



Promueve oportunidades para vidas más saludables, familias más fuertes y comunidades más seguras.

Gracias por escoger a WHAT, un programa de CHC, para sus necesidades de salud. Los queremos felices con la atención que reciben.

Para empezar atención médica o de salud mental, marque en los siguientes los servicios que le interesa y complete los formularios adjuntos.

- Atención médica** incluye chequeo de salud, chequeo físico para deportes, vacunas, tratamiento de enfermedades agudas y crónicas, exámenes de salud, y referencias.
- Servicios de salud mental y terapia** incluye terapia ambulatoria para tratamiento de preocupaciones emocionales y de comportamiento, incluyendo ansiedad, depresión, trauma, inestabilidad del estado de ánimo, problemas de atención, estrés, dolor emocional, y más. Ofrecemos estos servicios en nuestra oficina en la calle Oleander, en nuestros centros de salud en cuatro escuelas secundarias, y en otras escuelas en el condado de New Hanover.
- Servicios psiquiátricos** incluyendo evaluaciones y manejo de medicina para salud mental. Este servicio es disponible después que nuestro equipo de salud primaria ha revisado sus necesidades y/o el terapeuta ha completado una evaluación y un plan de tratamiento. Evaluaciones y manejo de medicamentos psiquiátricos son proporcionados en nuestra oficina en la calle Oleander.

Aceptamos Medicaid, NC Health Choice y otros seguros. Si no califica para Medicaid, tenemos otras opciones de pagos.

WHAT está comprometido al empoderamiento de los niños, adolescentes, y adultos jóvenes en su salud, seguridad y éxito. Por favor nos deje saber si tiene preguntas. Gracias por la oportunidad de servirlos como su proveedor integral de atención médica.

Atentamente,

Su equipo de salud integrado



Promueve oportunidades para vidas más saludables, familias más fuertes y comunidades más seguras.

Responsabilidades del Paciente

Además de su derecho a servicios, favor de seguir sus responsabilidades para asegurar los mejores resultados:

- 1) Dar información correcta para ayudarnos a darle la mejor atención posible.
- 2) Seguir los planes que usted ha aceptado.
- 3) Entender su salud y participar en sus metas de tratamiento/plan de atención.
- 4) Dar información sobre cambios en su salud o estado emocional.
- 5) Hacer preguntas cuando no entiende el tratamiento o lo que tiene que hacer después de su cita.
- 6) Invitar personas que apoyen y ayuden en su tratamiento.
- 7) Ser considerado de otros pacientes y sus familiares y respetar su privacidad.
- 8) Mantener todas las citas programadas. Si no puede asistir a su cita, favor de cancelar *24 horas antes*.
- 9) Si llega más de 10 minutos tarde para su cita, reprogramaremos su cita o puede esperar para la próxima cita disponible.
- 10) Informar al personal si tiene enfermedad contagiosa.
- 11) Tomar medicamentos según lo prescrito.
- 12) Decirle al proveedor si tiene efectos secundarios de sus medicamentos.
- 13) Decirle al proveedor si los medicamentos no lo hace sentir mejor.
- 14) Decirle al proveedor si no está de acuerdo con sus recomendaciones.
- 15) Decirle al proveedor cuando y si quiere terminar tratamiento.
- 16) Traer su tarjeta de seguro (si tiene) a sus citas.
- 17) Cooperar con las personas tratando de ayudarlo.
- 18) Buscar servicios adicionales en su comunidad, si necesario.
- 19) Entender y estar de acuerdo con referencias a otros proveedores y con su plan de descarga.

Wilmington Health Access for Teens is a 501(c)(3) nonprofit organization.

Instrucciones: Imprima Claramente. Utilice pluma de color negro. Dibuje una sola línea en caso de cometer cualquier error.

Apellido:

Fecha:

Nombre:

Segundo Nombre:

(Apellido de Soltera):

Fecha de Nacimiento :

Edad:

Género: M F

SSN:

No SSN

Teléfono de la casa y código de área:

Numero de Celular y código de área:

Número de la Oficina de trabajo y código de área:

¿Tiene uno de los siguientes Seguros Médicos? (Marque el que corresponde)

¿Medicaid? No ** Sí ** Sí, ¿Tipo?¿Medicare? No ** Sí ** Sí, ¿Tipo? A Solamente B Solamente A y B¿Health Choice? No Sí¿Seguro Privado? No ** Sí Nombre: _____

(Nota: Autorización por escrito es necesaria para la Utilización/Divulgación de información Médica Protegida para comunicarnos con su seguro médico, copia de su tarjeta de seguro es requerida, y todos los servicios no son cubiertos por todos los seguros médicos.)

¿Quién lo(a) refirió a Coastal Horizons Center? (**Marque el que corresponde**)

- Uno Mismo DSS TASC Juez/ Corte Consejero de Corte
 Familia/Amigo/a Voc Rehab O.P Estatal Médico Privado Escuela
 Hospital VA O.P Federal Otro:

Dirección:

P.O. Box (si aplicable):

Ciudad:

Código Postal:

Condado:

Dirección de envió:

¿Es Ingles su idioma preferido? ** No Sí ** Si la respuesta es NO, anote su idioma preferido:

- | Raza: | | Etnicidad: | Estado Civil: |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Multi-racial | <input type="checkbox"/> Cubano | <input type="checkbox"/> Pareja Domestica |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano | <input type="checkbox"/> Islas del Pacifico | <input type="checkbox"/> Mexicano Americano | <input type="checkbox"/> Divorciado(a) |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Casado(a) |
| <input type="checkbox"/> Negro | <input type="checkbox"/> Desconocido | <input type="checkbox"/> Ninguno de Arriba | <input type="checkbox"/> Nunca Casado(a) |
| | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | <input type="checkbox"/> Separado(a) |
| | | | <input type="checkbox"/> Viudo(a) |

SOLAMENTE PARA EL USO DE LA OFICINA – FAVOR DE NO ESCRIBIR ABAJO DE ESTA LINEA

Check-In Staff viewed this page as complete:

If Insured, did client sign consents to bill? No YesIf insured, was a copy of the card obtained? No YesPrinted verification of Medicaid coverage/no coverage attached to CI packet - No Yes Eligible? No Yes

Time arrived:

Confidential Information protected by Federal Regulations: Re-disclosure prohibited unless permitted by regulations 42 CFR Part 2, & 45 CFR Parts 160-164. (rev. 09/2015)

Instrucciones: Imprima Claramente. Utilice pluma de color negro. Dibuje **una sola línea** en caso de cometer cualquier error.



Imprima Su Nombre:

SOLAMENTE PARA MUJERES:

¿Esta embarazado? No ** Sí No Segura

**Si la respuesta es Sí, Nombre de Doctor o oficina en que está recibiendo cuidado:

Grado de educación más alto completo : _____ ¿Si menos del grado 12, tiene GED? No Sí

¿Estás matriculado en la escuela? No ** Sí

**Si la respuesta es sí, ¿en qué grado está usted? Nombre de la Escuela:

- Estado de Empleo:**
- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Desempleado, buscando | <input type="checkbox"/> Recibiendo beneficios por discapacidad | <input type="checkbox"/> Trabajo de temporada |
| <input type="checkbox"/> Tiempo Completo | <input type="checkbox"/> Desempleado, no buscando | <input type="checkbox"/> Ama(o) de casa |
| <input type="checkbox"/> Medio Tiempo | <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Recibiendo beneficios de desempleo |
| | | <input type="checkbox"/> Jubilado(a) |

¿Cuándo esta empleado, cual es su ocupación usual?

¿Cuál es la mejor descripción de su arreglo de su vivienda actual?

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|---|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Solo(a) | <input type="checkbox"/> Con niños(a) | <input type="checkbox"/> Otros familiares | <input type="checkbox"/> Con Padres | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Con Esposo(a) | <input type="checkbox"/> Sin hogar | <input type="checkbox"/> Otros no relacionado | <input type="checkbox"/> HARRTS | |

¿Eres Veterano(a)? No Sí

**Si la respuesta es sí, ¿ha tenido un trauma en la cabeza en el pasado o lesión cerebral traumática?
 No Sí

¿Estás en las reserva? No Sí

¿Quien sirvió en servicio activo? N/A Yo Otro Familiar

¿Cuántas personas viven en su hogar?

¿Cuál es el ingreso anual de su familia?

¿Quién es su médico primario?

Por favor marque el número de veces que ha asistido a AA, NA, y otros grupos de apoyo de ayuda mutua centrados en la recuperación de abuso y dependencia de sustancias en los últimos 30 días.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> No asistió en el mes pasado | <input type="checkbox"/> 4-7 veces
(acerca de 1x semana) | <input type="checkbox"/> 16-30 veces
(4x's o mas en la semana) |
| <input type="checkbox"/> 1-3 veces
(menos de 1x semana) | <input type="checkbox"/> 8-15 veces
(2-3x's semana) | <input type="checkbox"/> Alguna asistencia, frecuencia desconocida |

SOLAMENTE PARA EL USO DE LA OFICINA – FAVOR DE NO ESCRIBIR ABAJO DE ESTA LINEA

Check-In Staff viewed this page as complete:

Instrucciones: Imprima Claramente. Utilice pluma de color negro. Dibuje **una sola línea** en caso de cometer cualquier error.



Imprima Su Nombre:

En caso de una emergencia, ¿quién es la persona de contacto?

Nombre:

Relación al cliente:

Código de área y teléfono:

Ciudad/Estado:

¿Es usted su propio guardián legal? ** No Sí

****Si NO, por favor escribir el nombre del Guardián Legal:**

¿Cuál es la relación de esta persona con el cliente?

¿Cuál es el número de teléfono primario y código de área?

¿Cuál es su dirección? (incluir la ciudad, el estado, y el código postal)

¿Qué le trae a nosotros y que servicios está buscando usted?

¿Usted requiere alguno de los siguientes?

¿El tribunal ordenó una evaluación? No Sí ¿Evaluación de DWI? No Sí

¿Evaluación solamente? No Sí ¿Terapia específica para DWI? No Sí

¿Cuántas veces ha sido arrestado en los últimos 30 días?

Problemas legales:

¿Tiene cargos criminales pendiente? No ** Sí **Fecha de corte:

¿Tiene alguna orden de corte pendiente? No ** Sí ** ¿Por cual razón?:

¿Está en alguna forma de libertad provisional? No ** Sí ** Supervisado ** Sin supervisión

¿Es el tratamiento requerido por su oficial de probatorio? No ** Sí **Nombre de Oficial de probación:

¿Es el tratamiento requerido por la corte? No ** Sí ** ¿Por qué?:

¿Está usted inscrito en TASC? No ** Sí **Nombre del personal del TASC:

SOLAMENTE PARA EL USO DE LA OFICINA- FAVOR NO ESCRIBIR ABAJO DE ESTA LINEA

Check-In Staff viewed this page as complete:

Time completed:

- Yo reconozco que he recibido el Aviso de Privacidad de Coastal Horizons Center, Inc.
- Entiendo que el Aviso de Privacidad discute cómo la información personal de mi cuidado médico puede ser utilizada y/o divulgada, mis derechos de privacidad con respecto a la información de mi cuidado médico, y cómo y donde puedo hacer una queja relacionada a mi privacidad.
- Yo puedo obtener una copia del Aviso de Privacidad de:
 - en la red de internet de la agencia (<http://www.coastal horizons.org>), y/o
 - la recepcionista en la sala de espera, y/o
 - el Oficial de Privacidad de la agencia (910-343-0145)
- Entiendo que los terminos de este Aviso de Privacidad pueden cambiar en el futuro, y estos cambios serán fijados:
 - en la sala de espera de la agencia, y/o
 - en la red de internet de la agencia (<http://coastal horizons.org>), y/o
- Entiendo que puedo pedir una copia del nuevo Aviso a la recepcionista o escribiendo una carta al Oficial de Privacidad.

Oficial de la Privacidad
Coastal Horizons Center, Inc.
615 Shipyard Boulevard
Wilmington, NC 28412
(Telephone: 910-343-0145)

“Usted puede rechazar firmar este reconocimiento”

Imprimir Nombre	Firma	Fecha
____ Rechazo firmar este reconocimiento	Firma del Guardian Legal (en caso de necesidad)	Fecha

SOLAMENTE PARA EL USO DE LA OFICINA

Nosotros intentamos obtener por escrito el recibo de nuestro Aviso de Privacidad pero el reconocimiento no pudo ser obtenido porque:

El individuo se nego a firmar

Las barreras de Comunicación prohibieron obtener el reconocimiento

Una situación de emergencia no nos permitio obtener del reconocimiento

Otras (favor especificar) _____

Firma del Personal	Fecha	Horario del Día	Numero de Registro del Cliente
--------------------	-------	-----------------	--------------------------------

Anote el Nombre del cliente en la linea “Imprima el Nombre” si el Cliente Rechaza y Someta a Registros Medicos.

Coastal Horizons Center, Inc.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE
TELEHEALTH**

Número de registro del cliente: _____

Yo, _____ (nombre del cliente) autorizo en participar en "Telehealth" (salud por video telefónico) con un proveedor aprobado por Coastal Horizons Center (CHC).

(Iniciales del cliente)_____ Un representante de Coastal Horizons me ha explicado y entiendo que Telehealth puede incluir, entre otros, atención de salud mental, atención psiquiátrica, necesidades de atención primaria menores o de rutina, diagnóstico, consulta, tratamiento, transferencia de información médica y educación a través de audio interactivo, video interactivo, o comunicaciones de datos (teléfono, teléfono celular, internet).

(Iniciales del cliente)_____ Un representante de Coastal Horizons me ha explicado y entiendo que Telehealth significa que un proveedor de tratamiento brindará sus servicios a una persona cuando él/ella se encuentra en un sitio diferente al del proveedor haciendo uso de información electrónica y tecnologías en comunicación.

(Iniciales del cliente)_____ Un representante de Coastal Horizons me ha explicado y entiendo que Telehealth involucra la comunicación de información protegida de la salud, expresada verbalmente y/o visualmente, a proveedores de salud que podrían o no estar en mi ciudad.

(Iniciales del cliente)_____ Solamente los clientes que tienen necesidades relacionadas a la salud mental, uso de sustancias o atención médica y que pueden manejarse de manera segura, al mismo nivel de atención para una cita en persona, serán atendidos a través del Telehealth. Es mi responsabilidad de dar un seguimiento a las instrucciones adicionales que se me den, tales como análisis de laboratorio o buscar un nivel de atención médico superior (por ejemplo, atención de urgencia, terapia ambulatoria) para garantizar que mis necesidades clínicas y/o médicas están siendo manejadas apropiadamente.

(Iniciales del cliente)_____ Yo, el cliente, utilizaré servicio del teléfono y/o servicio del internet en un sitio para recibir servicios virtualmente con un proveedor de tratamiento y el proveedor de tratamiento seguirá los estándares legales y éticos de su estado de licencia de Carolina del Norte.

(Iniciales del cliente)_____ Un plan de seguridad será implementado por el proveedor de tratamiento. Mi proveedor y yo sabremos de los servicios locales para crisis y los proveedores psiquiátricos y médicos de cabecera (si son necesarios). Estoy de acuerdo de seguir las recomendaciones como requisito para seguir recibiendo Telehealth. **Los clientes deben acceder al 911 o al hospital más cercano si ocurre una emergencia.**

(Iniciales del cliente)_____ El proveedor de tratamiento se asegurará que todos los estándares que se apliquen a las sesiones en persona serán consistentes con Telehealth, incluyendo la confidencialidad del cliente. Yo entiendo que un miembro del personal de Coastal Horizons Center puede estar presente para

Original Draft: June 5th, 2017

Last Revised: 12/31/19

Page 8 of 20

operar equipos o software de computadora. En cualquier momento, puedo solicitar que este personal se vaya o solicitar que mi proveedor no comparta información personal confidencial ni de salud cuando el personal que está presente.

(Iniciales del cliente)_____Es la responsabilidad de Coastal Horizons Center de proveer un ambiente apropiado para garantizar que la transmisión sea lo más exacta posible, también verificar la confidencialidad e integridad de su información de salud. Tal como, asegurar la iluminación, calidad de sonido y verificar la identidad del cliente presente.

(Iniciales del cliente)_____Es posible que, a pesar de las precauciones razonables que nuestra organización está tomando, la transmisión de la información de salud de un cliente puede ser distorsionada o interrumpida por fallas de tecnología o puede ser accedida por individuos no autorizados.

(Iniciales del cliente)_____Yo entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de información de salud personal también aplican a Telehealth.

(Iniciales del cliente)_____Yo entiendo que soy responsable de cualquier copago o coseguro que apliquen a mi visita de Telehealth. Es mi responsabilidad de determinar si mi compañía de seguro médico cubre Telehealth.

(Iniciales del cliente)_____Yo entiendo que tengo el derecho para retener o retirar mi consentimiento del uso de Telehealth en cualquier momento durante mi tratamiento sin que afecte mi derecho de servicios en el futuro. Puedo retirar mi consentimiento verbalmente o por escrito en cualquier momento contactando mi proveedor en Coastal Horizons Center.

(Iniciales del cliente)_____Mientras que esta autorización esté vigente (no haya sido revocada) CHC me puede proveer tratamiento vía Telehealth sin la necesidad de firmar otra forma de consentimiento.

(Iniciales del cliente)_____Yo entiendo que, si recibo servicios telemédicos a través de CHC y si mi doctor de tratamiento me receta medicamentos psicotrópicos, se puede llevar hasta 72 horas para que yo los reciba por medio del método de entrega en el cual estuve de acuerdo con mi doctor de tratamiento (en la farmacia más cercana si es posible o por medio de un agente seguro del personal de CHC). Además, puede que las horas en que Telehealth esté disponible sean limitadas. **En caso de una emergencia, llamaré al 911 o al hospital más cercano para pedir ayuda.**

(Iniciales del cliente)_____Se me han explicado las alternativas a los servicios de telehealth, y, escojo participar en telehealth. Entiendo que, si recibo servicio telemédico, partes del examen que requieren pruebas físicas pueden ser conducidas por personas que están en mi sitio siendo dirigidas por el doctor que esté a cargo de la consulta.

(Iniciales del cliente)_____He leído y comprendido este documento y hablaré de cualquier inquietud o pregunta con mi proveedor del tratamiento y/u otros miembros del equipo de tratamiento de CHC que esté presente durante mi sesión de tratamiento.

(Iniciales del cliente)_____Se me ha ofrecido una copia de este formulario de autorización.

Al firmar este formulario, yo certifico:

Que he leído o se me ha leído este formulario y/o se me ha explicado este formulario.

Que entiendo completamente su contenido incluyendo los riesgos y los beneficios de l(os) procedimiento(s).

Que se me ha dado amplias oportunidades para hacer preguntas y que se me han contestado todas las preguntas a mi satisfacción.

Efectuado esta fecha: _____ Firma del cliente: _____

Firma del Representante Legal/Guardian: _____

Relación al cliente: _____

Firma del personal del CHC: _____

CLIENTE:

1. Para el cliente leer, inicial en cada sección, firmar, y poner fecha.
2. Padres escribir las iniciales y firmar cada sección si el cliente es menor de edad.
3. El personal de CHC contestara las preguntas.

NUMERO DEL REGISTRO:

Como cliente de Coastal Horizons Center, Inc., o como el guardián de tal cliente, usted o su dependiente están asegurados de ciertos derechos. Entre estos derechos están los derechos de:

1. La dignidad, respeto, cuidado humano, y libertad mental, emocional, sexual y abusos físicos, negligencia y explotación. Usted también tiene el derecho de recibir tratamiento culturalmente sensible para usted, incluyendo sensibilidad a los factores sociales, psicológicos, físicos y espirituales.
2. Al tratamiento, incluyendo el acceso a la asistencia médica y a la habilitación, sin importar edad, sexo, religión, origen nacional, grado de enfermedad de salud mental, retraso mental, abuso de sustancia, y a:
 - a. Participar en el desarrollo de su plan individualizado de servicio, por escrito y completado en el plazo de 30 días de la admisión.
 - b. Recibir información sobre riesgos potenciales y ventajas posibles de opciones de tratamiento, rechazar cualquier tratamiento ofrecido, y para terminar el tratamiento – a menos que la orden de corte le ordene a asistir.
 - c. No ser medicado excesivamente o innecesariamente, y hacer que la medicación sea pedida y prescrita solamente por un médico con la documentación de tales prescripciones en el expediente del cliente y de acuerdo con estándares médicos aceptados.
 - d. Confidencialidad según lo explicado en el manual del cliente y de acuerdo con leyes estatales y federales.
 - e. No ser físicamente restringido o no ser sometidos a la búsqueda y captura por cualquier empleado de Coastal Horizons Center.
3. De vivir tan normalmente como sea posible mientras que recibe cuidado y tratamiento/habilitación.
4. De rechazar la tomada de las huellas digitales, ser grabado en cinta magnética para audio o video, o de ser fotografiado a menos que usted o su guardián dé consentimiento.
5. De nunca recibir castigo corporal en la oficina de Coastal Horizons Center.
6. De seguir cualquier reclamación mediante el Procedimiento del Agravio del Cliente fijado en el tablero público del boletín y en el manual del cliente de OTS, o entrar en contacto con el Gobernador de Defensa para Personas con Discapacidades al (877)235-4210 o (919)856-2195 o www.disabilityrightsnc.org.
7. De consultar con un asesor legal o los médicos privados de su propia opción y a su costo propio.
8. De proteger la privacidad de su información de salud según lo indicado en el Aviso de Privacidad de la agencia.
9. Al acceso oportuno a la información relativa a usted, incluyendo su historial médico, para ayudarle a tomar decisiones.

Yo e sido informado de estos derechos:

_____ (Iniciales Cliente/Padres)

A. Solicitud Para Tratamiento:

Solicito por este medio el tratamiento al paciente no internado para el abuso de sustancia o de salud mental de Coastal Horizons Center, y doy voluntariamente el consentimiento para el tratamiento según mi plan individualizado de tratamiento/o manejo de caso. (9gs 122c-57). Entiendo que yo (o esos otros que he señalado por escrito mediante la forma de Autorización de Uso y Revelación de Información de Salud Protegida) pueden entrar en contacto con el personal después de mi involucramiento con esta agencia por razón del seguimiento de mi persona.

_____ (Iniciales Cliente/Padres)

B. ASISTENCIA DE EMERGENCIA MEDICA:

En caso que yo venga a necesitar de la asistencia médica de emergencia mientras que yo esté en Coastal Horizons Center, doy permiso para el personal calificado de la agencia a: 1) administrar cuidado de emergencia a mi persona & 2) comunicarse al 911 para la asistencia médica adicional. Una autorización escrita separada para el uso y la divulgación de información protegida de la salud debe ser completada para notificarle a la familia, amigos, u otro significativo o médico primario.

_____ (Iniciales Cliente/Padres)

C. AUTORIDAD DEL PROGRAMA/AGENTES SECRETOS & INFORMANTES:

Coastal Horizons Center, Inc., puede emplear sin conocimiento, o inscribir como un cliente, cualquier agente secreto o informante. (42 CFR Parte 2, 2.17 a) Por lo tanto, Coastal Horizons Center, Inc., negará la admisión o terminará los servicios de Tratamiento del individuo conocido que sea agente secreto o un informante.

He sido informado de este aviso:

_____ (Iniciales Cliente/Padres)

D. He recibido una copia del manual del cliente de OTS, y ahora entiendo y estoy de acuerdo a seguir las reglas y las regulaciones del programa incluyendo todo lo indicado arriba.

Firma del Cliente/Fecha

Firma del personal de CHC/Fecha

Firma de Padres/Guardianes/Fecha (Opcional)

COASTAL HORIZONS CENTER, INC
Salud Mental para Pacientes Externo/Servicios de Abuso de Sustancias
Asignatura de Beneficios & Responsabilidad Financiera

Yo he pedido servicios de salud mental y/o de tratamiento para el abuso de sustancias con Coastal Horizons Center, Inc. en mi nombre y/o para mis dependientes(s), y entiendo que al hacer este pedido yo seré totalmente financieramente responsable de todos y cualquier cargo incurrido en el curso del tratamiento autorizado.

Yo entiendo que yo seré responsable por cualquier costo de corte o costos asociados con la colección de cargos si esto fuera necesario para tomar acción para recobrar los gastos por servicios rendidos. Entiendo que es mi responsabilidad el notificarle a Coastal Horizons Center, Inc. de cualquier cambio con mi seguro de salud. En algunos casos, beneficios exactos de seguro de salud no pueden ser determinados hasta que la compañía de seguro reciba el reclamo. Yo seré responsable de la factura completa o el balance del cobro o co-pagos como sean determinados por Coastal Horizons Center, Inc, y/o mi compañía de seguro si el reclamo sometido o cualquier parte de ello, que le sea negado el pago. Yo entiendo que al firmar esta forma yo estoy aceptando responsabilidad financiera como ha sido descrita arriba por todos los pagos de servicios remitidos.

Por este medio asigno todos mis beneficios de salud, salud mental, salud de comportamiento y tratamiento de abuso de sustancias, incluyendo beneficios de salud primaria, al cual tengo derecho. Por este medio autorizo a mi(s) cargador(es) de seguro de salud, incluyendo seguro privado y cualquier otro seguro, plan de salud/médicos, que remitan los cheques de pagos directamente a Coastal Horizons Center, Inc.

Yo entiendo que mis beneficios de plan de salud, con limitaciones, puede incluir cobertura por el Estado de Carolina del Norte y/o Medicaid de Carolina del Norte y en dicho caso al Asociado de Negocios con Trillium Health Resources que han sido contratados y establecidos por los cuales no necesito dar autorización de divulgar información de salud protegida si yo resido dentro de la zona de captación de Trillium.

Yo entiendo que una autorización para divulgar información de salud protegida es necesaria cuando mi plan de seguro de salud es con un seguro privado, Medicare, o cualquier entidad de administración de cuidado que no sea Trillium.

Seguro **Primario** (favor de imprimir en letra de molde)

Número de Póliza

Nombre del Asegurado en la Póliza (favor de imprimir en letra de molde)

Relación al Consumidor

Seguro **Secundario** (favor de imprimir en letra de molde)

Número de Póliza

Nombre del Asegurado en la Póliza (favor de imprimir en letra de molde)

Relación al Consumidor

Nombre del **Paciente** (favor de imprimir en letra de molde)

FECHA

FIRMA del PACIENTE O PERSONA RESONSABLE (si el paciente es un menor de edad)

Wilmington Health Access for Teens (WHAT) de Coastal Horizons Center
Consentimiento de Guardián Legal para el Tratamiento de Menores

Yo _____ (guardián legal) le doy a Coastal Horizons y sus empleados mi consentimiento para exámenes, ordenes de estudios apropiados, procedimientos de diagnóstico, recetar medicamentos y tratamiento para el menor nombrado a continuación.

(Nombre Completo de la Persona Recibiendo Servicios)

Entiendo que la ley de Carolina del Norte no requiere consentimiento paterno para menores (personas menos de 18 años de edad) de recibir servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, embarazo, abuso de sustancias, problemas emocionales, y abuso o agresión sexual.

El guardián legal sera notificado si el adolescente menor de edad tiene papanicolau abnormal que requiere intervención médica/quirurgica, masa mamaria, situaciones que ponen la vida en peligro como amenazas de suicidio, falta de atención para embarazo, y cualquier situación el proveedor cree es importante para vida y muerte.

El personal de Coastal Horizons anima a todos los menores de edad a compartir sus preocupaciones o problemas de salud con su guardián legal.

Yo puedo revocar este consentimiento en cualquier momento excepto si los servicios han sido rendidos. Este consentimiento sera valido por un año despues de firmar.

Nombre de Guardián Legal _____

Relación al Menor de Edad _____

Firma de Guardián Legal _____

Fecha _____

Autorización para Uso y Revelación de Información de Salud Protegida

YO _____, autorizo Coastal Horizons Center, Inc.
(Nombre del Cliente) (Agencia o Persona autorizada a usar o revelar información)

a divulgar a N.C. division of MH/DD/SAS (Consumer Data Warehouse), National Development and Research Institutes, Inc., NC State University Center for Urban Affairs & Community Services, (TOPPS) Y Trillium Health Resources.

(agencia o persona con la que se solicita revelar información)

las siguientes informaciones protegidas: Informaciones que identifican al Paciente, (Nombre, Numero de Registro, Fecha de Nacimiento, Dirección, Fecha de Servicio, Descripción de los Servicios, Estatus de Justicia Penal, Envolvimiento de Ingreso con el Departamento de Servicios Sociales, Estatus de Niños Dependientes, y otras informaciones individuales e indetificantes para cumplir con los requisitos que la División de IPRS y TOPPS nos requieren para reportar.

(naturaleza o tipo de información a ser revelada tan limitada como sea posible)

con el propósito de Resultados/Evaluación/Reporte Statístico/Fondos/Reembolso

(propósito de la revelación tan específico como sea posible)

Entiendo que todos mis registros son protegidos por las regulaciones regidas por Confidencialidad de Alcohol y Abuso de Droga Registro del Paciente, 42 CFR Parte 2, y de Health Insurance Portability Accountability Act de 1996 ("HIPAA"), 45 CFR Partes 160 & 164 y la ley del Gobierno que rige la confidencialidad para los servicios de atención a personas con problemas del uso de sustancias (G.S. 122C) no pueden ser revelados sin mi autorización por escrito a menos que se haya provisto lo contrario en la Ley.

Las normas Federales prohíben cualquier divulgación adicional de esta información a menos que se permita expresamente la divulgación mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o de lo contrario permitido por 42 CFR part 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra no es suficiente para este propósito. Las reglas Federales restringen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o perseguir a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

Entiendo que la información a ser revelada podría incluir información acerca del abuso de alcohol, abuso de drogas, infección de VIH, SIDA y condiciones relacionadas tales como psicológicas psiquiátricas o impedimentos físicos.

También entiendo que podría revocar por escrito este consentimiento en cualquier momento con la excepción de que la acción ya haya sido efectuada bajo esta misma autorización (en referencia a la nota sobre privacidad de la agencia), y también expiraría automáticamente en cualquiera de los siguientes casos:

[] **Esta autorización expira después de un año desde la fecha de ser suscrita o**
Iniciales del cliente

[] _____
Iniciales del cliente (Especifique la fecha, evento o condición por la cual esta autorización expira)
(no debe exceder un año desde la fecha de suscrita)

Suscrita el _____ de _____ de _____
Día Mes Año

Yo reconozco que generalmente, Coastal Horizons Center, Inc. no condiciona mi tratamiento en tanto yo firme o no esta autorización, pero que existen circunstancias limitadas en que se me podría negar el tratamiento si yo no firmo una autorización. Certifico que esta autorización es hecha libre y voluntariamente y bajo ninguna coerción.

Firma del Cliente

Firma del Guardián Legal (cuando corresponde)
Coastal Horizons Center, Inc. _CDW-Trillium(Spring2017)Span 2017

Autorización Para El Uso y Revelación de Información de Salud Protegida

Yo, _____, autorizo a Coastal Horizons Center, Inc.
(Nombre del Cliente) (Agencia o persona autorizada a revelar información privada)

y a _____ [Escribe el nombre de la escuela a la que asistes]
(Agencia o persona autorizada a recibir información privada)

a comunicar y revelar entre ellos la siguiente información protegida: Información de salud personal
para incluir recomendaciones e información que se refiere al desempeño escolar del individuo

(Naturaleza y el alcance de la protección de la información que debe revelarse, tan limitado como sea posible)

con el propósito de: _____

(Propósito de la revelación, tan específico como sea posible)

Entiendo que todos mis expedientes son protegidos por las regulaciones regidas por Confidencialidad de Alcohol y Abuso de Droga Registro del Paciente, 42 CFR Parte 2, y de Health Insurance Portability Accountability Act de 1996 (“HIPAA”), 45 CFR Partes 160 & 164 y la ley del Gobierno que rige la confidencialidad para los servicios de atención a personas con problemas con el uso de sustancias (G.S. 122C) no pueden ser revelados sin mi autorización por escrito a menos que se haya provisto lo contrario en la Ley.

Las normas Federales prohíben cualquier divulgación adicional de esta información a menos que se permita expresamente la divulgación mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o de lo contrario permitido por 42 CFR part 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra no es suficiente para este propósito. Las reglas Federales restringen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o perseguir a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

Entiendo que la información a ser revelada podría incluir información acerca del abuso de alcohol, abuso de drogas, infección de VIH, SIDA y condiciones relacionadas tales como psicológicas psiquiátricas o impedimentos físicos. También entiendo que podría revocar por escrito este consentimiento en cualquier momento con la excepción de que la acción ya haya sido efectuada bajo esta misma autorización (en referencia a la nota sobre privacidad de la agencia), y también expiraría automáticamente en cualquiera de los siguientes casos:

[_____] **Esta autorización expira después de un año desde la fecha de ser suscrita o**
Iniciales del cliente

[_____] _____
Iniciales del cliente (especifique la fecha, evento o condición por la cual esta autorización expide; no debe exceder un año desde la fecha suscrita)

Suscrita el _____ de _____ de _____
Día Mes Año

Yo reconozco que generalmente, Coastal Horizons Center, Inc. no condiciona mi tratamiento en tanto yo firme o no esta autorización, pero que existen circunstancias limitadas en que se me podría negar el tratamiento si yo no firmo una autorización. Certifico que esta autorización es hecha libre y voluntariamente y bajo ninguna coerción.

Firma del Cliente
(cuando corresponde)

Firma del Guardián Legal

Autorización Para El Uso y Revelación de Información de Salud Protegida

Yo, _____, autorizo a Coastal Horizons Center, Inc.
(Nombre del Cliente) (Agencia o persona autorizada a revelar información privada)

y a la Farmacia _____ a comunicar y revelar entre ellos la siguiente

(Nombre de la farmacia y número de teléfono) **información protegida:**

1) Información individual de salud identificable (Ej., fecha de nacimiento, número de seguro social)

2) Información de prescripción (fecha de prescripción, nombre del prescriptor, nombre de medicamento(s), y recargos de receta)

con el propósito de: proveer Información de Prescripción (medicamentos y recargos de medicamentos).
(Propósito de la revelación, tan específico como sea posible)

Entiendo que todos mis expedientes son protegidos por las regulaciones regidas por Confidencialidad de Alcohol y Abuso de Droga Registro del Paciente, 42 CFR Parte 2, y de Health Insurance Portability Accountability Act de 1996 ("HIPAA"), 45 CFR Partes 160 & 164 y la ley del Gobierno que rige la confidencialidad para los servicios de atención a personas con problemas con el uso de sustancias (G.S. 122C) no pueden ser revelados sin mi autorización por escrito a menos que se haya provisto lo contrario en la Ley.

Las normas Federales prohíben cualquier divulgación adicional de esta información a menos que se permita expresamente la divulgación mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o de lo contrario permitido por 42 CFR part 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra no es suficiente para este propósito. Las reglas Federales restringen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o perseguir a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

Entiendo que la información a ser revelada podría incluir información acerca del abuso de alcohol, abuso de drogas, infección de VIH, SIDA y condiciones relacionadas tales como psicológicas psiquiátricas o impedimentos físicos.

También entiendo que podría revocar por escrito este consentimiento en cualquier momento con la excepción de que la acción ya haya sido efectuada bajo esta misma autorización (en referencia a la nota sobre privacidad de la agencia), y también expiraría automáticamente en cualquiera de los siguientes casos:

Esta autorización expira después de un año desde la fecha de ser suscrita o
Iniciales del cliente

Iniciales del cliente (especifique la fecha, evento o condición por la cual esta autorización expide; no debe exceder un año desde la fecha suscrita)
Suscrita el ' _____ de _____ de _____
Día Mes Año

Yo reconozco que generalmente, Coastal Horizons Center, Inc. no condiciona mi tratamiento en tanto yo firme o no esta autorización, pero que existen circunstancias limitadas en que se me podría negar el tratamiento si yo no firmo una autorización. Certifico que esta autorización es hecha libre y voluntariamente y bajo ninguna coerción.

Firma del Cliente

Firma del Guardián Legal (cuando corresponde)

SSN: XXX-XX-_____
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Coastal Horizons Center, Inc. Pharmacy (Spring 2017)Span 2017

Autorización para Uso y Revelación de Información de Salud Protegida

YO _____, autorizo a Coastal Horizons Center, Inc. a divulgar a
(Nombre del Cliente) (Agencia o Persona autorizada a usar o revelar información)
_____ la siguiente información protegida:

(Nombre de Seguro de Salud)

fechas y tipos de servicios, diagnósticos, plan de servicio, el pronóstico, la información de identificación personal, y la información relacionada con la salud de mi expediente médico.

(Naturaleza y alcance de la protección de la información que debe revelarse, tan limitado como sea posible)

Con el propósito de: autorización de servicios, transmisión de reclamaciones y auditoría
(Propósito de la revelación tan específico como sea posible)

Entiendo que todos mis expedientes son protegidos por las regulaciones regidas por Confidencialidad de Alcohol y Abuso de Droga Registro del Paciente, 42 CFR Parte 2, y de Health Insurance Portability Accountability Act de 1996 (“HIPAA”), 45 CFR Partes 160 & 164 y la ley del Gobierno que rige la confidencialidad para los servicios de atención a personas con problemas con el uso de sustancias (G.S. 122C) no pueden ser revelados sin mi autorización por escrito a menos que se haya provisto lo contrario en la Ley.

Las normas Federales prohíben cualquier divulgación adicional de esta información a menos que se permita expresamente la divulgación mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o de lo contrario permitido por 42 CFR part 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra no es suficiente para este propósito. Las reglas Federales restringen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o perseguir a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

Entiendo que la información a ser revelada podría incluir información acerca del abuso de alcohol, abuso de drogas, infección de VIH, SIDA y condiciones relacionadas tales como psicológicas psiquiátricas o impedimentos físicos.

También entiendo que podría revocar por escrito este consentimiento en cualquier momento con la excepción de que la acción ya haya sido efectuada bajo esta misma autorización (en referencia a la nota sobre privacidad de la agencia), y también expiraría automáticamente en cualquiera de los siguientes

Esta autorización expira después de un año desde la fecha de ser suscrita o
Iniciales del cliente

Iniciales del cliente (especifique la fecha, evento o condición por la cual esta autorización expira)
(no debe exceder un año desde la fecha de suscrita)

Suscrita el _____ de _____ de _____
Día Mes Año

Yo reconozco que generalmente, Coastal Horizons Center, Inc. no condiciona mi tratamiento en tanto yo firme o no esta autorización, pero que existen circunstancias limitadas en que se me podría negar el tratamiento si yo no firmo una autorización. Certifico que esta autorización es hecha libre y voluntariamente y bajo ninguna coerción.

Firma del Cliente

Firma del Guardián Legal (cuando corresponde)

Centro de Salud y Bienestar el Condado de New Hanover
Formulario para Consentimiento para
Padres/Guardianes



Favor de firmar y entregar este formulario a la oficina central de su escuela o a la oficina de WHAT

Estimado Padre/Guardián:

Todos los estudiantes buscando cuidado de salud del Centro de Salud necesitan una autorización escrita de un padre/guardián para participar y recibir los servicios necesarios, aquellos requeridos por las leyes de Carolina del Norte o aquellos requeridos por las pautas de la profesión médica. Si usted tiene alguna pregunta, favor de visitar nuestra página (www.whatswhat.org) o nos puede llamar al (910) 790-9949.

Yo, _____ (favor imprimir), Por este medio doy permiso para mi hijo/hija, _____ (favor imprimir), participar en las actividades y los servicios ofrecidos por el Centro de Salud en compañía del Acceso de Salud para Adolescentes en Wilmington), un programa de Coastal Horizons, Inc. Este consentimiento es válido por el tiempo en que el estudiante esté matriculado en la escuela superior de New Hanover.

Yo autorizo **TODOS** los servicios y actividades ofrecidos por el Centro de Salud. (Haga un círculo una de las opciones)

Si No

SOLO si circuló **NO**, haga un círculo SI o NO para cada servicio listado en la parte de abajo:

1. Conducir entrevistas, exámenes y cuestionarios para estudiantes o con el propósito de evaluación. Si No
 2. Divulgación de información confidencial (financiera, ayuda pública, médica y archivos educacionales) a un profesional cualificado del Centro de Salud por Coastal Horizons, de ser necesario. También para profesionales en programas basado en la escuela/Centro de Salud con el propósito de acceso a servicios para mi hijo/hija, cuidado de salud o comunicación con el Medicaid/Seguro Médico. Si No
 3. Referidos para otras agencias para servicios especializados (salud, asistencia pública, consejería, exámenes psicológicos, etc.). Si No
 4. Participación en servicios especificados en el plan individualizado/familiar de mi hijo/hija como consejería, instrucción de salud y enriquecimiento cultural. Si No
 5. Actividades y servicios de cuidado relacionados con el cuidado de salud física y servicios que pueden incluir inmunización, servicios vía línea Telefónica, chequeo del bienestar del niño, exámenes físicos para deportes y educación de salud apropiada/promoción, etc. Si No
 - Yo entiendo que debo proveer al Centro de Salud con una copia del archivo de inmunización de mi hijo/hija. De no poder proveer esta copia, el centro de salud intentará determinar el estado del archivo y las siguientes inmunizaciones serán administradas de acuerdo a las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría: Menactra (para Meningitis), Vacuna para la Influenza, serie para Hepatitis A y B.
- NOTA: TDAP y MMR son requeridas para la matrícula en la escuela.** Si No
6. Cuidado Mental/Comportamiento relacionados a las actividades y servicios que pueden incluir: evaluaciones, planificación de tratamiento, consejería, referidos y citas de seguimiento. Si No

Al firmar este documento:

- Yo entiendo que hay cargos/tarifas por servicios médicos/visitas para consejería al Centro de Salud tales como otras visitas al médico/clínica. También entiendo que alguno de estos servicios no está completamente cubiertos

por mi Seguro Médico y que soy responsable de acuerdo a mi situación financiera por el balance no pagado.

- Yo entiendo que el personal del Centro de Salud anima a todos los estudiantes a compartir información con sus padres/guardianes y que estos serán notificados de condiciones que amenazan la vida del cliente.
- Yo entiendo que puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento con excepción de servicios extendidos que ya han sido proveídos. De otra manera este consentimiento continúa válido desde el día en que ha sido firmado hasta que la matrícula de mi hijo/hija en cualquier escuela superior de New Hanover haya terminado.

Nombre de estudiante (favor imprimir): _____
(Primer Nombre) (Inicial) (Apellido)

Fecha de Nacimiento del estudiante (mes/día/año): _____

Número de Seguro Social del estudiante: _____

El estudiante esta matriculado en (Haga un círculo): Ashley Hoggard Laney New Hanover

Sexo asignado al nacer: ___M ___F Pronombre preferido: _____ Edad: ___ Grado: ___

Raza/Etnicidad:

___Blanco/No Hispano ___Afroamericano ___Indoamericano/Nativo de Alaska
___Hispano ___Asiático ___Nativo de Hawái/otra isla del Pacifico

Su hijo/hija ha tenido Varicela o ha sido vacunado? Si ___ NO ___

Si su respuesta es Si, cuando tuvo varicela _____ o la fecha de vacunación _____

Nombre del padre/Guardián Legal: _____ Relación al estudiante: _____

Nombre del padre/Guardián Legal: _____ Relación al estudiante: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____

Actualmente su hijo(a) tiene Seguro médico? (incluyendo Medicaid)
Compañía de Seguro Médico:
Nombre de la persona en el Seguro Médico:
Número de teléfono de la compañía de Seguro Médico:
Número de póliza del Seguro Médico:
Número de ID de Seguro Médico
A nombre de quien está el Seguro Médico y su fecha de Nacimiento:
Nombre del doctor, si hay alguno listado en el Seguro médico:

***Favor proveer WHAT de Coastal Horizons con una copia (ambos lados) del Seguro Médico de su hijo (a) junto con este formulario o proveer WHAT con la tarjeta de Seguro Médico y ellos le harán una copia. Gracias!**

Firma del estudiante: _____

Fecha: _____

Firma del padre o guardián legal: _____

Fecha: _____

Coastal Horizons Center, Inc. y sus centros de salud en la escuela no discriminan en contra de ninguna persona en base a su raza, nacionalidad, orientación sexual, género, religión o discapacidad..

Centro de horizontes costeros

Consentimiento informado por mensaje de texto

Nombre (en letra de imprenta): _____

Apellido (en letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Numero de celular: () _____ - _____

Puede dar permiso a Coastal Horizons Center para que se comunique con usted mediante mensaje de texto (también conocido como SMS). Este formulario proporciona información sobre los riesgos, las condiciones de uso, cómo Coastal Horizons Center utiliza las comunicaciones de texto y para documentar su consentimiento informado para comunicarse con usted mediante mensajes de texto.

RIESGOS DEL USO DE MENSAJES DE TEXTO: La transmisión de información mediante mensajes de texto tiene una serie de riesgos a considerar antes de tomar una decisión final sobre su uso. Estos incluyen pero no se limitan a:

- aa. Los mensajes de texto pueden circular, reenviarse, almacenarse en archivos electrónicos y no están cifrados.
- b. Los mensajes de texto pueden transmitirse inmediatamente a todo el mundo y recibirse por muchos destinatarios intencionados y no intencionados.
- c. Los remitentes pueden enviar mal la dirección de un mensaje de texto fácilmente.
- d. Los mensajes de texto son más fáciles de falsificar que los documentos escritos a mano o firmados.
- e. Pueden existir copias de seguridad incluso después de que el remitente y/o el destinatario hayan eliminado sus copias.
- f. Los mensajes de texto pueden ser interceptados, alterados, reenviados, perdidos durante la transmisión o utilizados sin detección o autorización.
- g. Cualquier persona que obtenga acceso a su teléfono celular podrá leer los mensajes de texto que envió o recibió de Coastal Centro Horizontes.
- h. Los mensajes de texto se pueden utilizar como prueba en el tribunal.
- i. Los mensajes de texto que envíe o reciba pueden incurrir en un cargo si su contrato de teléfono celular no cubre mensajes de texto o es limitado en su número.

CONDICIONES PARA EL USO DE MENSAJES DE TEXTO: Coastal Horizons Center utilizará medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la información enviada y recibida a través de mensajes de texto; sin embargo, debido a los riesgos descritos anteriormente, Coastal Horizons Center no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de los mensajes de texto y no será responsable de la divulgación inadecuada que no sea causada por nuestra propia mala conducta intencional. Todos los clientes/pacientes que deseen utilizar mensajes de texto como forma de comunicación deben proporcionar su consentimiento por escrito, que incluye el acuerdo con las siguientes condiciones:

- a. Todos los mensajes de texto hacia o desde un cliente/paciente se pueden imprimir y formar parte del registro médico en el e la misma manera, las notas de terapia pasan a formar parte del historial médico.
- b. Aunque nuestro personal se esforzará por leer y responder rápidamente a un mensaje de texto, no podemos garantizar que ningún mensaje de texto en particular sea leído y respondido dentro de un período de tiempo particular; en caso de emergencias, llame al 911.
- c. Si el mensaje de texto del cliente/paciente requiere o invita a una respuesta nuestra y el cliente/paciente no ha recibido una respuesta dentro de un período de tiempo razonable, es responsabilidad del cliente/paciente hacer un seguimiento para determinar si el destinatario previsto recibió el mensaje de texto y cuándo se podría esperar una respuesta.
- d. El cliente/paciente no debe utilizar mensajes de texto para comunicaciones relacionadas con materiales extrasensibles incluidos problemas de salud física, diagnósticos de salud mental y/o uso de sustancias.
- e. El cliente/paciente es responsable de delegar por escrito su deseo de cualquier información que no desee que se envíe a través de mensajes de texto.
- f. El cliente/paciente es responsable de proteger su contraseña u otros medios de acceso.
- g. Coastal Horizons Center no será responsable de las violaciones de confidencialidad causadas por el paciente u otro tercero. Debe hablar directamente con nuestro personal para discutir situaciones complejas y/o delicadas en lugar de enviar mensajes de texto. mensajes sobre este tipo de situaciones.
- h. El personal del Coastal Horizons Center no reenviará sus textos identificables a terceros sin su consentimiento escrito. consentimiento, excepto lo autorizado por la ley.
- i. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento notificándolo por escrito a Coastal Horizons Center. Mi revocación de consentimiento no afectará mi capacidad de obtener atención médica en el futuro ni causará la pérdida de ningún beneficio al que de otro modo tenga derecho.

RECONOCIMIENTO Y ACUERDO DEL PACIENTE: Reconozco y acepto que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos mencionados anteriormente y doy mi consentimiento a las condiciones e instrucciones descritas en este formulario. Además, renuncio a todos y cada uno de los reclamos que puedan surgir contra Coastal Horizons Center y sus empleados, como resultado del uso de mensajes de texto.

Firma del cliente _____ Fecha _____

Firma del padre/tutor legal (si corresponde) _____ Fecha _____