colocación o la remoción/reemplazo de un niño o depende (no menor) de un hogar de crianza.

El DCFS 4161-I, El Reglamento de Procedimientos de Quejas del Departamento de Servicios Sociales de California contiene el texto exacto de las regulaciones del Estado de California. Todos los temas serán resueltos en el mejor interés del niño. Si su queja es con respecto a la remoción pendiente de un niño de crianza temporal o dependiente (no menor) de su hogar, comuníquese con el Trabajador Social de Niños (CSW) para discutir sus preocupaciones.

Los formularios y procedimientos de revisión de quejas están disponibles en la recepción de The Children's Center of the Antelope Valley. Si necesita ayuda para completar el formulario de Revisión de Quejas o tiene preguntas sobre el procedimiento de Revisión de Quejas, comuníquese con la Oficina del Ombudsman del DCFS al 888-889-9800.

Afirmo bajo pena de perjurio que he recibido y entendido los derechos de mi paciente como se describe en la Política de Quejas de The Children's Center of the Antelope Valley.

Nombre del Adulto Responsable: _____

Firma del Adulto Responsable: _____

Fecha: _____

Representante de Agencia _____

Fecha: _____



Lista de Comprobación de Recursos de Servicios de Apoyo (Exhibit A-15)

Categoría de Servicios de Apoyo	Servicios Ofrecidos
Apoyo académico	
Promoción de Servicios	
Administración de casos	
Cuidado de niños	
Ropa	
Resolución de conflictos y mediación	
Consejería – general	
Consejería – salud mental	
Atención infantil temprana	
Empleo	
Conferencia familiar	
Ayuda financiera	
Dispensa de comida	
Pequeños muebles y electrodomésticos	
Acceso a atención de salud	
Educación para la salud	
Aprobación de inicio de asistencia	
Plan de Educación Individualizada	
Información y referencia	
Colocación de empleo y desarrollo	
Asistencia para recibir entrenamiento de trabajo	
Asistencia legal	
Entrenamiento para mejor salud	
Atención medica/visión/Dental	
Evaluación de salud mental	
Mentor(a)	
Navegación de servicios	
Programas de Extensión en la Comunidad	
Plan de permanencia en la familia	
Asistencia con beneficios públicos	
Actividades de recreación/enriquecimiento	
Ayda para la renta y depósitos	
Grupo de apoyo	
Transportación	
Tutoría escolar	
Ayuda con biles de gas, electricidad, gua, y basura	
Ayuda para jóvenes en transición a adulto	
Cuarto de Visitas	